



**DEMOKRATISCHES
GESUNDHEITSWESEN**
ZEITSCHRIFT FÜR GESUNDHEITS-
UND SOZIALBERUFE

Aids für alle – alle für Aids
Von Volkmar Sigusch

»Ich bin kein Roboter«
Utopie einer Krankenschwester

Ein zahmer Löwe
Selbstverwaltung in der Sozialversicherung



EELD 1

RSTR. 89

K4

BODEKER

P AHL-RUG. GOTTESW. 54 5000 KÖLN
6 2961 E 394711 350

der kommentar

**dg-Redakteurin
Brigitta Mews hat
gerade ihr
Medizinstudium
abgeschlossen.**



Deckmäntelchen

Im Februar war es soweit. Zum ersten Mal mußten sich all diejenigen, die sich im Wintersemester für ein medizinisches Studienfach bei der ZVS in Dortmund bewerben wollen, einem Eingangstest unterziehen. Die 40.000 Kandidaten konnten den Test im gesamten Bundesgebiet an rund 800 »Testabnahmestellen« ablegen. Damit legten sie gleichzeitig jede weitere Teilnahmemöglichkeit gleich mit ab. Denn der Test darf nur einmal geschrieben werden. Man besteht ihn nicht, man fällt nicht durch, man erhält lediglich einen Bescheid über die in Relation zu den anderen Teilnehmern erreichte Testleistung.

Der Test ist so ausgelegt, daß der »Durchschnittskandidat« 50 Prozent der Fragen beantworten kann. »Streß ist gewollt«, so ein Mitarbeiter des für den Test verantwortlichen »Institutes für Test- und Begabungsforschung« der Studienstiftung des Deutschen Volkes.

Worum es bei dem Test geht, ist klar. Eine Befähigung zum Arztberuf kann und soll er auch nicht bescheinigen; auch eine Prognose über einen erfolgreichen Studienabschluß, die der Test geben soll, kann er nicht geben. Ebenso wie der Numerus Clausus, hat der Test – unter dem Deckmäntelchen der Objektivität und Chancengleichheit – die Aufgabe, aus der Vielzahl der Bewerber die Glücklichen auszuwählen, denen die Gnade des Medizinstudiums zuteil werden soll.

Aus Sicht der medizinischen Versorgung erscheint diese rigide Beschränkung von Studienplätzen wohl kaum gerechtfertigt. Solange jedoch kein Pfennig mehr für zusätzli-

che Studienplätze ausgegeben werden soll und die Standesorganisationen allenthalben eine bedrohliche »Ärzteschwemme« an die Wand malen, die letztlich nichts als den eigenen Besitzstand bedroht, wird die Beschränkung von Studienplätzen im medizinischen Bereich die Norm sein.

Der Test selbst ist eine Art Intelligenz- und Schnelligkeitstest. Was nun genau Intelligenz ist, wissen auch die versiertesten Testtheoretiker und -tüftler nicht. Nur eins ist gewiß: einzig und allein intellektuellen Fähigkeiten sind es nicht, die jemanden dazu prädestinieren, Arzt zu werden. Einfühlungsvermögen, Freundlichkeit, Kooperationsbereitschaft, soziales Engagement und praktische Fähigkeiten gehören neben anderen Qualitäten wohl auch dazu.

Die Auswahl der Fragen legt allerdings den Verdacht nahe, daß über das Vehikel des Tests die Vorstellungen konservativer Bildungspolitiker in die Tat umgesetzt werden sollen. Die wenigen Fragen zum Komplex, »sich in soziale Situationen einfühlen und sie nachvollziehen können«, haben da wohl Feigenblattfunktion. Zumindest die leichtesten Aufgaben – zum Beispiel aus fünf Bildern die richtige Reihenfolge eines idyllischen Flirts auf der Parkbank zusammenzustellen – dürften wohl kaum Aufschluß über soziales Einfühlungsvermögen geben.

Was letztlich gefordert wird, ist naturwissenschaftliches Denken, wie bereits einige Aufgabenfelder des Tests verraten. So werden zum Beispiel »medizinisch-naturwissenschaftliches Grundverständnis«, »Diagramme und Tabellen«, »quantitative und formale Probleme« abgefragt. Und das ist es ja auch, was im Studium und vom Arzt immer mehr gefordert wird. Jedem Symptom ist ein Kraut gewachsen. Daß Patienten zwar auch ein Seelenleben, eine persönliche Geschichte haben, spielt da nur eine untergeordnete Rolle. Die herrschende Medizin versucht sich derzeit vor einem anderen Denken zu retten, einem Denken, das beide Felder gleichberechtigt verbinden möchte.

Mit der Einführung des Tests haben sich diejenigen durchgesetzt, die das verhindern wollen. Aber die Ansprüche, die immer mehr Studierende an das Studium und immer mehr Patienten an ihre Ärzte stellen, lassen sich nicht einfach abstellen.

Und das ist gut so.

DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN

ZEITSCHRIFT FÜR GESUNDHEITS-
UND SOZIALBERUFE

4/86

Foto: dpa



**Die Selbstverwaltung in der
Krankenversicherung ist so träge wie ein
alter Zirkuslöwe. Dass man ihn wieder
»entdomestizieren« müßte, zeigt
Matthias Albrecht auf**

Seite 10

Foto: Manzen



**Eine Krankenschwester aus Bielefeld
hat sich einmal ausgemalt, daß ihre
Arbeit auch ein wenig anders aussehen
könnte.**

Seite 16

dg-Report

Ein zahmer Löwe	10
Selbstverwaltung in der Sozialversicherung	10
»Selbstverwaltung ist kein Selbstzweck«	14
dg-Interview mit SPD-MdB Eugen Glombig	14

Krankenpflege

»Ich bin kein Roboter«	16
Utopia in Bielefeld	16

Pharma

Der Berg kreißt	18
Zum Phenacetinverbot des BGA	18
Eher krank als schlank	24
Abnehmen durch Wunderpills?	24

Aktuelle Gesundheitspolitik

Tatort Würselen	
Verwaltungschef einer Aachener Klinik	
angeklagt	23
Aids für alle — alle für Aids	30
Von Volkmar Sigusch	30
Drum prüf', wer sich vertraglich bindet	
Übungen in Hilfskrankenhäusern	
verpflichtend?	32
Die Hysterie flaut ab — die Arbeit bleibt	
dg-Interview mit W. Neuhaus	
von der Aids-Hilfe NRW	34

Kultur

dg-Kunstwettbewerb	
Die ersten drei Gewinner	26
Ein Schwarzwaldmärchen	33

Ausbildung

Psychoenergetische Rosinen	
Neue Wege in der Medizinerausbildung	36

Dokumente

Krankheitsursachen aus der Sicht	
von Arbeitnehmern	19
Betriebsspezifische Mikroepidemiologie zur	
Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen	21
Alternativen und Veränderungspotentiale	
in der Gesundheitspolitik	
(Fortsetzung aus dg 3/86)	22

Rubriken

Aktuelles	4
Kleinanzeigen/Termine	9
Buchkritik	37
Comix	38
Wir über uns	39



**Die Chiffre Aids hat die ganze Welt
eroberiert. Auf jeden Kranken kommen
100 Schlagzeilen. Ein Auszug aus
einem Essay von Volkmar Sigusch
auf**

Seite 30

aktuelles

Kritik an Gefahrstoffverordnung

Heftige Kritik am Entwurf für eine neue Gefahrstoffverordnung haben der Deutsche Gewerkschaftsbund (DGB) und der hessische Sozialminister Armin Clauss getübt. Der Entwurf, den das Bundesarbeitsministerium vorgelegt und das Bundeskabinett beschlossen hat, steht jetzt zur Beratung im Bundestag an.

Clauss bemängelte, daß nach wie vor gesundheitsschädliche und selbst giftige Zubereitungen in den Verkehr gebracht werden könnten, ohne nach der Verordnung eingestuft oder gekennzeichnet werden zu müssen. Er kündigte einen Antrag des Landes Hessen an, auch die Bewertung von Stoffgemischen in der neuen Verordnung festzuschreiben. Ferner müßten das Beschwerderecht der Arbeitnehmer und die Beteiligungsrechte der Betriebsräte verbessert werden. »Wenn ein Arbeitgeber Mißstände nicht abstellt, muß der Arbeitnehmer das Recht haben, die staatlichenaufsichtsbehörden einzuschalten«, betonte Clauss.

Der DGB kritisierte, daß im Entwurf noch nicht einmal erbgutverändernde und fruchtschädigende Stoffe gekennzeichnet seien. Durch ihre Einwirkung auf die Eltern am Arbeitsplatz komme es zunehmend zu schweren gesundheitlichen Schäden bei Kindern.

CDU/CSU-Faktion zum Paragraphen 218

Schriftlich begründen sollen Ärzte demnächst die Indikationsstellung zum Schwangerschaftsabbruch nach dem Willen der CDU/CSU-Faktion. Dies geht unter anderem aus einem von der Faktion einstimmig verabschiedeten Maßnahmekatalog hervor, mit dem sichergestellt werden soll, daß bei Schwangerschaftsabbrüchen das geltende Recht eingehalten wird. Beratende Ärzte sollen darüber hinaus zu »Fortbildungsmaßnahmen zum Schutz des ungeborenen Lebens« verpflichtet werden.

Dieser Beschuß stellt einen Kompromiß innerhalb der Unionsparteien dar, dem zahlreiche Diskussionen und Vorstöße unionsregierter Länder vorausgegangen waren, die Notlagenikation nicht mehr durch die Krankenkassen finanzieren zu lassen. Diese Versuche waren in der Öffentlichkeit, aber auch innerhalb der Union auf Kritik gestoßen.

»Ärzte für soziale Verantwortung«

Eine Liste alternativer Ärzte will zu den nächsten Wahlen des Ärztlichen Kreis- und Bezirksverbands München kandidieren. Die Liste wird voraussichtlich den Namen »Ärzte für soziale Verantwortung« tragen. Zu den Schwerpunkten wollen die Initiatoren die Militarisierung der Medizin machen. Der letzjährige Geschäftsbereich der bayerischen Landesärztekammer zeige, so die Gründer der Liste, daß der Schwerpunkt der allgemeinen ärztlichen Fortbildung im Bereich Notfall- und Katastrophenmedizin liege. Außerdem wollen die Ärzte den Abbau sozialer Leistungen, den Umweltschutz, den Paragraphen 218 und das Selbstverständnis der ärztlichen Körperschaften thematisieren.

Die Liste wird, wie die Initiatoren annehmen, Schwierigkeiten mit dem Wahlrecht bekommen. Es sieht eine starke Mehrheitswahl vor, aufgrund derer kleine Listen keine Chance haben. Daher will man versuchen, ein Verhältniswahlrecht durchzusetzen. Die Unterstützung durch andere Gruppierungen halten die Ärzte so gut wie für gewiß. Der Marburger Bund etwa konnte bei der letzten Wahl keinen einzigen Vertreter in den Vorstand entsenden.

AL-Stadtrat Ellis Huber zurückgetreten

Ellis Huber, Mitglied der Alternativen Liste (AL) in Berlin, ist Ende Januar wegen der Beteiligung an einer Grundstücksspekulation von seinem Amt als Gesundheitsrat von Charlottenburg zurückgetreten.

Huber hatte sich während seiner Amtszeit in einem anderen Berliner Bezirk an einem kanadischen Grundstücksgeschäft beteiligt. Dabei hatte er einen währungsbedingten Zinsgewinn von 20 000 Mark erzielen wollen. Die Kapitalanlage war ihm von dem damaligen Baustadtrat Jörg Hermann (CDU) vermittelt worden. Hermann wurde mittlerweile im Rahmen der Antes-Affäre wegen Bestechlichkeit von seinem Amt suspendiert.

Die Kreuzberger AL erklärte, die Beteiligung an einem solchen Spekulationsobjekt widerspreche der politischen Kultur der Alternativen Liste. Nur der Rücktritt Hubers könne die politische Glaubwürdigkeit der Alternativen wiederherstellen. Es wurde allerdings auch vermutet, daß hinter der Rücktrittsforderung andere

Gründe steckten. Es gebe zahlreiche Alternative mit Eigentumswohnungen, äußerte ein Vorstandsmitglied gegenüber der taz.

Weniger Unfallopfer im letzten Jahr

Die Zahl der Verkehrstoten ist nach Schätzungen des Statistischen Bundesamtes in Wiesbaden 1985 im Vergleich zum Vorjahr um 18 Prozent zurückgegangen. 1984 starben 10 199 Menschen im Straßenverkehr, 1985 waren es 8500. Auch die Zahl der Verletzten ist im Vergleichszeitraum um 40 000 auf 426 000, das sind 8,5 Prozent, zurückgegangen.

Den Grund für den Rückgang sehen Experten in der häufigeren Benutzung der Sicherheitsgurte. Nach der Einführung eines Bußgeldes im August 1984 war die Quote der Gurtnutzer von unter 50 Prozent auf über 90 Prozent gestiegen.

Programm für Umwelttag

Ein vorläufiges Programm für den ersten »Deutschen Umwelttag«, der vom 6. bis 8. Juni dieses Jahres in Würzburg stattfinden soll, haben die veranstaltenden Organisationen vorgelegt. Der Umwelttag soll nach dem Vorbild der Gesundheitstage ein massenhaftes Forum für Anhänger der Ökologiebewegung und an Umweltfragen Interessierte sein.

Nach der Eröffnung durch den Präsidenten des Deutschen Naturschutzbundes und den Würzburger Oberbürgermeister am Freitagabend sollen am folgenden Samstag die verschiedenen »Foren« und Arbeitskreise tagen. Den Abschluß wird am Sonntag eine Demonstration mit anschließender Kundgebung bilden.

Themen für die einzelnen Foren sind »Anders leben – umdenken, umschwenken« mit Arbeitskreisen zu Naturschutzideologie, neuem Lebensstil, Zukunft und gesunder Umwelt als Grundrecht, »Leben als Maß aller Dinge« mit Arbeitskreisen »SOS Nordsee«, Waldsterben, Naturschutzkonzepte der Zukunft, Sport, Tourismus, Landwirtschaft, Jagd, Tierversuchen, Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz, Allergien, Naturheilkunde, zur Ernährung und zur »Talfahrt der Alpen«. Für ein Forum »Verwirtschaftung der Umwelt« sind Arbeitskreise zu Konzepten neuen Wirtschaftens, zur Energieversorgung, Altlasten, Autos, zur EG und zum Hunger in der Dritten Welt geplant. Im Bereich »Grenzen der Machbarkeit« geht es um Chemisierung, Gen- und Biotechnologie, »ÖKOLOGIKA« als Antwort auf SDI und Eureka. Zwei weitere Foren befassen sich mit den Themen »Neue soziale Bewegungen« bzw. »Würzburg«. Hier soll es exemplarisch um gelungene und negative Beispiele einer umweltgerechten Stadt- und Landentwicklung gehen.

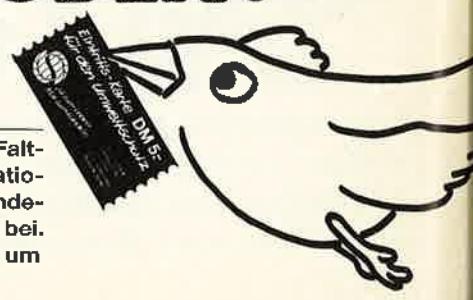
Veranstalter des Deutschen Umwelttages sind der Deutsche Naturschutzbund, BBU, BUND, der Deutsche Bund für Vogelschutz, der World Wildlife Fund, die Katholische Landjugendbewegung und die Verbraucherzentralen.

Kündigung

Der Deutsche Ärzte Verlag will arbeitsgerichtlich gegen drei Betriebsratsmitglieder vorgehen. Die drei Beschäftigten hatten am 6. März an der Demonstration des DGB zum Paragraphen 116 in Köln teilgenommen. Bereits einen Tag später lag die fristlose Kündigung zur Genehmigung vor, die der aber verwiegerte. Der Ärzte Verlag, der das Deutsche Ärzteblatt heraus gibt, will die Frage jetzt gerichtlich klären lassen.

FREIER ZUGANG ZU LUFT, WASSER UND BODEN.

Vorübergehend geschlossen!



Dieser Ausgabe liegt ein Faltblatt der IPPNW, Internationale Ärzte für die Verhinderung eines Atomkriegs, bei. Wir bitten unsere Leser um deren Beachtung.

IPPNW vom BND erfaßt

Der Bundesnachrichtendienst (BND) hat in der Vergangenheit Materialien über die deutsche Sektion der Internationalen Vereinigung Ärzte für die Verhinderung eines Atomkriegs (IPPNW) gesammelt und an Regierungsstellen weitergeleitet. Dies bestätigte der Leiter der Abteilung »Innere Sicherheit« im Bundesinnenministerium Ende Februar vor dem Bundestag. Die Materialien hatten Aufschluß über einen möglichen Einfluß der Deutschen Kommunistischen Partei auf die Ärzteorganisation geben sollen.

Der Vorgang zeige, so äußerte sich ein Sprecher der IPPNW gegenüber der Neu Isenburger Ärzte Zeitung, daß die Regierung mit dem Vorwurf, kommunistisch zu sein, schnell bei

der Hand sei, wenn unangebrachte Forderungen gestellt würden. Anscheinend fürchte die Bundesregierung das hohe Ansehen der IPPNW, die seit der Vergabe des Friedensnobelpreises ihre Mitgliederzahl von 3 100 auf 4 000 habe steigen können.

Musterverbot abgelehnt

Die Bundesregierung hat sich am 26. Februar gegen ein grundsätzliches Verbot von Arzneimittelmustern gewandt. Die Regierung antwortete damit auf eine Forderung des Bundesrates, der ein Verbot im zweiten Gesetz zur Veränderung des Arzneimittelgesetzes (AMG) verankert wissen wollte. Überraschenderweise

hatten sich die unionsregierten Länder im Januar nach heftigen Auseinandersetzungen den Vorschlägen der SPD angeschlossen.

Die Bundesregierung begründete ihre Auffassung damit, daß die von ihr vorgesehenen Einschränkungen der Musterabgabe auf sechs Originalpackungen pro Jahr und Arzt bereits ausreichend seien. Außerdem könnte ein generelles Musterverbot nicht als verfassungsgleich unbedenklich eingeschätzt werden, weil es in die Rechtsposition der Abgeber eingreife.

Der Gesetzentwurf wird jetzt im Gesundheitsausschuß beraten und anschließend an den Bundestag weitergeleitet.

Krankenschwesternberuf beliebt

Im Schuljahr 1984/85 gab es im Bundesgebiet 66 101 Krankenpflegeschüler und -schülerinnen. Das sind 41 152 oder 166 Prozent mehr als im Schuljahr 1966/67. Das gab im Februar das Statistische Bundesamt in Wiesbaden bekannt. Der Anteil der Krankenpflegeschülerinnen lag im letzten Schuljahr bei 83,8, der der Schüler bei 16,2 Prozent. Die Abschlußprüfung bestanden 1984 3 180 Männer und 16 613 Frauen. Das Statistische Bundesamt bezweifelt aber, ob alle Absolventen auch einen Arbeitsplatz gefunden haben. Ihre Zahl sei nämlich seit 1975 ungleich stärker angestiegen als die der berufstätigen Schwestern und Pfleger.

Gesundheitspolitik:

Essentielles

ud – Zum großen Wurf holten die Grünen auf ihrem Hearing zum Thema »Gesundheitspolitische Alternativen« aus.

Ziemlich viel vorgenommen und eine ganze Menge erreicht, so war der Tenor der Schlußkommentare zum Hearing der Grünen, auf dem Wissenschaftler, Gewerkschafter und Vertreter von Patientengruppen über die Konzertierte Aktion und gesundheitspolitische Alternativen diskutiert haben.

Mit dem ersten Teil des Themas war man noch relativ schnell fertig. Eigentlicher Sinn der Konzertierten Aktion, so Michael Wunder von der GAL in Hamburg, sei es, den gesellschaftlichen Konsens über die Notwendigkeit der Sparpolitik herzustellen. Viel weitreichender aber als deren Empfehlungen seien gesetzliche Maßnahmen wie das Krankenhausfinanzierungsgesetz, die Bundespflegegesetzverordnung und die geplante Strukturreform im Krankenhaus.

Zustimmung fanden die Aussagen des extraterritorialen Wesens E.T., das Rolf Rosenbrock vom Wissenschaftszentrum Berlin aus der Ferne auf die irdische Gesundheitspolitik schauen ließ. E.T. stellte fest, daß die Menschen mit dem Lebensgut Gesundheit nicht



gerade nach den Regeln der Vernunft umgehen – jedenfalls nicht, wenn Ziel der Gesundheitspolitik die Maximierung der Gesundheit sein soll, wie E.T. in extraterritorialer Naivität angenommen hatte.

Vorreiter verschiedener Patientengruppen, Gesundheitsläden und Elterninitiativen machten deutlich, daß es ihnen zunächst um ganz konkrete Forderungen geht, weniger um gesundheitspolitische Konzepte. Den Vorstellungen der Grünen, Patientenorganisationen könnten Träger gesundheitspolitischer Alternativen sein, erzielte Ingrid Schubert von der Patientenstelle München eine Abfuhr. Eine Dezentralisierung der Strukturen müsse es ihnen überhaupt erst einmal ermöglichen, Erfahrungen mit Gesundheitspolitik zu sammeln. Jürgen Matzat von der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Selbsthilfegruppen stieß ins gleiche Horn: Es sei eine Idealisierung durch die Linke, davon auszugehen, Selbsthilfegruppen stellten per se ein politisches Protestpotential dar.

Allein ihre Struktur, die kurze Lebensdauer und die Ortsgebundenheit mache gesundheitspolitische Arbeit unmöglich.

Helga Zapke, Vorsitzende der Vereinigung Holzschutzmittelgeschädigter, zeigte allerdings, in welchem Maße Politisches hinter scheinbar nur individuellen Ansprüchen steht. In mehr als 1 000 Fällen von Holzschutzmittelschädigung wird mittlerweile ermittelt. Eine weitgehende Sensibilisierung der Öffentlichkeit für deren Gefahr wurde erreicht.

Genau da wollen die Grünen ansetzen. »Gesundheit muß erkämpft werden!« lautet die erste These im Entwurf für ein gesundheitspolitisches Programm, den Michael Wunder am Ende vorstellte. Es komme darauf an, die Möglichkeiten der Menschen, sich für bessere Lebens- und Arbeitsbedingungen einzusetzen, zu verbessern.

Bisher seien nicht einmal Grund- und Menschenrechte im Gesundheitswesen verwirklicht. Menschen müßten das Recht auf optimale Versorgung haben, auf vollständige Aufklärung und auf freie Entscheidung, in welche Behandlung und Versorgung sie sich begeben. Es bedeute aber auch, jede Diskriminierung, Abwertung und Ausgrenzung zu bekämpfen.

Dazu aber bedürfe es der Demokratisierung der Strukturen im Ge-

sundheitswesen, so die dritte These der Grünen. Planung, Durchführung und Kontrolle müßten aus der Hand der Anbieter in die der »Benutzer« übergehen. Demokratisierung bedeutet auch, machterhaltende Hierarchien abzubauen, Beschwerdestellen für Patienten mit weitreichenden Kompetenzen zu schaffen, den Sicherstellungsauftrag für die Gesundheitsversorgung in die Hände gewählter Gremien zu geben. Demokratisierung müsse gegen ein Machtkartell aus Industrie- und Standesinteressen durchgesetzt werden.

Es dürfe auch nicht darum gehen, Risikogruppen auszuspähen und primär individuelles Verhalten zu ändern. Vielmehr müßten gesellschaftliche Ursachen von Krankheit bekämpft werden, denen sich keiner entziehen kann.

Als die Essenz dessen, was die Linke an gesundheitspolitischen Vorstellungen in den letzten zehn Jahren diskutiert hat, wurden dann am Ende – fast schon ein wenig euphorisch – die Thesen der Grünen bezeichnet. Die Diskussion der kurz- und mittelfristigen Ziele, die Helga Burkart vorher vorgestellt hatte, war in Erwartung des Mittagessens leider ein wenig untergegangen. Genau das aber wäre interessant gewesen, um zu sehen, was da zu erwarten ist: ein Reformprogramm oder eines, das über die herrschenden Verhältnisse hinausweist.

Im September, wenn über das Papier entschieden wird, wird sich zeigen, ob der große Wurf gelungen ist.

Gewässerschutz auflage für Hoechst

Der Hessische Umweltminister Joschka Fischer (Die Grünen) hat von der Hoechst AG eine erhebliche Einschränkung der Verschmutzung des Mains verlangt. Mittel- und langfristig müßten die Einleitungen von Abwässern in den Fluß ganz eingestellt werden. Der Konzern müsse insgesamt seine Abwässer in stärkerem Maße überwachen und der Umweltbehörde mehr Informationen zu kommen lassen. Fischer kündigte an, die staatlichen Kontrollen verschärfen zu wollen.

Hoechst dürfe den Fluß nur noch mit zehn statt mit 150 Tonnen Säure pro Tag belasten. Außerdem müsse der Anteil chemischer Gifte und Schwermetalle beträchtlich reduziert werden. Der Main dürfe, so Fischer, nicht mehr als »wilde Müllkippe« benutzt werden.

Schwerbe- hindertenquote

Kein Bundesland außer dem Stadtstaat Bremen hat 1984 die vorgeschriebene Schwerbehindertenquote von sechs Prozent der Beschäftigten im Öffentlichen Dienst eingehalten. Wie der nordrhein-westfälische Arbeitsminister Hermann Heinemann im Februar mitteilte, seien in Nordrhein-Westfalen 5,57 Prozent der Stellen im Landesdienst mit Schwerbehinderten besetzt gewesen. Zusammen mit Rheinland-Pfalz halte es damit immerhin noch das beste Ergebnis der Flächenstaaten. In Baden-Württemberg liege man bei 4,08 und in Bayern bei 4,17 Prozent.

Heinemann erklärte das Unterschreiten des vorgeschriebenen Wertes damit, daß im Polizeidienst Schwerbehinderte nur begrenzt einsetzbar seien und daß sich bei den Bewerbern für Lehrerstellen nur wenig Behinderte befanden. Lehrer und Polizeibeamte machen fast die Hälfte der Landesbediensteten aus.

Pseudo-Krupp- Studie

Eine epidemiologische Untersuchung über Zusammenhänge zwis-

schen der Schadstoffbelastung der Luft und dem Auftreten von Pseudo-Krupp-Erkrankungen ist jetzt in Baden-Württemberg angelaufen. Ziel der Untersuchung sei, wie Sozialministerin Barbara Schäfer mitteilte, herauszufinden, welcher Stellenwert dem Grad der Luftverschmutzung bei den auslösenden Ursachen der Krankheit zukommt.

Im Rahmen einer zweijährigen Längsschnittuntersuchung sollen tausend akute Pseudo-Krupp-Fälle bei niedergelassenen Kinderärzten und Kinderkliniken erfaßt werden. Gleichzeitig werde man, wie Schäfer erklärte, untersuchen, ob und gegebenenfalls welche Viren an dem Krankheitsgeschehen beteiligt sind. Darüber hinaus würden Einflüsse wie Lufttemperatur, Luftfeuchtigkeit und Luftdruck in die Auswertung mit einbezogen. Parallel dazu soll für die Dauer eines Jahres eine sogenannte Querschnitterhebung unternommen werden. Auf der Grundlage von Elternbefragungen wird geprüft werden, ob in unterschiedlich belasteten Gebieten die Erkrankungshäufigkeit mit dem Grad der Luftverschmutzung zunimmt. Organisation und Auswertung der Erhebung liegen beim Medizinischen Institut für Umwelthygiene der Universität Düsseldorf.

Hessen: Verbot für Experimente mit Embryonen

Die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen hat am 8. März beschlossen, das Verbot von Experimenten mit menschlichen Embryonen in die ärztliche Berufssordnung aufzunehmen. Hessen unterläuft damit als erstes Bundesland die vom Deutschen Ärztetag zur Übernahme empfohlenen »Richtlinien zur Durchführung von In-vitro-Fertilisation und Embryotransfer«. Die Richtlinien lassen wissenschaftliche Experimente an nicht transferierten Embryonen nach Prüfung durch eine Ethikkommission zu.

Die Experimente sind die Voraussetzung für Eingriffe in die Keimbahn des Menschen. Nach Ansicht der Liste demokratischer Ärzte, die den Antrag in die Delegiertenversammlung einbrachte, wäre eine Erlaubnis der entscheidende Schritt hin zur möglichen Manipulation menschlichen Erbgutes. Wegen der derzeit noch unübersehbaren Folgen schlossen sich die hessischen Delegierten der Argumentation der demokratischen Ärzte mit großer Mehrheit an.

Krankenhausplan Berlin:

Schuldige gefunden

**UD – In Berliner
Krankenhäuser
mangelt es an der
richtigen Einstellung
der Beschäftigten,
meint Senator Fink,
nicht an Stellen.**

Schon ein paar Monate geht der Streit um den Krankenhausplan von Gesundheitssenator Ulf Fink. Eigentlich handelt es dabei nur um einen Bau- und Umzugsplan, aber der hat es in sich. Umziehen soll zum Beispiel die Universitätsklinik in Charlottenburg, Westend-Klinikum genannt, umziehen sollen eine gynäkologische, eine urologische und eine chirurgische Abteilung des Krankenhauses Innenstadt in den Norden. Das Krankenhaus Britz soll nicht umziehen – es wird geschlossen. Bei Umzügen geht – wie die Erfahrung bestätigt – leicht einmal etwas verloren. So wird es auch in Berlin sein. Man geht von rund 3 600 Betten aus, die dabei auf der Strecke blei-

ben, davon nach Auskunft von Bodo Fast von der Abteilung Gesundheitswesen der ÖTV allein 1 100 Chronikerbetten. Senator Fink hatte zwar versichert, daß keiner der Beschäftigten seine Stelle verlieren würde, aber daran mag verständlicherweise niemand recht glauben.

Selbst November stehen in Berlin die Zeichen auf Sturm. Mit einem Bürgerbegehren soll die Bezirksverordnetenversammlung veranlaßt werden, Protest einzulegen. Die hat zwar nicht die politische Entscheidungskompetenz, doch politischen Druck übt sie sehr wohl aus. Daneben läuft ein Volksbegehren, das den Senat auffordert, zurückzutreten. Rund 80 000 Unterschriften sollen gesammelt werden, 53 000 Berliner haben schon unterschrieben.

Dabei beschweren sich Personalräte und Gewerkschaft schon länger über die unzureichende Personalausstattung der Krankenhäuser. Die Krankenhauskonferenz am Max-Bürger-Krankenhaus

**Unterschriften-
sammlung ge-
gen die Bettens-
kürzungen**

hatte Fink darauf aufmerksam gemacht, daß das Personal gezwungen sei, eine Pflege zu betreiben, die man teilweise nur als »gefährlich« bezeichnen könnte.

Fink findet es immerhin verständlich, daß Krankenhausangestellte mehr Personal fordern: »Die immer wieder vorgetragene Forderung, die Krankenhäuser mit noch mehr Ärzte- und Pflegepersonal auszustatten, um hierdurch eine optimale und humane Versorgung und Betreuung der Patienten zu gewährleisten, ist zwar verständlich, berücksichtigt aber zu wenig, daß es sich hier nicht nur um einen quantitativen, sondern vielmehr um einen qualitativen Aspekt,

nämlich um die innere Einstellung zum Beruf und damit auch zum Patienten handelt.«

Damit ist dann klar, wer Schuld an der Misere hat. Klar ist auch, daß mehr Opferbereitschaft gefragt ist. Deshalb passen Finks Bemerkungen auch so gut an den Platz, an dem sie stehen, nämlich in den Ausführungen zum Krankenhausplan.

»Der hat eine Macke,« kommentierte Bodo Fast, »die Äußerung ist einfach bösartig.« Das fand die Personalversammlung des Max-Bürger-Krankenhauses auch. Sie forderte Fink auf, sich für die Bemerkung umgehend zu entschuldigen.



aktuelles

Beratung für Formaldehyd-Opfer

Eine Interessengemeinschaft von Formaldehygeschädigten wurde kürzlich im Institut für Baubiology und Ökologie Neubeuern in Bayern gegründet. Mitglieder können sich dort gegen einen jährlichen Beitrag von 100 Mark baubiological, gesundheitlich und juristisch beraten lassen. Informationen und Aufnahmeanträge können bei dem Institut unter folgender Anschrift angefordert werden.

Holzham 26
8201 Neubeuern
Tel. (08035) 2039

Todesstrafe in der Türkei verbieten

Die Türkische Ärztekammer hat im Herbst letzten Jahres die Regierung der Türkei aufgefordert, die Todesstrafe aus dem Strafgesetz zu streichen. Die Kammer führte als Begründung an, daß es das Prinzip ärztlicher Berufsethik sei, Menschenleben zu achten. Daraus folge, daß

Arzte sich gegen alle Formen der Beendigung des Menschenlebens aussprächen. Bestehende Gesetze, die besagen, daß Mediziner beim Vollzug der Todesstrafe anwesend sein müßten, ständen im Widerspruch zur medizinischen Berufsethik, wie sie auch auf der 34. Zentraltagung des Weltärztekongresses formuliert worden sei.

Die Todesstrafe wird nach Angaben des Arbeitskreises Medizin-Psychologie von amnesty International vor allem gegen Angehörige der kurdischen Bevölkerung verhängt, zuletzt am 26. Februar in Diyarbakur, wo 23 Mitglieder der Türkischen Arbeiterpartei zum Tode verurteilt worden seien.

Pflegeversicherung gefordert

Der Bundesrat hat Ende Februar verschiedene Vorstellungen diskutiert, wie das Risiko bei der Pflegebedürftigkeit abgesichert werden kann. Der Parlamentarische Staatssekretär im Bundesarbeitsministerium Stefan Höpfinger kündigte einen Gesetzent-

wurf über die Ausweitung der Kassenleistungen in der häuslichen Krankenpflege an. Es ginge darum, vorrangig Familienangehörige bei der Pflege von Schwerstpflegebedürftigen zu entlasten. Außerdem wolle man den Bereich der Rehabilitation ausbauen, um Pflegebedürftigkeit zu verhindern oder zu min-

bundesweiten Pflegeversicherung ein. Grundsätzlich gebe es zwar, so Sozialminister Armin Clauss im Bundesrat, zwei Lösungswege zur Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit: ein aus Steuermitteln finanziertes Leistungsgesetz oder eine überwiegend aus Beiträgen finanzierte und aus Steuermitteln bezuschußte Versicherung. Für die Versicherungslösung spreche, daß sie momentan besser durchsetzbar sei. Außerdem könne so gleichzeitig die Abgrenzungsproblematik zwischen Krankheit und Pflegebedürftigkeit entschärft werden. Die Kosten, so forderte Clauss, dürften auf keinen Fall auf die Krankenversicherungen abgeschoben werden. Der hessische Entwurf wurde bereits während der Sitzung von unionsregierten Ländern heftig kritisiert, da er Kosten von rund elf Milliarden Mark verursache.



Hessens
Sozialminister
Armin
Clauss

dem. Das Gesetz soll noch in diesem Jahr verabschiedet werden, aber erst 1987 in Kraft treten, da erst dann die bisher ergriffenen Maßnahmen zur Kostendämpfung Wirkung zeigen und damit Mittel frei würden.

Das Land Hessen brachte eine Gesetzesinitiative zur Einführung einer

Bayern kündigte einen Entwurf an, der auch eine versicherungsrechtliche Lösung anbietet soll. Die Kosten müßten von den Krankenkassen, den Sozialhilfeträgern und dem Bund zu je einem Drittel getragen werden.

Gynäkologenprozeß:

Schlag nach bei Shakespeare

zu. Der Grundton blieb der gleiche.

In Berlin wird zur Zeit zum zweiten Mal gegen die beiden Gynäkologen verhandelt, die im Verdacht stehen, im Nachtdienst eine Kollegin aus der Anästhesie vergewaltigt zu haben. Der Bundesgerichtshof hatte das erstinstanzliche Urteil – je zwei Jahre und drei Monate Haft – wegen eines Formfehlers aufgehoben. Der Staatsanwalt plädierte jetzt auf ein Jahr mit Bewährung.

»Daß dieser Prozeß so anders verläuft als der erste, liegt sicher auch wesentlich daran, daß die Beklagten nun neue Verteidiger haben, die nicht so plump-chauvinistisch vorgehen. Es geht sehr viel subtiler zu«, meint Alexandra Goy, Nebenklagevertreterin der Anästhesistin. Obwohl dieser Prozeß für den Außenstehenden mehr mit Rechtsfindung und weniger mit »Sumpfrühen« und »Dreckschleudern« zu tun zu haben scheint, was die interessierten Medien wohlwollend bemerkten, ist seine politische Note unverkennbar, wenngleich hintergründiger.

»Es gibt mehr Dinge im Himmel und auf Erden, als eure Schulweisheit sich träumt« deklamiert der Vorsitzende Richter Hoyer im kleinen Kreis den »Hamlet« und hinterläßt den Eindruck, diesen Spruch zu seinem Credo für diesen zweiten Gerichtsakt gemacht zu haben, im Glauben, daß die Wahrheit nicht zu finden und die Schuld der Angeklagten daher nicht erweislich sein wird – ganz im Sinne Shakespeares.

Schwachheit, dein Name ist Weib!« (Hamlet, 1. Aufzug, 2. Szene)

Und auch sonst sind die Parallelen zu dem englischen Klassiker, den man in einer Vielzahl seiner Werke als derben Frauenfeind bezeichnen darf, nicht gerade spärlich. Als sich während des Prozesses drei Zuschauerinnen gegen die Beschimpfungen durch einen Mann (»Teufelsweiber«, »Lesben«, »Fotzen« konnte man da hören) zur Wehr setzten, wurde nicht der Mann, sondern die Frauen vom Vorsitzenden mit drei Tagen Ordnungshaft wegen »Ungehörigkeit vor Gericht« belegt. Dem unflätigen Herrn B. bedeutete der Richter lediglich: »Das habe ich nicht gehört.« – soll heißen: Das will ich aber nicht gehört haben. Selbst die Verteidiger der beiden Angeklagten hielten diese richterliche Anordnung für »überzogen«.

»Etwas ist faul im Staate Dänemark« (Hamlet, 1. Aufzug, 4. Szene)

Aber gerade die »Randereignisse« sind es, die ein bezeichnendes Licht auf diesen Prozeß werfen. Nicht genügend taten konnten sich zwei Herren des Verfassungsschutzes. Nach ihrer Funktion befragt, meinte Richter Hoyer lapidar: »Die sind hier, um mich zu schützen.«

Die Zeichen stehen auf »Patriarchat«. Daß dieser Prozeß nicht nur politisch ist, sondern auch allzu offenbar politisch geführt wird, ist sicher ein Verdienst dieses »unglückseligen Richters« (A. Goy), der seinen Shakespeare scheinbar zu sehr verinnerlicht hat.

»Drum dämpft den Trotz, beugt euch dem Mann entgegen, ihm unter seinem Fuß die Hand zu legen: – Wenn er's befiehlt, zum Zeichen seiner Pflicht, Verweigert meine Hand den Dienst ihm nicht.« (Der Widerspenstigen Zähmung, 5. Aufzug, 2. Szene)



aktuelles

Empfängnis-verhütender Impfstoff

Eine erste Versuchsreihe mit einem synthetischen empfängnisverhügenden Impfstoff wurde im Februar in Adelaide, Australien, am Medizinischen Zentrum Flinders begonnen. Der Versuch, Teil eines Programms der Weltgesundheitsorganisation (WHO), wird mit 30 freiwilligen, bereits sterilisierten Frauen durchgeführt, um mögliche Nebenwirkungen des Impfstoffes zu erforschen.

Der Stoff wurde von der Staatlichen Universität Ohio (USA) in den letzten zehn Jahren entwickelt. Er basiert auf dem Hormon HCG, das kurz nach der Befruchtung des Eis von der Schwangeren produziert wird und für die Aufrechterhaltung der Schwangerschaft in der Frühphase notwendig ist. Der Impfstoff rufe eine Immunreaktion hervor, die das Hormon neutralisiere und so die Schwangerschaft verhindere, bevor sich das befruchtete Ei in die Gebärmutter eingenistet habe, erklärte die WHO.

Gesetz über befristete Arbeitsverträge

Der Bundestag hat Anfang März ein »Gesetz über befristete Arbeitsverträge mit Ärzten in der Weiterbildung« beschlossen. Demnach können Krankenhäuser befristete Arbeitsverträge bis zur Dauer von acht Jahren mit Ärzten in der Weiterbildung abschließen. Sie können für Ärzte, die eine Zusatzbezeichnung erwerben, um zwei Jahre verlängert werden. Mit Hilfe des von den Koalitionsfraktionen befürworteten Gesetzes soll eine kostenlose Realisierung des Modells Arzt im Praktikum ermöglicht werden. Dafür sei eine stärkere Fluktuation von Ärzten nötig, lautete die offizielle Begründung.

Als »merkwürdig« bezeichnete Claus das Verhalten der SPD, die in Rheinland-Pfalz umfassende Pestizidverbote fordere, im Landwirtschaftsausschuß aber dem Pflanzenschutzgesetz zugestimmt habe.

Pflanzenschutzgesetz »skandalös«

Das Pestizid Aktions Netzwerk (PAN) hat das neue Pflanzenschutzgesetz, das am 27. Februar verabschiedet worden ist, heftig kritisiert. Das Gesetz regelt zwar erstmalig die Ausfuhr von Pestiziden, dennoch dürfen weiterhin Pflanzenschutzmittel, die in der Bundesrepublik vom Markt genommen worden sind, unbegrenzt ausgeführt werden. Das Netzwerk nannte als Beispiele die Mittel Captafol, Captan und Folpet, die wegen ihrer Kanzerogenität aus dem Verkehr seien und weiterhin exportiert werden könnten.

Rund zwei Millionen Pestizidvergiftungen, Schädlingsresistenzen und die Verseuchung von Böden, Gewässern und Agrarprodukten sind nach Angaben von PAN die Folge der Pestizidexporte durch die Industrienationen. Dr. Frank Claus, der Sprecher der Organisation, nannte es einen Skandal, daß die Bundesrepublik als weltweit größter Exporteur von Pflanzenschutzmitteln für die

Dritte Welt andere Maßstäbe setzte als im eigenen Land. Damit würden nicht nur die Forderungen von Verbraucher- und Umweltgruppen aus der Dritten Welt, sondern auch Resolutionen der Vereinten Nationen und des Europaparlaments umgangen.

Die Bundestagsabgeordnete der Grünen Marita Wagner erklärte vor dem Bundestag, daß es eine eindeutige Verschlechterung der Patientenversorgung zur Folge haben werde, wenn sich in Zukunft zwei bis drei Ärzte im Praktikum eine Assistenzarztstelle teilen. Ohnehin gebe es jetzt schon zu wenig Weiterbildungsstellen. Eine weitere Reduzierung werde, so Marita Wagner, viele Ärzte nach der zweijährigen Praxisphase in die Niederlassung drängen. Ihrer Auffassung nach gibt es für das Gesetz keinerlei sachliche Begründung, da der Bundesangestelltentarifvertrag bereits befristete Arbeitsverträge zulasse.

Kommunale Gesundheitsplanung: Nicht recht glücklich

pt – Ende letzten Jahres fand ein forscherungsprojekt des Bundesarbeitsministeriums über kommunale Gesundheitsplanung seinen Abschluß. Das Ergebnis hatte man sich anders vorgestellt. Gedacht als Möglichkeit, regional Kostendämpfung zu betreiben, entwickelte sich daraus eine Analyse der örtlichen defizitären Strukturen im Gesundheitswesen und der Möglichkeit, sie zu überwinden.

Am Modellversuch beteiligt waren die Städte Köln und Osnabrück sowie der Landkreis Kronach. Untersucht werden sollte der Gesundheitszustand der Bevölkerung, Gesundheitsschutz und -versorgung, Beschäftigte im Gesundheitswesen sowie die Ausgabenstruktur für Gesundheitsleistungen. Außer für die Ausgabenstruktur ließen sich keine vergleichbaren Aussagen erzielen, hängt doch der Gesundheitszustand der Bevölkerung von örtlich unterschiedlichen Bedingungen ab, wie Umweltbelastung, Erwerbsstruktur usw. Auffallend ist aber, daß die Ausgabenstruktur aller drei Gebiete fast identisch ist. Den Löwenanteil mit rund 50 Prozent machen die Gelder für Behandlung aus. Und wie nicht anders zu erwarten, spielen vorbeugende Maßnahmen kaum

eine Rolle. Nur 5 Pfennig von jeder Mark, die ausgegeben wird, fließen in den präventiven Bereich.

Und noch eine wichtige Zahl. Die Kosten für stationäre Behandlung betragen nur ein Drittel der Ausgaben für die gesamte Behandlung, womit der Kostenfaktor Krankenhaus als bisheriges Hauptziel staatlicher »Kostendämpfungspolitik« eigentlich in den Hintergrund treten müßte.

Doch so recht glücklich über diese Ergebnisse schien die Kölner Gesundheitsverwaltung nicht zu sein, legten die gewonnenen Erkenntnisse doch nahe, daß es mit dem Verhältnis Gesundheitsausgaben und Gesundheitszustand der Bevölkerung nicht zum Besten steht. So behauptete die Verwaltung völlig unbegründet, daß die besonderen Kölner Verhältnisse als Oberzentrum in der Region mit wesentlich höheren Kosten nicht berücksichtigt wäre. Zur schlechten gesundheitlichen Situation meinte der Beigeordnete Rutschmeier lapidar: »Die Kölner Luft macht nicht gesund.«

Mit der Unüberschaubarkeit der Strukturen im Kölner Gesundheitswesen versuchte man zu erklären, warum es nicht möglich war, im Gegensatz zu Kronach und Osnabrück,

zu qualitativen Aussagen über das Kölner Gesundheitswesen zu kommen.

In Kronach und Osnabrück versuchte die Verwaltung, die Mängel unter Einbeziehung aller beteiligten Institutionen zu beheben. Möglich wurde dies durch Einberufung einer Gesundheitskonferenz, die sich aus Vertretern aller im Gesundheitswesen beteiligten Organisationen zusammensetzt. Diese legt die Schwerpunkte kommunaler Aufgabenplanung fest, beispielsweise Senkung der Verkehrsunfallhäufigkeit im Landkreis Kronach, Zahnpflegeprogramm für die Stadt Osnabrück, psychosomatische Versorgung in Osnabrück.

Entscheidend ist, daß mit Hilfe der Gesundheitskonferenz erstmalig der Versuch unternommen wurde, unter Einbeziehung sowohl der Anbieter von Gesundheitsleistungen wie der Kostenträger als auch der Benutzer, einen Maßnahmekatalog zur Verbesserung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung zu erarbeiten. Die Erfahrungen des Modellversuchs haben auch gezeigt, daß, im Gegensatz zur Konzentrierten Aktion auf Bundesebene, es vor Ort möglich ist, Probleme gemeinsam anzugehen.

11.–13.4.

Osnabrück

(Irr-)Wege aus der Isolation
Fachtagung der Dtsch. Gesellschaft f. Soziale Psychiatrie zu Lebensräumen geistig Behinderter 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 psychosozialer Hilfsvereinigungen und des Bundesverbands der Angehörigen psychisch Kranker zur Entwicklung der Gemeindepsychiatrie aus Sicht der Familien

Kontakt: Dachverband/Bundesverband, Thomas-Mann-Str. 49a, 5300 Bonn 1

14.–16.4.

Marl

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

Kleinanzeigen

Der Psychosoziale Trägerverein Solingen e.V. sucht baldmöglichst für den Wohnbereich (Wohnheim, Außenwohngruppen, Wohngemeinschaften)

- einen Krankenpfleger
- einen Fachkrankenpfleger für Psychiatrie

zunächst zur Schwangerschaftsvertretung.

Das Tätigkeitsfeld umfaßt die Betreuung psychisch Erkrankter bei der Bewältigung von Alltagsaufgaben sowie den pflegerischen Bereich. Die Möglichkeit der Übernahme in ein Dauerarbeitsverhältnis, evtl. in leitender Funktion, ist gegeben.

Die Bezahlung erfolgt in Anlehnung an BAT.

Bewerbungen richten Sie bitte an:

Psychosozialer Trägerverein Solingen e.V., z. Hd. Frau Rogmanns, Eichenstr. 105-109, 5650 Solingen 1; Tel.: 0212/815051.

Preis: pro Zeile (25 Anschläge) 2 Mark.
Einsenden an: dg, Siegburger Straße 26, 5300 Bonn 3.

Workcamps – Alternative zum Massentourismus Freiwilligenarbeit in Ökologie-, Friedens-, 3. Welt-Projekten. Unterkunft und Verpflegung frei. Mindestalter 16 (Inland) bzw. 18 (Ausland). Sinnvoller Urlaub mit internationalen Kontakten! Sommerprogramm und Informationen gegen 1,50 DM in Briefmarken beim Service Civil International (SCI), Blücherstr. 14, 5300 Bonn 1, Tel.: 0228/212086/7.

Kinderarzt sucht **Praxisassistenten**, westlicher Ruhrgebietsrand – spätere Kooperation möglich. Kontakt unter Chiffre 020486 an: dg Siegburger Str. 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: Gesundheitsladen Berlin, Gneisenaustr. 2, 1000 Berlin 61 · Tel. 030/693 20 90

Gemeinschaftspraxis, seit 1980 bestehend, sucht 2 Ärztinnen/Ärzte für allgemein- und kinderärztliche Tätigkeit mit Interesse an ganzheitlicher Medizin. 3 Hannover 91, Climerstr. 78, Tel.: 0511/2 105147.

Gesundheitszentrum im Bremen-Nord (Apotheke, Krankengymnastik, Allgemeinarzt, Frauenarzt, Kinderarzt) sucht baldmöglichst **Augenarzt**. Räume und Bedarf vorhanden. Kontakt unter Chiffre 010486 an: dg, Siegburger Str. 26, 5300 Bonn 3.

Termine

Kontakt: Allgemeiner Krankenpflegeverband, Lucy-Romberg-Haus, Wiesenstr. 55, 4370 Marl/Westf., Tel. (023 65) 3 3566

18.-20.4.

Hübingen/Westerwald

Jahrestreffen der Arbeitsgemeinschaft freier Stillgruppen
Kontakt: Thomas Pleiss, Weingartenstr. 4, 6330 Wetzlar-Münchholzhausen, Tel. (0 64 41) 7 1139

18.-20.4.

Bonn

6. Bundestagung und Mitgliederversammlung des Arbeitskreises Kunstfehler in der Geburtshilfe (AKG)
Kontakt: AKG, Bremer Str. 19, 4600 Dortmund 1

18.-20.4.

Charlottenberg

Treffen von Frauen, die im Gesundheitsbereich arbeiten
Thema: »Medizinfrauen – Frauenmedizin – Feministische Medizin«
Kontakt: Jacoba Erytropel, Lenger Meer 3, 2947 Friedburg.

18.-20.4.

Bonn

Vorbereitungsseminar der BUKO Pharma-Kampagne zur Aktionswoche »Hochst auf dem Prüfstand«
Kontakt: BUKO Pharma-Kampagne, August-Bebel-Str. 62, 4800 Bielefeld 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. (023 62) 621 56

20.4.

Borken-Gemen

Fortbildungsveranstaltung der Gesellschaft f. Geburtsvorbereitung
Thema: »Männer in der Geburstsvorbereitung«
Kontakt: Gesellsch. f. Geburtsvorbereitung, Postf. 421217, 6104 Seelheim.

23.4.

Mannheim

Diskussion der Unabhängigen Liste Demokratischer Ärzte in der Bezirksärztekammer Nordbaden
Thema: »Positivliste für die Kassenpraxis? Pro und Contra.«
Kontakt: Dr. Martin Geimer, Königsseestr. 12, 6800 Mannheim 81, Tel. 0621/893470.

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

2.-5.5

Würzburg

9. Jahrestagung der Dtsch. Gesellschaft f. Geschlechtserziehung
Thema: »Sexualerziehung 1986«
Kontakt: Linus J. Dietz, Lengfelder Str. 89, 8700 Würzburg 26.

15.-17.5.

Berlin

6. Kongreß der Gesellschaft f. Medizinische Psychologie
Thema: »Psychologie in der Medizin«
Kontakt: Dr. Erica Mahr, Tel. 030/8385093/92.

16.-18.5.

Achberg/Bodensee

3. Arbeitstagung »Psychotherapie und Ökologie«
Kontakt: Dr. Till Bastian, Bahnhofsstr. 34, 6501 Heidesheim, Tel. 06132/59329.

24.5.

Bonn

Bundesweites Treffen von formaldehydgeschädigten Verbrauchern/innen
Kontakt: Die Verbraucher Initiative e.V., Postf. 1746, 5300 Bonn 1, Tel. 0228/659044.

Ursel Schuster, seit mehr als 25 Jahren Krankenschwester auf einer chirurgischen Station, richtet sich mit schmerzverzogenem Gesicht auf. »Mein Kreuz, verdammt!« Seit mehreren Jahren plagen sie immer wieder heftige Rückenschmerzen. Als sie ihren Hausarzt deswegen zuletzt aufsuchte, sprach dieser wieder einmal von »Verschleißerscheinungen«. Schließlich ist sie ja nicht mehr die Jüngste. Im Kollegenkreis wird öfters über Frau Schusters Beschwerden gesprochen; man ist sich einig: nach so vielen Jahren schwerer körperlicher Arbeit kein Wunder. Nur: eine arbeitsmedizinische Betreuung findet auch in ihrem Krankenhaus nicht statt. Daß einer der Kollegen sich bei der Arbeit eine Hepatitis zuzog und das als Berufskrankheit anerkannt wurde, wissen sie alle. Doch mit dem Rücken, das ist etwas anderes. Wer kann schon nachweisen, daß die Belastung durch die Tätigkeit im Krankenhaus Ursache chronischer Wirbelsäulenbeschwerden sein kann.

Während einer Kaffeepause vor einigen Tagen fand sie ein Flugblatt der ÖTV auf dem Tisch: Information über die bevorstehenden Sozialwahlen. Es handelt sich um die Wahlen bei der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege. Von der Existenz dieser Berufsgenossenschaft erfährt Ursel Schuster zum ersten Mal.

So wie Ursel Schuster geht es in diesen Tagen sicher vielen der insgesamt 1,5 Millionen Versicherten der Berufsgenossenschaft.

Am 4. Juni 1986 finden wieder einmal Sozialwahlen statt. Immerhin alle sechs Jahre.

Schon bei früheren Sozialwahlen war deren Bekanntheitsgrad sehr niedrig. 1974 ermittelte die ÖTV, daß nur ein Drittel der Wahlberechtigten Bescheid wußte. 1986 dürfte das nicht wesentlich anders sein.

1980 wurden Wahlen überhaupt nur bei 49 Versicherungsträgern durchgeführt mit einer Wahlbeteiligung von 43 Prozent. 1968 war die Wahlbeteiligung auf dem Tiefpunkt von 20 Prozent angelangt. Forderungen nach Abschaffung der Wahlen und Berufung der Versichertenvertreter durch staatliche Stellen diskutierte man damals schon. In fast allen Orts- und Betriebskrankenkassen wurde nicht gewählt, es wurden sogenannte Friedenswahlen durchgeführt. Wird nur eine Liste auf der Versichertenseite eingerichtet, entfällt der Wahlgang. Diese eine Liste enthält dann Kandidaten des DGB, der DAG und der »christlichen Arbeitnehmerorganisationen«.

Bei den fünf Ersatzkassen dagegen wurden 1980 48 Vorschlagslisten eingerichtet, es gab also auch eine Wahl. Die Stimmzettel für diese Wahlen gleichen aber eher einem Supermarktangebot an exotischen Früchten. Hier tummeln sich verschiedenste Mitgliedergemeinschaften – die meist den Namen der Kasse im Titel führen – zum Beispiel »DAK-Versicherten- und Rentner-Vereinigung« und gelbe Splittergruppen und Mächtigergewerkschaften wie die Union der Leitenden Angestellten, der Verband der weiblichen Angestellten, der Deutsche Handels- und Industriearbeitgeberverband im Christlichen Gewerkschaftsbund CGB. Die besondere Lage bei den Ersatzkassen

ist dadurch bedingt, daß ihre Vertreterversammlung ausschließlich durch Versichertenvertreter gebildet wird, die Arbeitgeber bleiben hier fein draußen.

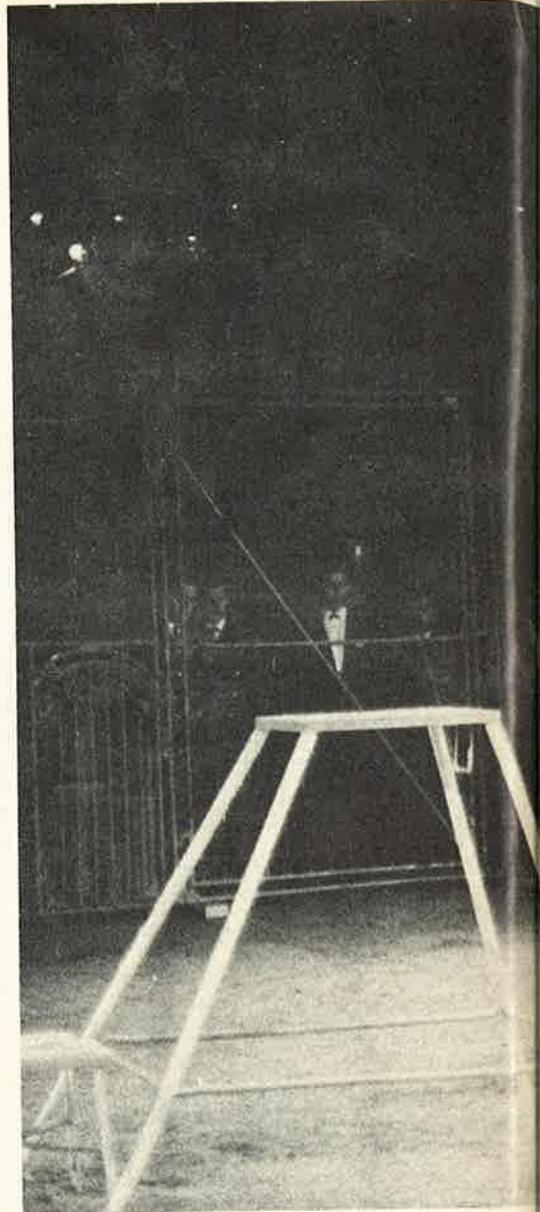
Bei etwa 1400 Krankenversicherungen, 95 Unfallversicherungsträgern, der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte und den Landesversicherungsanstalten für Arbeiter wurde 1980 in nur 49 (in Worten: neunundvierzig) Fällen gewählt. Kein Wunder, daß der eigentliche Souverän dieses Unternehmens – der Versicherte – nicht Bescheid weiß.

Doch auch der interessierte Metallarbeiter, die engagierte Versicherungsangestellte oder die in der ÖTV aktive Krankenschwester wissen oft nicht, was sich hinter der Selbstverwaltung verbirgt. Oft genug ist ihnen auch unbekannt, daß der schon viel beschäftigte Betriebsrat oder DGB-Kreisvorsitzende auch noch wichtige Funktionen im Vorstand der AOK oder im Landesverband der Betriebskrankenkassen hat. Manche von ihnen werden in der Selbstverwaltungstätigkeit zu echten Spezialisten, andere geben sich den Anschein. Das hohe Maß an Verrechtlichung unserer Sozialversicherung, die Tendenz, viele Fragen zu sehr unter juristischen Aspekten zu sehen, fördert das Spezialistentum. Junge oder neu gewählte Selbstverwaltungsmitglieder haben es in dieser Umgebung schwer und müssen sich auch noch nach Jahren als »Grünlinge« und »Anfänger« bezeichnen lassen.

Nach einer Untersuchung von Bernhard Braun und Ulrike Teske wird die Selbstverwaltungstätigkeit gern als »politikfreier Raum« gesehen: die Selbstverwaltung solle »sich nicht zu weit aufs politische Feld vordrängen, stattdessen sich lieber auf die Versichertengemeinschaft konzentrieren.« Dieser enge Blick aber nur auf die eigene »Versichertengemeinschaft verhindert gerade eine wirkliche Auseinandersetzung zum Beispiel mit den Folgen der Kosten-dämpfungspolitik für die einzelne Krankenkasse und den Versicherten. Die Tätigkeit von Vertreterversammlung und Vorstand der Kassen vollzählen sich in der Regel ohne jede Öffentlichkeit. Öffentlichkeitsarbeit wird nur bei Jubiläen, Neueinweihung von Gebäuden, oder bei Blutdruck-Meßaktionen getrieben.

Der Zwang zur Parität in den RVO-Kassen, der Unfallversicherung und den Versicherungsanstalten der Rentenversicherung führt bei den Selbstverwaltern noch häufig zu Vorstellungen der zwanghaften Konfliktvermeidung. Muster-Geschäftsordnungen verbreiten Harmoniegedanken, wie sie nicht einmal mehr in den kommunalen oder Landesparlamenten üblich sind. So sieht Siebeck, der frühere Geschäftsführer des AOK-Landesverbandes Rheinland sogar die »Pflicht zu vertraulicher Behandlung (von Themen, der Verf.) auch außerhalb der nicht-öffentlichen Sitzung.« Er will den Selbstverwaltern sogar eine »Treuepflicht gegenüber dem Versicherungsträger« auferlegen, die er »gewissenhaft, selbstlos und verantwortungsbewußt zu erfüllen« hat.

Ein weiterer Grund für das Schattendasein der Selbstverwaltung spielt die zunehmende Einschränkung der Handlungsmöglichkeiten der Kassen durch staatliche und



Ein zahm

Selbstverw Sozialversi

**Der eigentliche
Souverän der Ver-
sicherungen ist der
Versicherte selbst.
Nur weiß er nichts
davon.**



Foto: dpa

er Löwe altung in der cherung

Die Selbstverwaltungen – streng paritätisch besetzt – führen ein Schattendasein und geben nur noch vor,

das zu sein, was ihr Name besagt.
Matthias Albrecht plädiert dafür, den Käfig des Löwen zu öffnen.

gesetzgeberische Maßnahmen: das Gros der Leistungen ist – aus Gründen der Gleichbehandlung – gesetzlich festgeschrieben. Doch bei weitem werden Spielräume bei nicht vorgeschriebenen freiwilligen Leistungen (Zahnersatz, Rehabilitation, Prävention) zu wenig genutzt. Modellaktionen wie bei der AOK Mettmann in Sachen Prävention oder bei der AOK Heilbronn mit der Aktion »Gesunde Zähne« bleiben bisher Einzelfälle.

Seit März 1981 übten Heilbronner Kinder in Kindergärten und Schulen unter Anleitung einer zahnmedizinischen Fachkraft und einer Ernährungsberaterin das richtige Zahneputzen. Sie bereiteten selbst Frühstücksmahlzeiten vor, die »zahngesund« wirken sollten und wurden theoretisch in Mundhygiene, gesunder Ernährung und Fluoridanwendung unterrichtet. In regionaler Zusammenarbeit von Orts-, Innungs- und Betriebskrankenkassen mit dem Gesundheitsamt, den Zahnärzten, Schulen und Kindergärten wurde dieses Kariesprophylaxeprogramm »Gesunde Zähne« durchgeführt. Die Nachuntersuchung der Kinder im August 1985 zeigte, daß bei sieben- bis elfjährigen Schulkindern nach Teilnahme an der Prophylaxe die Karies um durchschnittlich fünfzig Prozent zurückging. Nach Einschätzung der AOK Heilbronn können mit einem solchen vorbeugenden Programm die Gesundheitsziele der WHO auf dem Gebiet der Zahngesundheit voll erreicht werden.

Doch Kritik am Gebaren der Selbstverwaltung und ihrer Möglichkeiten ist heute nicht mehr Sache einiger weniger Spezialisten: Auf Seminaren von Selbstverwaltern, in Einzelgewerkschaften und – nicht zuletzt – in der »Gesundheitspolitischen Strukturkommission beim DGB-Bundesvorstand« zog man im November 1985 eine recht kritische Bilanz:

»Gleichwohl gerät die Soziale Krankenversicherung zunehmend unter Reform- und Legitimationsdruck. Sie vermittelt heute teilweise den Eindruck einer stark zentralisierten Großorganisation. Vor allem dann, wenn die Gewichte der Selbstverwaltung zugunsten der Geschäftsführung verschoben sind, herrschen die Steigerung der administrativ-technischen Effizienz der Versicherungsgeschäfte als Handlungsleitlinie und rein haushalts- und finanztechnische Denkweisen vor ... Der repräsentativ – demokratisch geprägten Selbstverwaltung ist es auch noch nicht hinreichend gelungen, sich als Vertreter der einzelnen Versicherten- und Patienteninteressen, etwa in Sachen Patientenschutz gegenüber den Leistungsaufbütern, zu profilieren. Häufig operiert sie sogar an diesen vorbei, ihre Problem – und Versichertennähe leidet.«

Auch 1986 werden die echten Wahlhandlungen bei den Sozialwahlen wiederum die Ausnahme sein, die Regel dagegen die »Friedenswahlen«. In der Praxis läuft das so ab: der DGB-Kreisvorstand bildet einen Arbeitskreis zu den Sozialwahlen, der die Aufstellung der DGB-Liste für die örtliche Ortskrankenkasse vorbereitet. Diese Liste wird zunächst einmal schön anteilig mit Gewerkschaftern besetzt, die der SPD und CDU angehören. Als nächstes wird mit der

DAG verhandelt, die zum Schein damit begonnen hat, eine eigene Liste aufzustellen. Ist man sich in der DAG einig, beginnen die Gespräche mit dem Christlichen Gewerkschaftsbund CGB – der sonst eher ein vollständiges Schattendasein führt. Hauptargument für dieses Vorgehen: das Abgehen von den Friedenswahlen würde die Sozialwahlen zu einem unkalkulierbaren Risiko machen und erhebliche finanzielle Mittel verschlingen.

Die Befragung offenbart, daß dem DGB im Sozialbereich eine weitaus größere Kompetenz als allen konkurrierenden Gruppen zugebilligt wurde: über 70 Prozent der Befragten sahen als Hauptaufgaben der Gewerkschaften im Sozialbereich Arbeitszeitverkürzung, Bekämpfung der Arbeitslosigkeit, Verbesserung der Situation der Frauen auf dem Arbeitsmarkt, Verhinderung von Sozialabbau und Sicherung der Sozialleistungen. Auch bei Fragen

standämpfung im Gesundheitswesen« nicht für eine Aufgabe der Gewerkschaften. Auch der Slogan des DGB in der jetzt laufenden Sozialwahlkampagne wurde in dieser Umfrage getestet. 29 Prozent aller befragten Gruppen hielten den Slogan: »DGB – der erfahrene Partner in der Sozialversicherung« für den besten.

Pikanterweise blieb das Thema Friedenswahlen in der Umfrage ausgespart. Hier liegt aber letztendlich das Haupthindernis: Arbeitskreise und Seminare für neue Selbstverwalter, Umfragen mit Meinungsforschungsinstituten, Anzeigen in gewerkschaftseigenen und Publikumszeitungen können nicht darüber hinwegtäuschen, daß eine Aktivierung der Versicherten und der Selbstverwaltung erst gelingen kann, wenn der DGB bei allen Versicherungsträgern als eigenständiger Faktor auftaucht und auch tatsächlich gewählt wird.

Den Arbeitgeberverbänden gewährt der desolate Zustand der Selbstverwaltung maximalen Einfluß.

Damit wird ein Status quo zementiert, den der DGB sich im Juni 1985 sogar noch einmal durch eine Umfrage eines Meinungsforschungsinstituts bestätigen ließ: in der vom Marplan-Institut durchgeföhrten Befragung wurden etwa ein Jahr vor den Wahlen wahlrelevante Gruppen, nämlich Angestellte und Rentner, befragt. Die Arbeiter blieben ausgespart, da dort ohnehin keine Änderung der Strategie anstand.

wie Beitragsstabilität und allgemeine Verbesserungen von Sozialleistungen lag der DGB vorn. Daß aber erhebliche Brüche im Bewußtsein der Versicherten bestehen, zeigt die Umfrage beim Thema Ausbau von Gesundheitsleistungen: Hier halten bei den befragten Angestellten 25 Prozent den DGB, aber 29 Prozent die Mitgliedergemeinschaft der DAK für kompetent. 70 Prozent der Befragten hielten »Ko-

D« ab der gegenwärtige Zustand der Selbstverwaltung diesen Namen nicht verdient, ist eigentlich allen Beteiligten klar. Ein echtes Interesse an der Verewigung der Verhältnisse haben die Arbeitgeberverbände, die konservativen Parteien und die gelben Verbände und buntscheckigen Mitgliedergemeinschaften. Ihnen gewährt der desolate Zustand der Selbstverwaltung maximalen Einfluß.

Seitens der Gewerkschaften liegen seit vielen Jahren ausformulierte Alternativen

Wie man einen Löwen zähmt

Bis aus dem Gesundheitspflegeverein der Berliner Arbeiterverbrüderung der heutige Krankenkassensalat wurde, vergingen gerade 100 Jahre.

»Die von den Regierungsparteien angestrebte Regelung (Einführung der Parität, d. Verf.) würde auch einer Verewigung des von Hitler diktierten Zustandes gleichkommen . . . Die Gewerkschaften müssen ernsthafte Erwägungen anstellen, ob sie es verantworten können, sich an den Wahlen zu beteiligen, wenn die Organe je zur Hälfte aus Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber besetzt werden sollen.«

Diese unmissverständliche Warnung schrieb der DGB-Vorsitzende Hans Böckler 1950 an Kanzler Adenauer im Zuge der Auseinandersetzung um das Selbstverwaltungsgesetz, das dann am 13. Oktober 1950 per Hammelsprung gegen die Gewerkschaften entschieden wurde.

Wie hatte es angefangen mit der »Selbstverwaltung«? Begann alles – wie so oft zu lesen – am 17. November 1881 mit der schwülstigen »Kaiserlichen Botschaft« Wilhelms des Ersten, mit der die Schaffung der gesetzlichen Unfallversicherung und Krankenversicherung angekündigt wurde?

Am Anfang standen vielmehr Selbsthilfeorganisationen der Arbeiterschaft in der industriellen Revolution: so wurde am 1. Mai 1849 der Gesundheitspflegeverein des Berliner Bezirks der deutschen Arbeiterverbrüderung gegründet. In Flugblättern bezeichnete der Verein, der bald 5000 Mitglieder hatte, die »Gesundheit für alle Menschen ohne Unterschied des Standes und des Ranges, in gleicher Weise (als) ein unschätzbares und unveräußerliches Gut.«

Die demokratische Struktur und die guten Leistungen des Vereins waren so attraktiv, daß viele Arbeiter aus dem »Gewerkskrankenverein«, einer Zwangskasse, übertraten. Salomon Neumann, Arzt in der »Arbeiterverbrüderung«, erarbeitete auch die Quartalsberichte des Vereins und versuchte darin, den Einfluß der Lebenslage und der Berufstätigkeit auf Erkrankung und Sterb-

lichkeit nachzuweisen. Im April 1853 wurde der Gesundheitspflegeverein im Zuge der von Polizeispitzeln betriebenen »Pulververschwörung« aufgelöst, da er »nur darauf berechnet sei, der demokratisch-kommunistischen Partei in Berlin eine feste Organisation zu verleihen.«

Mit der Unterdrückung der aufkommenden jungen Arbeiterbewegung durch das Sozialistengesetz hatte Bismarck »positive Maßnahmen zur Förderung der Arbeiter« angekündigt. Doch erst im Februar 1881 wurde der Unfallversicherungsgesetzentwurf vorgelegt. Als die Arbeiterpartei bei den Reichstagswahlen – unter den Bedingungen des Sozialisten gesetzes – mehr Stimmen als vorher errang, ließ Bismarck am 17. November 1881 Kaiser Wilhelm seine berühmt-behrüchtigte Thronrede zur Eröffnung des Reichstages halten. Darin sprach er von seiner »Überzeugung, daß die Heilung der sozialen Schäden nicht ausschließlich im Wege der Repression sozialdemokratischer Ausschreitungen, sondern gleichmäßig auf dem der positiven Förderung des Wohles der Arbeiter zu suchen« sei. Er kündigte dann die Vorlage von Gesetzen zur Unfall-, Kranken- und Alters- sowie Invaliditätsversicherung an. Sozialreform und Repression waren also zwei sehr früh angelegte Gesichter der staatlichen Sozialpolitik.

Das Krankenversicherungsgesetz vom 15. Juni 1884 schaffte die Grundlagen für die späteren allgemeinen Ortskrankenkassen und erfaßte zunächst nur die ge-

vor. »Grenzen der Handlungsfähigkeit setzt die paritätische Besetzung der Selbstverwaltungsgänge durch Arbeitgeber- und Versichertenvertreter . . . In der Selbstverwaltung geht nur das, was als kleinster gemeinsamer Nenner der Sozialpartner gelten kann; die Selbstverwaltung kann daher bei wichtigen sozial- und gesundheitspolitischen Fragen Handlungsspielräume nicht nutzen,« faßte die »Gesundheitspolitische Strukturkommission beim DGB« ihre Kritik zusammen. Schon 1977 hatte der 12. Gerwerkschaftstag der IG Metall in seiner Entschließung zur Sozialpolitik die Neuordnung der Krankenversicherung im Sinne einer »leistungsstarken, einheitlichen und versicherten nahen Krankenversicherung« gefordert.

»Die Krankenversicherung muß zu einer modernen Organisation der »Gesundheitssicherung« ausgebaut werden, die alle damit zusammenhängenden Aufgaben wie Vorsorge, Vorbeugung (Prävention) für die noch Gesunden, die gesundheitliche Betreuung bis hin zur gesundheitlichen Rehabilitation übernimmt.«

Auch für den Bereich der Rentenversicherung forderte die IG Metall die Schaffung einer einheitlichen »Bundes-Rentenversicherungsanstalt« anstelle der heutigen Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, der Landesversicherungsanstalten für Arbeiter, der Bundesknappschaft und der Alterskasse für Landwirte.

An Programmen und Vorstellungen fehlt

es nicht. Auch der DGB macht sich in seinem »Sozialpolitischen Programm« für die Selbstbestimmung der Betroffenen stark. Gefragt ist vielmehr die Umsetzung dieser Programme in einer Politik der aktiven Veränderung der sozialpolitischen Landschaft.

Erstmals in der Geschichte wird es bei der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrts-

doch an den überzogenen Forderungen der DAG scheiterte. Ulrike Peretzki-Leid, beim ÖTV-Hauptvorstand verantwortlich für die Arbeit in der Berufsgenossenschaft, ist nicht ganz sicher, ob die bisherige Zahl von 22 Sitzen in der Vertreterversammlung gehalten werden kann.

Seit 1980 betreibt die ÖTV eine aktiver Politik in der Berufsgenossenschaft. Was fand man dort vor? »Eine völlig desolate und ihren Anforderungen nicht gerecht wer-

Die IG Metall fordert schon seit 1977 eine einheitliche und versicherten- nahe Versicherung.

pflege in diesem Jahr eine richtige Wahl geben. Bei der letzten Sozialwahl 1980 hatten sich ÖTV und DAG auf eine Listenzusammensetzung einigen können, so daß die »Friedenswahl« stattfand. ÖTV, DAG, Marburger Bund und die Arbeitsgemeinschaft Christlicher Arbeitnehmerverbände haben nun jeweils eine Liste eingereicht. Noch am 13. Januar dieses Jahres versuchte man, sich auf eine zu verständigen, was je-

dende Verwaltung«, meint Kollegin Peretzki-Leid. Viel Zeit und Energie mußte zunächst darauf verwendet werden, um akzeptable Arbeitsbedingungen für die Vertreterversammlung und die Ausschüsse zu schaffen. Diese tagte ursprünglich nur einmal im Jahr, nur mühsam konnte eine zweite Sitzung durchgesetzt werden. 1983 mußte der Geschäftsführer ausgewechselt werden, da immer mehr Mißstände in der

werblichen Arbeiter. Zwei Drittel der Beiträge mußten die Versicherten, ein Drittel die Arbeitgeber zahlen. Genau so waren die Selbstverwaltungseinrichtungen zusammengesetzt. Doch von Selbstverwaltung war keine Rede: in den ersten zehn Jahren war die Selbstverwaltung völlig »sozialistenrein«.

In den Ortskrankenkassen führte in der Regel der lokale größte Unternehmer den Vorsitz und einer seiner Vorarbeiter repräsentierte die Versichertenseite. Erst nach der Aufhebung des Sozialistenge-

setzes 1890 begann die Arbeiterbewegung nach und nach, die Selbstverwaltung in den Ortskrankenkassen zu besetzen.

Während die Endphase der Weimarer Republik mit ihren Notverordnungen den Sozialversicherungen kaum noch Handlungsmöglichkeiten ließ, schlugen die Nazis nach der Machtergreifung sofort zu: Bei den Ortskrankenkassen wurden aufgrund des »Gesetzes zur Wiederherstellung des Berufsbeamtenums« vom 7. April 1933 zwischen 2500 und

4000 Angestellte von rund 18 000 entlassen, alle Stellen wurden mit »alten Kämpfern« der braunen Bewegung besetzt. Für die Kassen wurden Kommissare bestellt und das »Führerprinzip« eingeführt. Durch das Gesetz vom 5. Mai 1933 wurde die Arbeiterselbstverwaltung aufgelöst: Unter dem Vorwand, das »Kassenbonzentum« zu beenden, wurden verdiente NSDAP-Mitglieder in die sinnentleerte Selbstverwaltung gesetzt.

Der Neuanfang nach der Befreiung begann zunächst vielversprechend. In Berlin übernahm 1945 ein einheitlicher Träger die gesamte Sozialversicherung, die Leistungen bei Krankheit, Unfällen, Invalidität, Alter und Arbeitslosigkeit gewährte. Mit dem Aufkommen des Kalten Krieges und der Teilung der Stadt aber wurden die sozialpolitischen Reformen rückgängig gemacht. Nach Gründung der Bundesrepublik traten die DGB-Gewerkschaften für die alleinige Selbstverwaltung der Sozialversicherung durch die Versicherten ein, erlitten aber mit der Abstimmung des Bundestages vom 13. Oktober 1950 eine entscheidende Niederlage, als das Selbstverwaltungsgesetz per Hammelsprung mit 172 zu 160 Stimmen verabschiedet wurde. Damit war die Parität der Selbstverwaltungsorgane festgeschrieben. Der warnende Brief Hans Böcklers war ohne Eindruck auf Adenauer geblieben.



Dr. Salomon Neumann, Arzt in der Arbeiterverbrüderung

»Gesundheit für alle Menschen«



Reichskanzler Bismarck

»Repression sozialdemokratischer Ausschreitungen«

Verwaltung aufgedeckt wurden. So fanden sich bei einer Überprüfung 14 000 aufgelau- fene und nicht bearbeitete Widerspruchsb- scheide im Rehabilitationsbereich. Der Kauf eines Grundstückes und die Planung eines Neubaus des Verwaltungsgebäudes konnte nur knapp verhindert werden, beides hatte der Geschäftsführer ohne Legiti- mation betrieben.

Seither haben die ÖTV-Vertreter einiges erreicht:

- Am 1. 10. 1982 trat die Unfallverhütungs- vorschrift »Gesundheitsdienst« in Kraft;
- 1982 wurde das Merkblatt »Sichere Hand- habung von Zytostatika« herausgegeben; es erschien jetzt in 2. Auflage;
- die Hepatitis-Schutzimpfung wurde ein- geführt; die Hepatitis ist die häufigste Be- rufserkrankung im Gesundheitswesen und die Berufsgenossenschaft bringt jährlich 25 Millionen Mark an Entschädigung auf;
- Schutzmaßnahmen im »Umgang mit formaldehydhaltigen Stoffen im Gesund- heitsdienst« wurden eingeleitet;
- ein Modellversuch »Betriebsärztliche Be- treuung von Kleinbetrieben« wurde initiiert zum Schutz von Beschäftigten in Arztpra- xen, Apotheken, Friseurbetrieben und Massagepraxen;
- ein Arbeitskreis »Schutzmaßnahmen für das Krankenpflegepersonal bei der Betreuung von AIDS-Erkrankten« wurde einge- richtet;
- durch den Beschuß, die Verwaltung der BGW zu dezentralisieren und drei zusätzli- che Bezirksverwaltungen zu schaffen, soll mehr Versichertennähe erreicht werden.

Schon im März 1984 hatte der Hauptvor- stand der ÖTV Grundsätze zur Aktivierung der Selbstverwaltung beschlossen, die für alle ÖTV-Versichertenvertreter in den un- terschiedlichen Bereichen als Leitlinie di- enen sollen. Arbeitstagungen von Selbstver- waltlern und Beschäftigten im Gesundheits- wesen gehören schon seit einigen Jahren zu den fruchtbrennenden Initiativen der ÖTV im Bereich der Gesundheitspolitik (vgl. dg 2/86).

Für die neue Legislaturperiode bei der Berufsgenossenschaft haben sich die ÖTV- Vertreter einiges vorgenommen: Hauterkrankungen und Allergien bei Fri- seuren und Friseuren, Krankenpflegeper- sonal und MTAs sind häufig und zunehmend; deshalb sollen Desinfektions- und Sterilisa- tionsmittel, Medikamente und Kosmetika auf ihre krankmachende Wirkung überprüft werden und Umschulungsmaßnahmen für Betroffene durchgeführt werden. Beschäf- tigte in Küchen und Wäschereien sollen bes- ser vor Hitze und Feuchtigkeit sowie Lär- meinwirkung geschützt werden. Der Be- rufsgenossenschaftliche Arbeitsmedizini- sche Dienst soll flächendeckend ausgebaut werden, denn immer noch sind 50 der Be- schäftigten nicht erfaßt. Die arbeitsbeding- ten Wirbelsäulenleiden bei Krankenschwestern und Altenpflegerinnen sollen in die Li- ste der Berufskrankheiten aufgenommen werden.

Ursel Schuster mit ihren chronischen Kreuzschmerzen kann wieder hoffen. Wenn sie in diesen Apriltagen die Briefwahlunter- lagen für die Sozialwahlen bei der Berufsgenossenschaft zugeschickt bekommt, wird sie nicht beiseite legen. □

**Der Sozialexperte
der SPD will der
Selbstverwaltung
nur Kontrollfunkti-
onen zugestehen.
Sozialpolitik von
unten soll dort nicht
entwickelt werden.**

»Selbstverwaltung ist kein Selbstzweck«

dg sprach mit SPD-MdB Eugen Glombig



dg: Herr Glombig, Sie sind Bundestagsabgeordneter der SPD, Vorsitzender des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung und gleichzeitig Bundesbeauftragter für die Sozialwahlen. Was haben Sie als Bundesbeauftragter für die Sozialwahlen für Funktionen?

Glombig: Die Funktionen sind grundsätzlich technischer, nicht politischer Art, d. h. sie beziehen sich auf die Vorbereitung und Durchführung der Wahlen.

dg: Mir fällt auf, daß das Thema »Selbstverwaltung« ein beliebtes Thema für Sonntagsreden ist.

Glombig: Die Möglichkeiten der Selbstverwaltung sind im Laufe der Jahre immer weiter eingeschränkt worden, einfach dadurch, daß der Gesetzgeber immer mehr Leistungen festgelegt hat. Das hat Nachteile und Vorteile: die ungleichmäßige Behandlung der Versicherten der Sozialversicherung ist dadurch weitgehend eingeschränkt worden.

Die Selbstverwaltung soll den Menschen gleiche Chancen geben.

dg: Aber die Unterschiede zwischen einzelnen Kassen sind doch immer noch erheblich: zum Beispiel zwischen AOKs und Ersatzkassen bei der Belastung mit Ausgaben für Rentner.

Glombig: Hinsichtlich der Belastung mit Ausgaben der Rentner gibt es aber einen Finanzausgleich zwischen den Krankenkassen. Den Unterschied in der täglichen Behandlung können Sie nur dadurch ändern, indem sie allen Kassen ein gleiches Mitgliedschaftsrecht und Leistungsrecht sowie Beitragsrecht geben. Das Arztrecht mit den Honorarverhandlungen müßte zum Beispiel auch angeglichen werden. Das ist ein Punkt unseres gerade veröffentlichten sozialpolitischen Programms.

dg: Worin liegt denn die Bedeutung der Sozialwahlen? Es gibt Umfragen, daß etwa ein Drittel der Bevölkerung überhaupt noch nichts davon gehört hat.

Glombig: Die Bedeutung der Sozialwahlen kann man nur im Zusammenhang mit der Bedeutung der Selbstverwaltung insgesamt sehen. Natürlich hat die Bescheidung der Aufgaben der Selbstverwaltung das Interesse an den Sozialwahlen nicht gerade gefördert. Im wesentlichen besteht die Aufgabe der Selbstverwaltung z. B. der Krankenkasse darin, die Beiträge festzusetzen, den Haushalt der Kasse aufzustellen, die Jahresrechnung abzunehmen und überall dort, wo es Kann-Leistungen gibt, diese entsprechend festzulegen. Das ist verschieden von Sozialversicherungszweig zu Sozialversicherungszweig: Im Bereich der gesetzlichen Krankenkassen gibt es noch mehr Kann-Leistungen als zum Beispiel im Rentenrecht.

Bei den Berufsgenossenschaften ist der ganze Bereich der Unfallverhütung und die Festsetzung der Beiträge für die Arbeitgeber Sache der Selbstverwaltung. Die Begrenzung der Aufgaben der Selbstverwaltung auf die genannten Bereiche ist meines

Erachtens grundsätzlich sinnvoll. Den Vorteil dieser Einschränkung sehe ich darin, daß die Sozialversicherung eben nicht eine Veranstaltung im Rahmen der Marktwirtschaft ist, vielmehr ist es von ihren Anfängen her eine Veranstaltung, die dazu dienen soll, den Menschen eine gleiche Chance zu geben. Nehmen Sie nur die Krankenversicherung: Ich bin gegen die unterschiedliche Gestaltung der Lebensbedingungen und deshalb für gleiche Leistungen und Beiträge. Für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung muß es eine Strukturreform geben. Niemand soll sich seine Mitgliedschaft nach guten und schlechten Risiken aussuchen können. Beim Arztrecht müssen Unterschiede zwischen Plicht- und Ersatzkassen beseitigt werden. Eine Selbstverwaltung mit extremen Gestaltungsmöglichkeiten widerspräche eigentlich dem Gedanken der Solidargemeinschaft. Die jetzige Selbstverwaltung könnte aber sehr wohl lebensnäher, auch mit stärkerer regionaler Gliederung gestaltet werden. Ich könnte mir auch vorstellen, die organisatorischen Unterschiede zwischen Angestellten- und Arbeiterrentenversicherung aufzuheben.

dg: Welche Argumente sprechen gegen eine reine Selbstverwaltung durch die Versicherten selbst?

Glombig: Ich hätte nichts dagegen, wenn die Selbstverwaltung nur aus Arbeitnehmern bestünde, aber dann müßte das Selbstverwaltungsrecht geändert werden. An Haupt und Gliedern! Aber im Grunde genommen haben wir ja mit der paritätischen Selbstverwaltung keine schlechten Erfahrungen gemacht.

dg: Warum wachen eigentlich diese etwa 1 400 verschiedenen Kassen so eifersüchtig über ihre Selbstständigkeit?

Glombig: Der Institutions-Egoismus ist bei uns sehr weit ausgeprägt: Gebt dem Deutschen seine Institution, und dann ist er sehr leicht in der Gefahr, nicht mehr über den Tellerrand hinwegzusehen. Es ist einfach unerträglich, daß die Ortskrankenkassen die »schlechten Risiken« nehmen müssen und die Ersatzkassen eine Auswahl treffen können. Ich bin dafür, daß jeder Arbeiter und Angestellte seine Kasse wählen kann, ohne Einschränkung durch Statuten oder Satzungen.

dg: Also auf zum Konkurrenzkampf?

Von einer Konkurrenz zwischen den Kassen halte ich nichts.

Glombig: Nein, notwendig ist vielmehr, daß es keine Möglichkeit mehr gibt, die »schlechten Risiken« zurückzuweisen. Dies muß abgebaut werden! Von einer Konkurrenz zwischen unterschiedlichen Kassen, wie vielfach gefordert wird, halte ich gar nichts, das führt doch nur zur Auslese. Wir können die Grundsätze der privaten Krankenversicherung nicht auf die gesetzliche Versicherung übertragen. Wir brauchen Solidaireinrichtungen, wo der Stärkere für den Schwächeren eintritt.

dg: Ist denn die heutige Selbstverwaltung eine lebendige Einrichtung oder wird sie nur bei Jubiläen oder Einweihungen gefeiert?

Glombig: Daß es in der ersten Zeit der Selbstverwaltung nach 1953 eine lebendigere Diskussion gegeben hat als heute, davon bin ich überzeugt. Das hing natürlich mit den größeren Gestaltungsmöglichkeiten der Sozialgesetzgebung hat dies eingeschränkt. Aber ich halte dies auch nicht für verfehlt. Die Selbstverwaltung ist kein Selbstzweck. Sie soll eine Kontrollinstanz sein. Sie soll ja nicht die Sozialpolitik von sich aus weiterentwickeln. Das ist die Vorstellung der Alternativen, nicht die meine. Ich glaube nicht, daß man den Gesetzgeber aus seiner Verantwortung entlassen darf. In der Selbstverwaltung kommt es darauf an, daß da wache Leute sind, die Kontrollaufgaben wahrnehmen. Dies ist ungeheuer schwierig gegenüber einer starken Verwaltung.

dg: Deren Stellung ist ja ohnehin fast übermäßig?

Glombig: Ich finde es nicht richtig, daß die Geschäftsführungen Teil der Selbstverwaltungen sind, die müßten auch auf Zeit gewählt werden. Die Geschäftsführungen haben oft ein »Königswissen«, das hat die Selbstverwaltung nicht. Im Gesetz steht das alles nicht so: theoretisch hat die Selbstverwaltung die Möglichkeit zu sagen: Wir machen jetzt die Verhandlungen mit den Krankenhäusern oder mit den Ärzten. Aber in der Praxis läuft dies ganz anders. Wichtiger wäre es aber durchzusetzen, daß in Zukunft die Verhandlungen mit den Ärzten auf Landesebene von allen Kassen gemeinsam und nicht getrennt ablaufen. Und dazu glaube ich, bedarf die Selbstverwaltung der Hilfe des Gesetzgebers, das schafft sie allein nicht.

dg: Wie sollten denn Änderungen in der Rolle der Selbstverwaltung aussehen?

Glombig: Es kommt nicht darauf an, Vertreterversammlungen zu installieren, die möglichst groß sind. Der Vorstand, dem ja Versichertenvertreter angehören, müßte in seiner Stellung gegenüber der Geschäftsführung gestärkt werden. Doch das wird unglaublich schwer durchzusetzen sein. Und für manche werden Welten einstürzen.

dg: Welche Möglichkeiten hat die Selbstverwaltung auf dem Gebiet der Prävention, also außerhalb des traditionellen und gesetzlich fixierten Leistungsspektrums? Nehmen wir mal als Beispiel die Zahnprophylaxe.

Glombig: Aufklärung und Unterricht, da könnte viel mehr als heute geschehen. Die Selbsthilfegruppen müßten dabei einbezogen werden, ohne daß die bestehenden Rechtsansprüche in Frage gestellt werden. Wenn man dieses Experiment wagen will, muß man auch investieren. Selbstverständlich muß der Mitteleinsatz kontrollierbar bleiben. Ich finde, daß hier überzeugende Konzeptionen, solche Gruppen von den Krankenkassen zu finanzieren, erst noch erarbeitet werden müssen.

dg: Mehr ist nicht drin?

Glombig: Mehr wäre sicher erstrebenswert, im Augenblick sehe ich den Schwerpunkt aber darin, zunächst konkrete Lösungsansätze zu erarbeiten. □

1987 wird in Bielefeld ein neues Krankenhaus eröffnet. Jetzt schon zeichnen sich »Sachzwänge« ab, deren Opfer Patienten und Beschäftigte sein werden. An der Städtischen Krankenanstalt Bielefeld Mitte, die in das neue Klinikum überführt werden soll, geht es allein im Pflegebereich um 40 Stellen.

Die Krankenschwester Maria Eikermann, die bis vor kurzem dort arbeitete, hat es sich trotzdem einmal erlaubt, einen angenehmen Traum von der Zukunft auszumalen.

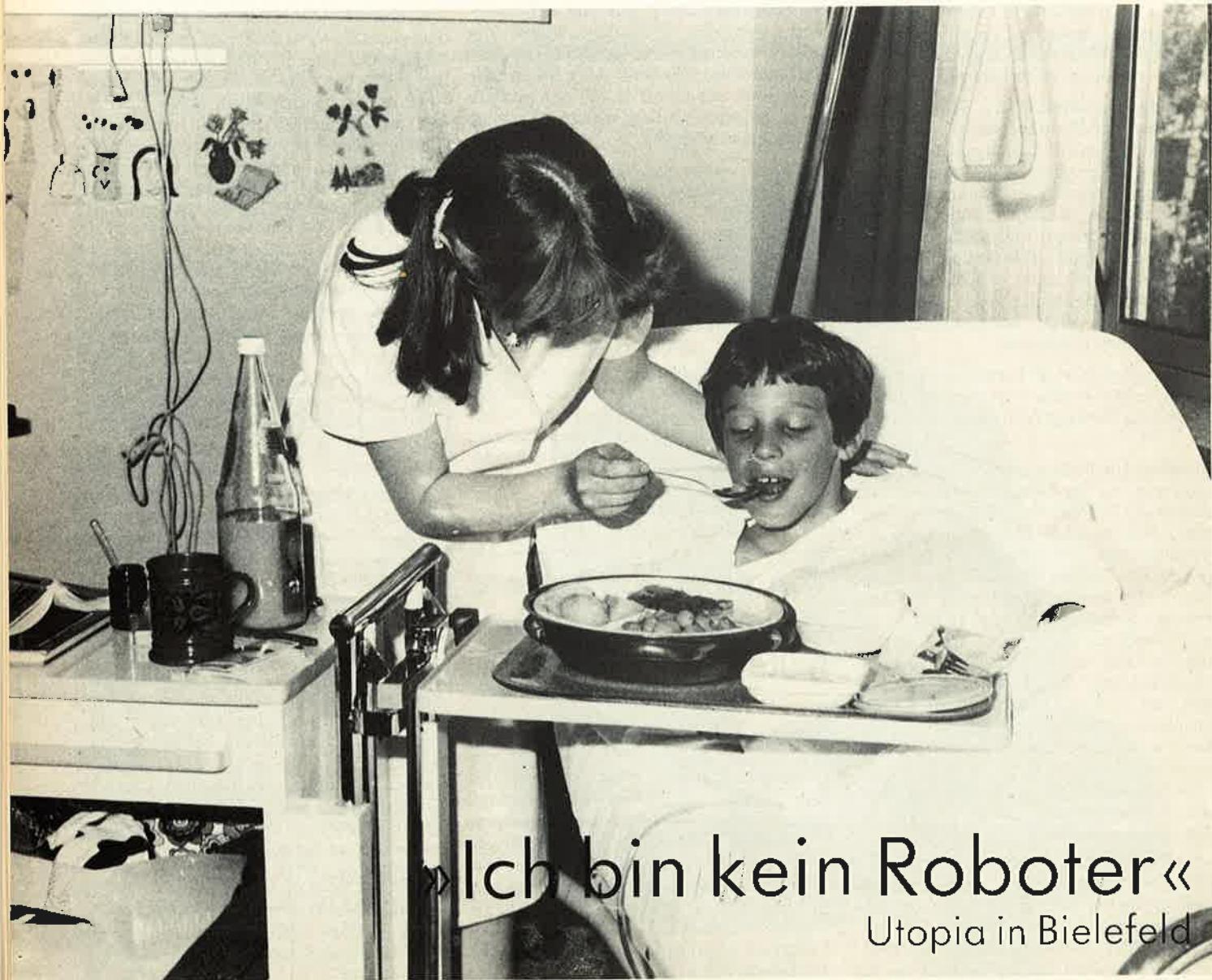
Dienstbeginn sieben Uhr. Wir verteilen Tee, heißer Milch und eingeweichte Leinsamen. Den Patienten bleiben eine halbe bis dreiviertel Stunde, um wach zu werden. Wir verzichten uns zu Tee und Zwieback in unser Zimmer. »Unser Zimmer«.

Wir bekamen in dem auch so tollen neuen Haus so etwas wie eine Abstellkammer für unsere Dienstübergabe zugewiesen, nüchtern, kahl, von allen Seiten einsehbar. Uns wuchsen die Probleme über den Kopf, und wir hatten nicht mal eine unkontrollierte Ecke, um darüber zu sprechen. Das ergab dann irgendwann einen richtig schönen Aufstand; endlich mal Einigkeit unter dem Pflegepersonal.

Wir beginnen mit der Vormittagsplanung. Inge, unsere Sozialarbeiterin, ist heute Mor-

gen nicht da. Sie ist schon sehr früh mit Frau Berens zu deren Arbeitgeber gefahren. Frau Berens hat immer wieder Magengeschwüre. Wir glauben, daß ihr Arbeitsplatz daran Schuld ist. Aber sie hat Angst, mit ihrem Chef darüber zu reden. Hoffentlich haben die zwei Erfolg.

Es klopft. Herr Dreher guckt ins Zimmer. »Kann's losgehen?«, fragt er. Ja, wir sollten mit der Arbeit beginnen. Herr Dreher hat seine Frau schon gewaschen, beide sind Frühauftreter. Frau Dreher hat einen künstlichen Darmausgang bekommen. Die vor der Operation so aktive Frau hatte sich total aufgegeben. Sie lehnte jede Behandlung ab, wollte nicht essen, sich nicht mobilisieren lassen, und wollte vor allen Dingen nicht reden. Wir wußten ebenso wenig Rat wie ihr



»Ich bin kein Roboter«
Utopia in Bielefeld

Mann. Peter erfuhr dann doch den Grund. Sie wollte keine Belastung für ihren Mann sein, hatte Angst, er könne sich vor ihr ekeln. Herr Drehers Idee hatte Erfolg, er übernahm die Grundpflege bei seiner Frau, er wusch und fütterte sie. Ab heute werden wir ihm die Versorgung des künstlichen Darmausgangs zeigen.

Ich würde mich heute gern vor Zimmer 143 drücken. Mir liegt die gestrige Auseinandersetzung mit Herrn Beer noch immer in der Magengegend. Ich hatte vergessen, ihm einen Untersuchungsbericht mitzuteilen. Auf meine Entschuldigung hinwarf er mir Schlampigkeit vor, so etwas könnte er sich in der freien Wirtschaft auch nicht leisten. Zudem könnte er erwarten, von einer freundlichen Schwester bedient zu werden. Aber ich bin kein Roboter, der nichts vergißt, wenn er richtig programmiert wurde, und mir ist einfach nicht immer zum Lachen zumutet. »Das hätten sie sich überlegen sollen, bevor Sie Krankenschwester wurden.« Diesen Anspruch habe ich ja auch, aber ich weiß, daß es unmöglich ist, die Erwartungen aller Menschen zu erfüllen. Trotzdem fühle ich mich auch jetzt wieder mies und habe das Bedürfnis, mich rechtfertigen zu müssen. Ob ich mal in die 143 gehe und ein wirklich böses Gesicht aufsetze? Quatsch, das wäre albern, ich werde die Stimmung dort abwarten.

Unser »gemischte«, 20 Betten große Station wird in jeder Schicht von vier Examinierten, zwei Krankenpflegehelfern und -helferinnen und zwei Schülern versorgt. Die Station ist in zwei Gruppen aufgeteilt. Da sollte eine Mischung aus »erfahrenen Alten« mit frisch examinierten Schwestern und Pflegern zusammenarbeiten. Schüler werden nicht mehr auf den Stellenplan angerechnet. Für jede Gruppe ist ein Arzt verantwortlich. Die erste Besprechung am Morgen regelt im Großen alle pflegerischen und medizinischen Anliegen des Tages. Reines Fachsimpeln während der Visite ist damit sehr eingeschränkt worden.

Ja, wir praktizieren eine individuelle Ganzheitspflege in einem Zimmerpflegesystem, und wir betreiben Pflegeplanung. Zimmerpflege – Ganzheitspflege – Pflegeplanung, Begriffe, die uns lange Zeit wie ein Alptraum verfolgten. Die Theorien, in vielen Büchern nachzulesen, hört sich gut an. Wir waren alle begeistert. Ein

neues Dokumentationssystem und Pflegeplanung sollten uns dabei helfen, aber die Erfolgsrезультатen blieben dabei aus. Im Gegenteil, die Hektik wurde größer, die Unzufriedenheit wuchs. Eine Menge an zusätzlicher Schreibarbeit kam auf uns zu, und in die Geheimnisse des Schreibtisches waren bisher nur die Stationsschwester und ihre Vertretung eingeweiht.

Aber da war ja noch die Aussicht auf das neue Haus. EDV und zentrale Such- und Rufanlage sollten uns viele Wege abnehmen, ein Stationscomputer bei der ungewohnten Pflegeplanung helfen, eine Bettenzentrale das Putzen einschränken, sogar das Teekochen sollte in der Zentralküche erfolgen. Das hörte sich gut an.

Aber alles wurde noch schlimmer. Da die neuen Stationen viel größer (40 Betten) waren als im alten Haus, stellten viele von uns eine Planstellenkürzung anfangs gar nicht fest. Gleich nach dem Dienst waren alle viel zu erledigt, um noch unsere Unzufriedenheit mit anderen auszutauschen. Der Ruf nach einem Raum für Besprechungen im Dienst wurde laut. Wir bekamen »unser Zimmer«. Aus dieser gemeinsamen Aktion wurde ein regelmäßiges Treffen von Personal aus dem gesamten Haus.

Uns wurden Widersprüche zu unserer Vorstellung von Ganzheitspflege klar. Die so hoch gelobten Arbeitserleichterungen zerstörten unsere Arbeit immer mehr. Die zentrale Such- und Rufanlage sparte so gut wie gar keine Wege. Die wenigsten Patienten vertrauten ihre Wünsche einer anonymen Schwester Erna an. Zu den mit EDV erstellten Rechnungen über Stationsbedarf wurde oft der Vermerk »Ihre Station ist zu teuer« mitgeliefert. Wir begannen, kleinkrämerisch jede Lieferung nachzuzählen.

Jede Station wollte die billigste sein. Diese Kontrolle erforderte Zeit, die der Pflege verloren ging. Der in der Zentralküche bestellte Tee war oft kalt oder wurde ganz vergessen. Auch dort waren, mit ähnlichen Begründungen wie bei uns, Stellen gekürzt worden.

Die Gruppe machte uns vieles klar. Da gab und gibt es eine Menge Schwierigkeiten, die durch uns selbst, unsere Vorstellung vom Beruf und durch das Arbeiten mit Menschen bedingt sind. Aber wir sahen auch Dinge, die uns veränderbar erschienen.

Wir wollten auch andere als die bisher üblichen Methoden entwickeln. Physikalische Therapien und Naturheilmittel sollten im Vordergrund stehen. Familiäre und berufliche Sorgen sollten stärker berücksichtigt werden. Wir wollten dies dokumentieren und auf Dauer so etwas wie Pflegeforschung betreiben. Wir wollten nicht mehr von der Verwaltung diktiert bekommen, was für uns und die Patienten gut ist. Pflege läßt sich nicht mit Kosten-Nutzenrechnung erfassen. Wir wollten die Pflege mit der Medizin gleichwertig sehen und auf dieser Basis mit den Ärzten zusammenarbeiten. Wir wollten einen Organisationsablauf, in dem sich die Funktionsabteilungen nach dem Stationsablaufrich-

nach dem Dienst stattfanden, wenn alle kaputt waren. Wir wurden völlig unvorbereitet mit Themen konfrontiert, die einfach niemand allein entscheiden konnte. Da fanden genauso unvorbereitet Abstimmungen statt, da wurden Anordnungen verlesen und Dienstanweisungen erlassen. Die Stationsleitung hatte dann dafür zu sorgen, daß diese Anordnungen, Verordnungen und Befehle auf der Station durchgeführt wurden. Dafür wurde sie zur Elite des Pflegebereichs hochstilisiert.

Heute Nachmittag steht bei der Übergabe auch die Besprechung für die morgige Beiratssitzung an. Viele Schwestern möchten mit »Frau« und ihrem



Foto: Menzen

ten. Wir wollten Planstellen, die Ganzheitspflege gewährleisten. Wir wollten Mitspracherecht bei allen neuen Planstellenverhandlungen. Wir wollten nach zehn Tagen Dienst mindestens vier Tage frei. Wir wollten nicht immer alle belastenden Situationen zu Hause noch einmal durchleben müssen, weil auf der Station keine Gelegenheit war, diese zu verarbeiten. Wir wollten eine Arbeit, nach der es noch möglich ist, sich intensiv mit Hobbys zu beschäftigen oder politische Aktivitäten zu entwickeln.

Für diese Forderungen wurde ein Pflegebeirat gewählt. Die Themen des monatlichen Treffens werden vorher verteilt, und jede Station entsendet mindestens eine Fachfrau oder Fachmann. Da ich einmal Stationsschwester war, denke ich jetzt oft amüsiert an die steifen, langwiliigen, öden, oberflächlichen Stationsschwesterbesprechungen zurück, die immer

Hausnamen angeredet werden, so wie das bei Pflegern üblich ist. Zudem steht die Überlegung an, Praxisleiter für die Schüler auszubilden. Ein Thema, das uns sicherlich noch länger beschäftigen wird. In die Versorgung und Betreuung von Menschen lassen sich viele Berufe integrieren. Uns ist es wichtig, daß daraus kein »Überspezialisierung« entsteht. Wir wollen Menschen nicht in Körper und Psyche teilen, also möchten wir ihn auch nicht so behandeln. Sozialarbeiter und Kräftegymnasten gehören inzwischen zur Station. Praxisleiter für Schüler müßten dann ebenso auf der Station arbeiten, dürfen sich nicht nur, völlig abgetrennt vom Stationsablauf, mit Lernzielen der Schüler beschäftigen.

Inge kommt zurück, sie strahlt, alles klar also. Frau Berens bekommt einen ruhigeren Arbeitsplatz.

Maria Eikermann

pw – Phenacetin hat das Bundesgesundheitsamt vom Markt gezogen. Der Ersatzstoff Paracetamol hat es auch in sich.

Was hat eigentlich den Zeitpunkt bestimmt, den sich das Bundesgesundheitsamt für sein Phenacetinverbot ausgesucht hat? Aktuelle Erkenntnisse über die Schädlichkeit von Phenacetin können es sicher nicht sein – die liegen seit Jahren auf dem Tisch und gehören zum Standardwissen jedes Medizinstudenten.

Aktueller internationaler Druck dürfte es auch schwerlich gewesen sein. In Ländern wie Schweden, Dänemark, Finnland, Neuseeland und Australien ist Phenacetin bereits seit langem verboten, aber schon könnte der Pharmamarkt selbst Pate gestanden haben, hat sich über ihn doch schon seit Jahren vollzogen, was jetzt administrativ erzwungen werden soll: die Ablösung des Phenacetins durch sein Hauptabbauprodukt im menschlichen Körper, das Paracetamol.

Man kann nur Spekulationen anstellen, vielleicht liegt die Vermutung nicht allzu weit von der Wahrheit entfernt, daß es sich hier um ein abgekartetes Spielchen mit verteilten Rollen handelt. Die Pharmaindustrie klopft den Markt auf alternative Nachfrage ab und bietet seit Anfang der achtziger Jahre zwei Präparate an. Eins mit dem herkömmlichen, in Verruggeratenen Phenacetin, zum Beispiel Thomapyrin oder Gelonida, und ein zweites mit der Zauberformel N oder NA, was heißen soll, daß Phenacetin durch Paracetamol ersetzt wurde. Das Bundesgesundheitsamt registriert diesen Schwenk im Marketingprogramm und fällt das »vernichtende Urteil« durch die Verbotsverfügung. Aber lassen wir die Spekulationen. Wie sehen die Fakten aus?

Die jahrelange Einnahme (nicht »mißbräuchlich«, denn sie ist in aller Regel ärztlich verordnet) von Schmerzmitteln führt bei einem hohen Prozentsatz zur sogenannten »Analgetika-Nephropathie«, einem chronischen Nierenschaden, der mit völliger Funktionseinbuße der Nieren einhergeht und damit zwangsläufig die Dauer-

dialyse, die künstliche Blutwäsche als Nierenersatz, notwendig macht. Bereits eine fünfjährige regelmäßige Einnahme eines Schmerzmittelmisschpräparates, welches ein Gramm Phenacetin enthält, führt in der Regel zur Analgetika-Nephropathie.

Es entspricht dem seit Jahren etablierten Kenntnisstand, daß diese chronische Nierenkrankheit nicht mehr, wie anfänglich, Phenacetin-Niere oder Phenacetin-Nephropathie genannt wird. Ursprünglich hatte man sie zwar auf die Dauereinnahme von Phenacetin zurückgeführt, inzwischen weiß man jedoch – zumindest unter Nephrologen –, daß für die Entstehung des Nierenschadens einzig entscheidend die Dauereinnahme von Schmerzmittelmisschpräparaten ist, und zwar offenbar in unterschiedlichen Kombinationen. Erfahrungen aus Australien nach einem dortigen Phenacetinverbot belegen zum Beispiel, daß der Acetylsalicylsäure (in Aspirin) in Kombination mit anderen Schmerzmitteln eine ähnliche nephrotoxische Potenz zukommt wie dem Phenacetin und wahrscheinlich auch dem Paracetamol.

Wer Phenacetin einnimmt, scheidet zahlreiche Abbauprodukte,

hauptsächlich das Paracetamol, aus. Berühmt wurde nun dieser Hauptmetabolit dadurch, daß er offensichtlich die gleichen Wirkungen, bei Kleinkindern und Säuglingen aber eine wesentliche Nebenwirkung nicht hat. Im Gegensatz zu Phenacetin spielt nämlich die Schädigung des sauerstofftransportierenden roten Blutfarbstoffs beim Paracetamol nur eine zu vernachlässigende Rolle. Paracetamol wurde deshalb der Renner in der Kinderheilkunde zur Schmerzlinderung und Fiebersenkung. Es gibt bislang keinen gesicherten Hinweis, daß Paracetamol im Gegensatz zum Phenacetin von den anderen Nebenwirkungen freizusprechen.

Dies dürfte ebenfalls für das Krebsrisiko beider Analgetika gelten. Auch hier gilt es als gesichert, daß es durch chronische Phenacetin-Einnahme zu einer Häufung von Krebserkrankungen der Nieren und der ableitenden Harnwege kommt. Konnte etwa für die Baseler Bevölkerung ein 77-mal höheres Risiko für Nierenbeckenkarzinome und ein 89-mal höheres Risiko für Harnleiterkrebs bei chronischem Phenacetinfluß ermittelt werden.

Weder pharmakologische

noch toxikologische Daten rechtfertigen es, einen nennenswerten Unterschied zwischen Phenacetin und Paracetamol zu konstruieren. Auf jeden Fall fehlen epidemiologische Daten für Paracetamol, da die Zeit zwischen Einführung dieser Substanz Anfang der sechziger Jahre und einer möglichen Krebsentstehung noch nicht verstrichen ist. Es braucht in der Regel 22 bis 30 Jahre, bis sich die Karzinome manifestieren.

Entwarnung also für die Zeit nach dem Phenacetinverbot? Mitnichten. Es spricht jedoch wissenschaftlichen Erkenntnisstand Hohn, mit dem Ersatz von Phenacetin durch Paracetamol eine neue Ära der Unbedenklichkeit einzuleiten. Das Arzneimitteltelegramm spricht in diesem Zusammenhang von Suggestion von Harmlosigkeit im Umgang mit Schmerzmitteln. Solange sich das Bundesgesundheitsamt nicht an ein Verbot von Mischpräparaten heranwagt und eine Kampagne gegen die Dauerverschreibe- und Einnahmepraxis von Ärzten bzw. Patienten ansetzt, solange wird sich an dem Problem der Analgetika-Nephropathie nichts nennenswertes ändern. □

Foto: Döhlm

Das Verbot suggeriert, daß der Umgang mit Schmerzmitteln jetzt harmlos ist.



DOKUMENTE

Betriebsspezifische Mikroepidemiologie zur Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen

Sieben Thesen von Dr. Inge Zeller, vorgetragen auf dem Bremer Arbeitsmedizinischen Kongreß »Betriebsärzte in der Praxis: Praktische Arbeitsmedizin« im Februar.

In den vergangenen Jahren haben folgende Bedingungen zu einer strukturellen Veränderung im Arbeitsprozeß geführt, einhergehend mit einer Intensivierung der Arbeit:

1. Die Einführung neuerer Technologie führt zu einer schnelleren Informationsübertragung in Büro, Produktion und Dienstleistung.

2. Menschliche Arbeit wird durch automatisierte, technische Einrichtungen ersetzt; Arbeiter und Angestellte, die Arbeit haben, stehen trotz Wirtschaftswachstum unter dem permanenten Druck einer seit Jahren ansteigenden Massenarbeitslosigkeit. Aus Angst vor Verlust des Arbeitsplatzes nehmen sie bereitwilliger denn je zusätzliche Anforderungen und Aufgaben am Arbeitsplatz in Kauf. Dadurch verringert sich die Einflußmöglichkeit des Einzelnen auf Form und Inhalt des Arbeitsprozesses bei gleichzeitig gewachsenem individuellen Gestaltungsbedürfnis. Diese Situation führt zu einer Zunahme von belastenden physischen und psychischen Einwirkungen am Arbeitsplatz und läßt komplexe Beschwerdebilder bei den betroffenen Arbeitern und Angestellten entstehen. Dadurch entwickeln sich bevorzugt chronische Erkrankungen, die in ihrer Bedeutung und Verbreitung Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten weit überrunden. Zu nennen sind in diesem Zusammenhang folgende Erkrankungen:

- degenerative Erkrankungen des Halte- und Stützapparates
- Herz-Kreislauferkrankungen
- reaktive Depressionen
- chronische Bronchitiden
- Magen-Darmkrankungen

1. These:
Chronische Erkrankungen, die es schon immer gab, gewinnen gegenwärtig immer stärker den Charakter von arbeitsbedingten Erkrankungen.

Diese arbeitsbedingten Erkrankungen sind charakterisiert durch eine multifaktorielle Entstehung im Gegensatz zur Monokausalität der Berufskrankheiten und Arbeitsunfälle. Bei den letzten bewirkt eine einzige Ursache die Erkrankung bzw. den Unfall, während arbeitsbedingte Erkrankungen das Resultat komplexer, krankmachender Einflüsse am Arbeitsplatz, aber auch privater Hintergrundsbelastungen darstellen. Hierbei ist zu bemerken, daß das Privatleben weitgehend vom Arbeitsleben beeinflußt wird – durch Lebensgewohnheiten und Schichtzugehörigkeit, die im Arbeitsporzess definiert wird.

Die Arbeitsmedizin in ihrer bisherigen praktizierten Form erfaßt diese komplexen, arbeitsbedingten Erkrankungen nicht. Sie beschränkt sich überwiegend auf Überwachungsfunktionen:

- die inzwischen mehr als 40 vorgeschriebenen arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen dienen der Verhinderung von Berufskrankheiten und Arbeitsunfällen beim einzelnen Arbeitnehmer.
- an Hand der Analysen im biologischen Material wird

die Überwachung beim Umgang mit gefährlichen Arbeitsstoffen weg vom Arbeitsplatz hin zur individuellen Stoffwohnsituation des einzelnen Arbeitnehmers verlagert. Nicht mehr Arbeitsplätze werden gesundheitsgerecht gestaltet, sondern nur noch gesunde Arbeitnehmer werden an gesundheitsgefährdende Arbeitsplätze gelassen. Perfektioniert wird dieses System der individuellen Verfügbarkeit für bestimmte Arbeitsplätze noch mit dem Ausbau der Gendiagnostik.

2. These:

Komplexe physische und psychische Einwirkungen am Arbeitsplatz, die zu arbeitsbedingten Erkrankungen führen, sind naturwissenschaftlich-medizinisch nicht meßbar, genausowenig wie die darausfolgenden gesundheitlichen Veränderungen auf die Arbeitnehmer monokausal erkläbar sind.

Bereits mehr als die Hälfte aller gewerblichen Arbeitnehmer über 50 Jahren scheidet aus dem Erwerbsleben wegen dieser chronischen arbeitsbedingten Erkrankungen aus. Die Behandlung dieser Erkrankungen verlagert sich hin zum niedergelassenen Arzt, der gemäß seinem Kenntnisstand die Ursachen am ehesten in der Individualität des Patienten oder in dessen krankhafter Veranlagung sucht, nicht aber am Ort der Entstehung, nämlich am Arbeitsplatz. Als Beispiel sei hier die Risikofaktortheorie bei Herz-Kreislauferkrankung genannt oder die angeborenen Wirbelsäulenverkrümmungen bei anhaltenden Rückenschmerzen. Das zeigt sich auch in der Übernahme der Behandlungskosten dieser Erkrankungen: die Berufsgenossenschaften als betriebliche Unfallversicherung tragen nicht die Kosten, sondern vielmehr die allgemeinen Krankenversicherungen. Im Falle der Frühinvalidierung auf Grund dieser chronischen, arbeitsbedingten Erkrankungen tragen die Rentenversicherung die Kosten.

3. These:

In solch einem Gesundheitssystem wie dem hiesigen findet im Falle der arbeitsbedingten chronischen „Volkskrankheiten“ keine echte Prävention statt, da die Ursachen nicht am Ort ihrer Entstehung, am Arbeitsplatz gesucht werden.

Nach dem Arbeitssicherheitsgesetz sind Arbeitsmediziner und Sicherheitsfachkräfte die einzigen, aktiv handelnden Personen in Fragen des Gesundheits- und Arbeitsschutzes im Betrieb. An der Peripherie tauchen noch Unternehmer und Betriebsrat auf als Vertreter der wirtschaftlichen Interessen und der Belegschaft selbst. So kommt es, daß Arbeitsmediziner und Sicherheitsfachkräfte fälschlicherweise als die Experten in Fragen des Gesundheitsschutzes gelten. Sie kann man als die professionellen Experten bezeichnen, die nach wissenschaftlichen Erkenntnissen die Belastungen am Arbeitsplatz beurteilen können. Die eigentlichen Experten aber, die das größte Erfahrungswissen über auftretende Belastungen am Arbeitsplatz und deren Beeinflussung haben, sind die Arbeitnehmer selbst. Leider kommen sie im Arbeitssicherheitsgesetz nicht als aktiv handelnde Subjekte, sondern nur als ein passiver Personenkreis vor, mit dem etwas gemacht werden muß: sie müssen informiert werden, müssen belehrt werden, müssen sich untersuchen lassen usw. Leider muß nicht nach ihrer Meinung über Belastungen am Arbeitsplatz gefragt werden.

4. These:

Die Arbeitnehmer selbst verfügen über ein großes Erfahrungswissen über auftretende Belastungen

und deren Behebung am Arbeitsplatz selbst. Ohne Einbeziehung dieses Erfahrungswissens der Arbeitnehmer selbst ist keine wirkungsvolle Prävention zur Belastungsverringerung am Arbeitsplatz möglich und können arbeitsbedingte Erkrankungen nicht wirkungsvoll verhindert werden.

Frühsymptome der arbeitsbedingten Erkrankungen stellen sich in der Regel als unspezifische Beschwerden wie Rückenschmerzen, Kopfschmerzen, Magenschmerzen u.ä. in der betriebsärztlichen Sprechstunde dar. Bei diesen Beschwerden kann der Arbeitsmediziner die arbeitsbedingten Erschleißfaktoren in der Regel nicht an Hand von isolierten Einzelfällen ermitteln. Vielmehr ist zu prüfen, ob es sich um Beschwerden handelt, die bei einer ganzen Gruppe von Arbeitnehmern in ähnlicher Weise auftreten, die im gleichen Betrieb, in der gleichen Abteilung mit gleichartigen Tätigkeiten beschäftigt sind. Diese Gruppen von Arbeitnehmern soll »belastungshomogene Gruppe« genannt werden.

5. These:

Zur Feststellung der Häufigkeitsverteilung von unspezifischen Beschwerden in einer belastungshomogenen Gruppe bedarf es für die Arbeitsmediziner einer Untersuchungsmethode, mit der das Auftreten kollektiver Belastungsphänomene in einer belastungshomogenen Gruppe ermittelt werden kann.

Dafür dient für die Arbeitsmediziner eine betriebspezifische, mikroepidemiologische Fragenbogenherabierung.

Mittels einer solchen Fragebogenerhebung soll das Belastungsgefüge für die Arbeitsmediziner transparenter gemacht werden, das auf die Arbeitnehmer an ihrem Arbeitsplatz auf die einwirkt.

Hierfür dienen ebenso Fragen nach der physischen als auch nach der psychosozialen Belastung – wie Zeitdruck, Akkordhöhe. Die Fragen sollen so formuliert werden, daß objektive und subjektive Variablen erfragt werden.

Unter objektiven Variablen sind hier Belastungen und Einflüsse zu verstehen, die nach wissenschaftlichen Erkenntnissen das Entstehen von unspezifischen Beschwerden beeinflussen können z. B.: Rückenschmerzen:

Haben Sie einen Kran zur Verfügung?

Unter subjektiven Variablen sind die Faktoren zu verstehen, die der Arbeitnehmer als belastend empfindet: z. B.: Was belastet Sie besonders gesundheitlich? Sind Sie mit Ihrer Arbeit zufrieden oder halten Sie den Akkord für zu hoch?

6. These:

Die Antworten zu diesen Fragen ergeben eine betriebs- und gruppenspezifische Reihe von Belastungen, die auf die belastungshomogene Gruppe am Arbeitsplatz kollektiv einwirken.

Hieraus kann die Arbeitsmediziner Schlußfolgerungen und Hypothesen ableiten, die sie auf einer Betriebsversammlung oder in einer Betriebschutzausschusssitzung zur Belastungsverringerung vorschlägt.

Werden die Ergebnisse einer solchen Befragung auf einer Betriebsversammlung oder einer Arbeitsschutzausschusssitzung vorgetragen, dann reagieren die Beteiligten im Betrieb folgendermaßen:

- der Vorgesetzte fürchtet um die Leistungsfähigkeit der Belegschaft durch belastende Arbeitsbedingungen;

- die Betriebsärzte fühlen sich durch solche arbeitsmedizinischen Vorschläge zur Arbeitserleichterung in ihrer eigenen Argumentation bestärkt;
- die Beschäftigten selbst fühlen sich und ihre gesundheitlichen Belastungen endlich einmal ernst genommen, und es wird von offizieller Seite, hier der Betriebsärztin, ein Zusammenhang hergestellt zwischen ihren Beschwerden und den Arbeitsbelastungen.
- die Betriebsärztin selbst erfährt durch solch eine Befragungsaktion eine große Akzeptanz im Betrieb – endlich beschäftigt sie sich doch endlich einmal mit den Beschwerden der Arbeitnehmer, die diese täglich belasten.

Gleichzeitig müssen natürlich entsprechende Vorschläge zur Arbeitserleichterung bei der Vorlage eines solchen Berichtes von der Betriebsärztin vorgelegt werden.

Mittels eines solchen Umfrageergebnisses werden deren Umsetzung erleichtert.

7. These:

Bei der Vorlage eines solchen Berichts erfolgt eine große Sensibilisierung bei allen Beteiligten über den Zusammenhang zwischen Arbeitsbedingungen und daraus resultierenden Gesundheitsstörungen. Arbeitsmedizinische Vorschläge zur Arbeitserleichterung finden in einem solchen Zusammenhang die größte Resonanz bei allen Beteiligten.

Folgende Bedingungen im Betrieb müssen gegeben sein zur Durchführung einer solchen mikroepidemiologischen, betriebsspezifischen Fragebogenerhebung.

1. Unternehmer, Betriebsrat und Belegschaft müssen über Sinn und Zweck einer solchen Untersuchung informiert und natürlich damit einverstanden sein.
2. Ausschließlich Betriebsratsmitglieder sind der Betriebsärztin bei der Verteilung und beim Einsammeln der Fragebögen behilflich.
3. Die Fragebögen müssen anonym sein.

4. Die Belegschaft muß sicher sein, daß sich aus der Befragung betriebliche Verbesserungen ergeben können.

Folgende Bedingungen für den Betriebsarzt müssen gefordert werden zur Durchführung einer solchen sehr zeit- und arbeitsaufwendigen Untersuchungsmethode: Die bisher geltenden Einsatzstunden, die seit 10 Jahren unverändert von den Berufsgenossenschaften für den Betrieb festgelegt werden, müssen beträchtlich erhöht werden. Denn die Zahl der Einsatzstunden pro Betrieb reguliert neben den Kosten der betriebsärztlichen Betreuung auch gleichzeitig die Intensität der arbeitsmedizinischen Betreuung durch die vorgegebene Zeit. □

Krankheitsursachen aus der Sicht von Arbeitnehmern

Dr. Ursula Brucks und Wulf Bodo Wahl vom Psychologischen Institut der Universität Hamburg führten eine Fragebogenaktion mit Arbeitnehmern durch. Die Ergebnisse trugen sie auf der Arbeitsmedizinischen Tagung »Betriebsärzte in der Praxis: Praktizierte Arbeitsmedizin« vor.

Wir möchten Ihnen unter einer speziellen Fragestellung – der nach Krankheitsursachen aus der Sicht von Arbeitnehmern – Ergebnisse einer Fragebogenaktion vorstellen, die unter dem Motto »Krankheit ist keine Privatsache« in Hamburger Betrieben durchgeführt worden ist bzw. immer noch wird. Vorausschicken möchte ich einige Bemerkungen zur Entstehungsgeschichte dieser Aktion.

Seit Frühjahr 1984 gibt es beim DGB-Kreis Freie Hansestadt Hamburg einen Arbeitskreis »Arbeitsgestaltung und gesundheitliche Versorgung«. Dieser Arbeitskreis ist bei der Zentralstelle für ausländische Arbeitnehmer angegliedert, weil die Kollegen hier – insbesondere einige ausländische Betriebsräte – den Anstoß gegeben haben, sich mit der Frage der gesundheitlichen Belastungen im Zusammenhang mit der gesundheitlichen Versorgung zu befassen. Letzteres umfaßt Maßnahmen des Gesundheitsschutzes im Betrieb, die ambulante medizinische Versorgung und die Diskussion darüber, wie Arbeitnehmer zwischen diesen beiden nach Zuständigkeit und Selbstverständnis völlig separaten Bereichen wieder eine Verbindung herstellen können; eine Verbindung, die es ermöglicht, mit dem Arzt in der ambulanten Versorgung über Arbeits- und Lebensbedingungen und deren Beeinflussbarkeit zu reden, und die es ermöglicht, im Betrieb in einem umfassenderen Sinne über gesundheitsgerechte Bedingungen zu diskutieren. Daher das Motto: Krankheit ist keine Privatsache.

Der Arbeitskreis hat den Fragebogen entwickelt, wobei wir als Arbeitsgruppe »Arbeit und Gesundheit« am Psychologischen Institut von Anfang an Mitglieder des Arbeitskreises waren. Durch die finanzielle Förderung der Hamburger Behörde für Wissenschaft und Forschung aus dem Fonds »Arbeitsplatzschutz/Arbeitsplatzgestaltung« und durch das Interesse der Gewerkschaften und Betriebe, die sich an der Fragebogenaktion beteiligt haben, ist das Ganze dann zu dem jetzt erheblichen Umfang angewachsen. In bisher acht Betrieben haben die Betriebs- bzw. Personalräte und Vertrauensleute den Fragebogen mit unterschiedlicher Einbettung und Reichweite genutzt bzw. tun es noch, um die Diskussion über Gesundheitsfragen anzuregen. Bemerkenswert ist dabei die beachtliche Resonanz, die das Thema findet.

Mit der Auswertung stehen wir noch ganz am Anfang. Von 1500 ausgefüllten Fragebögen aus fünf Betrieben haben wir erst 90 – das ist ein Betrieb – ausgewertet und auch hier sind noch nicht alle Auswertungsmöglichkeiten erschöpft.

Wenden wir uns nun der Frago nach den Krankheitsursachen zu: Welchen Stellenwert hat die Frage nach Krankheitsursachen in einem Fragebogen für Arbeitnehmer? Ist die Feststellung der Krankheitsursache nun nicht wirklich das eigentliche Fachgebiet des Arztes? Wir meinen: Ja – im Einzelfall. Worum es hier aber geht, ist die zwischen Arzt und Patienten (oder allgemeiner: zwischen Medizin und anderen Gruppen der Gesellschaft) dringend notwendige Verständigung darüber, wohin man seinen Blick überhaupt lenkt, wenn man nach Krankheitsursachen sucht.

1975 kritisierte Siegrist den »absoluten Primat des Organismus« im Krankheitsverständnis der Medizin und – wie er es nennt – die »Doktrin der spezifischen Ätiologie«. Jede Krankheit soll auf eine besondere und möglichst nur eine Ursache zurückgeführt werden (vgl. Siegrist 1975, S. 84/85).

Wie Sie wissen, ist dies von Siegrist kritisierte Denkan-satz immer noch vorherrschend im Prozeß der Anerkennung von Berufskrankheiten. Begriffe wie »arbeitsbedingte Erkrankungen« und der Versuch, die Wirkung von kombinierten Belastungen zu erfassen, sind Ausdruck von Neuorientierungen, die ja auch die Forderung in den letzten Jahren bestimmt haben. Trotz all der statistisch nachgewiesenen und inhaltlich unmittelbar plausiblen Zusammenhänge zwischen Beschwerden bzw. Krankheiten und Merkmalen der Arbeitstätigkeit und -umgebung bleibt hier immer eine nur interpretativ zu füllende Lücke: Die Frage nämlich, wie die krankmachende Bedeutung von Arbeitsbedingungen subjektiv erkannt und bewertet wird. Um solche subjektiven Sinnstrukturen, also die Einordnung von Gesundheit/Krankheit in Arbeits- und Lebenserfahrungen, geht es uns bei der Frage: »Woher meine Krankheiten kommen könnten.«

Woher meine Krankheiten kommen könnten

Im folgenden Abschnitt bitten wir Dich einzuschätzen, wie stark und durch welche Einflüsse in Deinem Lebens- und Arbeitsbereich Deine Gesundheit beeinträchtigt wird.

Meine Gesundheit wird durch meine Arbeitsbedingungen

O gar nicht beeinträchtigt.

O beeinträchtigt, und zwar durch:

□ das Arbeitsbelastung

wenig etwas stark sehr stark

□ das Raumklima

wenig etwas stark sehr stark

□ die Umgebungseinflüsse

wenig etwas stark sehr stark

□ das Betriebsklima

wenig etwas stark sehr stark

□ die Arbeitszeitregelung

wenig etwas stark sehr stark

□ den Arbeitsablauf

wenig etwas stark sehr stark

□ anderes

wenig etwas stark sehr stark

Meine Gesundheit wird durch meine Lebensumstände

O gar nicht beeinträchtigt.

O beeinträchtigt, und zwar durch:

□ familiäre Probleme

wenig etwas stark sehr stark

□ Wohnbedingungen

wenig etwas stark sehr stark

- | | | | | |
|-------------------------------|---|---|---|---|
| □ finanzielle Sorgen | ○ | ○ | ○ | ○ |
| □ Angst vor Arbeitslosigkeit | ○ | ○ | ○ | ○ |
| □ Unsicherheit meiner Zukunft | ○ | ○ | ○ | ○ |
| □ Heimweh | ○ | ○ | ○ | ○ |
| □ Ausländerfeindlichkeit | ○ | ○ | ○ | ○ |
| □ anderes | ○ | ○ | ○ | ○ |

Meine Gesundheit wird durch meine persönlichen Bedingungen

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| O gar nicht beeinträchtigt. | | | | |
| O beeinträchtigt, und zwar durch: | | | | |
| □ meine Anfälligkeit für Krankheiten | ○ | ○ | ○ | ○ |
| □ meine Unvorsichtigkeit | ○ | ○ | ○ | ○ |
| □ meine Konsumgewohnheiten | ○ | ○ | ○ | ○ |
| □ weillich mir zuviel zugemutet habe | ○ | ○ | ○ | ○ |
| □ weillich nicht regelmäßig essen kann | ○ | ○ | ○ | ○ |
| □ anderes | ○ | ○ | ○ | ○ |

Meine Gesundheit wird durch Umwelteinflüsse

- | | | | | |
|-----------------------------------|---|---|---|---|
| O gar nicht beeinträchtigt. | | | | |
| O beeinträchtigt, und zwar durch: | | | | |
| □ Klima | ○ | ○ | ○ | ○ |
| □ Industrieabgase | ○ | ○ | ○ | ○ |
| □ Autoabgase | ○ | ○ | ○ | ○ |
| □ Lärm | ○ | ○ | ○ | ○ |
| □ Schadstoffe in Lebensmitteln | ○ | ○ | ○ | ○ |
| □ meine zugige/feuchte Wohnung | ○ | ○ | ○ | ○ |
| □ anderes | ○ | ○ | ○ | ○ |

Im Fragebogen sind Krankheitsursachen in vier Blöcken vorgegeben, die dann jeweils aufgegliedert sind in detailliertere Merkmale. Die Hauptbereiche sind: Arbeitsbedingungen, Lebensumstände, persönliche Bedingungen, Umweltbedingungen.

Um methodische Fragen gleich zu beantworten: Die Listen sind Ergebnis der Diskussionen im Arbeitskreis und in zwei gewerkschaftlichen Bildungsseminaren, in denen Vorfahren des Fragebogens erprobt worden sind. Die Bereiche sind nicht überschneidungsfrei, wie man unmittelbar sieht. Durch die Zuordnung zu den Oberbegriffen sollte hier eher eine Schwerpunktsetzung und Aufmerksamkeitsrichtung erreicht werden als eine klare Abgrenzung. Bei einer Überarbeitung würden wir heute Rauchen, Alkohol und falsche Ernährung explizit als mögliche Krankheitsursachen benennen und nicht in dem vagen Begriff »meine Konsumgewohnheiten« verstecken. Hier haben im Arbeitskreis die Argumente obseitig, die meinten, solche Antwortvorgaben würden Mißtrauen und Widerwillen erzeugen. Vielleicht ist das auch richtig, wir wissen es nicht genau; daß es solche Antwortvorgaben nicht gegeben hat, schränkt aber jetzt die Auswertung etwas ein.

Nichts destoweniger lassen sich schon jetzt einige prägnante Aussagen treffen:

- 1) Die Mehrheit der Kollegen in Betrieb A – auf den wir uns jetzt immer beziehen – sieht ihre Gesundheit durch mehr als einen Bedingungskomplex beeinträchtigt. Dabei rangieren die Arbeitsbedingungen insgesamt an erster Stelle und nehmen in den meisten Kombinationen einen Platz ein.

- 2) Die Krankheitsursachen stehen in einem plausiblen Zusammenhang zu den angegebenen Beschwerden ei-

norsseits, den Arbeitsbedingungen andererseits.

3) Es gibt einen ausgeprägten Unterschied in der Gewichtung der Ursachen bei deutschen und türkischen Kollegen, der durch den hohen Rang zustandekommt, den die ausländischen Kollegen der »Ausländerfeindlichkeit« und dem »Klima« als Krankheitsursachen zuweisen.

Zu Punkt 1

Die Fragen nach den Krankheitsursachen sind von 85 Kollegen beantwortet worden. 30 – das ist die größte Untergruppe – fühlen sich durch alle vier Bedingungskomplexe in ihrer Gesundheit beeinträchtigt, 16 geben drei Komplexe an und 23 zwei, so daß vier Fünftel der Antwortenden mehr als einen Komplex für relevant halten in Bezug auf ihre Gesundheit. Nur ein Bruchteil von Ihnen – genau fünf Personen – sehen sich in ihrer Gesundheit nicht durch die Arbeitsbedingungen beeinträchtigt. Auch von den neun Personen, die nur einen Ursachenkomplex benennen, meinen damit sechs die Arbeitsbedingungen. Gar nicht bedeutsam für ihre Gesundheit finden die genannten Bedingungen nur sieben der Antwortenden (vgl. Abb. 1).

Wie schon gesagt, tritt am häufigsten die Kombination aller vier Komplexe auf, interessanterweise sind aber die nächsthäufigen Kombinationen das Zweierpaar »Arbeit und Umwelt« und die Dreiergruppe »Arbeit, Umwelt und Lebensumstände«. Sozusagen nur unter »ferner liegen« werden die persönlichen Bedingungen als Krankheitsursachen mit angeführt.

Abbildung 2: Ursachenkombinationen:

alle Ursachen	30
Dreierkombinationen	16
Arbeit/Lebensumstände/Umwelt	9
Arbeit/persönl. Bedingungen/Umwelt	4
Arbeit/Lebensumstände/persönl. Bedingungen	3
Zweierkombinationen	23
Arbeit/Umwelt	9
Arbeit/Lebensumstände	6
Arbeit/persönl. Bedingungen	3
Lebensumstände/Umwelt	3
Lebensumstände/persönl. Bedingungen	2
Einer	9
Arbeitsbedingungen	6
Lebensumstände	1
Persönl. Bedingungen	1
Umwelt	1
gar nichts	7

Das kann man nun verschieden interpretieren. Wir möchten folgende Überlegung zur Diskussion stellen: Der Fragebogen ist genutzt worden, um ein Krankheitsverständnis zu artikulieren, das sich von dem über die Medien und wohl auch von den Ärzten vermittelten deutlich und explizit abgrenzt: Nicht Konstitution und persönliches Fehlverhalten sollen als Krankheitsursachen diskutiert werden, sondern Arbeit, Umwelt und Lebensumstände.

In einem Interview über die Vorgeschichte einer Erwerbsunfähigkeit formulierte ein Gesprächspartner es so:

„Das ist ja gleich, wenn man zum Arzt kommt, so: Rauhen, Trinken, Essen, alles nachlassen, das ist das Erste; das ist ja so üblich.“ (vgl. Brucks u.a. 1984, S. 132)

Auch er fühlte sich in seinen Krankheitserfahrungen gründlich mißverstanden. Und gerade im Falle von Anerkennungen von Erwerbsunfähigkeit wird offenbar, daß hier ja letztlich mit Konzepten über Krankheitsursachen ein Kampf um materielle Versorgungsansprüche ausgetragen wird, der – und das sollten Ärzte wissen – die Abgewiesenen nicht nur materiell trifft. Es ist obendrein eine tiefe Verletzung ihres Selbstwertes, wenn immer nur ihr eigenes Fehlverhalten und nicht die Bedingungen, unter denen sie gelitten haben und gegen die sie sich nicht hinreichend zur Wehr setzen konnten, zur Diskussion stehen.

Zu Punkt 2

Der Betrieb A ist ein Reinigungswerk der Bundesbahn, in dem täglich ca. 1000 Personenreisewagen gereinigt und repariert werden. Im Werk arbeiten 800 Personen, davon 500 als Betriebsarbeiter im Reinigungssektor. 40 Prozent der Belegschaft sind ausländischer Herkunft, unter ihnen sind die Türken die größte Gruppe. Sie konzentrieren sich sehr stark im Reinigungssektor. Der

Frauenanteil an der Belegschaft ist gering, er liegt im Reinigungsbereich bei fünf Prozent.

Der Krankenstand liegt im Durchschnitt bei 14 Prozent, er ist vor allem im Reinigungsbereich sehr hoch. (20 Prozent bei den ausländischen Beschäftigten.)

Es wird im Drei-Schicht-Betrieb rund um die Uhr gearbeitet. Der Arbeitsbereich besteht – aus einer zwei Kilometer entfernt liegenden Außenwaschanlage, durch die die Züge nach der Innenreinigung gefahren werden – und einem großräumigen Abstellgleisbereich, aus dem die Züge von ihren Lokomotiven abgeholt werden. Die Reinigungstrupps bestehen aus ca. zehn Leuten, die gemeinsam einen Zug von innen reinigen. Es kommt häufiger vor, daß ein Zug schon aus der Halle gezogen wird, bevor der Reinigungstrupp ihn wieder verlassen hat, oder daß ein Zug im Abstellbereich gereinigt werden muß.

Der Arbeitsablauf ist häufig unregelmäßig, weil es immer wieder vorkommt, daß Züge besonders schnell gereinigt, einzelne Wagen ausgewechselt oder zwischen rangierenden Zügen gearbeitet werden müssen. Zu der Belastung, ständig mit Wasser arbeiten zu müssen, tritt hinzu, daß diesem Reinigungswasser zum Teil recht konzentrierte chemische Lösungsmittel zugesetzt werden. Aus der Sicht der Betriebsbeschreibung lassen sich also folgende Belastungen hervorheben: Schichtarbeit, Arbeit unter Zeitdruck mit unregelmäßigen, unvorhersehbaren Anforderungen, belästigende und u.U. gesundheitsgefährdende Arbeitsstoffe, Lärm, Schmutz, Belastungen in ungünstigen Körperhaltungen sowohl im Reinigungs- als auch im Reparaturbetrieb. Die Reinigungsarbeit ist gering qualifiziert; innerhalb der Reinigungsgruppe gibt es keine ganz feste Arbeitsteilung – abgesehen von der Hierarchieebene „Vorarbeiter“ – und Möglichkeiten zu Kommunikation – als ein positives Merkmal dieser Tätigkeit.

Bei den Schmerzangaben stehen ganz eindeutig die Muskeln und Gelenke des Bewegungssystems im Vordergrund, aber auch gleich gefolgt von den Kopfschmerzen (vgl. Abb. 3). Bei den Beschwerden hingegen sind es nicht die organzentrierten, sondern eher allgemeine psychische Beschwerden, die das Bild bestimmten (vgl. Abb. 4).

Abbildung 3: Rangreihe der Schmerzangaben

Rang

- 1 Rücken-/Kreuzschmerzen
- 2 Gelenkschmerzen in den Beinen
- 3 Gelenkschmerzen in den Armen
- 4 Schulter-Nackenschmerzen
- 5 Kopfschmerzen
- 6 Magenschmerzen
- 7 andere Schmerzen
- 8 Muskelschmerzen
- 9 Herzschmerzen
- 10 Bauchschmerzen

Abbildung 4: Rangreihe der Beschwerden

Rang

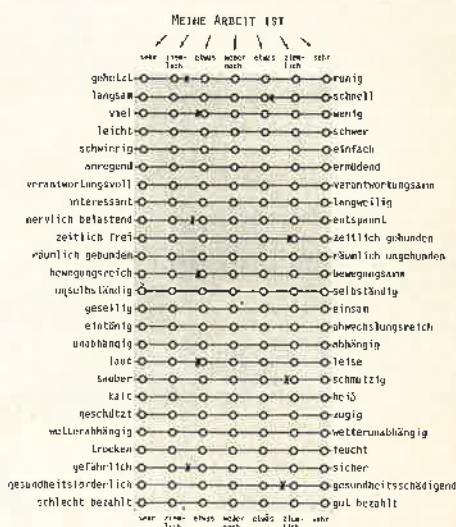
- 1 Reizbarkeit
- 2 Innere Unruhe
- 3 Magenbeschwerden
- 4 Schlafstörungen
- 5 Schwindelgefühl
- 6 Schweißfähigkeit/Grübeln
- 7 Hautjucken
- 8 Hustenreiz
- 9 Appetitlosigkeit
- 10 Herzbeschwerden
- 11 Verdauungsbeschwerden
- 12 Augenreizung
- 13 Konzentrationsstörungen
- 14 Ausschlag
- 15 Atomboschwerden
- 16 geschlechtsspezifische Beschwerden

Dieses Bild findet seine Entsprechung in der Beschreibung der Arbeit. Die Eigenschaftswörter, die in einer Liste zur Beschreibung der Arbeit die stärksten Ausprägungen haben, sind „gehetzt“, „schnell“, „viel“, „nervlich belastend“, „zeitlich gebunden“, „gesundheitsschädigend“ (vgl. Abb. 5).

Kehren wir nun zurück zu dem Beeinträchtigungskomplex „Arbeitsbedingungen“ in den Krankheitsursachen.

An erster Stelle der spezifizierten Nennungen stehen hier die Arbeitsbelastungen. Diese stehen in einem besonders engen Zusammenhang zu den Begriffen „gehetzt“, „schwierig“ und „nervlich belastend“. An zweiter Stelle der beeinträchtigenden Bedingungen wird die Arbeitszeit genannt. Auch hier besteht eine Übereinstimmung zur Kennzeichnung „nervlich belastend“, außerdem zu „ermüdet“. Die arbeitszeitliche Regelung wird häufiger von denen als Gesundheitsbeeinträchtigung erlebt, die ihre Arbeit als „einsam“ und „räumlich gebunden“ beschreiben. Die an dritter Stelle genannte Gesundheitsbeeinträchtigung „Arbeitsablauf“ hat die engste Beziehung zu „ermüdet“, was hier eher im physiologischen Sinne verstanden und gemeint wird. Aber auch „langweilig“ wird im Zusammenhang mit einer Beeinträchtigung durch den Arbeitsablauf genannt.

Abbildung 5:



Insgesamt überwiegen die Begriffe, die psychische und soziale Merkmale der Arbeit kennzeichnen, in den Korrelationen mit dem Beeinträchtigungsleben durch Arbeitsbedingungen. Schwächer, aber auch vorhanden ist der Zusammenhang zu Eigenschaften der Arbeitsumgebung: schmutzig, feucht, laut, zugig und wetterabhängig. Wir haben damit eine ähnliche Konstellation wie bei den Beschwerden und Schmerzen. Das veranlaßt uns, hier eine – vorerst – kühne Behauptung aufzustellen: nämlich daß unsere übliche Aufteilung in psychisch und somatisch sich wieder einmal als unangemessen erweist. Denn die Krankheitsursache „Arbeitsbelastungen“ füllt sich offenbar ebenso mit psychischen, sozialen und physikalischen Belastungen und psychischen und körperlichen Beschwerden wie die Krankheitsursache „Betriebsklima“ und „Krankheitsumgebung“. Trotzdem ist das keineswegs alles dasselbe und insofern ein Fehler der Methode. Nur die Einteilung nach psychisch und somatisch funktioniert nicht.

Abbildung 6: Rangreihe der einzelnen gesundheitsbeeinträchtigenden Bedingungen

	Alle	nur D
Arbeitsbelastungen	1	1
Arbeitszeit	2	2
Ausländerfeindlichkeit	3	19
Arbeitsablauf	4	3
Industrieabgase	5	7
Klima	6	9
Betriebsklima	7	6
Arbeitsumgebung	8	4
Lärm	9	5
Zukunftsangst	10	13
Autoabgase	11	8
Arbeitslosigkeit	12	16
Zu viel zugemutet	13	15
Finanzielle Sorgen	14	11
Lebensmittel	15	10
meine Anfälligkeit	16	14
unregelmäßiges Essen	17	12
Wohnbedingungen	18	20
Familienprobleme	19	17
feuchte Wohnung	20	22
persönliche Unvorsichtigkeit	21	21
Heimweh	22	23
Konsumgewohnheiten	23	18

Zu Punkt 3

Werfen wir zum Schluß noch einen Blick auf die Rangreihe der Einzelkategorien im Komplex „Krankheitsursachen“ (vgl. Abb. 6). Es ist eine Liste, in die in etwa zu gleichen Teilen Antworten von ausländischen und deutschen Kollegen eingehen. In den beiden ersten Plätzen stimmen sie überein, aber schon an dritter Stelle steht durch die übereinstimmend hohe Gewichtung dieser Krankheitsbedingungen durch die ausländischen Befragten die „Ausländerfeindlichkeit“. Ganz am Ende platzieren dagegen auch die Ausländer „Heimweh“. Wir finden hierin wieder zweierlei: Einerseits die Bereitschaft der Beantworter des Fragebogens, relativ komplexe Begriffe als Entstehungsbedingungen von Krankheit mit hoher Übereinstimmung zu verwenden; andererseits ihr Wissen, daß sie sich hier in einer Auseinandersetzung befinden mit anderen Erklärungsansätzen, die „Krankheitsursache Heimweh“ ist ja schon zu einer festen Redewendung in der Fachdiskussion geworden – ebenso wie Rauchen/Trinken/Übergewicht. Gegen solche Zuschreibungen wenden sich die Beantworter des Fragebogens, und darüber eine Diskussion auszulösen war ja auch ein wesentliches gewerkschafts- und gesundheits-

politisches Ziel der Fragebogenaktion. Die Antworten zu den gesundheitsbeeinträchtigenden Bedingungen beinhalten insofern vor allem eine Aussage: Sie drücken Handlungserwartungen aus in Bezug auf Prävention. Sie benennen die Probleme, die aus der Sicht der Befragten als erste angegangen werden müssen. Das sind an erster Stelle die Arbeitsbedingungen, aber auch allgemeine politische Bedingungen der Entsolidarisierung wie Ausländerfeindlichkeit, Arbeitslosigkeit, Umweltzerstörung und Zukunftsangst.

Brucks, U./Salisch, E.v./Wahl, W.-B.: Kommunikationsprobleme zwischen Arzt und Patienten – unter besonderer Berücksichtigung ausländischer Patienten –. Gefördert vom Bundesminister für Arbeit im Forschungsprogramm: „Schichtenspezifische Versorgungsprobleme im Gesundheitswesen“. Unveröffentl. Abschlußbericht Hamburg, im Oktober 1984

Siegrist, Johannes: Lehrbuch der medizinischen Soziologie. München – Berlin – Wien: Urban u. Schwarzenberg, 1975 (2)

FREIER ZUGANG ZU LUFT, WASSER UND BODE

Vorübergehend geschlossen!



Denkmal für den DEUTSCHEN UMWELTTAG 1986!
Die Initiatoren:
Deutsche Meteorologische (Dm),
Bund für Umwelt und Naturforschung (BUND),
Bund für Umwelt und Natur-
schutz Deutschland (BUND), Kulturfonds Land-
Jugendbewegung Deutschland (KLJD),
Umweltbildung Wuppertal, Deutsches
Verbraucherzentralrat,



DEUTSCHER UMWELTTAG
6.-8. JULI 1986
IN WURZBURG



Fortsetzung aus dg 3/86:

Von Walter Baumann und Klaus Priester

Alternativen und Veränderungspotentiale in der Gesundheitspolitik

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

Die Beschäftigten im Gesundheitswesen schließlich scheinen von ihrer objektiven Interessenlage zur Zeit großteils eher in Gegensatz zu den Erfordernissen einer demokratischen Umgestaltung des Gesundheitswesens zu geraten. Sieht man einmal von der etablierten Ärzteschaft ganz ab – sie kämpft über ihre Verbände fast durchgängig für die konservativ-ständische Sicherung von Status, Privilegien und Einkommen –, so muß sich das Augenmerk auf die jüngere Ärzteschaft richten, deren Möglichkeiten, sich in traditioneller Weise einen Platz im Versorgungssystem zu sichern, erheblich erschwert worden sind. Gleichwohl führt die sich vertiefende Frontstellung dieser Teile der Ärzteschaft gegen die Hüter von traditionellen Privilegien und Strukturen zunächst noch selten zu einer Orientierung auf Strukturveränderungen, die von den Versorgungsinteressen der Bevölkerung her gedacht werden (vielleicht abgesehen von der Politik einiger »Listen demokratischer Ärzte« in Landesärztekammern, die regional verschieden bei Kammerwahlen zwischen 10 und 20 Prozent der Stimmen erhalten). Ähnliches gilt für andere, vorwiegend selbstständig tätige Berufsgruppen im Gesundheitswesen: Die eingetübten professionellen Rollen disponieren eher für eine Neigung zur Ausweitung bürgerlicher Sach- und Dienstleistungsangebote ohne Rücksicht auf Bedarfs-, Versorgungs- und Kostenprobleme. Anderes gilt für das abhängig beschäftigte nichtärztliche Personal in den Institutionen der Gesundheitsversorgung. Die immer restriktiver gestalteten Arbeitsbedingungen, die Arbeitshetze, wachsende Vereinseitigung der Tätigkeiten usw. verschlechtern nicht nur die beruflichen Entfaltungsmöglichkeiten der Beschäftigten, sondern richten sich auch gegen die Patientenbedürfnisse. Aber auch

hier gilt: Initiativen der Berufsangehörigen zur Verbesserung der Beschäftigungssituation und Initiativen von Konsumenten zur Verbesserung des Leistungsangebots haben bislang erst selten zusammengefunden. Es ist jedoch nicht zu übersehen, daß sich auch ein wachsender Teil der Angehörigen von Gesundheitsberufen neben oder statt in der Gewerkschaft ÖTV in der alternativen Gesundheitsbewegung engagiert, sowohl Ärzte als auch nichtärztliche Berufe in ihren Bereichen alternative Therapiekonzepte erproben, Technisierung und Pharmakalisierung zurückdrängen wollen. Diese Beschäftigten im Gesundheitswesen und Studenten der Medizin sind überwiegend die Organisatoren von Gesundheitsläden, sind die Teilnehmer auf Gesundheitsmärschen und machen den professionellen Kern der »Gesundheitsbewegung« aus.

Es ist nicht denkbar, daß eine aus Bürgerinitiativen und Gesundheitselfhilfegruppen zusammengesetzte »Gesundheitsbewegung« am »Staat« und den Krankenversicherungen als quasi-öffentlichen Institutionen vorbei an fortgeschrittenen Gesundheitspolitik allein zum Durchbruch verhelfen könnte. Zum einen ist hierfür die Reichweite dieser »Bewegung« aufgrund ihres geringen Organisationsgrades und der noch überwiegenden Orientierung auf die lohnabhängigen Mittelschichten und Randgruppen der Arbeiterklasse zu gering. Zum anderen hat sie bislang noch keine einheitlichen programmatischen Perspektiven mit Blick auf die Umgestaltung des existierenden Vorsorgungssystems entwickeln können. Damit wird ihre gegenwärtige Funktion als Auslöser und Träger von »Basisinitiativen« in Gesundheitsfragen nicht unterschätzt, genausowenig die jetzt sichtbaren Ansätze zur Politisierung dieser Bewe-

gung. Aber ihre innovativen Potenzen wird sie erst dann wirkungsvoll im Interesse der gesamten Bevölkerung entfalten können, wenn sie ihren Blick auf die Strukturen des existierenden Vorsorgungssystems richtet.

Unbestritten wachsen im Gesundheitswesen die Konfliktfelder und die Bereitschaft der dort Beschäftigten zur politischen Artikulation. Das starke Engagement dieser Beschäftigungsgruppen in Initiativen gegen die Stationierung von Atomraketen und die Militarisierung des Gesundheitswesens sind Beispiele dafür. Die Bedingungen, unter denen die genannten Interessengruppen inner- und außerhalb des Gesundheitswesens zu Trägern von Veränderungen werden können, reifen in dem Maße heran, wie unter dem Druck der Kostendiskussion, wachsender Dysfunktionalität, gesundheitspolitischer Vorsorgungsstrukturen, sich ausweitender Pharma-, Gesundheits- und Umweltkandale diese Fragen politisiert werden. Ähnlich der Friedenfrage könnten sozial- und gesundheitspolitische Probleme schon in naher Zukunft zu Kristallisierungspunkten werden, die die Bildung neuartiger Bündnisse über die traditionellen Schranken zwischen Gewerkschaften und »Gesundheitsbewegung« hinweg beschleunigen und mobilisierend wirken könnten.

Die Perspektive demokratischer Veränderungen in der Gesundheitspolitik hängt wesentlich davon ab, inwiefern es gelingen wird, »alternative« mit auf Strukturveränderungen orientierten »traditionalistisch«-fortschrittlichen Forderungen und Aktivitäten zu verknüpfen, mithin die »Gesundheitsbewegung« sowie die politische und gewerkschaftliche Arbeiterbewegung einander anzunähern.

Tatort Würselen

Verwaltungschef aus Aachener Klinik angeklagt

ee – Üble Machenschaften eines Verwaltungschefs wurden jetzt in Aachen aufgedeckt. Der »Schönstatt-Orden«, Träger des Klinikums, steckt mit drin.

Am Aachener Langericht laufen seit Monaten die Verhandlungen gegen den inhaftierten ehemaligen Verwaltungsdirektor des Kreiskrankenhauses Würselen bei Aachen. Genüßlich berichten die Lokalzeitungen über den Prozeß wegen Steuerhinterziehungen in Millionenhöhe und Veruntreuung von Geldern, in den Chefärzte und Personalleiter, Krankenschwestern ebenso wie eine Sekretärin und der Krankenhausgärtner verwickelt sind.

Skandalös ist wahrhaft, was die Steuerfahndung Anfang 1985 über das Krankenhaus herausfand: Jahrelang soll der Verwaltungsdirektor den Gärtner auf Kosten des Kreiskrankenhauses privat beschäftigt haben, der Gewinn aus fingierten Rechnungen sei aufgeteilt worden. Einzelne Mitarbeiter erhielten erhebliche »steuerfreie Zuwendungen«, wenn sie im Sinne des Verwaltungsdirektors funktionierten, die Tochter des Direktors wurde auf den neuen Posten einer juristischen Beraterin des Kreiskrankenhauses gehievt, gegen ordentliche Bezahlung natürlich. Chefärzte erhielten Kostenerstattungen mit sechsstelligen Beträgen teilweise zurück, die sie eigentlich als Sachkosten aus der Privatpatientenbehandlung an das Krankenhaus hätten abführen müssen, Preisnachlässe bei der Anschaffung von Großgeräten sollen auf einem schwarzen Konto verbucht worden sein.

Einem unbequemen Chef-

arzt, der sich für die Einführung eines Betriebsrates eingesetzt hatte, soll sogar eine Abfindung von mehr als einer Million Mark angeboten worden sein und so weiter und so weiter. Nachzulesen nach jedem Verhandlungstag in der Lokalpresse unter Überschriften wie »Chefärztetitel nur gegen Bezahlung?«, Ärzte zeigten sich selbst an, »Komplott mit dem Gärtner.«

Zwischen den Zeilen der Berichte kann man lesen, was diese ganze Geschichte, die mehr an eine Provinzposse oder ein Drehbuch für einen Tatortkrimi erinnert, für die Mitarbeiter im Kreiskrankenhaus bedeutet: »Das war der Negativpunkt des Kreiskrankenhauses, daß das Personal sehr ängstlich besagt um seine Positionen war« sagte der Cheforthopäde aus. Und der chirurgische Chefarzt: »Personalentscheidungen wurden manchmal mit einer Härte getroffen, die ich nicht nachvollzichen konnte.« Assistenzärzte etwa erhielten arbeitsrechtlich nicht zulässige Zeitverträge über zwei Jahre, so daß man sich nicht einmal um Gründe für Kündigungen bemühen brauchte. Der Radiologiechefarzt sagte aus, im Gegensatz zur gönnerhaften Behandlung der leitenden Mitarbeiter sei es dem Unterbau, den »gewöhnlichen« Schwestern und Angestellten also, eher schlecht ergangen: »Entlassungen gingen auf der Marienhöhe ganz

schnell. Darüber verfügte der Verwaltungsdirektor allein.«

Nach seiner Meinung seien für alle aufgedeckten Zustände die mangelnde Zivilcourage der Chefärzte und der Träger des Kreiskrankenhauses verantwortlich, nämlich die Schwestern des Schönstatt-Ordens in Borken: »Die Schwestern hatten nichts zu sagen und sagten auch nichts.« Alle Schlüsselpositionen seien mit Ordensschwestern besetzt, der Träger demnach über alles informiert gewesen. Die Steuerfahnder fanden entsprechend ein »zweites« Konto auf den Privatnamen einer Ordensschwester, über das nicht verbuchte Zahlungen geäußert.

Darin liegt der wirkliche Skandal begründet, auch wenn die persönliche Bereicherung einzelner in fast allen Zeitungsberichten in den Vordergrund gerückt wird:

Ein Kreiskrankenhaus wird 1964 gegründet, d.h. die Investitionen dafür von staatlichen Stellen aufgebracht, und die Trägerschaft dann per Vertrag der Ordensgemeinschaft der »Schönstatt-Schwestern« mit Sitz in Borken übertragen. Damit wird eine kirchliche Einrichtung zum Arbeitgeber im Krankenhaus mit allen Konsequenzen. Politisch Verantwortliche aus dem Kreis Aachen haben nur noch beratende Funktionen, das Betriebsverfassungsgesetz ist außer Kraft ge-

setzt, demnach wie in anderen kirchlichen Einrichtungen kein Betriebs- oder Personalrat möglich. Ein so von Ordensschwestern eingesetzter Verwaltungsdirektor hat dann allerdings weitgehend freie Hand, solange er es sich mit ihnen nicht verdorbt.

Daß eine Ordensgemeinschaft als Träger und damit Arbeitgeber im Kreiskrankenhaus eingesetzt wird, hat für die Mitarbeiter Konsequenzen wie in keiner öffentlichen Einrichtung: Wer aus der Kirche austritt, als Geschiedener erneut heiratet, eine der Kirche nicht genehme Meinung zum Paragraphen 218 äußert, riskiert seine Entlassung in die Arbeitslosigkeit. Besonders wenn weit und breit fast nur »kirchliche« Häuser existieren wie am Niederrhein und teilweise im Ruhrgebiet.

Nur ein Zeitungsredakteur sah dies als Prozeßbeobachter ähnlich, als er meinte, die Affäre werde wohl ein politisches Nachspiel haben. Dabei werde es dann weniger um Personen gehen als »um das Kreiskrankenhaus an sich beziehungsweise darum, den Einfluß des Kreises Aachen zu verstärken. Dazu müßte allerdings der 20 Jahre alte Vertrag geändert werden, der den Schwestern größte Eigenständigkeit und Freiheit einräumt.«

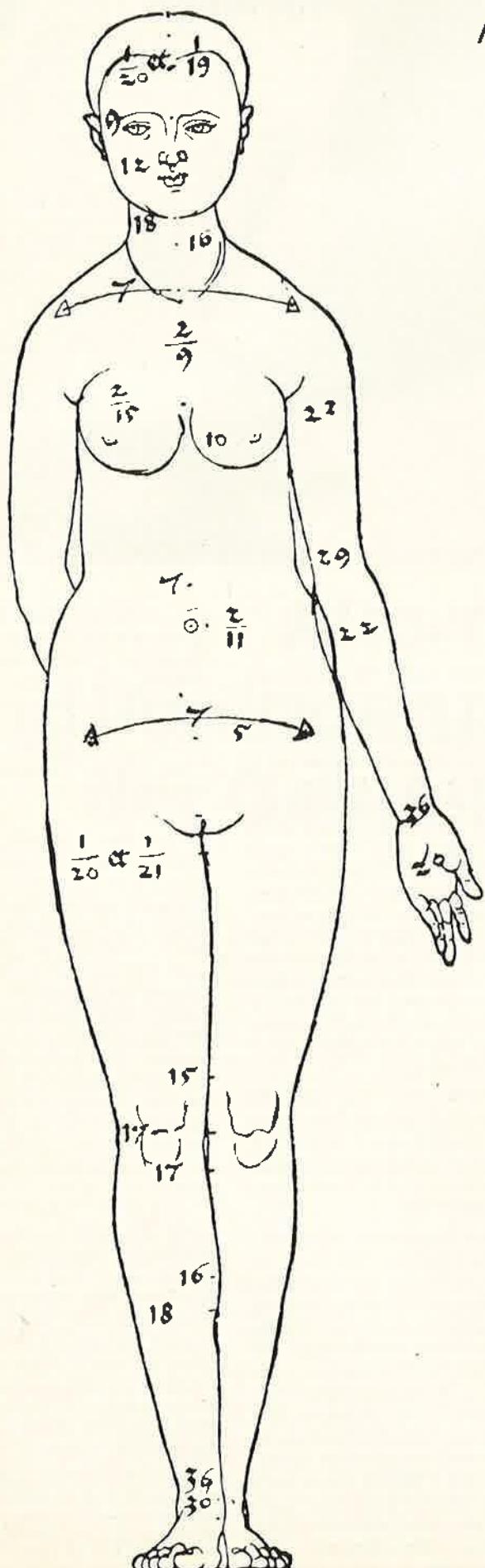
Recht hat er.



Foto: Döhml

Eher krank als schlank

Abnehmen durch »Wunderpillen«?



Wer möchte nicht rechtzeitig zur Badesaison im Sommer den Winterspeck wieder los sein? Schlanke und rank, ein Ideal unserer Zeit, dem insbesondere Frauen ihr Leben lang hinterherlaufen. Pharmahersteller wissen anscheinend Rat und versprechen die einzige Art, auf bequeme Weise schlank zu werden. »Abnehmen und Mensch bleiben, treten Sie einfach auf die Eßbremse«. Mit diesen und zum Teil noch aggressiveren Werbeversprechen locken sie eine kaum noch zu überblickende Käuferschar für Appetithemmer an. Bis zu neun von zehn Appetitzüglern werden an Frauen verkauft.

Aufsehen erregte im den sechziger Jahren das Präparat Menocil, das Lungenhochdruck verursachte und nach mehreren Todesfällen vom Markt verschwand.

Dicke Versprechungen der Pharma-Industrie halten den wissenschaftlichen Beweisen nicht stand, wie Testergebnisse der Stiftung Warentest vor gut einem Jahr erneut belegten. Die pharmakologisch-medizinische Beurteilung der Tester fiel eindeutig aus. Der Nachweis eines nachhaltigen Langzeiterfolges mit beträchtlichen Gewichtsabnahmen konnte nicht erbracht werden.

Nur zwei der 14 getesteten Präparate wurden als bedingt anwendbar eingestuft. Sie sollten aber nur unter strenger ärztlicher Aufsicht eingenommen werden.

Die 14 umsatzstärksten Appetitzügler hatten dank einer unheimlichen Rezeptpflicht, die bis heute besteht, allein 1983 mit 54 700 000 Mark einen Marktanteil von 96,5 Prozent des gesamten Appetitzüglermarktes. Spitzeneiter ist unaufgebrochen Recatol mit einem Umsatz von rund 17 700 000 Mark pro Jahr. Jede dritte Mark, die die Branche umsetzt, wird für Recatol ausgegeben, wobei der Hersteller laut Stiftung Warentest eingestuft, daß ein eindeutiger Wirkungsbeweis bis heute noch nicht erbracht ist. Wen wundert es da, daß Appetithemmer zu den 100 umsatzstärksten Medikamenten der gesamten Bundesrepu-

blik zählen?

Seit 1979 besteht eine Rezeptpflicht lediglich für flüssige Schlankheitsströpfchen. In Schweden hingegen wurden die meisten Appetitzügler schon vor vier Jahren aus dem Handel gezogen, nachdem bekannt wurde, wie schwer die begleitenden Gesundheitsbeeinträchtigungen sind – Dauerschäden inbegriffen.

Der tatsächliche Erfolg steht also in keiner Relation zu dem Aufwand. Mehr krank als schlank, ist das Ergebnis zahlreicher, wissenschaftlicher Reihenuntersuchungen, denen das Bundesgesundheitsamt mit der zu Jahresbeginn eingeführten Rezeptpflicht jetzt Rechnung trägt.

Appetitzügler sind nur vermeintliche Problemlöser und außerdem nicht ungefährlich.

Der Begriff »Appetitzügler« ist eigentlich irreführend. Es handelt sich aus pharmazeutischer Warte um ein Aufputschmittel aus der Familie der Kreislaufspräparate, die zum Teil auf Ephedrin-Basis zusammengekümmert werden. Auch Amphetamine, in der Drogenszene als »Speed« wohlbekannt, kommen bei der Herstellung zum Einsatz. Als Muntermacher, die das Zentralnervensystem erregen, von Studenten und Schülern gerne benutzt, um Prüfungsmüdigkeit zu verscheuchen, haben sie den wirkungsvollen Effekt, nebenbei auch noch den Appetit zu hemmen. Die zentral-regelnden Eigenschaften der Präparate begünstigen Abhängigkeit und Dosierungssteigerung. Sie können tiefgreifende, geistige Veränderungen hervorrufen.

Die Arzneimittelpackungen müssen daher den Hinweis tragen: »Nicht länger als vier Wochen einnehmen. Längerer Gebrauch gefährdet die Gesundheit.« Das Bundesgesundheitsamt verpflichtet so alle Hersteller, die rezeptfrei Mittel ver-

kaufen, eindringlich vor den Folgen eines längeren Gebrauchs zu warnen. So findet man als Nebenwirkungen Konzentrationsstörung, Leistungsschwäche, Erregungszustände, Reizbarkeit, Persönlichkeitsveränderungen, Schlafstörungen und Erschöpfungszustände. Weiter heißt es, Dauergebrauch führt zu Abhängigkeit und kann Psychosen verursachen sowie bei Absetzen depressive Verstimmung hervorrufen. Das alles bei frei verkäuflichen Medikamenten.

Rund 90 Prozent der Appetitzügler werden an Frauen verkauft.

Die von vielen Benutzern anfangs noch als positiv genossene Stimulanz bildet nicht nur die Grundlage der erwünschten Wirkung, sondern ist bei Dauergebrauch die Ursache für zahlreiche Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems und Störungen des zentralen Nervensystems.

Die Ursachen liegen in der eigentlichen Wirkung der Appetithemmer begründet. Sie üben keinen unmittelbaren Einfluß auf den Appetit, sondern allem Anschein nach auf das sogenannte Set-Point-Gewicht des Körpers aus, das individuell vorprogrammiert ist. Durch die Senkung des Soll-Gewichts verändert sich im Gehirn auch der in das Nervensystem eingebundene Hunger-Sättigungsmec-

chanismus, aber nur solange, wie die Pillencinnahme andauert.

Wer bereits kontrolliert ist, wird also mit Appetitzüglern nur wenig Erfolg haben, denn sein Soll-Gewicht ist bereits auf dem niedrigst möglichen Stand angekommen. Weitere Kämpfe um Kleidergröße 36 sind also zwecklos, weil der Körper sich regelmäßig an veränderte Energiezufuhren anpassen kann und abnahmen auch durch starke Kaloriedrosselung nur noch unter Qualen langfristig erreicht werden können. Wer etliche Pfunde zuviel auf die Waage bringt, kann nur solange Erfolg verzeichnen, bis sich seine Körperfülle auf einem herabgesetzten Niveau eingependelt hat.

Nach anfänglichen Erfolgen verschwindet dann die Abnahmewirkung, meist nach drei bis vier Wochen. Aber mehr als fünf, sechs Kilo sind auch hier nicht drin. Ein schlechter Tausch, wenn man bedenkt, daß aus Problemen mit dem Essen dann Problem mit einer Medikamentenabhängigkeit und einer geschädigten Gesundheit entstehen.

Große Hoffnungen setzen Mediziner und das Bundesgesundheitsamt auf die seit dem Januar 1986 bestehende Rezeptpflicht für Appetitzügler. Doch die Pharma-Industrie reagierte schnell. Der neuen Rezeptpflicht unterliegen nur Prä-

parate mit den Inhaltsstoffen D-Norpseudocodhydrin (Cathin) und Propylhexedrin. Präparate mit Fenfluramin sind weiterhin rezeptfrei und können anstandslos in der Apotheke eingekauft werden.

Die neue Rezeptpflicht wissen die Hersteller schon zu umgehen.

Der Markenführer Recatol reagierte schnell. So tritt seit Jahresbeginn neben das jetzt rezeptpflichtige Recatol ein neues Präparat mit der Bezeichnung »Recatol N«. Diese Kapseln enthalten Ephedrin in Form des DL-Norephedrin-Hydrochlorids und damit einer vom Bundesgesundheitsamt noch zulässigen, frei verkäuflichen Medikamentenkomponente. Studiert man jedoch den Beipackzettel, so scheint sich an den Warnungen nichts geändert zu haben. Als Nebenwirkungen müssen immer noch Herzrhythmusstörungen, Nervosität, Schwindel, Schlafstörungen, Erhöhung der Pulsfrequenz, Herzschmerzen und erschwertes Urinieren in Kauf genommen werden.

Als man im Rahmen der Überprüfung durch die Stiftung Warentest untersuchte, ob der Erfolg eines halbjährigen Kursprogramms zur Gewichtsabnahme durch die gleichzeitige Gabe von Appetithemmern gefördert wird, fand man Überra-

schendes. Übergewichtige, die zunächst nach der mit einem Verhaltenstraining kombinierten Medikamenteneinnahme viele Pfunde verloren hatten, und zwar mehr als Korpulente unter allziner Verhaltenstherapie, verzeichneten ein Jahr später nur noch ein Minus von runden vier bis sechs Kilogramm. Ohne Appetitzüger hingegen betrug der gehaltene Gewichtsverlust jedoch fast das Doppelte, nämlich neun Kilo. Die Wunderpille gibt es also nicht.

Ernährungsphysiologen fanden bei der Suche nach dem kleinen, aber feinen Unterschied zwischen Dicken und Dünnen heraus, daß eine vielschichtige Außenreizsteuerung für die überflüssigen Pfunde mit verantwortlich zeichnen. Nicht nur den Appetit auf viele verführende Köstlichkeiten zu hemmen, ist die Kunst, sondern in Problemsituationen und bei Stress Heißhungeranfällen standzuhalten. Um ein normales Gewicht zu erreichen und langfristig auch beizubehalten, ist neben einer Reduktion der täglichen Energieaufnahme eine Umstellung der Ernährungsgewohnheiten der einzige, bisher am ehesten erfolgreiche und gesündeste Weg. Vermehrte Problemlöser wie Wunderpillen und Eßbremsen lassen Pummel noch lange nicht zum Suppenkasper werden. □

Angelika Gördes-Giesen

- Eine Gewichtsabnahme läßt sich auf Dauer und ohne Gefahr nur durch Veränderung der Eßgewohnheiten erreichen. Appetithemmer können den Erfolg einer Diät lediglich unterstützen.

• Der Blutdruck muß während der Einnahme überwacht werden. Pulsirende Kopfschmerzen, verstärkte Migräneanfälle, Brust- und Herzschmerzen, insbesondere bei körperlicher Anstrengung sowie Atemnot können Alarmzeichen sein (Gefahr des Bluthochdrucks, der Hirnblutung oder des Lungenhochdrucks).

• Bei gleichzeitiger Einnahme von Herzglykosiden (zum Beispiel Digitalispräparate wie Lanicor, Lanitop, Novodigal u. a.) treten vermehrt Herzrhythmusstörungen auf. Bestimmte bei Depressionen eingesetzte Mittel können in der Kombination eine lebensbedrohliche Bluthochdruckkrise auslösen.

• Appetithemmer nicht

Was nicht auf der Packung steht



nachmittags oder aber morgens einnehmen, da sie Ein- und Durchschlafstörungen auslösen können. Der Wirkstoff Fenfluramin kann jedoch in niedriger Dosis auch müde machen und eignet sich für die Einnahme am Abend.

• »Anregend« wirkende

Appetithemmer bewirken Kritiklosigkeit, Selbstüberhöhung und Aggressivität. Sie können auch in den von den Herstellern angegebenen Dosierungen das Reaktionsvermögen (Straßenverkehr, Bedienen von Maschinen) beeinträchtigen. Alkoholgenuss ist dabei besonders gefährlich, denn die Wirkung der Appetithemmer auf das Fahrverhalten werden dadurch verstärkt.

• Nicht jeder darf Appetithemmer verwenden: Wer Herz-Kreislauferkrankungen hat, an Schilddrüsenüberfunktion, Prostatavergrößerung mit Restharnbildung, Grünem Star (Engwinkelglaukom) oder psychiatrischen Erkrankungen leidet, kann Schaden nehmen. Sie sind nichts für Schwangere, stillende Mütter und Kinder.

• Bei gleichzeitiger Verwendung anderer Medikamente sind Zwischenfälle möglich. Die blutdrucksenkenden Wirkstoffe Guanethidin (wie

Ismelin) und Clonidin (wie Catapresan), das Antiparkinsonmittel Amantadin (wie Symmetrel) sowie Arzneimittel, die zur Behandlung von Depressionen eingesetzt werden, erhöhen die Gefahr des lebensbedrohlichen Blutdruckanstiegs und können die anregende Wirkung der Mittel verstärken.

• Berücksichtigen, daß bestimmte Medikamente den Appetit steigern (zum Beispiel Psychopharmaka) oder eine Wassereinlagerung bedingen können (Hormonpräparate oder Rheumamittel).

• Übergewicht kann auch andere Ursachen als Überernährung haben. Welche Störung die Ursache bildet, kann im Zweifelsfall nur ein Arzt entscheiden.

• Beigaben (Kombipräparate) sind im günstigsten Fall, wie bei Vitaminen, überflüssig und sinnlos, mitunter aber sogar bedenklich, etwa wenn Koffein oder Abführmittel zugesetzt werden.

pw - Nicht schwer ist der Jury die Auswahl der ersten drei Gewinner des dg-Kunstwettbewerbs »Krankheit und Umwelt« gefallen. Künstlerische Darstellung und Umgang mit dem sicher nicht leichten Thema haben die Jury überzeugt. Die Gewinner werden hier vorgestellt, auch wenn die verkleinerte und beim zweiten und dritten Preis nur schwarzweiße Wiedergabe die Ausstrahlungskraft der Bilder nur ungenügend vermittelt. Allein die herzerfrischende klo-grüne Gestaltung des rauchenden Monsters ist ein Genuss. Schwerer war da schon die Auswahl der restlichen Gewinner der Plätze vier bis sieben. Sie werden in den nächsten Heften vorgestellt. Insgesamt wählte die Jury, die aus dem FH-Dozenten Prof. D. Werschbizkij, dem Medizinprofessor und Kunstsammler H. Vetter und den dg-Redakteuren Peter Walger und Norbert Mappes bestand, aus den rund 160 Ar-

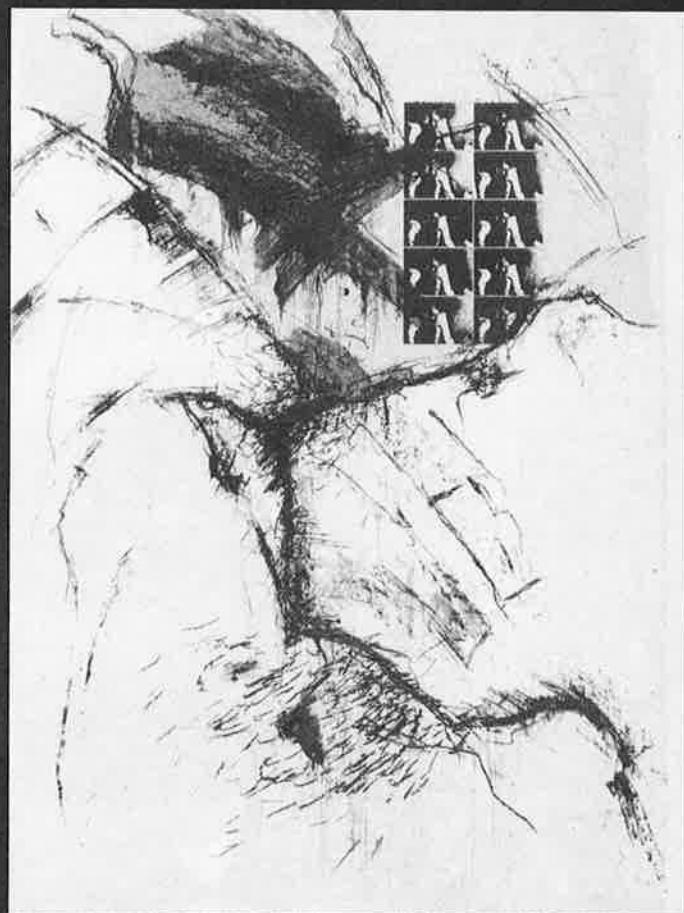
dg-Kunst »Krankhe

beiten die besten 50 aus. Mit ihnen wird eine Ausstellung vorbereitet, für die die Fachhochschule mit der Bereitstellung der Gelder für die Bilderrahmen bereits eine wichtige Voraussetzung geschaffen hat.

Die Industriegesellschaft als luftverpestendes Ungeheuer in einer nur oben offenen Box, aus der Dreck quillt, und das einen qualmenden Schlot rauchende Supermonster – diese beiden Bilder hat die Jury mit dem zweiten Preis belohnt. Überzeugt haben die Leichtigkeit, der mutige und lockere Umgang mit Farbe, bloßer Abtönfarbe für den Hausgebrauch, und Pinsel, mit der Waldemar Grams ein an sich zu moralinsaurer Grübeln veranlassendes Thema auf die Leinwand gebracht hat. Daß er dafür nicht Leinwand, sondern die Rückseiten von Werbeplaka-

2. Preis Waldemar Grams Abtönfarbe





wettbewerb heit und Umwelt»

ten nahm, war ein weiterer Punkt, der die Lockerheit, den erfrischenden Witz der Bilder unterstrich.

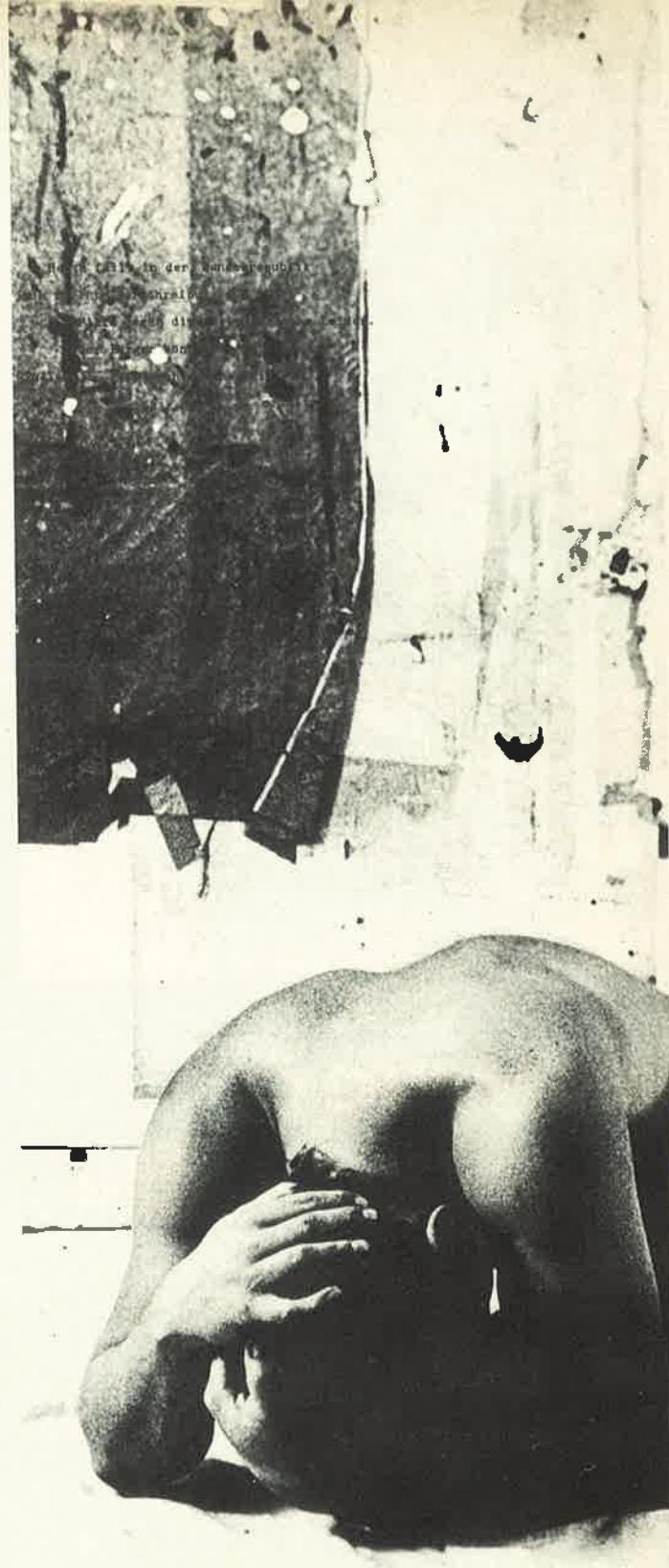
Seine Aufsicht auf einen linksseitigen Thorax, man erahnt Herzsilhouette und Rippen, lückenlose Auflösung aller Strukturen bis zum völligen Verschwinden, dazu eine Filmsequenz über eine alte Frau, die bewegungslos in einer Haltung verharrt – Andreas Summ hat mit seinen Bildern eine moderne Allegorie auf den Tod als einen von außen auferzwungenen, fast chemischen, fraßähnlichen Zerstörungsprozeß geschaffen. Der friedlich anmutende Gesichtsausdruck der alten Frau weist auf eine menschliche Dimension des Sterbens hin, die den Bildern im Kontrast zu der anatomisch-analytischen Sichtweise ein hohes Maß an Spannung verleiht.

3. Preis
Andreas Summ
Mischtechnik





Die Psychiatrie entwickelte ein eindeutig biologisch orientiertes Krankheitsmodell, das bis heute noch dominiert. Das Interesse gilt in erster Linie der Krankheit, nicht dem Kranken und seiner Umwelt.



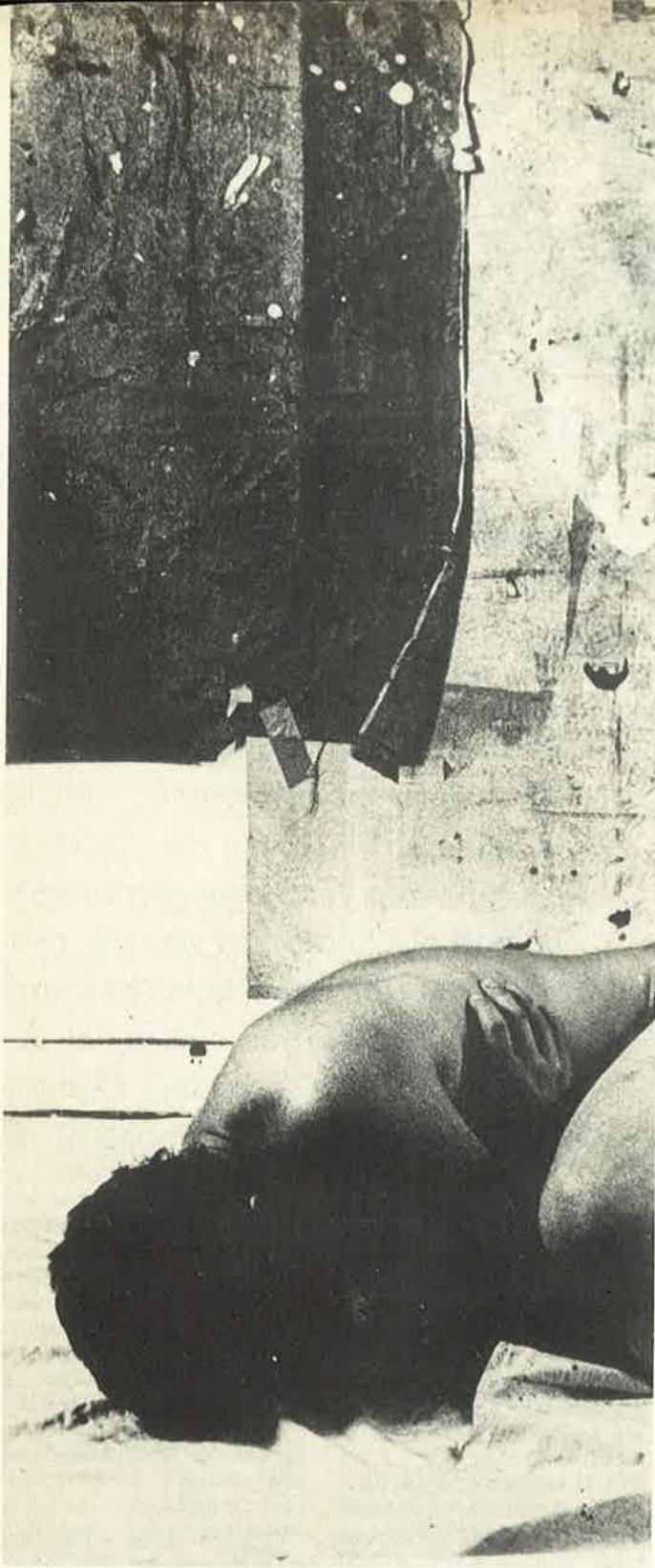
Heute fällt in der Bundesrepublik jede zwölfte Verschreibung auf eine Pille gegen diverse psychische Leiden. Jeder Bürger könnte so im Jahr eineinhalb Packungen solcher Mittel erhalten.

Die Psychiatrie entwickelte ein eindeutig biologisch orientiertes Krankheitsmodell, das bis heute noch dominiert. Das Interesse gilt in erster Linie der Krankheit, nicht dem Kranken und seiner Umwelt.

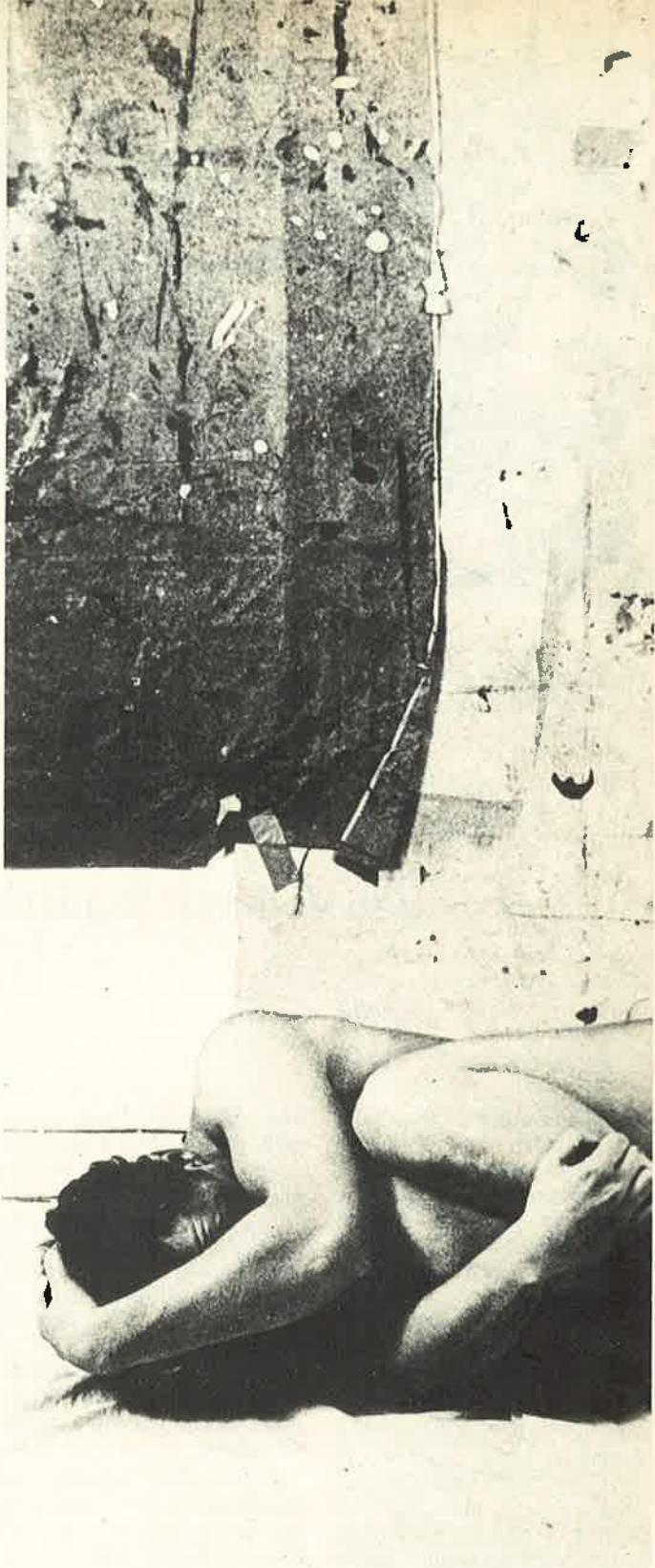
Heute fällt in der Bundesrepublik jede zwölfte Verschreibung auf eine Pille gegen diverse psychische Leiden. Jeder Bürger könnte so im Jahr eineinhalb Packungen solcher Mittel erhalten.

1. Preis Christoph Staudt †

Christoph Staudt hat den dg-Kunstwettbewerb gewonnen. Mit seinen vier, auf Filmfolien entwickelten Fotokollage-Arbeiten hat er eine Aussagestärke und intensive Glaubwürdigkeit erreicht, die seine Arbeiten vor allen anderen ausgezeichnet. Er hat Auflagen über Art und Weise der Präsentation der Bilder gemacht, die diese zum Inhalt selbst werden lassen. Die Folien sind transparent, mit ihrem For-



Der Wirkungsmechanismus der meisten Psychopharmaka ist nicht genau bekannt. Vielmehr beeinflussen viele dieser Medikamente das Sozialverhalten der Menschen negativ.



Nach Erhebungen der deutschen Bundesregierung hat jeder dritte Bundesbürger bereits einmal im Leben eine psychische Erkrankung durchgemacht oder leidet noch daran.

mat von 60 mal 150 Zentimetern nebeneinander in den Raum gehängt, sollen sie die durchscheinende Wirklichkeit in sich aufsaugen. Der verzweifte zusammengekauerte Mensch soll nicht Objekt der Betrachtung, sondern Teil der Realität des Betrachters sein. Christoph Staudts Kunstwerk setzt sich somit in diametralen Gegensatz zu den Ursachen der Verzweiflung, der einsam machenden Umwelt. Durch

den engrammierten Text weist es gleichzeitig auf den Irrweg der gängigen Psychiatrie hin, die keinen Ausweg aus der Einsamkeit aufzuzeigen weiß. Als wir Christoph Staudts Arbeit das erste Mal sahen, spürten wir die starke Herausforderung, die aus seinen Bildern sprach. Wir ahnten nichts von ihrer tiefen Authentizität. Christoph Staudt hat sich wenig später das Leben genommen.



Aids für alle – alle für Aids

Von Volkmar Sigusch

Gesagt worden ist, man hätte Aids erfinden müssen, wenn es nicht gekommen wäre. Richtig daran scheint zu sein, daß die seelische bis politische Indienstnahme dieser Krankheit, gäbe es den gesellschaftlichen Immunzzusammenhang in persona, als ein raffiniertes Restaurations- und Ablenkungsmanöver zu verstehen wäre.

Restoration. Nichts ist verlässlicher als Sicherheit und Ordnung. Das Sexuelle ist durch und durch gefährlich, das Homosexuelle infektiös. Der Verkehr von Mann und Frau ist natur – wie gottgewollt. Genitalien, After und Darm sind zum Ausscheiden da. Sicherheit bieten nur Abstinenz und lebenslange Monogamie. Die Frau ist für Aidsverhütung zuständig wie für Empfängnisverhütung. Erfassungen zählen sich aus. Jeder muß sehen, wie er durchkommt.

Ablenkung. Bedrohlicher als die Atomrüstung ist die individuelle Abwehrschwäche. Die politische Aufgabe der Stunde ist nicht, Bürgerrechte zu verteidigen, sondern abzubauen. Nicht Denken und Empfinden sind verseucht, sondern Blut und Samen. Wird die Umwälzung des Ganzen objektiv im-

mer dringlicher, scheint die nicht gestellte Sinnfrage gesellschaftlich entschieden, geht der allgemeine Zug immer rasender auf die totale Katastrophe, sticht die alte liberale Phase, es kommt auf einen selber an, wieder so richtig. Wer mit seinen »eigenen« Problemen befaßt ist, hat keine Kraft für generelle. Es ist, als würde um das Überleben einzelner gerungen; doch im Ganzen zählt das nur als Schein.

Restoration, Wende, Ablenkungsmanöver mcinetwegen. Der Kern aber ist, daß sich alles so einstellt, wie es zu befürchten war. Das gilt auch für das Gerede vom Ende der »sexuellen Befreiung«. Deren ausgereifte Frucht kann jetzt ohne Reue genossen werden: Weichgumminoppen mit Himbeergeschmack.

Bei Aids, sagte der Infektiologeprofessor zu mir, sei es ja üblich, kumulativ zu zählen. Wieso nur bei Aids? Gibt es für manchen nicht genug Kranke und Tote pro Jahr? Kumulativ heißt, alle werden für immer zusammengezählt. Taten wir das bei den Verkehrsunfällen, könnten uns jetzt Industrie, Regierung und Presse mehr als 500.000 Tote seit 1950 präsen-

Aids ist beides: eine schwere Erkrankung und nichts als Blendwerk. Weil die Erkrankung tödlich ist und die Mystifizierung verheerend, fällt es uns unendlich schwer, die Wirklichkeit von ihren Verdrehungen zu trennen und die Realangst von der neurotischen. Aids ist ein kultureller und politischer Volltreffer, in dem sich die einzelnen Greuel mit dem Grauen des Ganzen lärmend vermählen.

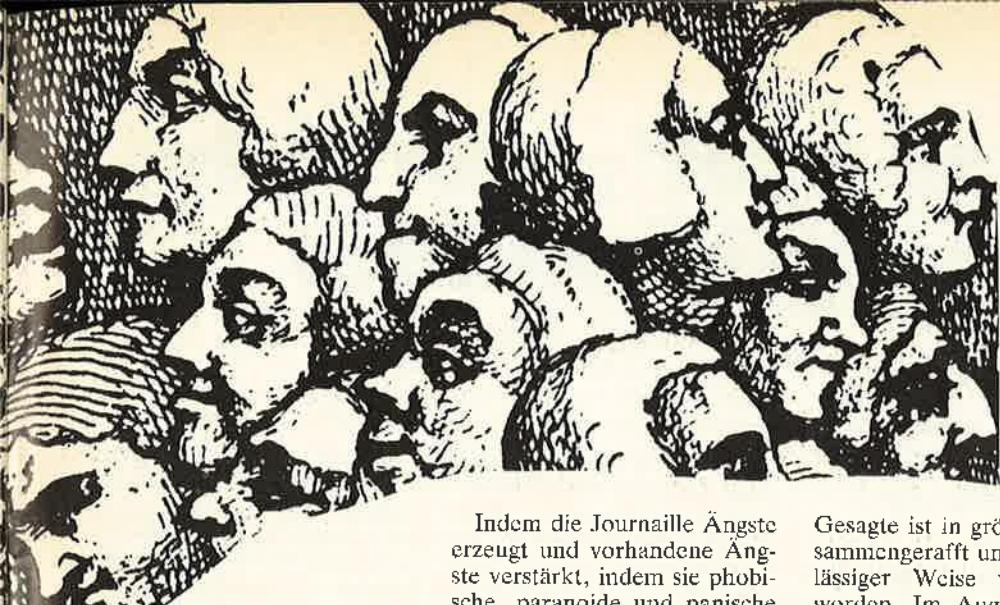
tieren. Man ahnt, warum sie es nicht tun. Wäre das Beseitigen tödlicher Gefahren ein gesellschaftliches Anliegen, gäbe es nicht jedes Jahr das Tauziehen um die sogenannte Krebsliste der Deutschen Forschungsgemeinschaft. In die Liste des Jahres 1986, man höre und staune, soll nach langem Drängen des DGB das hochgiftige 2,3,7,8-TCDD aufgenommen werden, wohl auch, weil es als »Seveso-Dioxin« nicht mehr zu verharmlosen ist. Vielleicht erübrigt sich das Tauziehen bald. Die Genttechnologen jedenfalls bieten an, widerstandsfähige Arbeiter für die jeweilige Schadstoffkonzentration auszuwählen.

Roboter aber wird man einsetzen müssen, wenn die lästigen Arbeitsunfälle der Menschen beseitigt werden sollen. Gegenwärtig kommt es in unseren Betrieben alle 18 Sekunden zu einem Arbeitsunfall, alle drei Stunden zu einem tödlichen. In der Zeitung aber steht: »Jetzt rüstet Grönland zum Kampf gegen Aids«. Zwar gäbe es »bisher noch keinen akuten Fall von Aids auf der Insel« – doch man kann nicht wissen.

Je korrupter die öffentliche Meinung, desto unbestechlicher die kritische Sexualforschung. Wenn gesagt wird, jetzt sei bewiesen, daß die Natur den Analverkehr nicht vorgesehen habe, fällt es schwer, ihn als risikant zu bezichnen. Denn der Kritische weiß: Die Sexualität hatte nie und nirgends eine natürliche Natur; die Gleichung widernatürlich = krank gilt nach wie vor.

Gesagt werden müßte, daß die äußere Natur nicht gut ist. Doch das überschreiten momentan die Korrupten wie die Alternativen, und der »Spiegel« sähe seine Idiotie bestätigt (»Mikroben machen Geschichte, immer noch«) und seine Menschenverachtung dazu (»Tote auf Urlaub«).

Je totaler die Verstofflichung, desto allgemeiner die Idiotie. Fällt sie mit dem, was ist, beinahe zusammen, wird sie ungewollt zur Einsicht ins Totale. Ja, wir sind die Mikroben, die die anderen und sich selbst befallen haben, und wir melden tatsächlich, Geschichte zu machen. Ja, bei uns arbeitet die



Hälfte der wissenschaftlichen und technischen Idiotie, genannt Intelligenz, unmittelbar im Dienst von Rüstung und Kriegsführung, und das Gerede von den 40.000 Kindern pro Tag, die irgendwo an Unterernährung elendig verrecken, hängt uns zum Gewissen heraus. Schließlich schrieb »Bild« gerade, im Stil des »Spiegel«: »Mit rasender Geschwindigkeit breitet sich die unheilbare Lustseuche AIDS in Deutschland aus.« AIDS ist »amtlich bisher schon bei 360 Deutschen ausgebrochen.« Und das in vier Jahren.

Ja, wir sind für die anderen eine Gefahr, physisch wie geistig. Um so krampfhafter das Bemühen der US-Amerikaner, die Infektionsquelle in ausgebultete Regionen zu verlegen: erst Südostasien ohne Erfolg, dann Haiti wider besseres Wissen, jetzt Schwarzafrika. Kolonialwarenhändler, die wir nur einmal sind, plappern wir auch die imperialistische diktieren Pseudowörter AIDS und HTLV-III nach. Jetzt zahlt sich aus, daß unsere Kinder die Schulranzen »WUM starlight 1« und »Spacelab 2000« tragen. Wir glauben der US-Regierung auch, wenn sie der Welt erklärt, ihr geschwätziger Professor Gallo habe den AIDS-Erreger entdeckt. Wer traut das schon einer Französin namens Françoise Barré-Sinoussi zu, wer liest schon eine wissenschaftliche Zeitschrift wie »Science«? Herr Augstein offensichtlich nicht.

Die Journaille will uns weismachen, der Tod der Schwulen, Fixer, Huren ginge ihr nahe. Doch sie präpariert das Siechtum aller Krankheitssoper, des kleinen Angestellten ebenso wie des Hollywoodstars, bis es mediengerecht herausgeschrien werden kann. Endlich einmal ein profitables Verrecken in Serie.

Indem die Journaille Ängste erzeugt und vorhandene Ängste verstärkt, indem sie phobische, paranoide und panische Reaktionen der Menschen hervorkitzelt, mit Inhalten versucht und am Brodeln hält, wird sie zu einer Hauptgefahr für die Gesundheit. Sie schwächt auf diese Weise die seelischen Abwehrkräfte, organisiert das seelische Entgegenkommen, das bei allen Infektionskrankheiten von großer Bedeutung ist. Während psychosomatische Theorie und Praxis Tag um Tag belegen, daß Seele und Körper ineinander greifen, tut die Journaille so, als seien seelische und körperliche Abwehr vollkommen getrennt, als sei der Mensch nicht trotz aller Zerstückelung eine Einheit.

Für den Vertreter einer psychosozialen Medizin ist es eine gesicherte Erkenntnis, daß die AIDS-Kampagne der Presse das Wohlbefinden weiter Bevölkerungskreise beeinträchtigt, daß sie unter entsprechenden individuellen Voraussetzungen von krankmachender Potenz ist, daß sie zu jenen viel diskutierten Kofaktoren gerechnet werden muß, die auch bei den Infektionskrankheiten als mitverursachend immer zu bedenken sind.

Die Medikalisierung der Gesundheit ließ Kritiker der Medizin in den letzten Jahren von der »Enteignung der Gesundheit« sprechen. Jetzt ist die Medikalisierung der Gesundheit, der Krankheit und des Todes zu kritisieren. Der Umgang der Journaille mit AIDS erinnert unwillkürlich daran, daß bei uns nichts der Enteignung entgeht und nichts der Verwertung, Krankheit nicht, das Leiden nicht und nicht der Tod.

Und was hat uns die Medizin zu sagen? Bisher nichts Gesichertes. AIDS ist eine Erkrankung, die den ganzen Organismus ergreift und wird allein schon deshalb, wie die Geschichte der Medizin lehrt, erst in Jahrzehnten einigermaßen zu überblicken sein. Alles bisher

Gesagte ist in größter Eile zusammengerafft und oft in fahrlässiger Weise veröffentlicht worden. Im Augenblick stellt sich heraus, daß es bei AIDS wie bei jeder großen Erkrankung zu verschiedenen Manifestations- und Verlaufsformen kommen kann. Haut oder Magen-Darm oder Lunge oder Nervensystem. Die anfänglich als charakteristisch unterstellte Symptomatik zerfließt.

Höchstwahrscheinlich gibt es auch bei AIDS sogenannte subklinische, inapparente Krankheitsverläufe, das heißt, der Infizierte hat AIDS gehabt, aber nicht mehr als »eine Grippe« gespürt. Nach welcher Zeit sich im allgemeinen die Infektion klinisch zu erkennen gibt, wie viele Infizierte tatsächlich an AIDS erkranken können, ob die Infizierten auf Dauer das Virus übertragen können, all diese Fragen sind noch offen.

Nicht einmal Struktur und Herkunft des strenggenommen mutmaßlichen Erregers sind geklärt. Umstritten ist, ob eine Impfung überhaupt möglich sein wird.

Auch wenn wir darauf hoffen, dürfen wir uns nicht einreden, eine Krankheit sei besiegt, sobald ihr Erreger identifiziert ist und Heilmittel gefunden sind. Daß dieses monoklausale Denken und Handeln nicht einmal den Sieg über Infektionskrankheiten wie Tuberkulose, Malaria, Diphtherie oder Leishmaniose erringen konnte, lehrt deren Geschichte bis auf unsere Tage.

An AIDS sind bei uns im Verlauf von vier Jahren 176 Menschen gestorben; an der angeblich besieгten Tuberkulose sterben bei uns dreißig bis vierzigmal mehr. Erst als die allgemeinen Lebensverhältnisse breiter Bevölkerungsschichten merklich verbessert worden waren, konnte die Organmedizin so tun, als habe sie allein den Sieg über die Volksseuchen errungen.

Zu befürchten ist, daß im

Zuge von AIDS das somatische Denken in der Medizin so sehr gestärkt wird, wie am Ende des letzten Jahrhunderts durch die Heldentaten der Bakteriologen. Die seelischen, sozialen, kulturellen, gesellschaftlichen, ja sogar politischen Dimensionen und Momente jeden Krankheitsgeschehens fielen dann wieder total durch den Rost der einen, scheinbar alles bestimmenden »Ursache«. Die aber gibt es nicht einmal beim Beinbruch. AIDS wird uns also aus anderen Gründen als dem der Ausbreitung des Erregers bis über das Jahr 2000 hinaus begleiten. Wir werden AIDSologen bekommen wie einst Syphilisologen, und spezielle Rehabilitationszentren.

Versagt die westliche Medizin auf diesem Gebiet trotz der Hysterisierung, gibt sie vor aller Welt zu, daß sie technologisch gar nicht hochgerüstet ist oder, und das wäre folgenschwer: daß sie die ihr anvertrauten Probleme, so oder so, nicht zu bewältigen vermag. In einer vergleichbaren Lage ist die Pharmaindustrie, von deren Konzernen wir um so weniger hören, desto »potenter« sie sind. Entweder findet sie etwas, was zehnmal teurer ist als Gold, oder der nächste Nobelpreis für Medizin muß gestückelt unter ihren Angestellten verteilt werden.

Trotzdem konnte der gegenwärtigen Medizin und Pharmatechnik nichts Günstigeres widerfahren als die AIDS-Hysterie in der westlichen Welt. Jetzt stehen die Argumente gegen Hochtechnologie auf noch schwächeren Beinen. Die Krankheit AIDS kann ohne gentechnologische Forschung und Praxis körpermedizinisch gar nicht mehr aufgeklärt, diagnostiziert und behandelt werden. Sicher ist, daß das Geld für die AIDS-Forschung zugleich in die »high tech« Medizin investiert wird, vor allem in der Gentechnologie endet.

Wer Geld für AIDSforschung verlangt, muß wissen, daß er damit zugleich für jene Techniken eine Lanze bricht, die den Menschen partiell und als Ganzes zum Stoff degradieren. Die Dialektik dieses Fortschritts liegt offen. Lichtseite: Es gibt Heilmittel gegen AIDS. Schattenseite: Genetische »Fingerabdrücke« sind massenhaft anwendbar und werden mit der Lichtseite abgesegnet.

Verständlich, daß die Beunruhigten patente Lösungen verlangen. Gibt es bei AIDS Rezepte für einen ungefährlichen

Vollzug, würden sie angesichts einer tödlichen Erkrankung von keinem Arzt verschwiegen werden. Ungefährlich ist jedoch, wie so oft, nur die Abstinenz.

Ich will mich aber nicht um eine konkrete Antwort drücken. Nach den Trends der seriösen Studien und den Äußerungen erfahrener Klimiker scheint es sich um eine spermatoogene Infektion zu handeln, das heißt, der Erreger wird durch den Samen übertragen. Offenbar ist eine Makroinokulation erforderlich, daß heißt, es muß eine größere Menge des Erregers in den Körper gelangen, möglicherweise mehrfach. Die kleinen Mengen, die eventuell im Speichel oder anderen Sekreten vorhanden sind, reichen ganz offensichtlich zur Infektion nicht aus. Demnach sind Analverkehr und vielleicht auch Mundverkehr mit Samenerguss risikant.

Ob Frauen durch den üblichen Scheidenverkehr von Männern angesteckt werden sind, ist ungeklärt. Ich habe wegen der Falschmeldungen im »Spiegel« und andernorts darauf hingewiesen, daß die Scheide der Frau möglicherweise einen Schutz bietet, weil sie von einem unverhornten Plattenepithel auskleidet, folglich unverletzlicher und wahrscheinlich auch undurchlässiger ist als eine Schleimhaut.

Die Übertragung durch Blut ist insofern künstlich, als sie von Drogenabhängigen beim Spritzen oder in der Klinik bei Transfusionen vorgenommen wird. Letzteres kann bei uns Gott sei Dank kaum noch vorkommen, weil so gut wie alle infizierten Blutkonserven beseitigt worden sind. Jetzt ist endlich um das Überleben der Heroinabhängigen zu kämpfen. Sie sind physisch, seelisch, sozial und politisch ganz besonders bedroht.

Ansonsten lautet die unlösbare Aufgabe: sich weder von den Forschern verrückt machen zu lassen, die alles entfesseln, noch von den Hygienikern, die alles sterilisieren, noch von den Naturschützern, die alles verächtigen. □

Der Text ist Auszug aus einem Beitrag, den Professor Dr. Volkmar Sigusch, Leiter der Abteilung für Sexualwissenschaft an der Universität Frankfurt, für konkret Sexualität »Operation Aids« verfaßte.

Der vollständige Beitrag, in dem sich Sigusch auch mit dem angeblichen Sexualwissenschaftler Haebeler, den Grünen und der SPD auseinandersetzt, ist Ende März erschienen.

Drum prüf', wer sich vertraglich bindet

wp - Laut

Rechtsreferat der ÖTV gibt es keine Grundlage dafür, daß Arbeitnehmer für Übungen in Hilfskrankenhäusern verpflichtet werden.

Über 200 Hilfskrankenhäuser gibt es in der Bundesrepublik. Eingerichtet in Schulen, Pflegeheimen und teilweise unterirdischen Bunkern sollen sie im Krieg für über 80 000 Patienten eine Behandlung ermöglichen. Schon heute ist jedem Hilfskrankenhaus ein sogenanntes Stammkrankenhaus zugeordnet, dessen Personal im Krieg auch das Hilfskrankenhaus mitversorgen soll. Mit der Kritik an den häufig als unsinnig eingeschätzten Hilfskrankenhäusern leben die Zivilschützer schon lange. Jetzt tun sich freilich neue Probleme auf: Denn mit ihrem Versuch, in den Hilfskrankenhäusern häufiger Übungen durchzuführen, stoßen die Katastrophenschützer auf ungeahnte arbeitsrechtliche Schwierigkeiten.

Vom 6. Februar 1986 datiert eine Stellungnahme des Rechtsreferats beim Hauptvorstand der ÖTV, und darin wird ziemlich klar ausgedrückt: Eine Rechtsgrundlage, daß Arbeitnehmer der Stammkrankenhäuser an Übungen in Hilfskrankenhäusern teilnehmen müssen, gibt es zur Zeit überhaupt nicht. Träger der Hilfskrankenhäuser ist nämlich meistens der Bund, allenfalls noch das Land. Eine Teilnahme an einer Übung in einem Hilfskrankenhaus würde einer Unterstellung unter einen anderen Arbeitgeber bedeuten – doch Leiharbeit ist auch für den Zivilschutz nicht rechtlich abgesichert.

Einen konkreten Fall gibt es in Bühl, einer Kreisstadt mit 10 000 Einwohnern in Südbaden. Dort sollte 1984 im Kreiskrankenhaus ein Teil des Personals für eine Übung im benachbarten Hilfskrankenhaus abgeordnet werden. Doch die meisten Ärzte der vor allem betroffenen Chirurgie – zum großen Teil aktiv in der Friedensbewe-

gung – weigerten sich. Schließlich gab der Landkreis nach und verpflichtete das Personal eines anderen Krankenhauses.

Eine wesentliche Ursache dafür mag eine Stellungnahme des Bundesinnenministers Zimmermann höchstpersönlich gewesen sein, der im März 1985 in einem Brief an den zuständigen Bundestagsabgeordneten feststellte: »Eine gesetzliche Verpflichtung zur Teilnahme an solchen Übungen ist jedoch im derzeit geltenden Zivilschutzes nicht enthalten. Ob das Personal von Stammkrankenhäusern arbeitsvertraglich zur Teilnahme an Hilfskrankenhäusern verpflichtet ist, erscheint zumindest fraglich.«

Zivilschutzübungen in Hilfskrankenhäusern rechtswidrig, die über individuelle Arbeitsverträge zustandekommen:

»Die Verpflichtung zur Teilnahme an Zivilschutzübungen und ähnlichem kann nur gesetzlich geregelt werden. Das gilt auch für Vorbereitungsmaßnahmen. Außergesetzliche Verpflichtungen wären mit den Art. 12 und 12a GG (die die Zwangsverpflichtung zur Arbeit im Krieg regeln – W.P.) nicht vereinbar.« Eine Person könne sich zwar »freiwillig« binden. Es liege aber keine Freiwilligkeit vor, wenn der Abschluß des Arbeitsvertrages bei einer Weigerung der Verpflichtung scheitern würde. So



Immerhin werden seitdem am Kreiskrankenhaus Bühl nur noch Arbeitsverträge mit einem neu geführten Paragraphen 8 abgeschlossen: »Zu den Dienstaufgaben der Ärzte gehört die ärztliche Betreuung, Mitarbeit und die Teilnahme an Übungen in den Hilfskrankenhäusern des Landkreises Rastatt. Ferner die Teilnahme an Übungen des Katastrophenschutzes...«

Diesen Paragraphen freilich hält die Gewerkschaft ÖTV für schlicht rechtswidrig, weil er den entsprechenden Präzisierungen über die Pflichten des Arbeitnehmers im Bundesangestelltentarifvertrag widerspreche. Ohnehin sind nach Meinung des Rechtsreferats der ÖTV alle Verpflichtungen für

die Stellungnahme des Rechtsreferats beim Hauptvorstand.

Freilich wird es auch in Zukunft erst einmal auf den Mut der betroffenen Arbeitnehmer ankommen, sich zu wehren. »Vorsicht ist dennoch geboten,« meint auch das ÖTV-Rechtsreferat: »Die betroffenen Ärzte müssen damit rechnen, daß sie bei einem Widerruf der Bindung arbeitgeberseitig gekündigt werden. Arbeitgeber, die auf dem Rücken ihrer Arbeitnehmer in solchen Fragen mehr tun als gesetzlich vorgeschrieben ist, ja schon im Vorgriff auf gesetzliche Pläne handeln, reagieren im allgemeinen sehr ungehalten, wenn die in Anspruch genommenen Arbeitnehmer sich wehren.« □

Ein Schwarzwaldmärchen erzählt von Ulli Menges

Vor langer, langer Zeit hatten sich Unruhe und Zwiefel unter den Menschen breitgemacht. Auch das stetige Lächeln ihres Bundeskanzler konnte sie nicht davon abhalten, mehr und mehr einigen Nörglern zu vertrauen, die ihnen immer wieder darlegten, daß ihr Leben durch Raketen, Strahlen und Chemie gefährdet sei. Selbst auf ihr liebstes Spielzeug, das Automobil, sollten die Menschen verzichten, da es eine inzwischen ausgestorbene Pflanzenart, Baum genannt, die manchmal viele Meter hoch wuchs, zerstören sollte. Zwar bemühte sich besonders der Umweltminister, den Menschen diesen Unsinn auszutreiben, doch die Besserwisser, die sich schon äußerlich von den damaligen Menschen unterschieden, fanden weitere Anhänger.

Als abzusehen war, daß einer der Verführer, die sich nach einer Farbe benannten, die heute in der Natur nicht mehr vorkommt, selber Umweltminister im Gebiet der heutigen Frankfurt Air Base werden sollte, hatte der stets fröhliche Minister für Arbeitslosigkeit und Kostendämpfung im Gesundheitswesen eine Idee: Der eigentliche Experte für Gesundheit, Umwelt- und Lebensprobleme mußte vor die Menschen treten.

Zu jener Zeit war der Beruf des Gesundheitsmechanikers, damals noch Arzt genannt, der mit dem höchsten Ansehen bei den Menschen. Aus dieser Berufsgruppe mußte der Experte kommen. Landauf, landab wurde nach ihm gesucht, doch unter den in Frage kommenden Funktionären der Ärzteverbände besaß keiner die entsprechende Autorität oder das jugendlich gestylte Ausschén, um mit strahlendem Lächeln vor die Fernsehkameras zu treten.

Da hatte der pfiffige Minister eine zweite Idee: »Warum schaffen wir den Experten nicht nach unsrem Bild, verschen

ihn mit aller Autorität, netter Familie und schöner Landschaft?«

Gesagt, getan. Die Figur des Experten war bald erschaffen. Ein Chefarzt sollte es sein, ein Professor gar. Die Namensfindung war nicht schwierig. Alles Erfolgreiche fing in jener Zeit mit »B« an: Boris Becker, Bild, Beckenbauer. So erhielt der Professor den Namen Brinkmann, um mit der zweiten Namenssilbe allen Zweiflern klarzumachen, daß Chefarztstellen ein männliches Privileg zu bleiben hätten.

Und mit wundersamen Fähigkeiten wurde der Chefarzt, Professor Klaus Brinkmann, ausgestattet. Er besaß nicht nur die Kompetenz in seinem Fachgebiet, der Chirurgie. Nein, er war, was damals nur noch selten vorkam, ein guter Geburtshelfer, wurde Gutachter für Fragen der seinerzeit noch so umstrittenen Sterbehilfe, war sich aber auch nicht zu schade, mal kurz einen Herzinfarkt zu behandeln.

Zunächst gelang ihm, die sympathische Schwester Christa aus der löschrigen Beziehungskiste, mit seinem eigenen Sohn und Untergebenen Udo zu retten. Der hatte zwar – was der katholischen Kirche gar nicht paßte – dauernd irgendwelche eheähnlichen Verhältnisse und auch kurzfristig eine Ehe mit einer geschiedenen Frau, mußte deshalb aber nicht, wie 70 Prozent seiner Kollegen, die in kirchlichen Krankenhäusern arbeiteten, deshalb seine Kündigung befürchten.

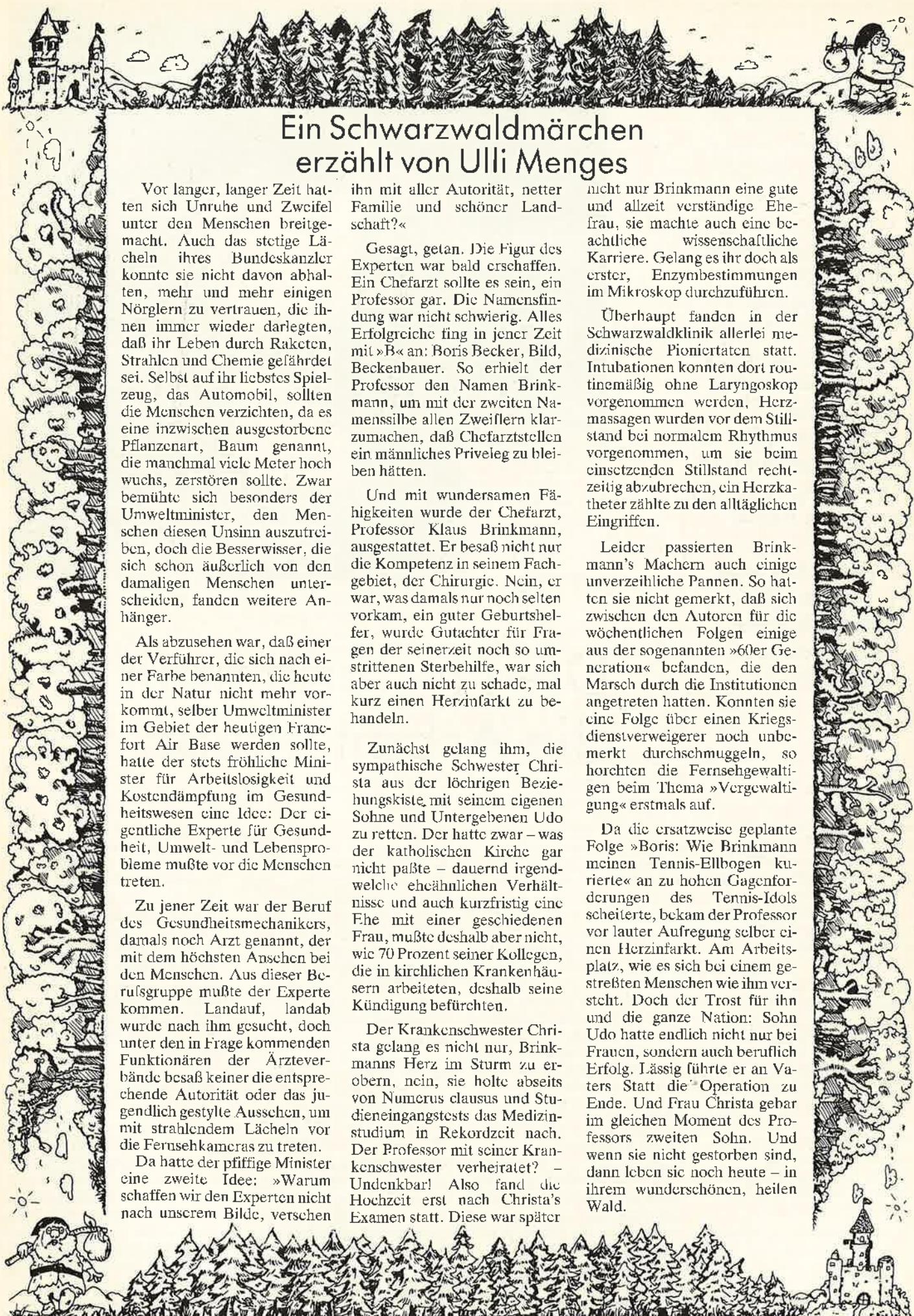
Der Krankenschwester Christa gelang es nicht nur, Brinkmanns Herz im Sturm zu erobern, nein, sie holte abseits von Numerus clausus und Studieneingangstests das Medizinstudium in Rekordzeit nach. Der Professor mit seiner Krankenschwester verheiratet? – Undenkbar! Also fand die Hochzeit erst nach Christa's Examen statt. Diese war später

nicht nur Brinkmann eine gute und allzeit verständige Ehefrau; sie machte auch eine beachtliche wissenschaftliche Karriere. Gelang es ihr doch als erster, Enzymbestimmungen im Mikroskop durchzuführen.

Überhaupt fanden in der Schwarzwaldklinik allerlei medizinische Pioniertaten statt. Intubationen konnten dort routinemäßig ohne Laryngoskop vorgenommen werden, Herzmassagen wurden vor dem Stillstand bei normalem Rhythmus vorgenommen, um sie beim eintretenden Stillstand rechtzeitig abzubrechen, ein Herzkattheter zählte zu den alltäglichen Eingriffen.

Leider passierten Brinkmann's Machern auch einige unverzeihliche Pannen. So hatten sie nicht gemerkt, daß sich zwischen den Autoren für die wöchentlichen Folgen einige aus der sogenannten »60er Generation« befanden, die den Marsch durch die Institutionen angetreten hatten. Konnten sie eine Folge über einen Kriegsdienstverweigerer noch unbemerkt durchschmuggeln, so horchten die Fernsehgewaltigen beim Thema »Vergewaltigung« erstmals auf.

Da die ersatzweise geplante Folge »Boris: Wie Brinkmann meinen Tennis-Ellbogen kurrierte« an zu hohen Gagenforderungen des Tennis-Idols scheiterte, bekam der Professor vor lauter Aufregung selber einen Herzinfarkt. Am Arbeitsplatz, wie es sich bei einem gestreuten Menschen wie ihm versteht. Doch der Trost für ihn und die ganze Nation: Sohn Udo hatte endlich nicht nur bei Frauen, sondern auch beruflich Erfolg. Lässig führte er an Vaters Statt die Operation zu Ende. Und Frau Christa gebaß im gleichen Moment des Professors zweiten Sohn. Und wenn sie nicht gestorben sind, dann leben sie noch heute – in ihrem wunderschönen, heilen Wald.



Die Aids-Hysterie scheint fürs erste abzuflauen. Die Zahl der Beratungen geht vielerorts zurück. Von den anstehenden Problemen kann das jedoch nicht behauptet werden. Über Sinn und Unsinn der Tests, über die Schwierigkeiten von Safer sex, über anstehende Aufgaben und einige nächste Perspektiven sprach dg-Redakteur Peter Walger mit **Wilfried Neuhaus** vom Vorstand der **Aids-Hilfe Nordrhein-Westfalen** und der Gruppe Münster.



Die Hysterie flaut ab – die Arbeit bleibt

dg: Gibt es eine Versachlichung der Diskussion über Aids? Haben Sie den Eindruck, daß sich wichtige Informationen über die Ansteckungsmöglichkeiten in der Bevölkerung verbreiten, daß etwa die Angst, sich durch Elßgeschirr oder auf der Toilette anzustecken, abgebaut wird?

Neuhaus: Die sachliche Information in der Bevölkerung nimmt zu, ist aber immer noch nicht ausreichend. Wir erleben es noch häufig, daß Leute Angst haben, sich auf Toiletten oder über Elßgeschirr anzustecken. Zum zweiten reicht es nicht, nur eine sachliche Aufklärung zu betreiben, denn damit werden die irrationalen Ängste, die in der Bevölkerung herrschen, nicht abgebaut.

dg: Was meinen Sie mit »irrationalen Ängsten«, etwa, daß die Leute vor Tuberkulose oder Tod im Straßenverkehr mehr Angst haben müßten, als an Aids zu sterben?

Neuhaus: Ja. Auf der Tagung in München fiel ein Satz »Wenn die Leute so viel Angst vor der Bombe hätten, wie sie vor Aids haben, gäbe es die Bombe nicht mehr«. Ein Aspekt, warum die Leute so irrational mit dieser Angst umgehen, ist, daß Aids in der Hauptsache eine sexuell übertragbare Krankheit ist, d.h. sie fällt in einen Tabubereich. Aber ich denke, dieses als alleiniger Grund für den irrationalen Umgang mit dieser Krankheit reicht nicht.

dg: Sie erwähnten eine Münchener Tagung. Was war da los, wer hat sich da getroffen?

Neuhaus: Das war eine Tagung jetzt im Februar, die von der Münchener Aids-Hilfe und von der Arbeitsgruppe Aids am Städtischen Krankenhaus München-Schwabing veranstaltet wurde. Das Thema war die psychosoziale Betreuung von Aids-Kranken und Aids-

Vorfeldpatienten. Getroffen haben sich dort unter diesem Aspekt die Beratungsstellen, d.h. die Aids-Hilfen, die Drogenberatungsstellen, Ärzte aus Krankenhäusern und Gesundheitsämtern, die Aids-Patienten beraten oder versorgen, Sozialarbeiter aus diesen Bereichen und Street-worker, die mit Prostituierten und Drogenabhängigen arbeiten.

dg: Gab es gemeinsame Erfahrungen aus diesem bunten Spektrum von Leuten, die mit der Aids-Problematik zu tun haben? Haben Sie Schwerpunkte diskutiert?

Neuhaus: Für mich war zunächst einmal erschreckend, wie wenig noch viele der Teilnehmer über den Umgang mit Aids-Patienten und Test-Positiven wußten. Ich hatte den Eindruck, drei Viertel der Teilnehmer waren dort, um überhaupt die ersten Grundlagen für ihre Arbeit

zu bekommen. Das dominierte sehr stark die Tagung, so daß sie mir kaum Neues gebracht hat. Ansonsten bietet sich mir das Bild, daß ein durchgängiges Konzept noch fehlt. Wir arbeiten alle an kleinen Mosaiksteinchen. Alle versuchen, die notdürftigsten Löcher zu flicken, aber ein koordiniertes Programm, das den Gesamtbereich abdeckt, ist noch nicht vorhanden.

dg: Könnten Sie Beispiele für solche Mosaiksteinchen nennen?

Neuhaus: Da ist der Umgang mit dem Antikörper-Test, da ist die Beratung über Safer sex, d.h. die Information über sichere Sexualpraktiken, und dann die Überlegungen, die in Bezug auf Drogenabhängige laufen. Ist es möglich, sie vor Aids zu schützen, ohne sie von der Sucht herunter zu bekommen. Es sind solche Dinge,

die nur einen kleinen Bereich betreffen, aber in sich sind sie schon wichtig.

dg: Ich weiß aus eigener Erfahrung, daß es eine starke Tendenz, besonders an Krankenhäusern, gibt, bestimmte Patienten, bei denen invasive Eingriffe gemacht werden oder die dauer dialysiert werden oder auch sämtliche PJ-Studenten grundsätzlich zu testen, also Screening-Test durchzuführen. Was halten Sie davon?

Neuhaus: Ich persönlich halte von solchen Screening-Tests überhaupt nichts. Man muß sich vorher überlegen, welche Konsequenzen ein solches Screening hat? Eine Voraussetzung, um überhaupt den Test machen zu dürfen, ist erstens die Zustimmung des Betroffenen und zweitens, daß diejenigen, die bei einem solchen Screening positiv auffallen, hinterher auch psychisch aufgefangen werden. Es ist möglich, alleine durch die Anamnese weitgehend einzuschränken, bei wem der Test sinnvoll ist. Das ist ja nur ein relativ kleiner Personenkreis. Weiterhin muß man sich vorher überlegen, welche Konsequenzen erfolgen daraus, wenn ich zum Beispiel den Test vor Operationen mache. Operiere ich dann einen Postiven nicht mehr, oder sollte ich nicht die Sicherheitsmaßnahmen, die bei einer solchen Operation nötig sind, generell bei Operationen einhalten.

dg: Abgesehen davon weiß niemand ob der Test nicht innerhalb der möglichen Inkubationszeit durchgeführt wird, also daß bereits eine Infektion vorliegt aber noch keine Antikörper gebildet wurden.

Neuhaus: Da gebe ich Ihnen ganz recht. Der Test kann erstens in der Inkubationsphase stattfinden, zweitens haben wir immer noch die Leute, wenn auch selten, die keine Antikörper bilden, zum dritten haben wir die falsch-positiven und die falsch-negativen Tests. Dieser ganze Test ist in seiner Aussage einfach zu vage. Von daher wäre eine Durchuntersuchung der Bevölkerung, wie sie aus der rechten Ecke gefordert wird, absolut sinnlos. Es bringt uns nichts.

dg: Was meinen Sie denn, was sinnvoll ist? Hat die Münchener Tagung da Schwerpunkte gesetzt?

Neuhaus: In München wurden an sich nur zwei Aufga-

benfelder erfaßt, nämlich wie die Gruppe der Kranken psychosozial aufgefangen werden können und wie mit den Gesunden, aber Testpositiven betreut werden sollen. Ein dritter Bereich, den wir von den Aids-Hilfen ist darüber hinaus die Präventionsarbeit.

Wenn die Leute so viel Angst vor der Bombe hätten wie vor Aids, dann gäbe es die Bombe nicht mehr.

dg: Nun wissen Sie ja sicher, daß es hierzu auch kritische Positionen gibt. Wenn man zum Beispiel davon ausgeht, daß der eigentliche Kern der Risikogruppe die von Sigusch geschätzten 15 Prozent innerhalb der gesamten Homosexuellen sind, deren Verhalten vielleicht mehr mit dem Etikett »Sexualsucht« zu versehen ist, meinen Sie denn, daß da Aufklärung, Information über Safer sex, überhaupt Gehör findet? Müßten nicht eher intensivste Psychotherapieprogramme statt Aufklärung durch Flugblätter durchgeführt werden?

Neuhaus: Zunächst einmal wehre ich mich dagegen, nur eine Betroffengruppe zu benennen. Aber wir wären blind und selbstüberheblich, wenn wir meinen würden, mit einer solchen Safer-sex-Kampagne die Homosexuellen alle so weit zu bekommen, sich anders zu verhalten. Von einem Aufklärungsflugblatt allein wird niemand – auch kein Heterosexueller – seine sexuellen Gewohnheiten ändern oder nur die allerwenigsten. Aber eine andere Möglichkeit steht den Beratungsstellen, für die ich jetzt spreche, nicht zur Verfügung. Wir können keine wissenschaftliche Forschung am Impfstoff betreiben, wir können nur in der Zeit, bis es medizinische Wege gibt, versuchen, die Anzahl von Neuinfektionen so gering wie mög-

lich zu halten. Wir werden sie nicht bremsen können, aber wir werden sie vielleicht etwas verlangsamen.

dg: Kommen wir noch einmal auf die Münchener Tagung zurück. Sie sprachen von zwei großen Themenfeldern, einmal den Positiven, dann den eigentlichen Aids-Kranken. War man sich da eigentlich in allen Aspekten, auch was die zukünftigen Aufgaben angeht, einig?

Neuhaus: Man war sich in dem Punkt einig, daß die Versorgung optimiert werden muß. Uneinig, und das macht mir die größten Sorgen, war man sich darüber, wer es machen soll. Mich hat auf dieser Tagung erschreckt, daß hier ein Konkurrenzkampf unter den Gruppen losgeht. Das Problemfeld Aids beinhaltet mittlerweile Geld und Personalstellen, und die Institutionen, die sich damit befassen oder neu befassen möchten, kloppen sich nicht zuletzt aufgrund dieser Tatsache. Das wird einen großen Teil der Arbeit kaputt machen.

Eine Durchuntersuchung der Bevölkerung wäre absolut sinnlos. Der Test ist in seiner Aussage zu vage.

dg: Gut, ich kann mir schon vorstellen, daß der Anreiz besteht, über die Arbeit mit Infizierten oder Erkrankten den einen oder anderen Stellenplan zu verbessern. Aber steckt darin nicht auch ein konstruktives Moment. Schließlich existiert ja zur Zeit noch keine einheitliche Versorgungsstruktur.

Neuhaus: Es könnte konstruktiv sein, wenn die Gruppen stärker als bisher zusammenarbeiten würden, die Fachleute kommen halt aus verschiedenen Gebieten. Aber die Diskussion darf nicht so geführt werden, wie zum Teil in München gesche-

hen. Dort hat man sich gegenseitig Kompetenzen abgestritten, gesagt »Ihr kommt das gar nicht, weil ihr keine Ahnung davon habt« und »Wir sind allein als Kleingruppe für den und den Bereich zuständig«, statt ein gemeinsames Konzept zu entwickeln. Wenn das so läuft, werden wir keine konstruktive Zusammenarbeit bekommen.

dg: Nun haben meinem Eindruck nach die allermeisten Gruppen, Institutionen und Versorgungsträger einen hohen Respekt vor der Arbeit der Selbsthilfegruppen. Nutzen Sie diese Chance, koordinierend zu wirken?

Neuhaus: Dem Begriff Selbsthilfegruppe möchte ich ganz klar widersprechen, das ist nicht das Verständnis der Aids-Hilfen. Sie verstehen sich als Hilfegruppen, d.h. als Versorgungsstruktur und nicht nur als ein Zusammenschluß von Betroffenen. Die Bereitschaft zur Zusammenarbeit von staatlicher Seite aus besteht häufig nur darin, daß man sieht, an die Schwulen, an die Homosexuellen kommt zur Zeit kaum eine andere Institution heran. Wir sind eher eine, glaube ich, nicht so gern gesehene Notwendigkeit. Die anderen respektieren uns, weil wir hier die meiststen und die längsten Erfahrungen haben. Unserem Verständnis entspräche es schon, eine solche Koordinierungsarbeit zu leisten, dazu müssen aber die anderen Institutionen bereit sein mitzuarbeiten. Vorbildlich in diesem Sinne könnte vielleicht Hamburg sein, wo es ein Aids-Koordinations treffen gibt, einmal im Monat, wo alle beteiligten Gruppen, d.h. die Aids-Hilfe, die Beratungsstellen, Drogenberatungsstellen, die Gesundheitsämter, die Krankenhäuser sich treffen und gemeinsam besprechen, wie sie weiter vorgehen. Erste Ansätze gibt es auch bei uns in Münster. Wir sitzen mit den Kliniken mittlerweile an einem Tisch. □

Psychoenergetische Rosinen

Neue Wege in der Medizinausbildung

bm – Um Praxisbezug und Einbeziehung alternativer Heilmethoden in der Medizinausbildung ging es auf der Tagung der »Gesellschaft für Hochschuldidaktik«.

Während die neue Gesundheitsministerin, Frau Prof. Süßmuth in Bonn den letzten Schliff an die 5. Novelle der Approbationsordnung legte, trafen sich einige schiefenbar unbekannte Illusionisten im Rahmen der Jahrestagung 1986 der »Gesellschaft für Hochschuldidaktik« in Dortmund, um über wirkliche Alternativen und Verbesserungen im Medizinstudium nachzudenken.

Themenschwerpunkte der gesamten Tagung waren Fragen der Berufsperspektiven bei starker drohender Akademikerarbeitslosigkeit, Alternativstrategien und spezielle Probleme von Frauen auf dem Arbeitsmarkt. Neben Studienfächern übergreifenden Arbeitsgruppen gab es eine, die sich ganz speziell mit der Misere der Medizinausbildung beschäftigte.

Die Teilnehmer der Arbeitsgruppe versprachen Vielseitigkeit. Prof. W. Kahlke aus Hamburg stellte das neue Studienmodell der SPD-regierten Bundesländer unter dem Stichwort »Qualifizierung für eine primärmedizinische Versorgung« vor. Frau Prof. Sommerkorn berichtete über eine Untersuchung unter Studenten über deren Meinung zum Praktischen Jahr. Dr. Paetz, Mitarbeiter von Prof. Habeck aus Münster, stellte das Münsteraner Studienmodell zur Verbesserung der praktischen Ausbildung im Medizinstudium vor. Prof. Niesel, Physiologe aus Bochum plädierte für die »Einbeziehung psychoenergetischer Konzepte in die Medizinausbildung, Akupunktur, Geistheilen, Homöopathie...«

Diese auf den ersten Blick schwer zu verbindenden Themen

ergaben am Ende doch eine abgerundete Diskussion. Der rote Faden: welche Veränderungen sind derzeit bei der Medizinausbildung möglich und auf welchem Wege sind sie zu erreichen.

Prof. Sommerkorn hatte dieselben Studenten vor, während und nach dem Praktischen Jahr befragt. Das Ergebnis war eine kleine Überraschung. Das Praktische Jahr ist besser als sein Ruf. Die Studenten hatten zwar Probleme mit dem schwierigen Status, gaben aber sehr wohl an, Wichtiges im Praktischen Jahr gelernt zu haben. Dies ist insoweit von Bedeutung, als die Bundesregierung ihren Handlungsbedarf für die Einführung des »Arztes im Praktikum« unter anderem auch aus der angeblich massiven Kritik der Studenten am letzten Studienabschnitt begründet hatte.

Chergestellt, daß der vorgeschriebene Pflichtstundenteil am Krankenbett realisiert wird, was an vielen Universitäten nicht mehr gewährleistet werden kann. Aus den Erfahrungen, die die Arbeitsgruppe von Prof. Habeck in Münster gemacht hat, leitete sie die These ab: »Trotz der gestiegenen Studentenzahl könnte ein ausreichender Praxisbezug im Medizinstudium gewährleistet werden.«

Das neue Studienmodell der SPD-regierten Bundesländer sieht einen früheren Patientenkontakt der Studenten auch schon in den ersten Studienjahren vor, eine Streichung von naturwissenschaftlichen Grundlagenfächern und Wahlfreiheiten im klinischen Studienabschnitt. Bis auf die Streichung der Naturwissenschaften begrüßten besonders die anwesenden Studenten die Vorschläge. Die Stu-

Wissenschaftlern vor, daß im menschlichen Körper und auch zwischen Menschen Kräfte wirken, die man demonstrieren und messen kann, die aber mit allgemein anerkannten physikalischen Gesetzmäßigkeiten nicht erklärbar sind. Er demonstrierte den negativen Einfluß eines Stück Zuckers und den positiven Einfluß von getrockneten Rosinen auf die Muskelaaktivität eines Teilnehmers des Arbeitsgruppe. Auch den Skeptischsten überzeugte Niesel zumindest davon, daß es sich lohne, auch in eine solche Richtung zu denken.

Der Moderator der Arbeitsgruppe faßte am Ende die wichtigste gemeinsame Forderung aller Teilnehmer an eine Novellierung der Ausbildung zusammen: die Einführung einer Experimentierklausel. Sie sollte den Universitäten die Möglich-



Die Arbeitsgruppe zur Misere in der Medizinausbildung

Dr. Paetz erläuterte das in Münster praktizierte Modell zur Verbesserung der Praxis im Studium. Die Universität Münster Krankenhäuser hat Krankenhäuser aus einem weiten Umkreis in die Ausbildung einzubezogen. Die Studenten können in Form von Blockpraktika dort patientennahen Unterricht erhalten, zum Teil zusätzlich, zum Teil im Rahmen der verpflichtenden Lehrveranstaltungen. Auf diese Weise wird si-

denten befürchteten, daß diese Fächer stillschweigend als Voraussetzung angesehen werden könnten. Eine Studentin meinte, daß die »SPD das ausspreche, wovon einige CDU/CSU-Kultusminister nur träumen«.

Mit besonderer Spannung wurde das Referat von Prof. Niesel aus Bochum erwartet. Er referierte nicht, sondern führte den anwesenden Studenten und

keit geben, auch über den starken Rahmen der Approbationsordnung hinaus andere Formen von Unterricht anzubieten und anzuerkennen.

Auf eine gemeinsame Richtung, wohin die Entwicklung der Medizinausbildung gehen soll, konnte man sich in Dortmund nicht einigen. Einig war man sich aber darüber, daß ein weiterer Austausch über Alternativen wichtig ist. □

buchkritik

Knaur®

Jürgen-Peter
Stössel

HERZ IM STRESS

Ein
wissenschaftlicher
Tatsachenroman

ORIGINALAUSGABE

Jürgen Peter Stössel,
Herz im Stress.
Ein wissenschaftlicher
Tatsachenroman,
Knaur Verlag, 288 Seiten, 9,80
Mark

Seltsame Assoziationen weckt der Titel des Buches beim Kauf in der Buchhandlung. Stössel voll im Trend? Nun auch der neue Arzt-Roman? Die Schwarzwaldklinik als wissenschaftlicher Tatsachenroman? Wäre der Verlag nun auch Heyne oder Goldmann, wären Zweifel erst gar nicht aufgetaucht. So hilft dann das Vorwort um den provokativen Titel des Buches zu verstehen. Verfaßt ist es von Prof. Dr. Meinolf Dirkes und von Prof. Frieder Naschold vom Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.

Stössels Zwitter ist eine gelungene Synthese zwischen Wissenschaftsjournalismus und Roman: Er basiert auf dem Forschungsbericht »Herz – Kreislauf-Krankheiten und industrielle Arbeitsplätze«, der gleichzeitig mit Erscheinen des Buches beim Campus – Verlag veröffentlicht worden ist. Die Ergebnisse, die statistisch mehr oder weniger ausgeprägten Variablen und Zusammenhänge, hätten in der Sprache der Wissenschaft kaum mehr als einen engen Kreis von Fachleuten erreicht und interessiert.

Stössel beschreibt unter Einbeziehung der umfangreichen Interviews, die Geschichte zweier Menschen, des Alfred Fleisser, Meister in einer süddeutschen Flugzeugfabrik, und des Journalisten Jürgen Petersen, sein alter ego, der sich, angeregt von seiner Mutter, nach dem von der Umwelt mit Bestürzung registrierten Infarkt Fleissers, mehr und mehr mit der Problematik der Herzinfarktentstehung auseinandersetzt.

Durch dieses literarische Mittel kann Stössel die Subjektivität, die Gefühle, die unverwechselbaren Persönlichkeitsmerkmale des Infarktopfers, die Zusitzung der persönlichen Belastung, die dann nachvollziehbar zum Infarkt führt, beschreiben und andererseits die wissenschaftlichen Fakten, Zahlen über die Herzinfarkthäufigkeit, Risikofaktoren, Belastungsbedingungen an Arbeitsplätzen darstellen.

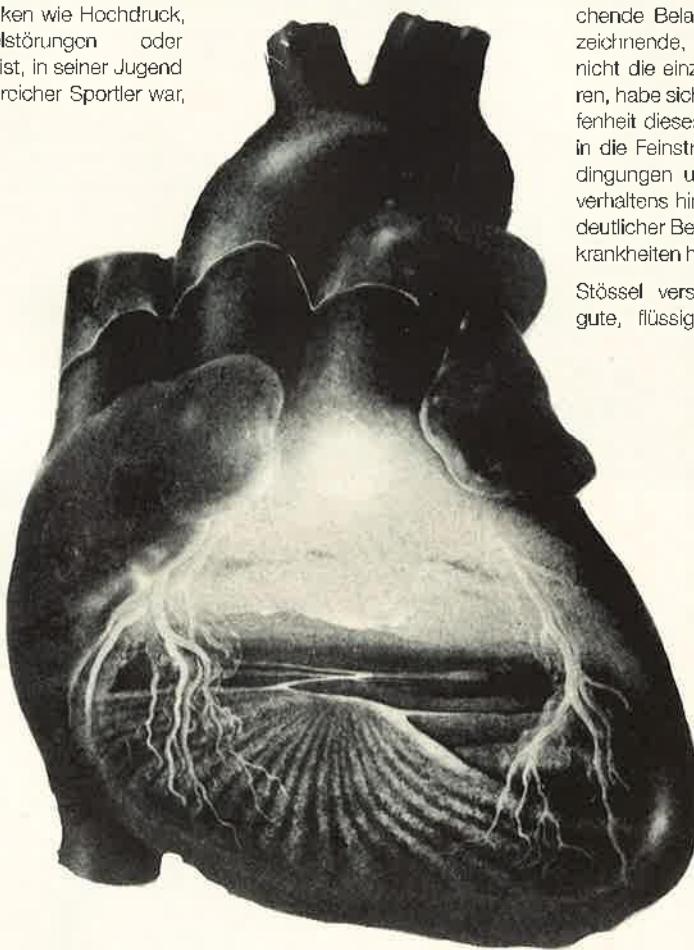
Die Trennung dieser beiden Sichtweisen zu überwinden, ist das Problem, mit dem sich Stössels Erzähler, der Journalist im Laufe des Romans auseinandersetzt. Warum, so argumentiert er, trifft es den 46jährigen, beruflich dem unteren Management zuzuordnenden Fleisser, der keine typischen Infarktrisiken wie Hochdruck, Fettstoffwechselstörungen oder Rauchen aufweist, in seiner Jugend sogar ein erfolgreicher Sportler war,

Risikofaktoren sind jedoch mit dem bisher bekannten wissenschaftlichen Methoden nicht fassbar. Wer nicht ohne Uhr leben kann, wer hastig und abgehackt spricht, wer nicht zuhören kann, wer immer mehrere Dinge gleichzeitig tun will, wer bei jeder Unterhaltung nur von sich redet, wer andere ständig übertrumpfen will, wer nichts mehr genießen kann ohne schlechtes Gewissen, wer diese Zeilen nur überflagen hat und jetzt schon ungeduldig ist – der ist ein A-Typ der lebt gefährlich dessen Persönlichkeit ist Risikofaktor Nr. 1 für einen frühen Herzinfarkt.«

tistisch mit einer erhöhten Herzinfarkthäufigkeit in Verbindung zu bringen. Man könnte also die Beziehungen zwischen bestimmten Arbeitsbelastungen und dem Auftreten dieser Erkrankung lediglich mehr oder weniger erfassen und mit Zahlen mehr oder weniger wahrscheinlich machen, daß sie kein Zufall sei. Nicht zu erklären sei auf diese Weise, warum die verschiedensten schädlichen Reize, die für sich genommen unspezifisch seien, im Organismus gerade diese Folgen hätten und damit den Herzinfarkt und nicht irgend eine andere Krankheit hervorrufen könnten.

Bei der Untersuchung der besonderen Infarktgefährdung unterer Vorgesetzter, in deren Rolle krankmachende Belastungen eine sehr bezeichnende, wenn auch beileibe nicht die einzige Ausprägung erfüllen, habe sich dagegen die Beschaffenheit dieses Zusammenhangs bis in die Feinstrukturen der Arbeitsbedingungen und des Bewältigungsverhaltens hinein aufspüren und ein deutlicher Bezug zu koronaren Herzkrankheiten herstellen lassen.«

Stössel versteht es, durch seine gute, flüssige Schreibweise auch



und nicht etwa Dr. Buchmann, 60 Jahre, Redakteur beim Wissenschaftsmagazin, Freund guten Essens und Trinkens, der täglich mindestens zwei Packungen Gitanes raucht.

Bei seinen Recherchen stößt er auf eine Studie, in der für einen sogenannten A-Typ ein deutlich erhöhtes Infarktrisiko festgestellt wurde. Diese

Trotz aller Zweifel findet Petersen schließlich – und das sind Ergebnisse des Projekts am Wissenschaftszentrum Berlin – befriedigende Erklärungen für den Infarkt des Alfred Fleisser.

»Solange man nach medizinischem Vorbild immer wieder neue psychosoziale Risikofaktoren suche, müsse man sich damit begnügen, diese sta-

den zunächst skeptischen Leser zu interessieren, und ganz nebenbei vermittelt er auch komplizierte wissenschaftliche Zusammenhänge. Ob das Thema allerdings auch die Fernsehgemeinde der Schwarzwaldklinik anspricht und damit einem breiteren Publikum zugänglich wird, wage ich zu bezweifeln. – gw

SchwarzwaldKlinik



impressum

Herausgeber

Heinz-Harald Abholz (West-Berlin), Hans-Ulrich Deppe (Frankfurt), Heiner Keupp (München), Brigitte Kuhne (Flörsdorf), Hans Maubach (Frankfurt), Wolfgang Münster (Hüttlingen), Christina Pötter (Gießen), Michael Regus (Steggen), Annette Schwarzenau (Homburg), Hans See (Frankfurt), Harald Skroblicki (Riedstadt), Peter Stössel (München), Alf Trojan (Hamburg), Erich Wulf (Hannover).

Anschrift der Redaktion: Demokratisches Gesundheitswesen, Siegburger Str. 26, 5300 Bonn 3, Tel. 0228 / 488208 [8.30 Uhr bis 12.30 Uhr, montags 19.00 Uhr bis 21.00 Uhr]

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

Redaktion
Chefredakteurin: Ursula Daalmann (ud)

Aktuelle Gesundheitspolitik: Walter Popp (wp); Gesundheitsversorgung: Gregor Weinrich (gw), Uli Menges (um), Jörgim Gill (jg); Arbeits- und Lebensverhältnisse: Norbert Andersch (na); Pharma- und Geräteindustrie: Uli Raupp (urp); Umwelt: Peter Walger (pw); Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen: Matthias Albrecht (ma), Edi Erken (eo); Ausbildung: Brigitte Mews (bm); Eckard Müller (en); Peter Löbermann (pl); Internationale: Günter Stempel (gst), Felix Richter-Helbel (frh), Stephan Schößzel (sts); Frauenprobleme: Ulla Flöke-Verhasselt (ufv); Karin Kieseck (kk); Pflegeberufe: Kirsten Jung (kj); Historisches: Helmut Koch (hk); Kultur und Subkultur: Helmut Copak (hc)

Der für das jeweilige Ressort zuständig oder allein genannte Redakteur ist vorranglicher Redakteur im Sinne des Pressogesetzes.

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 GESENDSCHAFTSWESEN“ erscheint monatlich bei:
Pahl-Rugenstein Verlag GmbH, Gottesweg 54, 5000 Köln 51, Tel. 0221/364051,
Konten: Postgiroamt Köln 6514-503.
Stadtsparkasse Köln 10652238 (für Abo-Gebühren).

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

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

Redaktions- und Anzeigeneschluß für das Maiheft: 15. April 1986.

Graphik: Michael Westermeier

Titelfoto: laif

Layout: Norbert Andersch, Peter Walger, Ursula Daalmann

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

JSSN: Nr. 0172-7091

Wer das Bonner dg-Büro anrief, hatte in den letzten drei Jahren – seit seinem Bestehen – Norbert Mappes am Apparat, den Chefredakteur von dg, der mehr Professionalität mitbrachte und wesentlich dazu beitrug, mitten im Zeitungssterben linker und alternativer Blätter unsere Erscheinungsweise auf monatliche umzustellen und unsere Auflagenhöhe zu steigern. Ohne seinen Einsatz – oft rund um die Uhr – hätte wohl so mancher dg-Redakteur den Kuli aus der Hand gelegt. Norbert Mappes verläßt uns zum April 1986. Er wird seine Journalistenausbildung fortsetzen. Für unsere Arbeit ist sein Weggehen ein Verlust und für uns persönlich auch.

Heinz-Joachim Neuschäfer, langjähriger Redakteur beim Studentenmagazin »frontal«, wird zweiter Hauptamtsleiter im Bonner Büro. Wir hoffen, daß Sie ihn recht bald kennenlernen werden.

* * *

Daß die dg-Leser aller politischer Propaganda zum Trotz Nikaragua die Treue behalten, beweisen 18.394 Mark, die sie bisher für die Verbesserung der Trinkwasserversorgung in Matiguás gespendet haben. Die Summe ist als Dollarscheck bereits vor Ort übergeben worden.

Der Stadtteil »Rufino López« ist bereits mit Wasser

versorgt. Alle dort wohnhaften Familien haben aktiv am Bau der drei Kilometer langen Wasserleitung und acht öffentlichen Zapfstellen für 41 Familien mitgearbeitet. Jetzt soll mit der zweiten Etappe, dem Bau eines neuen Wassersammelbeckens und dem Ausbau des alten begonnen werden.

Benötigt wurden dafür noch 3.025.768,40 Cor-

dobas, das sind 11.000 Mark. Mehr als 7.000 Mark also, die von den Spenden übrigbleiben. Diese Summe hat der Verein Projektpartnerschaft in Saarlouis, mit dem wir die Spendenaktion durchgeführt haben, deshalb noch für die Renovierung des Krankenhauses zur Verfügung gestellt. Ihr Einverständnis haben wir einfach vorausgesetzt.



In Rufino López ist das jetzt vorbei.

dg-kontakte

Aachen: Erhard Knauer, Maria-Theresia-Allee 59, 5100 Aachen, Tel. (02 41) 754 59; **Ansbach:** Birgitta Eschenbacher, Am Heimweg 17, 8800 Ansbach, Tel. (09 81) 144 44; **Berlin:** Hermann Dittrich, Grunewaldstr. 28, 1000 Berlin 41, Tel. (030) 8 22 63 28; **Bonn:** Edi Erken, Eckenerstr. 28, 5205 St. Augustin 2 (Hangelar), Tel. (022 41) 2 91 78; Stefan Schölzel, Bergstr. 8, 5300 Bonn 1, Tel. (02 28) 23 35 26; Kurt Straub, Reutersstr. 121, 5311, Tel. 21 28 96; Gregor Weinrich, Schumannstr. 30, 5311, Tel. 21 97 78; **Bremen:** Cornelia Selke, Clausewitzstr. 25, 2800 Bremen 1, Tel. (04 21) 23 43 71; **Bremervörde:** Gunar Stempel, Virchowstr. 34, 2850 Bremervörde-Gesetzmünde, Tel. (04 71) 2 72 72; **Darmstadt:** Jürgen Frahmert, Neutschner Weg 3, 6101 Modestul-Ernsthofen; **Dortmund:** Matthias Albrecht, Am Kuhlenweg 22, 4600 Dortmund 50, Tel. (02 31) 75 38 80; Detlev Uhlenbrock, Droste-Hülshoff-Str. 1, 4611, Tel. 42 17 68; **Düsseldorf:** Joachim Gill, Fruchtstr. 2, 4000 Düsseldorf 1, Tel. (02 11) 34 92 04; **Duisburg:** Thomas Wettig, Prinz-Albert-Str. 42, 4100 Duisburg 1, Tel. (02 03) 34 21 88; **Essen:** Christian Paulson, Overbeckstr. 16, 4300 Essen 1, Tel. (02 01) 74 37 31; Norbert Andersch, Polterbergstr. 22, Tel. 74 71 31; Walter Popp, Sundernholz 32, 4311, Tel. 44 16 30; **Frankfurt:** Klaus Priester, Schloßstr. 96, 6000 Frankfurt 90, Tel. (069) 70 54 49; **Gießen:** Claudia Göttmann, Bismarckstr. 6, 6300 Gießen, Tel. (06 41) 75 24 5; **Göttingen:** Barbara Wille, Ostlandweg 23, 3400 Göttingen, Tel. (05 51) 3 37 10; **Hamburg:** Robert Pfeiffer, Kurfürstendstr. 45, 2000 Hamburg 70, Tel. (040) 6 56 48 45; **Hanau/Maintal:** Hans See, Südring 12, 645/Maintal 1, Tel. (06 181) 4 72 31; **Hannover:** Martin Walz, Tiestestr. 19, 3000 Hannover 1, Tel. d: (051 32) 90 65 57/p: (0511) 81 88 68; **Hattingen:** Wolfgang Münster, Marxstr. 19, 4320 Hattingen, Tel. (02 32) 6 74 10; **Heidelberg:** Michael Gerstner, Burgstr. 44, 6900 Heidelberg, Tel. (062 21) 47 41 01; **Karlsruhe:** Claudia Lehner, Schillerstr. 54, 7500 Karlsruhe 1, Tel. (07 21) 84 99 48; **Kassel:** Matthias Dippel, Wasilstr. 2d, 3500 Kassel, Tel. (05 61) 5 49 25; **Kiel:** Ralf Cüppers, Saarbrückener Str. 1/6B, 2300 Kiel 1, Tel. (04 31) 66 63 97; **Kleve:** Ulla Funke-Versholt, Steinbergen 33, 4182 Uedem, Tel. (02 85) 84 24; **Köln:** Peter Liebermann, Gartheistr. 16, 5000 Köln 60, Tel. (02 21) 76 38 44; Eckard Müller, Säckinger Str. 4, 5/41, Tel. 43 29 19; Helmut Schaaf, Rhöndorfer Str. 16, 5/41, Tel. 42 87 26; **Lengerich:** Jan Hendrik Herdtlass, Niederringel 3, 4540 Lengerich; **Lübeck:** Angela Schürmann, Stadtweide 99, 2100 Lübeck, Tel. (04 51) 50 33 55; **Mannheim:** Werner Weindorf, Friedrichstr. 57, 6800 Mannheim, Tel. (06 21) 85 54 05; **Marburg:** Hanna Koch, Alter Ebsdorfer Weg 18, 3550 Marburg; **Minden:** Volker Happmann, Bäckerstr. 11, 4950 Minden; **München:** Margret Lambardt, Billrothstr. 7, 8000 München 70, Tel. (089) 78 15 04; **Mindelheim:** Thomas Melcher, Beethovenstr. 4, 8948 Mindelheim, Tel. (082 61) 9/33; **Münster:** Helmut Copak, Goiststr. 6/a, 4400 Münster, Tel. (02 51) 79 46 88; Barbara Halboisen-Lehnert, Hoyastr. 11, Tel. 28 74 31; Uli Menges, Därenberger Str. 10a, Tel. 78 83 99; Ulli Raupp, Peter Walger, Willi-Hölscher-Weg 7, Tel. 78 01 43/4; **Oldenburg:** Helmut Koch, Saarstr. 11, 2900 Oldenburg, Tel. (04 41) 8 38 56; **Recklinghausen:** Petra Voss, Am Lohtor 4, 4350 Recklinghausen, Tel. (02 36) 1 54 53; **Reutlingen:** Helmuth Jäger, Ganghoferstr. 12, 7410 Reutlingen, Tel. (07 21) 21 02 30; **Riedstadt:** Harald Skrobiles, Frei-v.-Stein-Str. 9, 6086 Riedstadt, Tel. (061 58) 61 61; **Siegburg:** Richard Beitz, Hagebuttenweg 24, 5200 Siegburg Kalldauen, Tel. (022 41) 38 35 90; **Siegen:** Michael Hegus, Zur Zinsenbach 9, 5900 Siegen, Tel. (027 1) 7 68 60; **Solingen:** Heinrich Recken, Basaltweg 15, 5650 Solingen 1, Tel. (02 12) 47 88 85; **Tübingen:** Elke Schön, Jacobgasse 19, 7400 Tübingen, Tel. (07 07) 21 27 98; **Ulm:** Wolf Schleinzer, Ringstr. 22, 7900 Ulm-Lehr, Tel. (07 31) 6 65 44; **Viersen:** Sebastian Stierl, Gladbacher Str. 94, 4056 Schwalmstadt 1, Tel. (021 63) 41 91; **Wuppertal:** Michael Sünner, Norrenstr. 20, 5600 Wuppertal 2, Tel. (02 02) 50 38 45.

Das goldene Wort

»Ich mag Frauen, an denen was dran ist.«

Helmut Kohl, CDU-MdB, Bundeskanzler, zum Thema »Abnehmen«

Postvertriebsstück
Gebühr bezahlt

Die Nr. 1 unter den deutschen medizinischen Abonnement- blättern



A.T.I.

Arzneimittelinformation
Berlin GmbH

Petzower Straße 7, 1000 Berlin 39
Telex 185 662

Bestellung arznei-telegramm

Ich bin noch nicht Bezieher
und bestelle hiermit den
monatlich erscheinenden
Arzneimittelinformationsdienst

arznei-telegramm
zum Jahresbezugspreis
von DM 65,- (gilt nur für
Ärzte und Apotheker)*