



DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN

ZEITSCHRIFT FÜR GESUNDHEITS-
UND SOZIALBERUFE

Völkerrecht

Die Zusatzprotokolle zu den Genfer Abkommen

Gentechnologie

dg-Interview mit Wolf Catenhusen

**Bluthandel mit
Nebenwirkungen**





dg-Redakteur Norbert Andersch ist Nervenarzt an einem Duisburger Krankenhaus.

Kriminelle Vereinigung?

»In einer Zeit, in der einseitig Meldungen über Behandlungsfehler und kriminelle Vorwürfe gegen Ärzte vorherrschen, muß man selbst bei der Schwarzwaldklinik beschuldigte Dankbarkeit zeigen.« So Gustav Geßler kürzlich als Chefkommentator des Rheinischen Ärzteblatts.

Dieser Satz ist nicht nur durch den Vergleich mit der TV-Serie eine Bankrotterklärung für die Ärzteschaft, er enthält auch eine kleine, aber feine sprachliche Fehlleistung, die symptomatisch ist für die Selbstgerechtigkeit der Standesfunktionäre. Statt »krimineller Vorwürfe« wäre »Vorwürfe gegen kriminelle Ärzte« wohl zutreffender gewesen.

So sieht es zumindest der Staatsanwalt. Und seine Bilanz spricht für sich: Allein in Bochum, Herne und Recklinghausen haben 90 der 676 Niedergelassenen betrügerisch abgerechnet. Knapp 13 Prozent. Schwer vorstellbar – so der Generalstaatsanwalt – daß das nur in diesen drei Städten so sein soll. Wer wagte da zu widersprechen?

Fern jeder Einsicht heulen nur die Standesblätter wie getretene Hunde auf. Routiniert und plump wie gehabt, Verbrüderungseffekte erheischend, stecken sie gleich alle Kollegen in den Sack: »Die Ärzteschaft – eine betrügerische Berufsgruppe?« So das Ärzteblatt auf seiner Titelseite. Statt solchem Getöse wäre Einkehr und allemal vorsichtiger Umgang mit der heiklen Frage angeraten. Denn mit diesen 13 Prozent – die Bußgeldbescheide, die wegen »geringer Schuld« und mangels hinreichenden Verdachts eingestellten Verfahren zählen da noch nicht mit – haben die Brinkmänner der Nation statistisch gesehen die Ladendiebe aufgeholt. Dazu zählt immerhin jeder 16. Bundesbürger.

So tief, wie man meinen könnte, ist der Fall des hohen Standes nicht. Betrogen wurden die Krankenkassen schon immer nach Strich und

Faden. Doch bei den früheren »Halbgöttern in Weiß« wagte niemand den Vorhang zu lüften. »Wer nach dem ärztlichen Einkommen fragt,« so noch 1970 der Gießener Chefchirurg Voßschulte, »hat keine Kinderstube. Und wer auf solche Fragen antwortet, der muß ja irrsinnig sein. Man spricht nicht darüber, weil dieses Thema in den Bereich des Ethischen fällt.«

Der wahre Gehalt solch weiser Worte offenbart sich in vollem Umfang erst heute – beim Staatsanwalt. Die nur vermeintliche Respektlosigkeit der Justizorgane dokumentiert dabei, was viele Kollegen auch 1986 nicht wahrhaben wollten: Auch ärztlicher Betrug ist Betrug. Vom Ladendiebstahl unterscheidet er sich höchstens durch die Summen, um die es dabei geht.

Als Erich Wulff vor 15 Jahren seinen spektakulären Artikel »Der Arzt und das Geld« im Argument veröffentlichte, mußte er sich als Nestbeschmutzer beschimpfen lassen. Jeder Satz seiner Ausführungen findet sich heute bestätigt. Auch heute geht es nicht darum, den einzelnen Arzt als Profithai zu denunzieren. Es geht um die Gelegenheit, die Diebe macht.

Das Einzelleistungsprinzip und ein anachronistisches Kleinunternehmertum, bei dem die Ausnutzung (oder vornehmer »abrechnungstechnische Auslastung«) des Patienten allemal vor seinem Recht auf optimale Versorgung rangiert. Ob man sich darauf einläßt oder nicht, ist keine Frage des guten Willens. Es ist ein ökonomisches Prinzip, das im zunehmenden Konkurrenzkampf der Niedergelassenen heute mehr Wirkung zeigt als je zuvor. »Bis jetzt haben wir immer nur von der Ehre und der Würde des Berufsstandes gesprochen«, schrieb im Jahre 1900 der Gründer des Hartmannbundes, aber ich sage Ihnen – auf das Geld, auf das Geld kommt es an.« Eine alte Wahrheit, die sich dann erst richtig offenbart, wenn das ethische Lametta von so manchem Hippokratesjünger abfällt.

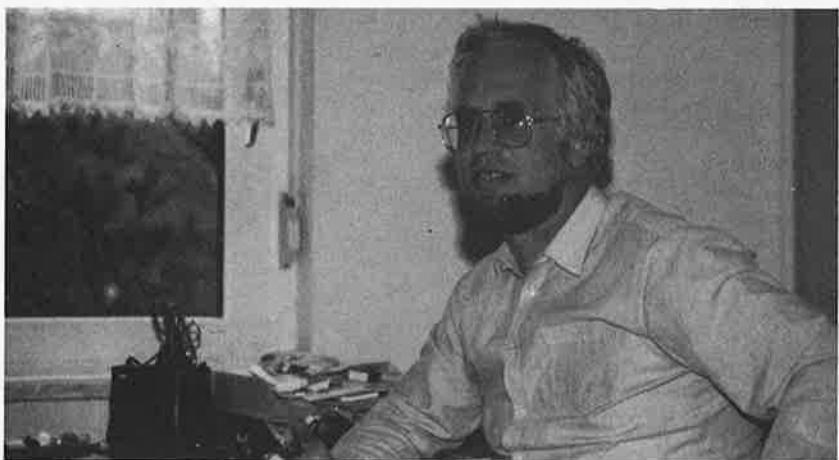
Lächerlich klingen die formelhaften Beschwörungen des »freien« Berufs. Auch die Ärzteschaft geht den Weg in die Lohnabhängigkeit. Das ist – manch jüngerer Kollege hat es begriffen – eher eine Chance als eine Schande. Und die Betrüger von heute, meist glühende Verfechter des »freien« Arzttums, sind dabei unfreiwillig die Totengräber der alten Verhältnisse.

Trotzdem sind sie – so gerecht der Zorn über kriminelle Ärzte auch ist – mittlerweile schon die »Kleinen«, die man hängt. Die großen Betrüger trugen nie den Arztkittel. Die Manager der Tabak- und Geräteindustrie sind derzeit dankbar für das ärztliche Betrugsspektakel, das ihre Aktivitäten in den Hintergrund rücken läßt. Es wäre zu wünschen, daß ihnen demnächst mit gleicher Gründlichkeit auf die Finger gesehen wird. Ein mutiger Staatsanwalt allein ist dafür allerdings ein paar Nummern zu klein.



Foto: Yosuke Yamahara

Den Massenmord an Zivilisten verhindern wollen die Genfer Zusatzprotokolle. Doch die Bundesregierung hat »nukleare Vorbehalte«. dg-Report auf Seite 10



Die Bundesärztekammer empfiehlt, die Forschung an menschlichen Embryonen zuzulassen. Die SPD stimmt für Verbot. dg sprach mit ihrem Gentec-Experten W.-M. Catenhusen auf Seite 16



Foto: ap

Reibach machen die Hersteller auf dem Blut- und Plasmamarkt. Auf der Strecke bleiben Produktsicherheit und Patienteninteressen. dg berichtet auf Seite 32

5/86**Inhalt****dg-Report**

Sie gehen den Gesetzen vor
Die Zusatzprotokolle zu den
Genfer Abkommen

10

**Aktuelle
Gesundheitspolitik**

Scheunentore schließen
MdB Catenhusen zu In-vitro-Fertilisation
und Embryoforschung

16

Wackersdorf — Ostern 1986

18

Nur keine Panik auf der Titanic
Zur Arbeitsmarktlage von Ärzten

30

Viel Nebel in Utopia
Gruppenpraxler-Treffen in Riedstadt

34

Standespolitik

Aufmarsch zurück
Die »Betonfraktion« in der Bundes-
ärztekammer setzt sich durch

23

Pharma

Konzertiertes Kasperle
Zur Frühjahrstagung der
Konzertierten Aktion

24

Neues aus Transsylvania
Bluthandel mit Nebenwirkungen

32

Kultur

dg-Kunstwettbewerb
»Kunst und Umwelt«

26

Dokumente

Die Grenzen des Sachverständiges
Anmerkungen zum Jahresgutachten 1985/86

19

Gesundheitspolitik:
Wege zu einer Reform
Auszug aus dem Jahresgutachten 1985/86
des Sachverständigenrates

20

Rubriken

Leserbriefe

4

Aktuelles

5

Kleinanzeigen/Termine

9

Buchkritik

36

Comix

38

Wir über uns

39

Zu kurz gegriffen

dg 2/86: »Knast oder Fluchtburg« – Klinik Blankenburg wird aufgelöst

Der Artikel greift zu kurz. Er behandelt nicht ausreichend die Gefahren, die durch die Sparpraxis des Bremer Senats (Privatisierungen) unter fortgeschrittenem Mantel (Auflösung einer Großklinik, Enthospitalisierung und Integration von psychisch Langzeitkranken) auf Patienten und Personal zukommen. Leider habe ich nicht genügend Zeit, Euch das in einem vernünftigen Artikel aufzuarbeiten, hoffe aber, daß Ihr dazu in der Lage seid.

REINHARD DIETRICH
Achim-Bollen

Erbost

dg 4/86: AL-Stadtrat Ellis Huber Zurückgetreten

Das letzte dg (April 86) habe ich – wie meist – bei einem Glas Rotwein am Stück gelesen. Es hat mich lange beschäftigt, länger als das Glas Wein und das Heft reichen.

Zu denken gegeben hat mir eine kleine Meldung auf Seite 4: »AL-Stadtrat Ellis Huber zurückgetreten« heißt es da, in fast schon dpa-würdiger Kürze. Nicht nur die Kürze der Meldung über einen Vorgang und einen den Linken nicht ganz unbekannten Mann erbost mich; es ist vielmehr der Inhalt, der da auf 32 knappen Zeilen rüberkommt.

Meine Sorge: Wie gehen wir miteinander um, wenn einer (auch meiner!) Zeitschrift wie dg, einer linken Zeitschrift, nicht auffällt, was mit Meldungen angerichtet werden kann, die so auch in der FAZ stehen könnten. Berlin, CDU, AL, die Linke überhaupt – alles ein Sumpf? Lummer, Antes, Diepgen, Herrmann, Huber – alles eine Mischpoke? So einfach kann es nicht sein. Wohlgemerkt, ich kenne weder die Details der »Grundstücksspekulation«, die von Flick'schen und Antes'schen Dimensionen weit entfernt ist, was die Summe angeht, noch bin ich über die Vorgänge innerhalb der Kreuzberger AL genau orientiert.

Aber ich kenne Ellis Huber. Für ihn ergriffe ich hier Partei, nicht für ein Grundstücksgeschäft (er hat mich nicht darum gebeten). Wir haben während des Studiums in Freiburg gemeinsam in der Fachschaft Medizin gearbeitet. Seitdem sind etwa dreizehn Jahre vergangen, während denen wir uns nie aus den Augen verloren und so manches gute Gespräch geführt haben. Ellis Huber ist

integer. Ihn in die Nähe der Berliner Skandale zu rücken, wie Ihr es durch Eure Meldung tut (ungewollt, sicher) und wie es offenbar die Kreuzberger AL tut, ist selbst ein Skandal.

Wenn im Namen »politischer Glaubwürdigkeit« (so die Formulierung in Eurer Meldung) der Rücktritt Ellis Hubers verlangt wurde, muß es erlaubt sein, diese politische Glaubwürdigkeit auf ihre Tragfähigkeit zu befragen.

Auch ich finde Grundstücksspekulationen schlimm; emotional und rational kann ich das mit linken Positionen nicht in Deckung bringen. Aber: wie gutgläubig, ja, auch korrumptierbar sind wir alle – besonders dann, wenn von uns verlangt würde, gewaltige Anteile des Monatseinkommens zu spenden, in Projekte zu pumpen, an die Partei abzuführen?

Grüne und alternative und kommunistische Funktionsträger verzichten in aller Regel auf Ihre Gehälter bis auf einen Basisbetrag, von dem man vermutet, er werde zum Leben reichen. Das wagt keiner zu hinterfragen.

Und wenn man dann mal – ich nehme mich als Beispiel – verheiratet ist, zwei Kinder hat und mehr Geld braucht als früher? Oder man will endlich mal ein eigenes Auto und raus aus der alten WG...

Es ist verdammt schwer, seinen Idealismus zu behalten, wenn andere Mandats- und Funktionsträger, die vielleicht weniger Druck und Alltagsstress ausgesetzt sind, locker das Doppelte nach Hause tragen. Das macht verführbar.

Es kommt noch schlimmer. »Es wurde vermutet, daß hinter der Rücktrittsforderung andere Gründe steckten«, heißt es in Eurer Meldung. Ja, und? Eine solche Formulierung kann ich in jeder gewöhnlich gut unterrichteten Zeitung lesen. Warum schreibt Ihr nichts über die Diskussionen innerhalb der AL, die es gab, bevor Ellis Huber Gesundheitsstadtrat in Kreuzberg (nicht Charlottenburg – Zeile 6!) wurde?

Warum berichtet Ihr nicht über die Rivalitäten mit »alteingesessenen« Kreuzberger Alternativen, über die Konflikte mit denen, die nach der letzten Wahl ungeachtet der Qualifikation unbedingt eine Quotierung forderten, über die, denen womöglich Ellis Hubers Popularität verdächtig geworden ist? Es ist eine schreckliche Vorstellung und ein schrecklicher Vorgang, wenn es innerhalb der AL Menschen gibt, die politische Diskussionen auf solche billige Weise beenden. Vielleicht habt Ihr das nicht gewußt. Oder es paßt nicht auf 32 einspaltige Zeilen.

Dann hätte Ihr diese Meldung besser nicht gebracht. Es ist sicher ein verdammt schweres Geschäft, jeden Monat ein dg zu veröffentlichen. Aber ich halte viel von Euch und Eurem Niveau. Sorgt, auch mit kleinen Meldungen, dafür, daß der Unterschied zwischen linker und bürgerlicher Presse erhalten bleibt. Und der besteht meines Wissens darin, daß linke Zeitungsmacher erst recherchieren und nachdenken und dann schreiben.

THOMAS HILBERT
Bremen



Gefreut

dg 2/86: »Ein harter Job« – Untersuchung des Bundesgesundheitsamts über erwerbstätige Frauen

Ganz kurz wenigstens möchte ich Ihnen mitteilen, wie sehr ich mich über den Bericht über unsere Untersuchung in Ihrer Zeitschrift gefreut habe. Wenn die Ergebnisse überall so gut verstanden werden, dann ist schon einiges damit erreicht.

SABINE BARTHOLOMEY CZIK
Berlin

Ermutigend

dg 3/86: Statt eines Kommentars . . .

Die Fotos mit den krebskranken Kindern haben mir ganz außerordentlich gefallen. Sie machen richtig Mut. Aber es ist einfach unglaublich, welche Zwischenrufe zu dem Antrag von Petra Kelly von den Abgeordneten des »Hohen Hauses« kommen. Sie sollten sich schämen! Am liebsten würde ich jedem von Ihnen Euer Heft oder zumindest die entsprechenden Seiten schicken.

GERLINDE APPEL
Karlsruhe

AOK-Studie zur Selbstbeteiligung

Die Selbstbeteiligung ist zur Kosten-dämpfung unwirksam, oder sie ist sozial unverträglich. Zu diesem Ergebnis kommt eine Untersuchung des Wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkassen (WldO), die jetzt von der Hans-Böckler-Stiftung des Deutschen Gewerkschaftsbundes vorgelegt wurde. Bei der Diskussion um die Wirksamkeit der Selbstbeteiligung werde oft übersehen, daß es bei der Inanspruchnahme von Leistungen eine »extrem schiefen Verteilung« gebe. Die wirklich kostenträchtigen Leistungen, so die Studie des WldO, würden nur von einem sehr geringen Anteil der Versicherten beansprucht. Die überwiegende Mehrheit der Versicherten verursache über lange Zeiträume hinweg gar keine oder nur wenige Leistungen.

Eine Fallstudie der AOK Lindau aus dem Jahr 1981 hatte ergeben, daß 38,7 Prozent der Zahnersatzkosten, 12,1 Prozent der Arzneimittelausgaben, 26,6 Prozent der Ausgaben für Heil- und Hilfsmittel und 38,3 Prozent der stationären Behandlungskosten von nur einem Prozent der Versicherten verursacht wurden.

In den mittleren und höheren Einkommensbereichen, dort, wo die Selbstbeteiligung »sozial verträglich« sei, schlußfolgern die Autoren der Studie, zeige sie keine Wirkung, in Bereichen der hohen Inanspruchnahme von Leistungen dagegen sei sie sozial nicht tragbar, da es sich dabei im wesentlichen um ältere Versicherte mit kleinem Einkommen handelt.

Absage von Vilmar

Der Präsident der Bundesärztekammer, Karsten Vilmar, nimmt nicht am 6. Weltkongreß der Ärzte für die Verhütung des Atomkrieges (IPPNW) teil. Dies hat der Vorstand der Bundesärztekammer Anfang April einstimmig beschlossen, wie Vilmar in einem Schreiben an Professor Karl Bonhoeffer, den Präsidenten des Kongresses, erklärte. Die Veranstaltung richte sich ausschließlich gegen die atomare Bedrohung, lasse aber bakteriologische, chemische und konventionelle Waffen außer acht. Vilmar hatte außerdem Bedenken über die Ausgewogenheit geäußert. In Köln traten fast ausschließlich Linke auf. Zudem stammten zwei Drittel der Mitglieder der IPPNW aus sozial-

istischen Ländern.

In einem Antwortschreiben an Vilmar wies Professor Ulrich Gottstein, Mitglied des Vorstands der IPPNW, die Vorwürfe strikt zurück. Der Versuch, die IPPNW in die linke Ecke zu stellen, sei unglaublich, da selbst in den USA die Ärzteorganisationen mit der IPPNW kooperierten. Auch traten in der Bundesrepublik mehr und mehr »niedergelassene Ärzte aus dem bürgerlichen Mitte-Rechts-Lager« bei. Weltweit rekrutierten sich »gut ein Drittel und nicht zwei Drittel« der Mitglieder aus sozialistischen Ländern.

US-Studie zu Formaldehyd

In einer der nächsten Ausgaben des Journals des National Cancer Institutes der USA (NCI) werden Dr. Aaron Blair und seine Mitarbeiter die Ergebnisse ihrer groß angelegten Studie zum Fragenkomplex Krebszeugung durch Formaldehyd vorlegen. 26.561 Arbeiter aus insgesamt zehn Formaldehyd-erzeugenden bzw. -verarbeitenden Bereichen wurden nach ihrem Tod daraufhin analysiert, wie ihre Formaldehyd-Belastung am ehemaligen Arbeitsplatz wohl gewesen sein möge. Ungefähr 600.000 Lebensjahre wurden auf diese Weise »historisch« analysiert.

Aufgrund biochemischer Überlegungen (Metabolismus) und tierexperimenteller Erkenntnisse stehen als Ort der möglichen Entstehung eines Geschwürs die oberen Atemwege und die Lunge im Vordergrund des Interesses. Untersuchungen von Olsen und Mitarbeitern vom Dänischen Krebsregister hatten bereits 1985 diesen Verdacht überraschend deutlich bestätigt.

Die Ergebnisse des NCI fallen allerdings weniger ausgeprägt aus. Die Gesamtkrebsrate Formaldehyd-belasteter Arbeiter lag nicht über dem US-Durchschnitt. Das relative Risiko, an Lungenkrebs zu erkranken, war zwar geringfügig erhöht, dieser Effekt war jedoch nicht signifikant korreliert mit der nachträglich extrapolierten Höhe oder Dauer der Belastung oder eventueller Belastungsspitzen.

Von besonderer Bedeutung ist, daß ein Nasenkrebsrisiko in der NCI-Studie unter Formaldehyd-Arbeitern sich erneut als, wenn auch nur gering, so doch signifikant erhöht erwies. Die Schlußfolgerung der Autoren: »Diese Daten zeigen geringe Evidenz, daß die Krebssterblichkeit in Zusammenhang steht mit der Formaldehyd-Belastung, wie sie Arbeitern dieser Studie ausgesetzt waren.«

Uwe Lahl, Barbara Zeschmar



Arzt im Praktikum:

»Überflüssiger Kropf«

bm— Die Verabschiebung der fünften Novelle der Approbationsordnung ist schon wieder verschoben.

Auch im April ist es wieder einmal mit der Verabschiedung der 5. Novelle der Approbationsordnung (AO) im Bundesrat nichts geworden. Nach mehrmaliger Vertagung im letzten Jahr und neuer Vorlage durch Gesundheitsministerin Rita Süßmuth galt ein Termin im März oder April als wahrscheinlich.

Ob es die Zugeständnisse der Ministerin an die Proteste aus der

Studentenschaft (Streichung der Einschränkung der Wiederholbarkeit von Prüfungen, Verzicht auf Grobstrukturierung in der Erprobungsphase) oder ob es die im Vorfeld des 87. Deutschen Ärztetages tobende Auseinandersetzung der Ärzteschaft untereinander ist, auf jeden Fall ist der »Arzt im Praktikum« schwer unter Beschuß geraten: Die Verabschiedung der AO ist auf Mai bzw. den 13. Juni, den letzten Termin vor der Wahl in Niedersachsen, verschoben.

In der Medical Tribune vom 10. März 1986, einer Art Bildzeitung für den Arzt, erschien ein mehrseitiger Artikel unter der Überschrift »Der AIP eine Mißgeburt«. Neidvoll stellt der Autor, ein gewisser Gün-

ther von Lojewski, fest, daß über Proteste aus der Studentenschaft gegen den AIP, über »kritische Podiumsdiskussionen und Besetzung der Schwarzwaldklinik« sogar die ARD-Tageschau berichte.

Er weiß aus gut informierten Kreisen, daß Heiner Geißler schon kurz nach der Verabschiedung der Bundesärztekennung im letzten Jahr selber nicht mehr davon überzeugt war, daß die von ihm geplante Verlängerung der Ausbildung um zwei Jahre »praxisfähige Ärzte erzeuge«. Der AIP sei wie ein Kropf und dazu noch ein »überflüssiger«. Ja, haben diese Herren denn die Proteste der Studenten verstanden, teilen sie ihre Bedenken, daß der AIP vielen die Möglichkeit zur Ausübung des Arztberufes rauben wird? Nein. Sie haben etwas noch Besseres gefunden. Vier Jahre Pflichtweiterbildung heißt die neue Zauberformel.

Eine Weile schien es zumindest so, als wäre es oberstes Gebot der Ärzteschaft, der jungen Generation eine »Chance« zu geben. Sie müßte lediglich die »kleinsten

Kröte«, den AIP, schlucken. Nun läufen zumindest einige von ihnen eine neue Phase ein. Man beginnt, vor dem heranwachsenden Heer der Studentenschaft zu kapitulieren.

»Die breite Masse indessen ... plagt eine ganz andere handfeste Sorge: Praxissätze und Erträge gehen zurück, weil sich die Patienten auf immer mehr Kollegen verteilen«, und das ist von Ärzten »an der Basis zu hören, die in der Sorge um das Wohl ihrer Patienten aufgehen« (MT 28. Februar). Angesichts der Sorge um das eigene Budget lassen einige Vertreter der Ärzteschaft im wahrsten Sinne des Wortes die Maske fallen.

Die Studentenschaft kündigt weiterhin gegen die Pläne aus dem Ministerium massiven Protest an. Frau Süßmuth wäre gut beraten, statt im Juni dem Bundesrat die 5. AO-Novelle zur Verabschiedung vorzulegen, alle Möglichkeiten der Verbesserung der Ausbildung in den bisher sechs Jahren Studium zu überprüfen. Ansätze dazu gibt es.

aktuelles

In-vitro-fertilisation

Die saarländische Landesregierung hat die Genehmigung einer von der Landesärztekammer vorgelegten Änderung der ärztlichen Berufsordnung zurückgestellt. Zunächst soll eine interministerielle Arbeitsgruppe, der auch Sachverständige unter anderem aus der Landesärztekammer angehören soll, die offenen Probleme der In-vitro-fertilisation und des Embryotransfers klären.

Das Saarland ist damit neben Hessen, das sich für ein Verbot von Experimenten mit nicht transferierten Embryonen ausgesprochen hat, das zweite Bundesland, das den Empfehlungen der Bundesärztekammer nicht entspricht. Sie hatte den Landesärztekammern nahegelegt, die »Richtlinien zur Durchführung von In-vitro-fertilisation und Embryotransfer« zu übernehmen.

Exportverbot

Ein Zusammenschluß verschiedener internationaler Verbraucherschutzorganisationen, die »Coalition Against Dangerous Exports« (CADE) hat einen Bericht über den europäischen Handel mit Chemikalien, darunter vor allem Schädlingsbekämpfungsmittel sowie Arzneimittel, vorgelegt. Als Résümee dieses Berichts sieht die CADE die Notwendigkeit umfas-

sender Kontrollen bei Exporten der Pharmaindustrie in Entwicklungsländer. Unter anderem fordert sie ein Verbot des Exportes solcher Arzneimittel, die in Europa verboten, zurückgezogen oder in irgendeiner Weise kontrolliert werden, es sei denn, die Behörden des Importlandes sind über solche Einschränkungen eines bestimmten Produktes in vollem Ausmaß informiert worden.

Medikament & Meinung, herausgegeben vom Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie, sieht durch diese Forderungen die Autonomie der Entwicklungsländer bedroht: »Statt einer Bevormundung sollten die Entwicklungsländer selbst Maßnahmen zur Verbesserung ihrer Arzneimittel-Versorgung ergreifen.«

Pseudo-Krupp

In Bremen ist keine Korrelation zwischen Luftverschmutzung und dem Auftreten von Pseudo-Krupp nachweisbar. Das ergab eine prospektiv angelegte Studie, die von Oktober bis Dezember 1984 erstellt worden ist. Die Studie bezog sich auf Ergebnisse aus dem Duisburger Raum. Dort hatte eine Untersuchung von 1979 bis 1982 einen signifikanten Zusammenhang ergeben zwischen Luftschadstoffbelastung und der Krankenhausbehandlung von Pseudokruppfällen.

Die Bremische Arbeitsgruppe, die sich aus Mitarbeitern des Instituts für Präventionsforschung und Sozialmedizin, des Hauptgesundheitsamtes Bremen und des Berufsverbandes der Kinderärzte in Bremen zusammensetzte, kommentierte das Ergebnis folgendermaßen: Das Ausmaß der Luftverschmutzung in Bremen-Stadt sei nicht gleich der des Duisburger Raums. Die als kritisch erkannten Werte, etwa an Schwefeldioxid »von 0,25 mg SO₂/m³ Luft in Verbindung mit Schwebestaubkonzentrationen über 0,2 mg/m³ Luft« würden nicht erreicht. Es könne aber »nicht ausgeschlossen werden, daß in Zeiten stärkerer Luftverschmutzung auch in Bremen ein Ansteigen von Pseudokruppfällen auftreten kann.« Die Autoren der Studie wiesen darauf hin, »daß die verfügbaren Meßdaten außerordentlich lückenhaft sind und nur diskontinuierlich erhoben werden.« Bestätigt hat die Studie Erkenntnisse, wonach Pseudokrupp vor allem zwischen dem ersten und dem vollendeten fünften Lebensjahr auftritt, Jungen häufiger betroffen sind als Mädchen und die meisten Anfälle nachts auftreten.

Geld für krebskranke Kinder

Sechs Millionen Mark hat der Haushaltungsausschuß des Bundestages für

die psychosoziale Betreuung krebskranker Kinder freigestellt, wie Grünen-MdB Petra K. Kelly mitteilte. Die Mittel sind nach ihren Angaben für den Aufbau von Betreuungseinrich-



Grünen-MdB
Petra Kelly

tungen und zur Unterstützung ambulanter Dienste vorgesehen, dort sollen mehr Pflegepersonal, Sozialarbeiter, Sozialpädagogen und – je nach Bedarf – psychotherapeutisch geschultes Personal eingestellt werden. Für diese Maßnahmen seien für 1986 Gelder in Höhe von zwei Millionen, für 1987 bis 1989 jeweils vier Millionen Mark vorgesehen. Kellys Antrag auf Förderung der psychosozialen Betreuung krebskranker Kinder war im November 1985 vom Bundestag abgelehnt worden.

Menschenbilder

Scharfe Reaktionen haben Äußerungen von Düsseldorfer Ratsherren zum Thema »Homosexuelle« in einer

Deutscher Ärzteverlag:

»Hosen runtergelassen!«

Und – weil sie an der Kundgebung zum § 116 teilgenommen haben, soll drei Betriebsratsmitgliedern gekündigt werden – zur Not per Gerichtsbeschluß.

Elke Zeimer, Betriebsräatin im Ärzteverlag



Der Name Elke Zeimer dürfte langjährigen dg-Lesern nicht fremd sein. Schon einmal hatte die Betriebsleitung versucht, sie mit witzigen Argumenten loszuwerden. Also, auf ein Neues. Diesmal soll

es direkt drei Kollegen an den Kragen gehen.

5. März: Fünf Kolleginnen und Kollegen melden sich offiziell bei ihren Vorgesetzten ab, sie wollen an der Protestkundgebung des DGB zur Änderung des Paragraphen 116 AFG teilnehmen. Vier Kollegen erhalten nachmittags ein Rundschreiben der Geschäftsführung, in dem vage mit arbeitsrechtlichen Konsequenzen gedroht wird, falls sie den Betrieb verlassen.

6. März: Vier Kollegen verlassen für eineinhalb Stunden den Betrieb. Sie protestieren gegen die Einschränkungen des Streikrechts.

7. März: Ein Mitglied des Betriebsrats informiert Elke Zeimer, Manfred Krings und Dieter Eifler von der beabsichtigten Kündigung.

10. März: Der Betriebsrat verwirgert seine Zustimmung zur fristlosen Kündigung. Es sei rechtlich nicht eindeutig geklärt, ob die Kundgebung der Gewerkschaft ein zulässiger politischer Protest sei oder nicht. Rechtsbruch

könne den Kollegen daher nicht vorgeworfen werden, es müßten vielmehr die Umstände geklärt werden. Eine fristlose Kündigung sei unverhältnismäßig, weil die Betroffenen die Bitte um Dienstbefreiung frühzeitig gestellt hätten. Die Betriebsleitung habe die Möglichkeit gehabt, gegen Betriebsausfälle Vorsorge zu treffen. Außerdem hätte man den Beschäftigten sagen müssen, daß ihnen fristlos gekündigt werden soll, wenn sie doch den Betrieb verlassen. Eine Abmahnung aber sei weder mündlich erfolgt noch dem Rundschreiben vom 5. März zu entnehmen.

11. März: Der Betriebsleiter kopiert Tagesleistungszettel und Stempelkarten der Kollegen. Ihnen selber wird die Einsicht in Ihre Papiere verweigert.

17. März: Elke Zeimer erkrankt, sie hält den Druck im Betrieb nicht mehr aus. – Rechtsanwältin Barbara Pommers begründet gegenüber dem Arbeitsgericht den Antrag des Ärzteverlages, die Zustimmung des Betriebsrats gerichtlich zu ersetzen. Die Betroffenen hätten »gröblich gegen ihre arbeitsvertraglichen Verpflichtungen verstößen« und sich »über betrieb-

liche Belange und die Belange der Kollegen« hinweggesetzt. Eine Weiterbeschäftigung sei dem Ärzteverlag nicht zuzumuten.

Ende März: Manfred Krings und Dieter Eifler erhalten eine Vorladung vor das Arbeitsgericht Köln. Auch Dieter Eifler mußte mittlerweile krankgeschrieben werden. Der Bezieher einer Zeitschrift, die im Ärzteverlag erscheint, kündigt sein Abonnement: »Ihr Unternehmen verstößt gegen die vom Gesetzgeber auferlegte Sorgfaltspflicht gegenüber Arbeitnehmern. Ihr Vorgehen ist inhuman, ungesetzlich und unchristlich und der Gesundheit der Mitarbeiter nicht zuträglich. . . Sie haben die Hosen runtergelassen.«

7. April: Rechtsanwalt Fritzsche zu dg: Es sei unwahrscheinlich, daß der Ärzteverlag seine Kündigung durchsetzen könne. Seine Argumente decken sich im wesentlichen mit denen des Betriebsrats. Den drei Kollegen könne nicht einmal vorgeworfen werden, sie hätten Betriebsstockungen oder -ausfälle verursacht. Es gebe Aussagen von anderen Beschäftigten, daß Produktionsengpässe zum normalen Alltag im Ärzteverlag gehören.

Sitzung des Ausschusses Gesundheit und Soziales hervorgerufen. Willi Terbuyken (CDU) hatte gesagt: »Homosexuelle Mitbürger schließen sich aus meinem Verständnis vom Menschenbild aus.« Ratsherr Artur Farrenkopf (SPD) stufte Homosexuelle als »krankhafte Leute« ein.

Die CDU-Abgeordnete Anne Siepenkothen verglich die Aussage ihres Parteifreundes mit der des zurückgetretenen Bürgermeisters von Korschenbroich, dessen antijüdische Bemerkungen vor wenigen Wochen durch die Presse gegangen waren. Auch Farrenkopfs Meinung stieß auf Protest. Der Bundestagsabgeordnete Michael Müller distanzierte sich von ihm und forderte ihn auf, sein Mandat niederzulegen. Die Aids-Hilfe Düsseldorf verlangte vom Vorsitzenden des Gesundheitsausschusses der Stadt, Hans Mallmann, die Ratsherren zum Rücktritt zu bewegen.

Psychiatrie-Gesetz

Durch das Anfang des Jahres beschlossene Psychiatrie-Gesetz wird nach Auffassung der Gewerkschaft ÖTV die Lage der psychisch Kranken in der Bundesrepublik nur geringfügig verbessert. Weder seien die psychisch Kranken den somatisch Kranken gleichgestellt, noch sei eine am Bedarf orientierte Versorgung sicher gestellt.

Das Psychiatrie-Gesetz sieht im einzelnen vor, daß psychisch Kranke auch ohne vorherige vollstationäre Behandlung in Tageskliniken versorgt werden können. Darüber hinaus sind die Aufgabengebiete der Institutsambulanzen präzisiert und nichtärztliche Leistungen in die Vergütung einbezogen worden. Demnach werden Leistungen von Diplompsychologen, Sozialarbeitern und pflegerischen Fachkräften jetzt von den Kostenträgern bezahlt.

Eltern gegen Luftgifte

Ein erstes bundesweites Treffen des Bundesverbandes der Elterninitiativen gegen Luftgifte hat am 1. Februar dieses Jahres in Essen stattgefunden. Die Vertreter der Initiativen kritisierten, daß Sofortmaßnahmen zur Reduzierung der Luftverschmutzung ausblieben. Sie fordern ein sofortiges Tempolimit von 80 bis 100 km pro Stunde, die unverzügliche Ausstattung aller Kraftfahrzeuge mit Abgasentgiftungssystemen und das Zurückfahren der Großkraftwerke und Industrieanlagen bis zur Ausstattung mit Entschwefelungs- und Entgiftungsanlagen.

Kontakte:

Maria Junker, Diepenbeck 12, 4330 Mülheim (wissenschaftliche und medizinische Fragen),

Anette Mehnert, Hans-Leistikow-

Str. 4, 3500 Kassel (rechtliche Fragen, Genehmigungsverfahren und Klagen).

Verdienstkreuz für Krukemeyer

Mit dem Bundesverdienstkreuz 1. Klasse ist der Inhaber der Paracelsus-Klinik-Kette, Dr. Hartmut Krukemeyer, am 18. März »für seine Verdienste bei der Verwirklichung eines patientenorientierten, wirtschaftlichen Krankenhauswesens« ausgezeichnet worden. Dies teilte das Informationsamt der nordrhein-westfälischen Landesregierung mit. Krukemeyer betreibt zahlreiche private Kliniken in der Bundesrepublik und in den USA. dg berichtete über seine »Verdienste« in 9/85.

Klinomobil für die SWAPO:

Aktion »Umrüstung«

Um Spenden für die Umrüstung alter Militärfahrzeuge bitten der SCI, die AAB, Pax Christi, Medico international und dg.

Begonnen hat alles in Mülheim auf dem Gelände der Emmaus-Brüder im letzten Jahr. Dort wurde der erste Militärlaster der Firma Daimler-Benz vom Typ Unimog umgerüstet. 30 Jugendliche, die an einem Camp des Service Civil International (SCI) und der Anti-Apartheid-Bewegung (AAB) teilnahmen, schwörmten, schmiedeten, lackierten und installierten, bis aus dem Laster eine fahrbare Ambulanz geworden war.

Das fertige Klinomobil wurde in dem Flüchtlingslager Cuanza Sul in Angola dringend gebraucht. Dort leben über 45 000 Schwarze, die aus Namibia vor den südafrikanischen Besatzertruppen geflohen sind.

Jetzt soll ein zweiter Militärlaster umgerüstet werden. Getragen wird die Aktion wieder von AAB, SCI, der Evangelischen Aktionsgemeinschaft Dienst für Frieden, von Pax Christi und medico international. Mehrere internationale Workcamps finden zur Unterstützung der Aktion Unimog II statt. »Es sind ja nicht nur die Ma-

terialien für den direkten Umbau erforderlich, wir brauchen darüber hinaus auch Mittel für Ersatzteile, für das medizinische Personal und für Geräte«, erläutert Ingeborg Wick, Geschäftsführerin der AAB. Um die Transportkosten braucht man sich zum Glück keine Gedanken zu machen. Die übernimmt das Hohe Flüchtlingskommissariat der Vereinten Nationen.

Das Flüchtlingslager Cuanza Sul, für das das Klinomobil bestimmt ist, wurde 1978 rund 200 Kilometer südlich von Luanda von der namibianischen Befreiungsbewegung South Africa People's Organisation (SWAPO) aufgebaut. Es besteht aus mehreren, zum Teil weit auseinanderliegenden Lagereinheiten, einer Schule, einer Backstube, einem Näh- und Webzentrum und 14 Kindergarten. 59 Prozent der Lagerbewohner sind Kinder und Jugendliche unter 16 Jahren. Das Lager kann sich nicht selbst versorgen, Trinkwasser und Lebensmittel müssen mit Fahrzeugen gebracht werden – auf Straßen, die nach starken Regenfällen für Tage unpassierbar sind. Die Flüchtlinge leben zum Teil in zerfetzten Zelten, die vor den wolkenbruchartigen Regenfällen kaum Schutz bieten. Es gibt nicht genügend Decken, Kleidung, Schuhe. Die Klinik bekam die SWAPO von schwedischen Regierung geschenkt, allerdings

Dieser Unimog ist bereits als Klinomobil umgerüstet



hat sie nur 59 Betten – für 45 000 Menschen. Es gibt einen Arzt und einige Krankenschwestern und Helferinnen.

Die Aufnahme namibianischer Flüchtlinge durch Angola ist dem südafrikanischen Apartheid-Regime ein Dorn im Auge. Immer wieder dringen Truppen ins Land, zerstören Dörfer und Felder, ermorden Menschen. Nach Aussagen der AAB werden dabei auch Militärfahrzeuge aus der Bundesrepublik eingesetzt. »Ich habe selbst letztes Jahr von den Angolanern erbeutete Unimogs der südafrikanischen Armee in Luanda gesehen«, bestätigte Ingeborg Wick.

Bereits 1977 beschloß der Sicherheitsrat der Vereinten Nationen in der Resolution 435 einstimmig, »daß alle Staaten die Lieferung von Waffen und dazugehörigen Materialien aller Art nach Südafrika einzustellen haben.« Explizit wurden dabei auch Militärfahrzeuge genannt. Die Bundesregierung genehmigte allein 1983 die Ausfuhr von Waren strategischen

Werts nach Südafrika im Gesamtwert von 350 Millionen Mark, wie sie auf eine Anfrage der Grünen zugestehen mußte. Den »Umrüster« kommt es darauf an, über diese Zusammenhänge zu informieren. Christoph Müller vom SCI: »Unser Projekt ist ein handfester Beitrag humanitärer Solidarität mit den Opfern der Apartheid. Aber wir wollen auch eine praktische Demonstration gegen Rüstungsexporte abgeben und die vielfältigen Beziehungen der Bundesrepublik zu dem Apartheid-Regime aufzeigen.«

Das Klinomobil wird direkt nach seiner Umrüstung auf eine Informationsfahrt durch die Bundesrepublik gehen. Letzte Station ist der Katholikentag im September 1986. Dann geht es nach Cuanza Sul.

**Spenden auf das Sonderkonto UNIMOG c/o Trillitzsch
Kto.-Nr. 200 003 590
Raiffeisenbank
Georgensmünd
BLZ 760 694 58**

aktuelles

Hilfskrankenhäuser in Niedersachsen

311 Hilfskrankenhäuser gibt es im Land Niedersachsen, wie Sozialminister Hermann Schnipkowitz auf eine Kleine Anfrage der Grünen im Landtag zur »Vorbereitung des Gesundheitswesens auf den Krieg« mitgeteilt hat. 302 Häuser seien von den zuständigen Behörden nur karteimäßig erfaßt. Acht vollausgebaute Hilfskrankenhäuser, d.h. solche, bei denen sowohl Funktions- als auch Bettenräume geschützt errichtet sind, befänden sich in den Gemeinden Beiderkesa, Dissens, Lüneburg, Oldenburg, Syke, Sande, Walsrode und Zeven; ein weiteres Haus mit nur einzelnen geschützten Räumen in Bad Bentheim.

Der überwiegende Teil der niedersächsischen Akutkrankenhäuser verfüge bereits über Alarm- und Einsatzpläne für den Katastrophenfall, erklärte Schnipkowitz, man arbeite aber im Sozialministerium auch an einem Musterrahmenplan für mögliche Einsätze.

Auf die Frage der Grünen, welche

Mengen an Psychopharmaka in Niedersachsen eingelagert seien, mochte der Minister nicht detailliert antworten. Die Menge sei im Bedarfsfall für die Erstversorgung ausreichend.

Bleifreies Benzin

Meldungen, nach denen bleifreies Benzin einen höheren Benzolgehalt als verbleiter Kraftstoff hat, entbehren nach Angaben des Umweltbundesamtes jeder Grundlage. Eine repräsentative Umfrage der Universität Clausthal habe das Gegenteil ergeben. Die weitaus höchsten Benzolwerte seien in bleihaltigem Benzin gefunden worden. So habe man Werte bis zu 9,04 Vol. Prozent vorgefunden.

Obwohl der durchschnittliche Wert von bleifreiem Normalbenzin um 0,15 Vol. Prozent höher lag als bei bleihaltigem, betonte das Umweltbundesamt, daß bleifreier Kraftstoff die Umwelt weniger als bleihaltiger belaste. Neben den vor allem für Kinder und Feten gefährlichen Bleiverbindungen entfielen bestimmte giftige Benzinzusätze, die sogenannten »Scavenger«.

Chemie im Kinderzimmer

Auf die Gefahren, die Kindern durch Chemikalien in ihrer direkten Umgebung drohen, hat der Bund für Umwelt und Naturschutz (BUND) aufmerksam gemacht. Eine Studie habe ergeben, daß sich Schadstoffe in Spielzeugen wie Farben, Stiften oder Luftballons, in Nahrung und Einrichtungsgegenständen, aber auch in der Kleidung (Formaldehyd, Motenschutzmittel, Bakterizide, Farbstoffe) befinden. Ausgangspunkt der Analyse sei gewesen, daß viele Gegenstände von Kindern nicht nur bestimmungsgemäß verwendet würden. Kinder kauten auf Bausteinen, lutschten an Wunderkerzen oder probierten aromatisch riechende Modelliermasse.

Der BUND kritisierte, daß es keine wirksamen Schutzbestimmungen für Spielzeuge, Möbel und Fußbodenbeläge gebe. Gerade in diesem Bereich müsse der Gesetzgeber den Verbraucherschutz entscheidend

verbessern. Dazu gehöre zum Beispiel die Einführung der Produzentenhaftung sowie eine Umkehrung der Beweislast, so daß der Hersteller eines Produktes den Nachweis für die Unschädlichkeit des Artikels erbringen müsse. Die Studie wird demnächst unter dem Titel »Chemie im Kinderzimmer« bei Rowohlt veröffentlicht.

Bhopal

Der US-Konzern Union Carbide hat sich nach einem Bericht der New York Times bereit erklärt, den Opfern der Giftgaskatastrophe von Bhopal 350 Millionen Dollar zu zahlen. Dies sei das Ergebnis einer Absprache zwischen der Firmenleitung und den Anwälten der Kläger, die aber noch gerichtlich genehmigt werden müsse. Aus einem Werk des Chemiekonzerns in der südländischen Stadt Bhopal war im Dezember 1984 Methylisocyanat ausgeströmt. Dabei waren mehrere tausend Menschen ums Leben gekommen und Zehntausende verletzt worden.



Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen: Durchwachsen

In einer Stellungnahme an das Sozialministerium hat sich die Liste Soziales Gesundheitswesen mit dem Referentenentwurf zum neuen Krankenhausgesetz beschäftigt.

Seit Ende letzten Jahres liegt ein Referentenentwurf für ein neues Krankenhausgesetz Nordrhein-Westfalen aus dem Düsseldorfer Sozialministerium vor.

Die Liste Soziales Gesundheitswesen, die in der Kammerversammlung der Ärztekammer Nordrhein mit 13 Prozent der Sitze vertreten ist, hat dem Minister Heinemann dazu eine Stellungnahme geschickt. Darin wird die im Referentenentwurf vorgesehene Einrichtung eines sozialen Dienstes als Pflichtaufgabe der Krankenhäuser ausdrücklich begrüßt, ebenso wie die Schaffung eines Patientenfürsprechers. Gegen das Vorschlagsrecht der Krankenhaussträger zur Wahl des Patientenfürsprechers durch das kommunale Parlament werden je-

doch Bedenken erhoben. Die Voraussetzungen für eine wirksame Vertretung der Patienteninteressen gegenüber dem Krankenhaus würden dadurch verschlechtert.

Das Recht des Landes, dem Krankenhaus auch Aufgaben der Aus-, Fort- und Weiterbildung zuzweisen zu können, soll dadurch eingeschränkt werden, daß bestehende rechtliche und tarifvertragliche Regelungen der Beschäftigten dadurch nicht beeinträchtigt werden und Mehrkosten vom Land zu tragen sind.

Qualitätssicherung im medizinischen und pflegerischen Bereich soll nach Vorstellung der Liste Soziales Gesundheitswesen eine staatliche Aufgabe mit Beteiligung von Ärztekammer, Krankenhaussträger, Gewerkschaft, Krankenkassen und Patientenfürsprecher sein. Auch die Einrichtung einer Arzneimittelkommission in jedem Krankenhaus wird befürwortet. Zu ihren Aufgaben soll auch die Beaufsichtigung von Arzneimittelstudien gehören.

Der Krankenhausplan (bisher: Krankenhausbedarfsplan) berücksichtigt künftig nicht nur die

sich nach der Anzahl der Planbetten und ihrem je nach Fachrichtung unterschiedlichen Bettenswert errechnet, wird in der Stellungnahme abgelehnt. Die unterschiedliche Bewertung der Fachrichtungen sei nicht nachvollziehbar und würde zu Strukturveränderungen in nicht gewünschte Richtungen führen.

Bei der Aufstellung der Krankenhauspläne soll in der Zukunft auch die Gewerkschaft ÖTV beteiligt sein. Damit würde der nach Meinung der Liste Soziales Gesundheitswesen unhaltbare Zustand beendet, daß die Vertreter der Beschäftigten im Krankenhaus aus der Krankenhausplanung herausgehalten würden. Für die Aufnahme des Marburger Bundes bestehe andererseits kein Anlaß, da dieser nicht tariffähig sei und bereits durch die DAG vertreten sei.

Kritik wird an der Regelung geübt, daß eine Belegung von 75 Prozent Voraussetzung für den Erhalt der jeweiligen Größe eines Krankenhauses oder einer Abteilung darstellt. Damit würde die Krankenhausversorgung gefährdet. Gefordert wird die Errechnung der

Belegung nach der Zahl der Pfeletage, da die bisher zu Grunde gelegte Mittennachtsstatistik zu künstlich niedrigen Werten führt. Die Möglichkeit, sogenannte Rationalisierungsinvestitionen den Beitragssätzen der Krankenversicherung aufzubürden, wird abgelehnt, während die Heraufnahme der Kosten für die Krankenpflegeschulen aus dem Pflegesatz als längst überfällig bezeichnet wird.

Die Vorschriften über den ärztlichen Vorstand des bisherigen Krankenhausgesetzes sollten erhalten bleiben, weil hier auch die nicht leitenden Ärztinnen und Ärzte vertreten seien; ebenso sollten die Bestimmungen über die Beteiligung der Mitarbeiter an den Nebeneinnahmen liquidationsberechtigter Krankenhausärzte übernommen werden.

Das Verbot, Privatstationen einzurichten und zu betreiben, entspricht den Vorstellungen der Liste Soziales Gesundheitswesen, habe aber nur deklamatorischen Charakter, solange es noch Privatpatienten gebe.

David Klemperer

Kleinanzeigen

Preis: pro Zeile (25 An-schläge) 2 Mark.
Einsenden an: dg, Siegbur-
ger Straße 26, 5300 Bonn 3.

Ein Knirps...

Moritz
★ 13.3.1986

17.23 Uhr · 2650 g · 49 cm

...wir sind zur Zeit schwer beschäftigt!

Moni Rode
Joachim Gill-Rode

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: Gesundheitsorden Berlin, Greifswalderstr. 2, 1000 Berlin 61 · Tel. 030/693 20 90

Allgemeinarztpraxis im süd-westdeutschen Raum abzugeben zu einem Quartalschluss. An dg, Siegburger Str. 26, 5300 Bonn 3 unter Chiffre 010586.

Praxis für
Autogenes Training
Hypnotherapie
Biorhythmik

Wir stellen Ihre persönliche
Biorhythmuskurve für
verschiedene Zeiträume.

Informationsanfordern:
(nur gegen 1,60 DM in
Briefmarken)

Schiffdorfer Chaussee 130
2850 Bremerhaven

Junge Ärztin (Approb., 1984)
sucht Weiterbildungsmöglichkeit im Bereich Sexualmedizin.
Tel.: (0221) 407294.

2.-5.5

Würzburg

9. Jahrestagung der Dtsch. Gesell-schaft f. Geschlechterziehung
Thema: »Sexualerziehung 1986«
Kontakt: Linus J. Dietz, Lengfelder
Str. 89, 8700 Würzburg 26.

3.5.

Hamburg

Seminar zur »Gesundheitsversorgung und Krankenpflege im Nationalsozialismus«
Kontakt: Berufsbildungswerk des DGB, Billhorner Deich 94, 2000 Hamburg 28, Tel.: (040) 78 13 71-74.

3.5.

Dortmund

Regionaltreffen »Krankenpflege gegen Krieg« NRW
Kontakt: Sabine Drube, Silberstr. 36,
4600 Dortmund 1, Tel.: (0231)
16 14 64.

15.-17.5.

Berlin

6. Kongress der Gesellschaft f. Medi-zinische 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, Bahnhofstr. 34, 6501 Heidesheim, Tel. 06132/59329.

20.-24.5.

Berlin (West)

17. Fortbildungskongress für Krankenschwestern und Krankenpfleger mit Programm für MTA's und Arzthelferinnen
Kontakt: Kongress der Bundesärztekammer, Postf. 410220, 5000 Köln 41

Termine

24.5.

Bonn

Bundesweites Treffen von formaldehydgeschädigten Verbrauchern/innen
Kontakt: Die Verbraucher Initiative e.V., Postf. 1746, 5300 Bonn 1, Tel. 0228/65 9044.

26.5.-7.6.

Bundesrepublik

Aktionswoche »Hoechst auf dem Prüfstand«
Kontakt: BUKO Pharma-Kampagne, August-Bebel-Str. 62, 4800 Bielefeld 1.

29.4.-3.5.

Hannover

89. Deutscher Ärztetag
Kontakt: Kongressbüro der Bundesärztekammer, Postf. 410220, 5000 Köln 41

30.5.

Köln

2. bundesweites Arbeitstreffen »Krankenpflege gegen Krieg« auf dem 6. Weltkongress der IPPNW.
Kontakt: Sabine Drube, Silberstr. 36, 4600 Dortmund 1, Tel.: (0231) 16 14 64.

30.-31.5.

Göttingen

6. Wiss. Tagung der Dtsch. Gesell-schaft für Suchtforschung
Kontakt: Prof. W. Poser, Klinik für Psychiatrie, Zentrum 16, Von-Siebold-Str. 5, 3400 Göttingen.

20.-22.6.

Düsseldorf

8. Fachtagung sozialwissenschaftliche Sexualforschung: »Sexualität in unserer Gesellschaft«
Kontakt: DGSS, Gerresheimer Str. 20, 4000 Düsseldorf 1, Tel.: (0211) 35 45 91.

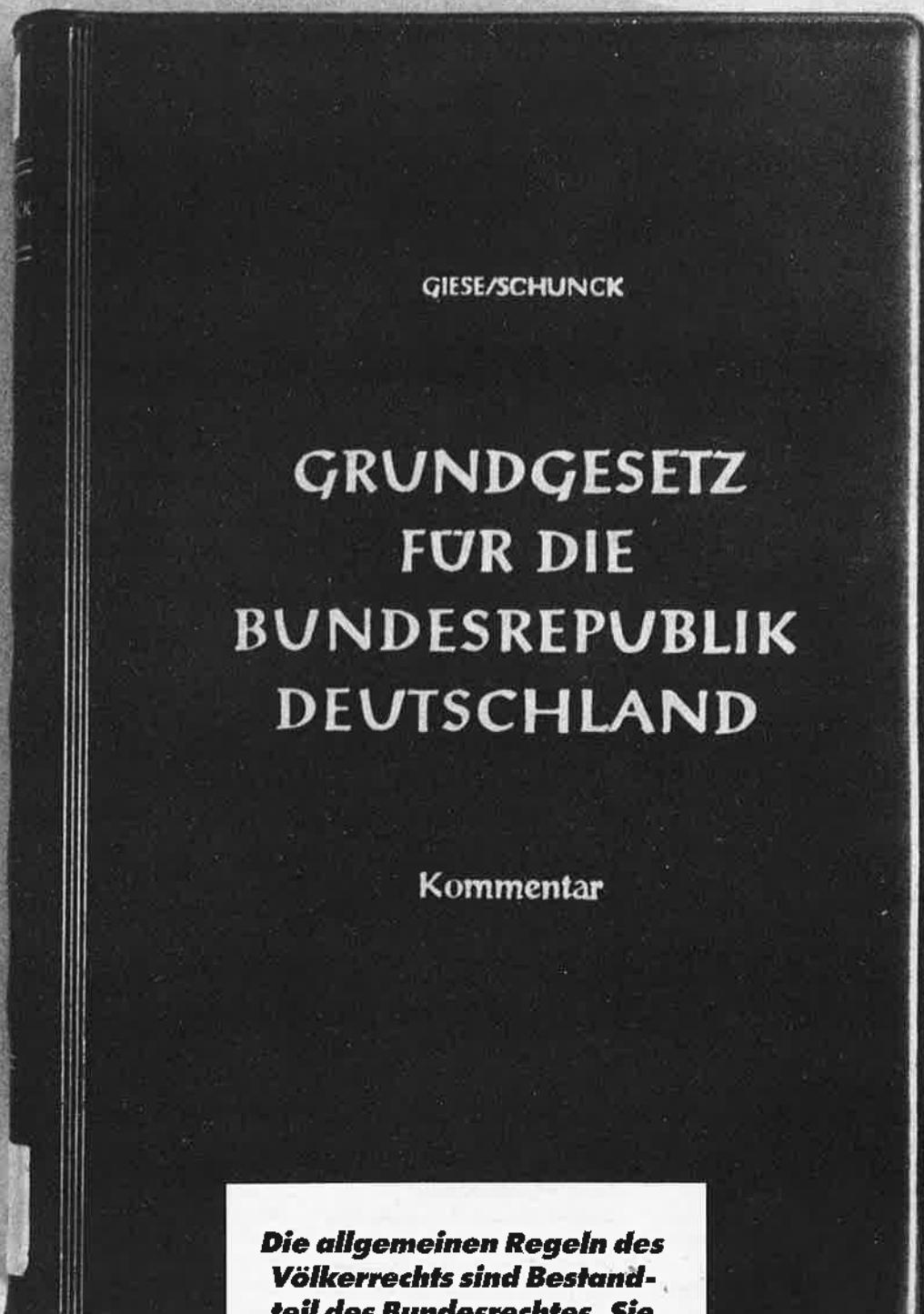
Sie gehen den Gesetzen vor

Die Zusatzprotokolle zu den Genfer Abkommen

Völkerrechtsverträge verhindern keinen Krieg. Doch anzunehmen ist, daß ohne sie noch mehr Menschen ums Leben gekommen wären.

Seit 1977 harren die Zusatzprotokolle zu den Genfer Abkommen, in denen es um den Schutz der Zivilbevölkerung geht, ihrer Ratifizierung. Doch um diesen letzten Schritt drückt sich die Bundesrepublik herum.

Walter Popp beleuchtet die Fakten und Hintergründe.



Die allgemeinen Regeln des Völkerrechts sind Bestandteil des Bundesrechtes. Sie gehen den Gesetzen vor und erzeugen Rechte und Pflichten unmittelbar für die Bewohner des Bundesgebietes.

Zwei Weltkriege haben die Deutschen angezettelt. 60 Millionen Menschen kosteten sie das Leben. Bei dem Angriff auf Dresden starben über 30 000 Menschen, in Hiroshima mehr als 100 000. Sollen die Angriffe auf Dresden und Coventry völkerrechtswidrig sein, die auf Hiroshima und Nagasaki dagegen dem Völkerrecht gemäß, weil mit Atomwaffen geführt?

Nach 1945 starben in mehr als 150 Kriegen nach Angaben des Deutschen Roten Kreuzes (DRK) 50 Millionen Menschen. Sollen Repressalien mit konventionellen Waffen in einem zukünftigen Krieg gegen die deutsche Zivilbevölkerung geächtet sein, Angriffe mit atomaren Waffen akzeptabel? Das jedenfalls wäre die Quintessenz der argumentativen Winkelzüge, die die Bundesregierung derzeit vollzieht, wenn es um die Unterzeichnung der Zusatzprotokolle zu den Genfer Abkommen geht. Zwar war die Bundesrepublik von 1974 bis 1977 an der Ausarbeitung der Protokolle beteiligt und hat sie auch unterzeichnet. Doch vor ihrer Ratifizierung drückt sie sich wie der Teufel vor dem Weihwasser.

Völkerrechtsverträge verhindern keinen Krieg. Doch anzunehmen ist, daß ohne sie noch mehr Menschen ums Leben gekommen wären. Immerhin wurden im Zweiten Weltkrieg nach dem Genfer Giftgasprotokoll keine chemischen Waffen eingesetzt. Verstöße gegen das B-Waffen-Abkommen sind nicht bekannt. Selbst das DRK drängt seit 1983 die »Damen und Herren Abgeordneten, doch endlich die Protokolle zu ratifizieren und sie damit völkerrechtlich gültig werden zu lassen. »Die Zusatzprotokolle schließen eine empfindliche Lücke im humanitären Völkerrecht. Diese Lücke wird mit Recht als immer unerträglicher empfunden. Die Bundesrepublik Deutschland hat an der Diplomatischen Konferenz 1974 bis 1977 entscheidend mitgewirkt. Sie sollte diese Protokolle im Interesse der eigenen Bevölkerung und als Beispiel für andere Staaten nunmehr auch ratifizieren.« Dies ließ 1985 der Präsident des DRK in einer »Kurzinformation« zusammenfassen. Der Witz dabei: Botho Prinz zu Sayn-Wittgenstein war bis zu seiner Wahl zum DRK-Präsidenten selbst jahrelang CDU-Bundestagsabgeordneter.

Die Genfer Abkommen vom 12. August 1949 enthalten entscheidende Bestimmungen des humanitären Völkerrechts. Sie befassten sich im einzelnen mit

- der Verbesserung des Loses der Verwundeten und Kranken der Streitkräfte im Felde,
- der Verbesserung des Loses der Verwundeten, Kranken und Schiffbrüchigen der Streitkräfte zur See,
- der Behandlung der Kriegsgefangenen und
- dem Schutze von Zivilpersonen in Kriegszeiten.

Dort ist aber im wesentlichen nur der Schutz der Zivilbevölkerung in besetzten Gebieten geregelt. Ein allgemeiner Schutz der Zivilbevölkerung im Kriegsfall schien nach dem Zweiten Weltkrieg immer dringlicher.

Im Vietnamkrieg gehörten rund 90 Prozent der Opfer zur Zivilbevölkerung. Aufgrund

moderner Evakuierungsmöglichkeiten und des hohen Stand der Medizin starben im selben Krieg von den US-Verwundeten lediglich zwei Prozent. Aber: »Solche hochentwickelten medizinischen Hilfsmöglichkeiten sind für die vom Krieg betroffenen Zivilisten selten verfügbar«, stellte das Stockholmer Friedensforschungsinstitut SIPRI fest.

Die beiden Zusatzprotokolle zu den Genfer Abkommen »verbessern den Schutz der von einem Kriege betroffenen Einzelpersonen und den allgemeinen Schutz der Zivilbevölkerung wesentlich«, lobt das Deutsche

stimmtes militärisches Ziel gerichtet werden können, deren Wirkungen sich nicht genügend begrenzen lassen.

Das I. Zusatzprotokoll verbietet ferner:

- Angriffe auf zivile Objekte, insbesondere auf Nahrungsmittel, landwirtschaftliche Gebiete, Ernte- und Viehbestände, Trinkwasserversorgungsanlagen und -vorräte und Bewässerungsanlagen;
- feindselige Handlungen gegen Kulturgut;
- Angriffe auf Staudämme, Deiche und Kernkraftwerke.

Es schreibt strenge Vorsichtsmaßnahmen beim Angriff vor, um Verluste unter der Zi-

»Die Bundesrepublik Deutschland sollte diese Protokolle im Interesse der eigenen Bevölkerung und als Beispiel für andere Staaten nunmehr auch ratifizieren (Botho Prinz zu Sayn-Wittgenstein, Präsident des Deutschen Roten Kreuzes)«



Rote Kreuz in seiner Kurzinformation 1985. Während das Zusatzprotokoll II Regelungen für den Bürgerkrieg enthält, befaßt sich das wesentlich bedeutendere Zusatzprotokoll I mit internationalen bewaffneten Konflikten, also Konflikten zwischen Staaten.

Als Grundregeln für die Kriegsführung legt Art. 35 fest:

(1) In einem bewaffneten Konflikt haben die ... Parteien kein unbeschränktes Recht in der Wahl der Methoden und Mittel der Kriegsführung.

(2) Es ist verboten, Waffen, Geschosse und Material sowie Methoden der Kriegsführung zu verwenden, die geeignet sind, überflüssige Verletzungen oder unnötige Leiden zu verursachen.

(3) Es ist verboten, Methoden oder Mittel der Kriegsführung zu verwenden, die dazu bestimmt sind oder von denen erwartet werden kann, daß sie ausgedehnte, langanhaltende und schwere Schäden der natürlichen Umwelt verursachen.«

Artikel 51 schreibt vor:

(2) »Weder die Zivilbevölkerung als solche noch einzelne Zivilpersonen dürfen das Ziel von Angriffen sein.«

(4) Unterschiedslose Angriffe sind verboten ...«

Als unterschiedslos werden Angriffe bezeichnet, die sich nicht gegen ein bestimmtes militärisches Ziel richten und deshalb auch Zivilpersonen oder zivile Objekte ohne Unterschiede treffen können. Unterschiedslos sind Angriffe auch dann, wenn dabei Kampfmethoden oder Kampfmittel angewendet werden, die nicht gegen ein be-

vilbevölkerung und Schäden an zivilen Objekten auf ein Mindestmaß zu beschränken, verpflichtet aber die Staaten auch dazu, ihre eigene Zivilbevölkerung durch geeignete Vorkehrungen vor den Kriegsgefahren zu schützen.

In weiten Teilen stützen sich die Protokolle damit auf die Haager Landkriegsordnung von 1907, aber sie enthält zumindest zwei wesentliche Neuerungen. Einmal verbieten sie alle Repressalien gegen die Zivilbevölkerung – Flächenbombardements wie die auf Dresden und Coventry fielen unter ihre Bestimmungen –, neu wären auch die zum Schutz der Umwelt verordneten Beschränkungen.

Immerhin 50 Staaten haben seit 1977 das I. Zusatzprotokoll ratifiziert, erkennen es somit als rechtlich gültig an und unterliegen auch seinem Schutz. Darunter acht europäische Länder. Staaten des Warschauer Paktes haben bisher noch nicht ratifiziert; die Sowjetunion macht ihr Verhalten von dem Verhalten der ständigen Mitglieder des UN-Sicherheitsrates abhängig. Von den Nato-Staaten haben bisher Dänemark und Norwegen ratifiziert.

Die augenblickliche Haltung der Bundesregierung zu den Zusatzprotokollen definierte zuletzt im September 1985 Staatsminister Möllmann im Bundestag: »In den sensiblen Nuklearfragen kommt dem Verhalten der Nuklearmächte besondere Be-

Ein einziges Mal hat bisher ein Gericht darüber entschieden, ob der Einsatz von Atombomben mit dem Völkerrecht vereinbar ist: In einem Urteil vom 7. Dezember 1963 erklärte das Distriktgericht von Tokio die Atombombenabwürfe über Hiroshima und Nagasaki für völkerrechtswidrig.

Die Geschichte des Verfahrens allein ist lehrreich. Nach 1945 war das japanische Volk sehr lückenhaft über die Atombombenabwürfe informiert – dank einer restriktiven Informationspolitik der amerikanischen Besatzungsmacht und der eigenen Regierung. Erst 1951 formierte sich eine japanische Juristen-Initiative mit dem Ziel, den überlebenden Opfern eine Entschädigung zu verschaffen. 1954 scheiterte ein erster Versuch, Gerichte in den USA anzurufen. Selbst der Präsident der Internationalen Liga für Menschenrechte in New York vertrat den Standpunkt, der Prozeß sei aussichtslos und belaste die japanisch-amerikanischen Beziehungen.

Im April 1955 wurde im Namen von fünf Überlebenden – einer von ihnen hieß Shimoda – Klage vor dem Distriktgericht in Tokio erhoben. Das Gericht führte 27 Verhandlungen durch und hörte drei völkerrechtliche Gutachter. Die japanische Regierung plädierte als Beklagte auf Klageabweisung: Die Atombombenabwürfe seien nicht rechtswidrig gewesen. Als neue Waffe falle die Atombombe nicht unter die Normen des bisherigen Kriegsvölkerrechts. Ihr Einsatz habe überdies den Krieg abgekürzt und dadurch japanische Leben gerettet – so hatte auch US-Präsident Truman argumentiert.

Das Gericht brauchte achteinhalb Jahre, um sein Urteil zu fällen. Die Aussagen waren aber eindeutig: Auch die Atomwaffe muß sich am Maßstab des bestehenden Kriegsvölkerrechts messen lassen. Die Atomwaffe sei eine blinde Waffe, die sowohl militärische Ziele als auch die Zivilbevölkerung treffe. Allein deshalb sei sie völkerrechtswidrig. Zum zweiten seien ihre Wirkungen schlimmer als die des Giftgases, insofern verursache sie »unnötige Leiden« im Sinne des Art. 23, Buchst. 3, Haager Landkriegsordnung (HLKO).

Eine Entschädigung konnte das Gericht den Klägern nicht zubilligen, da dies Aufgabe des Gesetzgebers sei. Immerhin rügte das Gericht die bisherige Untätigkeit: »In Anbetracht des vorliegenden Verfahrens können wir nicht umhin, die Armseligkeit der Politik zu beklagen.« Die Rüge hatte Erfolg: Über 20 Jahre nach dem Atombombenabwurf wurde die medizinische Versorgung der Opfer per Gesetz verbessert. 1968 wurden weitere Ausgleichsmaßnahmen getroffen.

Prozeß gegen die Bombe

deutung zu. Daher möchte die Bundesregierung das Zustimmungsverfahren erst nach der Ratifizierung der Zusatzprotokolle durch eine Nuklearmacht des Bündnisses einleiten.« Ein Sprecher des Bundeskanzleramts gegenüber dg: »Die vertraglichen Bindungen der Bundesrepublik Deutschland im Bereich des Kriegsvölkerrechts« sollten sich in »Übereinstimmung mit denen ihrer Verbündeten befinden«. Freilich machte sich die Bundesregierung nicht immer von den Entscheidungsprozessen in den USA und in Großbritannien abhängig – Frankreich hat eine Unterzeichnung der Zusatzprotokolle bereits abgelehnt. Noch 1983 hieß es in Bonn, man werde alsbald ratifizieren. 1984 wurde das Verfahren noch für dasselbe Jahr angekündigt. 1985 war davon nicht mehr die Rede. Vielmehr wurde lanciert, man wolle einen Vorbehalt abgeben, daß die Zusatzprotokolle nicht für nukleare Waffen galten. Zurückgehen sollen diese Überlegungen auf das Jahr 1980 und eine damalige Entscheidung des Bundessicherheitsrates. Auch der damalige Bundesverteidigungsminister Leber habe bereits Bedenken gehabt.

Die Bundesregierung versuchte dabei den Eindruck zu vermitteln, daß es weitgehend Konsens auf den Konferenzen von 1973 bis 1977 gewesen sei, den Nuklearfall aus den Protokollen auszunehmen. Als Kronzeuge wird dafür das Internationale Komitee des Roten Kreuzes (IKRK) zitiert, das 1973 zu seinem ersten Entwurf für die Zusatzprotokolle erklärt hatte: »Fragen, die sich auf atomare, biologische und chemische Kriegsführung beziehen, sind Gegenstand von Regierungsverhandlungen, und mit der Vorlegung dieses Entwurfs der Zusatzprotokolle

Die Zusatzprotokolle schließen eine Lücke im Völkerrecht. Ihre Ratifizierung käme einem Verbot der Nato-Strategie gleich.

beabsichtigt das IKRK nicht, diese Probleme zur Sprache zu bringen.» Damit sollte ausgedrückt werden, daß sich die Zusatzprotokolle ausschließlich mit Waffenwirkungen beschäftigen und nicht mit Waffenarten, wie das IKRK immer wieder darlegte.

Hintergrund dieser auf den ersten Blick seltsamen Unterscheidung: Schon bald nach dem Zweiten Weltkrieg war versucht

worden, bestimmte grausame Waffen, vor allem Massenvernichtungswaffen, zu ächten. 1957 wurde darauf aufbauend der sogenannte Neu-Dchli-Entwurf des Roten Kreuzes erarbeitet, der ein absolutes Verbot aller Massenvernichtungswaffen vorsah. Das allerdings lehnten alle führenden Militärmächte ab. Ende der sechziger Jahre kristallisierte sich dann als Kriterium, auf das man sich einigen wollte, die Waffenwirkung heraus. Die Kritik an der Falschauslegung

Frage der Verhältnismäßigkeit. Selbst Angriffe auf die Zivilbevölkerung, bei denen die zu erwartenden Verluste »in keinem Verhältnis zum erwarteten konkreten und unmittelbaren militärischen Vorteil stehen«, wie Art. 51 Abs. 56 es vorschreibt, wären dann nicht verboten.

Was derartige nukleare Ausnahmen für die bundesdeutsche Bevölkerung bedeuten würden – die damit natürlich auch dem Schutz des Protokolls in diesen Fragen nicht mehr unterlage –, hat der SPD-Abgeordnete Verheugen am 26. September 85 im

»... die Politik der Bundesregierung wird zwangsläufig dazu führen, daß unser Volk im Falle eines Nuklearkrieges dem Schutz des Völkerrechts entzogen wird.«
(Günter Verheugen, SPD-MdB)



durch die Bundesregierung von Seiten des DRK ist daher erheblich. So erklärte der Richter Wolfgang Voit auf der DRK-Justiztagung im September 1985:

»Wir bestreiten, daß vereinzelte und gelegentliche Erklärungen einzelner Staatenvertreter im Laufe der jahrelang dauernden Konferenz zu einem allgemeinen Konsens des Inhalts geführt haben, daß die Anwendung von Kernwaffen nicht Gegenstand der Konferenz habe sein sollen. Wir bestreiten die konkludent darin liegende Behauptung, daß die Diplomatischen Vertreter der vielen Staaten auf der Konferenz dreißig Jahre nach Hiroshima über Massenvernichtungsmittel verhandelt und dabei die Kernwaffen stillschweigend ausgenommen haben sollen . . .«

Inzwischen hat denn auch die Bundesregierung ihre Position geändert. Sie will nun keinen förmlichen Vorbchalt mehr abgeben, sondern lediglich eine eigene »Vertragsinterpretation« präsentieren. Inzwischen akzeptiert die Bundesregierung auch die Gültigkeit für Nuklearwaffen – aber nur für jene Teile der Zusatzprotokolle, die gelendes Völkerwohnheitsrecht festzuschreiben. Gerade das, was an den Protokollen neu ist – das Verbot eines ökologischen Krieges und der Repressalien – fiel damit unter den Tisch. Zu den völkerrechtlichen Neuerungen der Protokolle zählt man auch die



Die Umwelt-Belastungen haben bedeutsame Auswirkungen angenommen. Wälder, Wiesen, Flüsse, Seen und Meere können all das nicht mehr verkraften, was wir ihnen zutun. Viele Pflanzen- und Tierarten werden bald nur noch in Büchern und Museen zu sehen sein. Unser aller Gesundheit und besonders die unserer Kinder ist gefährdet. Fast jeder weiß das. Doch nur wenige tun ihr Bestes. Wenn viele davon mitarbeiten, ist die Chance groß, die Zerstörung zu stoppen. Damit die freie Zugangs- zu Lufi, Wasser und Boden wiederhergestellt werden kann.



**Deutschland - Mach mit beim
DEUTSCHEN UMWELTTAG 1986!**
 Der Umwelttag:
 Deutscher Milieuschutzbund (BUND),
 Deutscher Bund für Tierhaltung und Natur-
 schutz Deutschland (BUND), Deutscher Bund
 für Vogelschutz (DBV), Deutsche Land-
 jugendbewegung Deutschland (DLJB),
 Umweltbildung Wuppertal, Umwelt-
 und Naturschutzjugend



	
DEUTSCHER UMWELTTAG 1986 4.-8. JUNI 1986 IN WURZBURG	
<i>Ja zum Leben! Nein zum Atom!</i>	
Auch wir freuen uns auf Ihre Anfragen und für die Durchführung des DEUTSCHEN UMWELTTAGS sind wir dankbar! Senden Sie mir deshalb bitte entsprechendes Interessentenmaterial auch gleich Stock-Einkauf-Karten für den Umweltbau zum Einen Preis von DM 2,-	
<input type="checkbox"/> Schließen DM ... vorher <input type="checkbox"/> Schließen DM ... später <input type="checkbox"/> Schließen DM ... unverbindlich <small>Einzelpreis für Mietfläche der Ausstellung DM 1,00 je Rückenfläche m²</small>	
Name: _____ Straße: _____ Datum: _____	
PLZ/Ort: _____ Unterschrift: _____	
<small>Coupon bitte ausschneiden und ansenden an:</small> DEUTSCHER UMWELTTAG 1986, Geschäftsstelle, Kalkstraße 24, 5300 Bonn 2	

Es ist verboten . . .

Völkerrechtliche Regelungen für den Kriegsfall

Haager Landkriegsordnung von 1907

Artikel 22 Mittel zur Schädigung des Feindes

Die Kriegführenden haben kein unbeschränktes Recht in der Wahl der Mittel zur Schädigung des Feindes.

Artikel 23 Verbote

Abgesehen von den durch Sonderverträge aufgestellten Verboten, ist namentlich untersagt:

- die Verwendung von Gift oder vergifteten Waffen,
- die meuchlerische Tötung oder Verwundung von Angehörigen des feindlichen Volkes oder Heeres,
- die Tötung oder Verwundung eines die Waffen streckenden oder wehrlosen Feindes, der sich auf Gnade oder Ungnade ergeben hat,
- die Erklärung, daß kein Pardon gegeben wird,
- der Gebrauch von Waffen, Geschossen oder Stoffen, die geeignet sind, unnötige Leiden zu verursachen,
- der Mißbrauch der Parlamentärsflagge, der Nationalflagge oder der militärischen Abzeichen oder der Uniform des Feindes sowie der besonderen Abzeichen des Genfer Abkommens,
- die Zerstörung oder Wegnahme feindlichen Eigentums außer in den Fällen, wo diese Zerstörung oder Wegnahme durch die Erfordernisse des Krieges dringend erheischt wird,
- die Aufhebung oder zeitweilige Außerkraftsetzung der Rechte und Forderungen von Angehörigen der Gegenpartei oder die Ausschließung ihrer Klagbarkeit.

Den Kriegführenden ist ebenfalls untersagt, Angehörige der Gegenpartei zur Teilnahme an den Kriegsunternehmungen gegen ihr Land zu zwingen; dies gilt auch für den Fall, daß sie vor Ausbruch des Krieges angeworben waren.

Artikel 25 Unverteidigte Stätten

Es ist untersagt, unverteidigte Städte, Dörfer, Wohnstätten oder Gebäude, mit welchen Mitteln es auch sei, anzugreifen oder zu beschließen.

Zusatzprotokoll I vom 1977 zu den Genfer Abkommen

Artikel 35 Grundregeln

(1) In einem bewaffneten Konflikt haben die am Konflikt beteiligten Parteien kein unbeschränktes Recht in der Wahl der Methoden und Mittel der Kriegsführung.

(2) Es ist verboten, Waffen, Geschosse und Material sowie Methoden der Kriegsführung zu verwenden, die geeignet sind, überflüssige Verletzungen oder unnötige Leiden zu verursachen.

(3) Es ist verboten, Methoden oder Mittel der Kriegsführung zu verwenden, die dazu bestimmt sind oder von denen erwartet werden kann, daß sie ausgedehnte, langanhaltende und schwere Schäden der natürlichen Umwelt verursachen.

Artikel 48 Grundregel

Um Schonung und Schutz der Zivilbevölkerung und ziviler Objekte zu gewährleisten, unterscheiden die am Konflikt beteiligten Parteien jederzeit zwischen der Zivilbevölkerung und Kombattanten sowie zwischen zivilen Objekten

und militärischen Zielen; sie dürfen daher ihre Kriegshandlungen nur gegen militärische Ziele richten.

Artikel 49 Bestimmung des Begriffs »Angriffe« und Anwendungsbereich

(1) Der Begriff »Angriffe« bezeichnet sowohl eine offensive als auch eine defensive Gewaltanwendung der Gegner.

Artikel 51 Schutz der Zivilbevölkerung

(1) Die Zivilbevölkerung und einzelne Zivilpersonen genießen allgemeinen Schutz vor den von Kriegshandlungen ausgehenden Gefahren. Um diesem Schutz Wirksamkeit zu verleihen, sind neben den sonstigen Regeln das anwendbaren Völkerrechts folgende Vorschriften unter allen Umständen zu beachten.

(2) Weder die Zivilbevölkerung als solche noch einzelne Zivilpersonen dürfen das Ziel von Angriffen sein. Die Anwendung oder Androhung von Gewalt mit dem hauptsächlichen Ziel, Schrecken unter der Zivilbevölkerung zu verbreiten, ist verboten.

(3) Zivilpersonen genießen den durch diesen Abschnitt gewährten Schutz, sofern und solange sie nicht unmittelbar an Feindseligkeiten teilnehmen.

(4) Unterschiedslose Angriffe sind verboten. Unterschiedslose Angriffe sind:

- Angriffe, die nicht gegen ein bestimmtes militärisches Ziel gerichtet werden,
- Angriffe, bei denen Kampfmethoden oder -mittel angewendet werden, die nicht gegen ein bestimmtes militärisches Ziel gerichtet werden können, oder
- Angriffe, bei denen Kampfmethoden oder -mittel angewendet werden, deren Wirkungen nicht entsprechend den Vorschriften dieses Protokolls begrenzt werden können

und daher in jedem dieser Fälle militärische Ziele und Zivilpersonen oder zivile Objekte unterschiedslos treffen können.

(5) Unter anderem sind folgende Angriffsarten als unterschiedslos anzusehen:

- ein Angriff durch Bombardierung – gleichviel mit welchen Methoden oder Mitteln – bei dem mehrere deutlich voneinander getrennte militärische Einzelziele in einer Stadt, einem Dorf oder einem sonstigen Gebiet, in dem Zivilpersonen oder zivile Objekte ähnlich stark konzentriert sind, wie ein einziges militärisches Ziel behandelt wird, und
- ein Angriff, bei dem damit zu rechnen ist, daß er auch Verluste an Menschenleben unter der Zivilbevölkerung, die Verwundung von Zivilpersonen, die Beschädigung ziviler Objekte oder mehrere derartige Folgen zusammen verursacht, die in keinem Verhältnis zum erwarteten konkreten und unmittelbaren militärischen Vorteil stehen.

(6) Angriffe gegen die Zivilbevölkerung oder gegen Zivilpersonen als Repressalien sind verboten.

Artikel 52 Allgemeiner Schutz ziviler Objekte

(1) Zivile Objekte dürfen weder angegriffen noch zum Gegenstand von Repressalien gemacht werden. Zivile Objekte sind alle Objekte, die nicht militärische Ziele im Sinne des Absatzes 2 sind.

(2) Angriffe sind streng auf militärische Ziele zu beschränken. Soweit es sich um Objekte handelt, gelten als militärische Ziele nur solche Objekte, die auf Grund ihrer Beschaffenheit, ihres Standorts, ihrer Zweckbestimmung oder ihrer Verwendung wirksam zu militärischen Handlungen beitragen und deren gänzliche oder teilweise Zerstörung, deren Inbesitznahme oder Neutralisierung unter den in dem betreffenden Zeitpunkt gegebenen Umständen einen eindeutigen militärischen Vorteil darstellt.

(3) Im Zweifelsfall wird vermutet, daß ein in der Regel für zivile Zwecke bestimmtes Objekt, wie beispielsweise eine Kultstätte, ein Haus, eine sonstige Wohnstätte oder ein Schule, nicht dazu verwendet wird, wirksam zu militärischen Handlungen beizutragen.

Artikel 55 Schutz der natürlichen Umwelt

(1) Bei der Kriegsführung ist darauf zu achten, daß die natürliche Umwelt vor ausgedehnten, lang anhaltenden und schweren Schäden geschützt wird. Dieser Schutz schließt das Verbot der Anwendung von Methoden oder Mitteln der Kriegsführung ein, die dazu bestimmt sind oder von denen erwartet werden kann, daß sie derartige Schäden der natürlichen Umwelt verursachen und dadurch Gesundheit oder Überleben der Bevölkerung gefährden.

(2) Angriffe gegen die natürliche Umwelt als Repressalien sind verboten.

Umweltkriegsübereinkommen von 1977

Artikel 1 (Umweltkriegsverbot)

(1) Jeder Vertragsstaat verpflichtet sich, umweltverändernde Techniken, die weiträumige, lange andauernde oder schwerwiegende Auswirkungen haben, nicht zu militärischen Zwecken oder in sonstiger feindseliger Absicht als Mittel zur Zerstörung, Schädigung oder Verletzung eines anderen Vertragsstaats zu nutzen.

(2) Jeder Vertragsstaat verpflichtet sich, eine Gruppe von Staaten oder eine internationale Organisation weder zu unterstützen noch zu ermutigen noch zu veranlassen, Handlungen vorzunehmen, die gegen Absatz 1 verstößen.

Artikel 2 (Umweltverändernde Techniken)

Im Sinne des Artikels 1 bezieht sich der Begriff »umweltverändernde Techniken« auf jede Technik zur Änderung der Dynamik, der Zusammensetzung oder der Struktur der Erde – einschließlich der Flora und Fauna, der Lanthosphäre, der Hydrosphäre und der Atmosphäre – sowie des Weltraums durch bewußte Manipulation natürlicher Abläufe.

Absprachen

Absprache zu Artikel 1

Der Ausschuß geht davon aus, daß für die Zwecke dieses Übereinkommens die Begriffe »weiträumig«, »lange andauernd« und »schwerwiegend« wie folgt auszulegen sind:

(a) »weiträumig«: ein Gebiet von mehreren hundert Quadratkilometern umfassend;

(b) »lange andauernd«: Monate oder ungefähr eine Jahreszeit lang anhaltend;

(c) »schwerwiegend«: eine ernste oder bedeutende Störung oder Schädigung des menschlichen Lebens, der natürlichen und wirtschaftlichen Hilfsquellen oder sonstiger Güter mit sich bringend.

Es wird ferner davon ausgegangen, daß die obige Auslegung ausschließlich für dieses Übereinkommen bestimmt ist und nicht die Auslegung gleicher oder ähnlicher Begriffe präjudizieren soll, wenn diese im Zusammenhang mit einer anderen internationalen Übereinkunft verwendet werden.

Sie gehen den Gesetzen vor

Bundestag dargelegt: »... die Politik der Bundesregierung wird zwangsläufig dazu führen, daß unser Volk im Falle eines Nuklearkrieges dem Schutz des Völkerrechtes entzogen wird. Wenn nämlich der Interpretation der Bundesregierung von den Vertragspartnern nicht widersprochen wird, würde es in der Tat auf dem Territorium der Bundesrepublik völkerrechtlich erlaubt sein, die Atomwaffe als Repressalie einzusetzen, konventionelle Waffen aber nicht, die Umwelt mit Atomwaffen zu zerstören, mit konventionellen Waffen aber nicht, und unterschiedlose Angriffe mit Atomwaffen ohne Rücksicht auf die Zivilbevölkerung zu führen, während der unterschiedlose Angriff mit konventionellen Waffen verboten wäre.«

Etwas mulmig wurde es auch Bundesverteidigungsminister Wörner im Unterausschuß für Abrüstung und Rüstungskontrolle des Bundestages: »Machen wir eine solche Interpretationserklärung, widerspricht die Sowjetunion unter Hinweis, hier handelt es sich um einen Vorbehalt, ist der Vertrag dann zwischen uns nichtig. Das wäre die Rechtskonsequenz eines solchen Handelns.« Der DRK-Vorsitzende und ehemalige Abgeordnetenkollege Prinz zu Sayn-Wittgenstein stellte kühl dazu fest: »Ich kann eine Privilegierung der Kernwaffen im Rahmen des I. Zusatzprotokolls weder nach Wortlaut noch nach Sinn und Entstehungsgeschichte erkennen.«

Günther Verheugen sieht in der Frage der Zusatzprotokolle »ein zentrales Thema der sicherheits-politischen Auseinandersetzung« in nächster Zeit. Der Grünen-Abgeordnete Henning Schierholz hat angekündigt, jedes Vierteljahr eine Plenardebatté zum Thema beantragen zu wollen. Schon

schreckung zur Diskussion«, so Günther Verheugen. Denn die Strategie der »flexible response« sieht als mögliche Eskalationsstufe den Einsatz riesiger Mengen strategischer Kernwaffen vor. Das aber widerspricht wesentlichen Bestimmungen der Zusatzprotokolle – dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit und dem Verbot der größeren Umweltschädigung. Auch die Rand Corporation, eine Denkfabrik der US-Air-Force, mußte feststellen, daß das Zusatzprotokoll 1 den strategischen Nuklearwaffeneinsatz verbietet. Diese Einsicht wird allerdings in den USA zu einem anderen Zweck mißbraucht, nämlich zur Begründung der Notwendigkeit für SDI.

Bundesregierung Erfahrung, wie sie beim 1983 ratifizierten Umweltkriegsabkommen bewies. Damit hatte sich die Bundesrepublik verpflichtet, »umweltverändernde Techniken, die weiträumige, lange andauernde oder schwerwiegende Auswirkungen haben, nicht zu militärischen Zwecken oder in sonstiger feindseliger Absicht als Mittel zur Zerstörung, Schädigung oder Verletzung eines anderen Vertragspartners zu nutzen.« (Art. I, Abs. 1) Die präzisen Definitionen der »Auswirkungen« aber schließen einen umfassenden Atomwaffeneinsatz, wie er in Nato-Kriegsszenarien geplant wird, aus. Doch die Bundesregierung sieht das anders: »Das Umweltübereinkommen bezieht sich nicht auf Auswirkungen auf die Umwelt, die sich aus dem Gebrauch anderer Waffen oder Kriegstechni-

Der Grünen-Abgeordnete Henning Schierholz hat angekündigt, jedes Vierteljahr eine Plenardebatté zu den Zusatzprotokollen beantragen zu wollen.



Foto: Verbeek

ken als Nebenwirkung ergeben.« Lediglich der bewußte Einsatz von Nuklearwaffen, um den Gegner und dessen Umwelt zu schädigen, sei verboten, wie die Bundesre-

»Schaden vom Deutschen Volk wenden«, sollen Bundeskanzler und Minister nach ihrem Amtseid. Den Einsatz von Nuklearwaffen wollen sie völkerrechtlich nicht geächtet wissen.

1983 hatten die Grünen einen Antrag eingebracht, die Zusatzprotokolle zu ratifizieren – er ist bis heute nicht behandelt worden.

Und dafür gibt es Gründe. »Letztlich steht die gesamte Doktrin der nuklearen Ab-

wehr auf einer Anfrage der Grünen 1983 feststellte. Hoffentlich gibt es im Ernstfall noch einen, der das unterscheiden kann. Aus dem deutschen Volk – im »freien« Westen oder bei unsrern Brüdern und Schwestern »drüber« – wohl kaum.

Aufgabe eigenständiger Politik als Inhalt von Politik – in dieser Beziehung hat die

Aufgabe eigenständiger Politik als Inhalt von Politik – in dieser Beziehung hat die Bundesregierung reichlich Erfahrung.

»Scheunentore schließen«

dg-Gespräch mit
Wolf-Michael Catenhusen

In diesem Monat wird die SPD-Bundestagsfraktion über einen Gesetzentwurf zu In-vitro-Fertilisation und Embryoforschung beraten. dg-Redakteur Ulli Raupp hat darüber mit dem Bundestagsabgeordneten Wolf-Michael Catenhusen, seit 1984 Vorsitzender der Enquete-Kommission »Chancen und Risiken der Gentechnologie« des Bundestags, diskutiert.

dg: Bereits zehn von zwölf Landeskammern haben entsprechend der Ärztetagempfahlung von 1985 Änderungen ihrer Berufsordnung bezüglich der In-Vitro-Fertilisation (IVF) und des Embryo-Transfers (ET) beschlossen. Mit bestimmten Einschränkungen werden diese Methoden der Extrakorporalen Befruchtung, ja sogar der Forschung an Embryonen befürwortet. Wie steht die SPD hierzu?

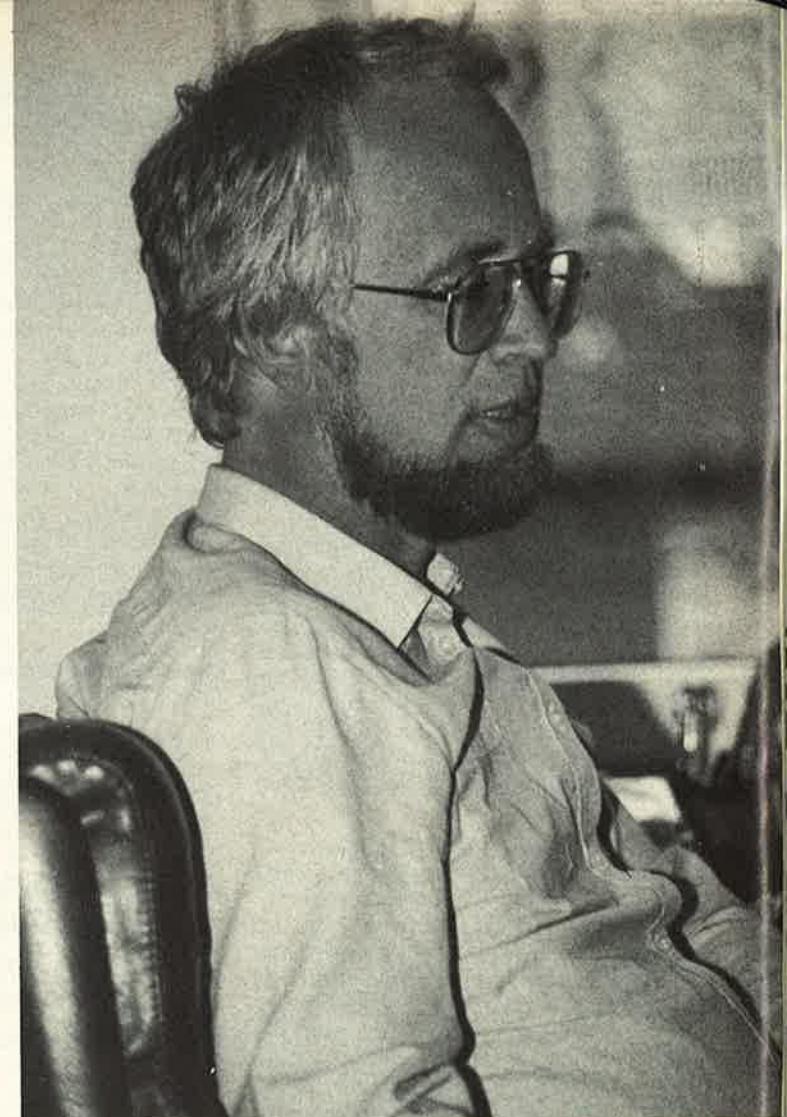
Catenhusen: Es gibt in der SPD eine deutliche Mehrheit dafür, daß diese Technik Paaren, die aus medizinischen Gründen unfruchtbar sind, nicht vorerthalten werden sollte. Unsere Bundestagsfraktion ist dabei, einen Antrag vorzulegen, in dem wir ein striktes Verbot der Forschung an befruchteten menschlichen Eizellen fordern. Diese Forderung halten wir deshalb für wesentlich, weil solche Forschung das Tor für eine Keimbahntherapie am Menschen öffnet. Zusätzlich versuchen wir, der In-Vitro-Fertilisation Bedingungen aufzuerlegen, die die Erzeugung überschüssiger Embryonen – eine Voraussetzung für die Forschung – verhindern soll. Dazu gehört auch, daß nur so viele menschliche Eizellen befrucht-

tet werden dürfen, wie auch unmittelbar wieder in die Gebärmutter zurückverpflanzt werden. Darüber hinaus soll der Arzt verpflichtet werden, über die Anzahl der entnommenen Eizellen genauestens Buch zu führen und auch dies mit der Patientin zu besprechen.

dg: Vielleicht ein Wort zur Begriffserklärung. Wenn wir hier von 'Embryo' reden, meinen wir die menschliche Keimzelle unmittelbar nach der Befruchtung. Hier hat ja unter anderen einer der wortführenden Forscher, Prof. Edwards aus Cambridge, versucht, den Begriff des 'Präembryonen' zu etablieren. Darunter seien Embryonen bis zum 16. Tag nach Befruchtung zu fassen.

Catenhusen: Die Begriffsprägung 'Präembryonen' zeigt die Intentionen einiger Forscher, die Embryoforschung nicht auf die ersten 14 Tage zu beschränken. Edwards und andere meinen mit solcher Begrifflichkeit, daß Embryoforschung eben auch zum späteren Zeitpunkt ermöglicht und betrieben werden muß.

dg: Sind Sie denn sicher, daß die SPD Ihren Vorstellungen, die ja in den Bundestagsantrag münden, folgen wird?



Catenhusen: Die Bundestagsfraktion, ja. Da bin ich mir ganz sicher.

dg: Nun wird dieses Thema in der SPD ja nicht ganz konfliktfrei diskutiert. Aktuell in Hessen ist wohl eine harte Diskussion zwischen der Landtagsfraktion der Grünen und ihrer Partei im Gange. Meinen Sie, daß sich die Position der Bundes-SPD gerade auch in den SPD-regierten Ländern durchsetzt?

Catenhusen: Konflikte mit den Landtagsfraktionen gibt es sicher nicht, weil hier eine sehr gute Rückkopplung stattgefunden hat. Es gibt aber offensichtlich in den Bürokratien der betroffenen Länderministerien Stimmen, die der Meinung sind, daß die Regelung, die der Ärztetag in Travemünde getroffen hat, völlig ausreichend sei, und daß man daher den entsprechenden Änderungen der Berufsordnung, die die Landesärztekammern beschlossen haben, unbesehen zustimmen könne.

dg: Im Saarland ist das ja nun einmal nicht geschehen. Hier gibt es eine scharfe Auseinandersetzung zwischen Landesregierung und Ärztekammer.

Catenhusen: Ich begrüße sehr, daß die saarländische Sozialministerin der Meinung ist, daß hier noch ein erhebliches öffentliches Interesse an einer weiteren Diskussion besteht.

Sie versucht, auch die Ärzteschaft auf eine klare Position gegen die Experimente mit Embryos festzulegen. Der Ärztetag hat in Sachen Embryonsexperimente das Scheunentor weit offen gelassen, und ich halte es für richtig, daß jetzt auf Länderebene der Versuch gemacht wird, dieses Scheunentor zu schließen und darüber auch mit den Landesärztekammern – durchaus auch im Streit – zu diskutieren.

dg: Würde denn eine zukünftige SPD-Bundesregierung hier gesetzgeberischen Einfluß geltend machen, oder würde sie dies als 'Ländersache' unberührt lassen?

Catenhusen: Eine sinnvolle Regelung dieses Bereichs besteht aus einer Mischung aus Standesrecht und gesetzlichen Regelungen. Die Frage allerdings, ob und wie Experimente mit befruchteten menschlichen Keimzellen durchgeführt werden oder ob sie verboten werden sollten, ist keine Frage, die im

Rahmen von Standesrecht geregelt werden sollte. So etwas berührt so grundsätzliche Probleme des Menschenbildes, daß ich denke, daß hier der Gesetzgeber gefordert ist. Daher fordern wir auch, ein Verbot der Embryoforschung strafrechtlich zu regeln. Dann können die weiteren, engeren Bestimmungen zur In-Vitro-Fertilisation berufsrechtlich geregelt werden.

dg: Einige grundsätzlich ablehnende Argumente zum Thema IVF führt das Sondervotum des Psychosomatikers Prof. Petersen an. Ergibt zu bedenken, daß nach den Ärztetagsempfehlungen nicht nur Unfruchtbarkeit körperlich bestimmbare Ursache, sondern auch die psychogene Unfruchtbarkeit behandelt, besser, falsch behandelt werden kann. Denn hier wird ein sehr nebenwirkungsreiches und belastendes technisches Verfahren einer dringend indizierten psychosomatischen oder psychotherapeutischen Behandlung in geradezu fahrlässiger Weise vorgezogen. Auch die Ergebnisse einer solchen technischen Trickerei, so zeigt er auf, sind für die Eltern belastend und dem so viel erwähnten Kindwohl abträglich.

Catenhusen: Genau dies wird auch ein Punkt unseres Antrages sein: Die IVF muß an eine klar bestimmbar medizinisch-somatische Ursache gebunden sein. Im wesentlichen könnten das zwei Gründe sein: einerseits, wenn die Eileiter der Frau aus irgend einem Grund funktionsunfähig sind, andererseits, wenn Samenzellen des Mannes verhältnismäßig geschwächt sind. Alles andere befindet sich unseres Erachtens in einer Grauzone, für die die IVF nicht zugelassen werden darf. Ich stimme der Kritik von Petersen durchaus zu, daß psychische Barrieren nicht mit technischen Mitteln überwunden werden dürfen.

dg: Wie stehen Sie bzw. die SPD zu dem Teil der Ärztetagsempfehlung, wonach diese Techniken nur verheirateten Partnern angeboten werden sollen? Gilt das Faktum Ehe als Sicherheitsbowo für zukünftiges 'Kindwohl'? Sind solcherlei willkürliche-moralische Auswahlkriterien nicht schon ein Teil von 'Menschenzüchtung'?

Catenhusen: Grundsätzlich gehen wir davon aus, daß die IVF eine technische Hilfe für Paare ist, die sich den Kinderwunsch anders nicht erfüllen können.

Deshalb lehnen wir auch die Verwendung von Dritt-Samen oder Dritt-Eizellen kategorisch ab. Die überwiegende Mehrheit in der Arbeitsgruppe unse-

»Der Ärztetag hat in Sachen Embryonenexperimente das Scheunentor weit offen gelassen . . .«

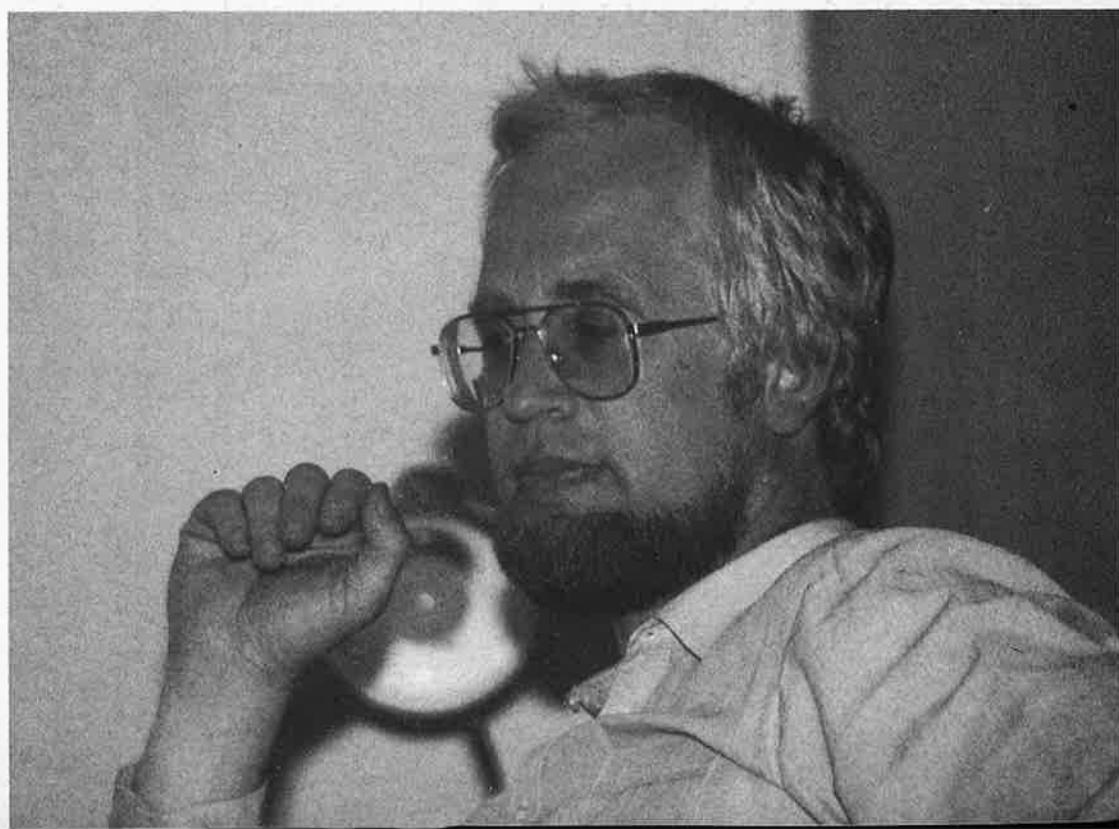
rer Fraktion ist der Meinung, daß man das Paar nicht auf den Trauschein festnageln kann, da es nun einmal gesellschaftliche Realität ist, daß sich immer mehr Paare entscheiden, ohne Trauschein dauerhaft zusammenzulieben und ein Kind zu wollen. Sicher ist es sehr schwierig, festzustellen, was eine 'dauerhafte Beziehung' ist. Ich persönlich sehe, daß Paare, die sich zu so einer Technik entschließen, eine lange Leidensgeschichte hinter sich haben; es sind Operationen, Hormonbehandlungen und so weiter vorausgegangen. Ein Paar, das sich am Schluß eines solchen Leidensweges zur IVF entschlossen hat, dem kann man eigentlich einen festen und beständi-

gen Wunsch nach einem gemeinsamen Kind nicht absprechen. In der Praxis wird man dies – meine ich – leicht erkennen, wenn man diese Techniken wirklich als den letzten Schritt nach dem Ausschöpfen aller anderen medizinischen Mittel begreift.

dg: Nun sollen diese Techniken ja nur an bestimmten, besonders geeigneten Einrichtungen vorgenommen werden können. Die Publizität in den Medien zeigt aber schon, daß die 'Forscherehre' zu Konkurrenz im niederen Sinne führt und eine notwendige umfassende Aufklärung dabei auf der Strecke bleibt.

Catenhusen: Wir können sicher nicht ausschließen, daß mit einer Zunahme der Einrichtun-

gen, die IVF und ET durchführen, auch eine gewisse Werbung für diese Techniken erfolgt. Wir sind der Meinung, daß die Frau bisher im Rahmen dieser Einrichtungen nicht optimal beraten wird. Unseres Erachtens muß im Beratungsteam notwendigerweise eine Frau sein. Auch sollen Psychologen einbezogen werden. Es ist ja doch fast immer so, daß die Eltern aufgrund des langen Leidensweges, den sie schon hinter sich haben, psychisch sehr stark belastet sind. Man muß die Eltern gründlich auf die vorhandenen und auf sie zukommenden Probleme aufmerksam machen. Man muß versuchen, sie von dem Druck, nun um jeden Preis zu einem Kind kommen zu wollen, zu entlasten, um ihnen überhaupt eine einigermaßen freie Entscheidung ermöglichen. Es reicht daher für uns nicht aus, daß diese Beratung allein von den Betreibern der medizinischen Einrichtungen vorgenommen wird.



Wackersdorf. Ostern 1986

Wackersdorf war schon vorab zum
»Schlachtfeld der Chaoten« erklärt worden.
Hinter der Diskussion über Gewalt verblassen
die wirklichen Probleme.

Ich muß festhalten, was ich selber gesehen, gehört und gespürt habe, bevor die Berichterstattung in den Medien alles in meinem Kopf zerfasert. Im Radio, in Bayern 3, heißt es gerade, die Polizei bescheinige uns Demonstranten ein »friedliches und besonnenes Verhalten«. Nahtlos fährt der Sprecher fort: Erstmals sei auch das »umstrittene Reizgas CS« eingesetzt worden. Der Tod eines 38jährigen Mannes habe nichts mit dem Reizgas zu tun. Der Mann sei auf dem Weg ins Krankenhaus an einem schweren Asthmaanfall gestorben. Gestern abend, auf dem Rückweg zum Bus, noch ohne etwas vom Tod dieses Mannes gehört zu haben, hatten wir über die unberechenbaren CS-Giftgaswirkungen gesprochen, auch darüber, daß es schwere Asthmaanfälle auslösen könnte.

Wackersdorf. Ostermontag 1986. Mitten im Wald werden wir plötzlich von jungen Polizisten mit unbeweglichen Kindergesichtern aufgehalten. Sie verlangen, daß Handtaschen und Rucksäcke geöffnet werden, sie messen sorgfältig Transparentstangen, die ihnen zu lang erschienen, nach. Am Kundgebungsplatz das übliche Demo-Gedränge. Büchertische, Paratestände. Bunte Fahnen und

Transparente flattern im Wind, rote, blaue, gelbe Luftballons fliegen in den Himmel und treiben in Richtung laut knatternder, hinter den Bäumen aber nicht sichtbarer Hubschrauber davon. Aus den Lautsprechern Kulturprogramm.

Am Waldrand entlang zieht unauflöslich ein Menschenstrom. Als wir uns kurz nach 13 Uhr anschließen, dröhnen fünf, sechs Hubschrauber über uns hinweg und kreisen weiter vorne über dem Wald, ungefähr dort, wo wir die Baustelle vermuten. Wir gehen zögernd den aufgeweichten Waldweg weiter: Die Hetzkampagne, mit der Bundes- und bayerische Staatsregierung in der Woche vor Ostern »Gewalt« und »Terror« herbeigeredet hatte, ist an keinem der Demo-Teilnehmer spurlos vorübergegangen. Wackersdorf sei zum neuen Schlachtfeld für »Chaoten und Linksextremisten« geworden, wußte beispielsweise Herr Zimmermann schon vorher, »Demokraten sollten sich fernhalten.«

Unvermutet stehen wir vor dem »Bauzaun«, eine festungsartige, fünf Kilometer lange Umzäunung aus massiven Eisenstäben. Sie sind zweieinhalb bis drei Meter hoch, oben nach außen gebogen und zusätzlich mit

dicken Stacheldrahtrollen abgesichert. Hier fehlen nur noch Wachtürme und kreisendes Scheinwerferlicht bei Nacht. Hinter dem Eisenzaun zahllose Polizeifahrzeuge, darunter viele »Wasserwerfer«, wie diese panzerartigen Gebilde beschönigend genannt werden – rund 40 sind es, erfahren wir später. Das gerodete Gelände in der Umzäunung ist ein Schlammboden. Zwischen der Polizeiarmee stehen ein paar Baufahrzeuge, sonst nichts. Was soll hier »geschützt« werden?

Wir gehen eine breite, in den Wald gehauene Schneise zurück, abgeholtzte Bäume liegen kreuz und quer. Immer mehr Demo-Teilnehmer kommen auf den Kundgebungsplatz. Aus den Lautsprechern immer noch Kulturprogramm, dazwischen Reden. Ein Sprecher berichtet von der nahegelegenen Maxhütte, 720 Arbeitsplätze sollen dort abgebaut werden. Die Oberpfalz ist ein Gebiet mit hoher Arbeitslosigkeit, daher versuchen die WAA-Betreiber, die Bevölkerung mit dem Arbeitsplätze-Argument zu ködern. Bei optimistischer Schätzung vielleicht 1500; da die WAA bisher schätzungsweise neun Milliarden DM kosten wird, werden hier Arbeitsplätze für sechs Millionen Mark pro Platz errichtet.

Später gehen wir nochmals mit dem dichter gewordenden Menschenstrom Richtung »Bauzaun«. Hinter den Wasserwerfern stehen jetzt behelmte Polizisten mit Gasmasken vor dem Gesicht und Plastikschildern vor den Körpern. Plötzlich geht hundert Meter weiter rechts am Zaun ein schrilles Pfeifkonzert los. Die Wasserwerfer speien

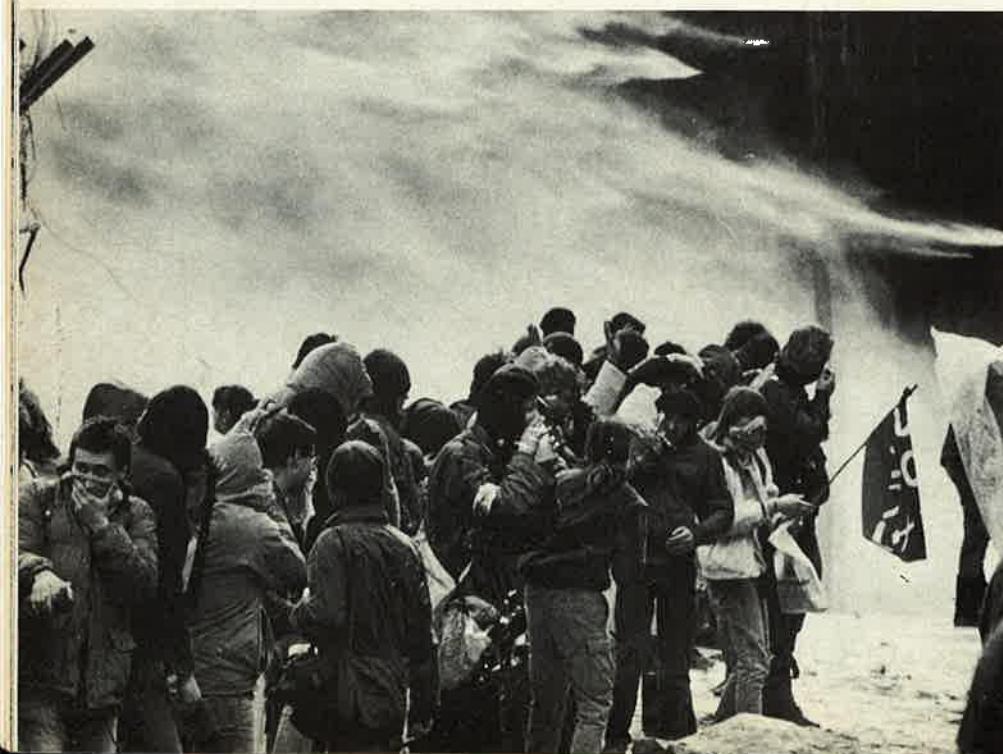
ihre Fontänen von ihrem sicheren Platz aus in die Menge, immer wieder. Langsam beginnen auch bei denen, die weit von dieser Stelle entfernt sind, die Augen zu brennen, dann zu tränern. Unter den Menschen, die hier mit fassungslosen Gesichtern zuschauen, sind viele älter. Kleine Kinder halten sich Tücher vor das Gesicht, um das Gas abzuwehren. »Überreaktion«, wird die Süddeutsche Zeitung diesen gezielt vorbereiteten CS-Giftgas-Menschenversuch einige Tage später kommentieren.

In Wackersdorf haben die Mächtigen in diesem Lande gezeigt, mit welcher Entschlossenheit sie bereit sind, ihre Interessen zu »schützen«, notfalls mit Giftgas gegen Alte, Kinder, Asthmatiker. Dabei war der Unterschied zwischen den bürgerkriegsartigen Szenen an der gespenstischen Festung mitten im Wald und der Kundgebung weiter unten im Sonnenschein frappierend. Dort wurde von Rednern immer noch der »friedliche«, »gewaltfreie« Ablauf der Demo bescheinigt, während sich das CS-Gas längst ausbreitete. Es waren zwei verschiedene Welten, obwohl nur 500 Meter Luftlinie dazwischen lagen.

Ich glaube, daß jeder, der an diesem hermetisch abgeriegelten, gerodeten WAA-Gelände gestanden hat, in sich Resignation, ohnmächtige Wut und Aggression gespürt hat, auch der friedliebste. Ich glaube auch, daß durch die uns aufgezwungene Gewaltdiskussion die Auseinandersetzung über das, was diese Plutoniumfabrik im Wald wirklich bedeuten würde, viel zu kurz gekommen ist. Harald Schumann hat das in der Tat am Tag nach der Demo so zusammengefaßt: »...Nicht die Diskussion um den Aufbau einer potentiell militärischen Infrastruktur war Thema der öffentlichen Auseinandersetzung der letzten Wochen, auch nicht die zu erwartenden Strahlentoten unter den zukünftigen WAA-Arbeitern oder drohende Gewässer-Verseuchung nach dem Vorbild der englischen Sellafield-Anlage ... und keine Tagesschau-Sekunde kündete mehr vom realen Anlaß der Auseinandersetzung: den gegen jede demokratische Willensbildung durchgepeitschten Bau einer Fabrik, deren Ausrichtung auf einen zukünftigen Plutonium-Markt im Rahmen einer Integration der Bundesrepublik in die westlichen Atomstreitkräfte kaum noch zu übersehen ist.« Renate Jäckle

Giftgas
gegen
Demonstranten

Foto: ap



DOKUMENTE

Die Grenzen des Sachverständigen Anmerkungen zum Jahresgutachten 1985/86

**Der Volkswirt Hartmut Reiners
vom Wissenschaftlichen Institut
der Ortskrankenkassen kom-
mentierte den Abschnitt »Ge-
sundheitspolitik« aus dem jüng-
sten Jahresgutachten des Sach-
verständigenrates. Auszüge aus
dem Gutachten selbst auf den fol-
genden Seiten.**

Das jüngste Gutachten des Sachverständigenrates (SVR) zur wirtschaftlichen Lage der Nation enthält einen gesonderten Abschnitt zur Gesundheitspolitik, von dem die Verfasser in unangemessener Bescheidenheit behaupten, es handele sich dabei nicht um eine »geschlossene Reformkonzeption« (S. 306). Von wegen! Mir ist seit längerem kein Konzept zur Ordnungspolitik im Gesundheitswesen untergekommen, das sich durch eine ähnliche innere Geschlossenheit ausgezeichnet hätte wie das der Chefökonomen unserer Republik. Wenn Rolf Rosenbrock in seinem im übrigen brillanten Spiegel-Essay »Gesundheit – Mehr Markt?« meint, Gesundheit sei »keine Ware und wird auch nie werden können«, dann rückt ihm der SVR dieses Bild zurecht. Dessen Überlegungen laufen nämlich auf das exakte Gegenteil hinaus. Gesundheit muß eine Ware werden, damit vernünftig mit ihr umgegangen wird. Der SVR drückt das freilich etwas vornehmer aus, indem er nicht das etwas degoutant nach orientalischem Teppichbazar riechende Wort »Ware« verwendet, sondern sich Begriffe bedient, die mit einem positiven Verständnis verbunden sind (»Eigenverantwortung«, »dezentrale Steuerung«, »Wettbewerb«, »Individualisierung der Bedarfsdeckung«). Auch stützt sich die Plausibilität seiner Überlegungen auf eine geschickte Handhabung der Technik der selektiven Wahrnehmung. Dennoch wäre es fahrlässig, darin nur das Werken ideologischer Nebelkerzen zu sehen. Die Bestrebung des SVR, das Gesundheitswesen in einen Warenmarkt umzufunktionieren, ist keine bloße reaktionäre Utopie, sondern eine für relevante Teile der Bevölkerung attraktive Vision. Technisch machbar ist das allemal, wie ja so gut wie alles zur Ware werden kann. Fragt sich nur, um welchen Preis.

Das gesundheitspolitische Modell des SVR bezieht seine Attraktivität nicht zuletzt aus seiner bestechenden Klarheit, seiner in sich stimgenden Konzeption. Daß dieses Modell auf durchaus anzuzweifelnden Annahmen beruht, ist eine andere Sache. (Insofern merkt man schon, daß hier Ökonomen am Werk sind: formale Evidenz zählt mehr als empirische Evidenz.) Zunächst einmal muß konstatiert werden, daß eine geschlossene Therapie präsentiert wird, die kaum Brüche aufweist und ein Problem zu lösen scheint, das der Quadratur des Kreises ähnelt. Dieses Problem lautet: wie erreicht man eine das wirtschaftliche Wachstum fördrende Ausgabenpolitik im Gesundheitswesen? Zur Zeit sieht es ja so aus, daß Arbeitgeber und Gewerkschaft gleichermaßen die Kostensteigerungen im Gesundheitswesen als wirtschaftliche Bremse ansehen: die einen, weil sich die Steigerungen der Krankenkassenbeiträge als Erhöhungen der Lohnbonbonkosten auswirken; die anderen, weil sich das verfügbare Einkommen der Arbeitnehmer verringert. Lediglich die Anbieter von medizinischen Leistungen können dieser Entwicklung positive Seiten abgewinnen, haben sie doch im allgemeinen in den letzten Jahren prächtig verdient.

In dieser Bewertung der Ausgabenentwicklung erhalten niedergelassene Ärzte und Pharmaindustrie vom SVR eine unerwartete Unterstützung. Steigende Gesundheitsausgaben werden von diesem nämlich keineswegs per se negativ bewertet. Sie werden als »Reflex des Wunsches nach einer besseren Versorgung« (S. 297) interpretiert, mit eigentlich erwünschten wirtschaftlichen Folgen: »Das Gesundheitswesen ist ein Wachstumsek-

tor. Es ist zudem ein Bereich, indem arbeitsintensiv produziert wird und der deshalb immer mehr Menschen eine Chance der Beschäftigung bietet« (S. 302). Hat der SVR also endlich erst begriffen, was Albrecht Göschel schon immer wußte, daß nämlich die berüchtigte »Kostenexplosion« in Wirklichkeit ein die Volkswirtschaft voranbringer Wachstumsschub ist? Nicht so ganz. Denn höhere Gesundheitsausgaben bedeuten unter den gegebenen Bedingungen höhere Krankenkassenbeiträge, was sich auf die Lohnkosten niederschlägt.

Und das ist in den Augen des SVR, für den bekanntlich die Lohnkosten über die Wettbewerbsfähigkeit der Wirtschaft entscheiden, eine wirtschaftspolitische Todsünde. Das GKV-System produziert, so der SVR, ein in gesamtwirtschaftlicher Hinsicht » unlösbare Dilemma « (S. 304); entweder begrenzt man die Ausgabenanstieg wie gehabt durch Budgetbeschränkungen bzw. Kostenbegrenzungsgesetze; das hält der SVR zwar für »begreiflich«, jedoch »irrig«, denn es trifft bei den Anbietern von Gesundheitsdiensten »die Wachstumsdynamik – was unerwünscht ist« (S. 297). Lassen Bundesregierung und Selbstverwaltungsorgane hingegen die Zügel schleifen, führt dies über Beitragserhöhungen zu steigenden Lohnkosten, und das »hemmt die Leistungsbereitschaft und beeinträchtigt die Beschäftigungschancen« (S. 297). Demnach produziert also das GKV-System einen permanenten »Konflikt mit der Wachstumsdynamik« (S. 305), egal, welche konkrete Politik auch betrieben wird.

Der SVR kennt nur einen Ausweg aus diesem Dilemma: weg mit der »Umlagenträgheit« der GKV, die den Versicherten jeden Anreiz nimmt, »sich nach einer möglichst kostengünstigen Behandlung umzutun« (S. 306). Statt dessen sollte man die GKV nach »versicherungswirtschaftlichen Grundsätzen« organisieren (S. 315), was bedeutet, »daß jeder Beteiligte für die Folgen seines Handelns einzustehen hat« (S. 306). Angesagt ist also die »Individualisierung der Bedarfsdetektion auf dem Gesundheitsmarkt« (S. 306); die Finanzierung läuft nicht mehr »anonym über Zwangsbeiträge«, sondern höchst persönlich über das Bankkonto bzw. private Versicherungspolicen. Zwar sind auch letztere gegen die Umlagenträgheit »nicht völlig gefeit, es gibt dort aber Techniken, die die Tendenz zur Übernachfrage begrenzen« (S. 307), als da sind: Selbstbehalt und Kostenerstattungsprinzip.

Denkbar ist für den SVR auch, die GKV bestehen zu lassen, dann aber nur für die schlimmen Fälle: »Man kann bestimmte Leistungen ganz aus der Erstattungspflicht herausnehmen, also beispielsweise nur Großrisiken in der Zwangsversicherung belassen und die Mitglieder im übrigen auf freiwillige private Sicherung verweisen« (S. 307). Über die Sozialverträglichkeit einer solchen Regelung verschwendet der SVR keine weiteren Gedanken, schließlich weiß er da mehr als die gesamte Krankenstandsfororschung: »Tatsächlich geht es bei der medizinischen Versorgung im Alltag meist nicht um Tod oder Leben des Patienten, sondern um Heilung oder Linderung und oft nur um Wohlbefinden. Ein erheblicher Teil der Aufwendungen in der GKV entfällt auf Bagatellen« (S. 315). Und wer in solchen Fällen zum Arzt geht, tut dies aus freien Stücken und sollte sich dieses Vergnügen nicht auf Kosten anderer leisten können.

Natürlich kommt jetzt auf den SVR die Frage zu, ob dann eine solche Privatisierung der Gesundheitsausgaben nicht die von ihm beschworene »Wachstumsdynamik« im Gesundheitswesen gefährden würde. Schließlich kann man doch mit einigen Recht annehmen, daß die Leute mit einer Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen etwas zurückhaltender werden; dies ist ja auch beabsichtigt. Doch da hat der SVR keine Sorgen: »Nach allen Erfahrungen nimmt mit steigendem Wohlstand der Anteil an Gesundheitsleistungen am Warenkorb zu, den die Menschen wünschen. Dies läßt sich an

vielen Indizien erkennen. So wird beispielsweise über den Leistungsbereich der Krankenkassen hinaus viel Geld für Vitamine, Stärkungsmittel, Gesundheitsdräte u.ä. Waren ausgegeben, die in Apotheken, Drogerien und Reformhäusern angeboten werden« (S. 301). Die Anbieter von Gesundheitsleistungen müssen ihre Phantasie halt nur ein wenig anstrengen, um ein Angebot bereitzustellen, für das die Menschen bereit sind zu zahlen. In der Tat sind ja die USA ein Beispiel dafür, daß sich mit einem privatisierten Gesundheitswesen glänzende Geschäfte machen lassen. Ärzte, Apotheker, Pharmaindustrie und Krankenhäuser müssen sich zwar in ihrer Angebotspalette umstellen, ein genereller Rückgang des Wachstums im Gesundheitswesen ist aber nach Auffassung des SVR bei privater Finanzierung nicht zu erwarten.

Im Gegenteil: für anlaufesuchendes Kapital eröffnen sich völlig neue Möglichkeiten: »Wie für andere hochtechnisierte Bereiche wird ein Markt für Gesundheitsinformationen mit Tests für Medikamente, Ärzte und Krankenhäuser entstehen, der dem interessierten Patienten wenigstens eine gewisse Übersicht vermittelt und ihm damit die anstehenden Entscheidungen erleichtert« (S. 315). Die Wachstumsinteressen des medizinisch-industriellen Komplexes werden durch eine Privatisierung des Gesundheitswesens nach Ansicht des SVR also eher gefördert, ohne das sich dies – wie im GKV-System – in höheren Lohnkosten niederschlagen muß. Die Gesundheitsausgaben geraten dadurch zwar, im Gegensatz zum jetzigen System, in Konkurrenz zu den Konsumausgaben, da sie aus dem individuellen Haushaltsbudget bestriitten werden müssen. Eine solche Verlagerung zu Lasten der herkömmlichen Konsumausgaben kann der SVR als Sachwalter der deutschen Industrie jedoch einigermaßen gelassen hinnehmen. Ein Nachfragerückgang ist dadurch für die exportorientierte und vor allem im Investitionsgüterbereich engagierte deutsche Industrie nicht zu befürchten.

Das Modell des SVR ist, wie gesagt, in sich stimmt. Es vereinigt aufs vorzüglichste die Geschäftsinteressen der Anbieter von medizinischen Leistungen mit dem Interesse der gesamten Wirtschaft an möglichst niedrigen Lohnkosten. Harmonisiert werden also die Interessen der Wirtschaft. Schrille Töne tauchen erst auf, wenn man sich fragt, welche Rolle denn die Patienten im Modell des SVR spielen. Sie tauchen als Nachfrager von Gesundheitsleistungen auf, die vom SVR als das angesehen werden, was Ökonomen als »superiore Güter« zu bezeichnen pflegen. Die Nachfrage nach diesen höherwertigen Gütern nimmt gewöhnlich mit dem Einkommen zu: »Wenn die Menschen eine bessere Versorgung mit bestimmten Gütern wollen, sind sie auch bereit, mehr von ihrem Einkommen dafür auszugeben« (S. 297). Werden diese superiore Güter per Umlage finanziert, entsteht nach ländlicher Ökonomenphantasie die Rationalitätenfalle: jedermann versucht, soviel wie möglich zu ergattern, um nicht derjenige zu sein, der weniger aus dem gemeinsamen Topf erhält, als er eingezahlt hat. Dadurch wird mehr nachgefragt, als eigentlich gebraucht wird.

Die Annahme erscheint plausibel, daß diese Falle um so größer wird, je »höherwertiger« das zu verteilende Gut ist. Mit Abhandlungen über dieses Theorem lassen sich ganze Bibliothekenabteilungen füllen. Das ändert allerdings nichts daran, daß der empirische Beleg für die Relevanz dieser Verhaltensweise bei Patienten im Gesundheitswesen noch aussteht. Nicht von ungefähr pflegen Gesundheitsökonomien ihre entsprechenden Thesen mit Beispielen aus anderen Bereichen mit: gemeinschaftlicher Finanzierung zu illustrieren; beliebt sind u.a. Betriebsausflüsse oder Kfz-Kaskoversicherungen. In dem Gesundheitsdienste faktisch in die Reihe höherwertiger Konsumgüter eingereiht werden, wird dem Patienten zweierlei unterstellt:

1. Die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen

ist ein Genuß, von dem man gar nicht genug bekommen kann. Dieser Annahme kann bereits mit dem kurzen Hinweis auf die zweifelhaften Freuden eines Zahnarztbesuches, das nervende Herumsitzen in Wartezimmern oder gar den reichlich herben Genuß eines Krankenhausaufenthalts als unseriös verworfen werden. Wer befürchtet schon, von einer Leistung nicht genug zu bekommen, die überflüssig und obendrein noch lästig ist?

2. Die Patienten haben in der Regel die Möglichkeit, Art, Zeitpunkt und Umfang der in Anspruch genommenen Leistungen selbst zu bestimmen. Dieser Annahme stehen die geballten Erkenntnisse der Sozialmedizin und Medizinsoziologie allerdings entgegen.

Die Sozialmedizin kann hinreichend belegen, daß Krankheit keine Angelegenheit individueller Wahlfreiheit ist, sondern eine Menge mit Umwelteinflüssen und genetischen Konstellationen zu tun hat, die der Einzelne nicht oder nur bedingt beeinflussen kann. Die Chancen, gesund zu bleiben und die Risiken krank zu werden, sind aus biologischen und sozialen Gründen sehr ungleich verteilt. Alle vorhandenen Morbiditäts- und Mortalitätsdaten zeigen, daß ein enger Zusammenhang zwischen sozialer Schicht und Lebenserwartung bzw. Krankheitsrisiko besteht. Nicht umsonst führen daher z.B. amerikanische Versicherungsunternehmen berufs epidemiologische Untersuchungen durch, deren Ergebnis Eingang in die Prämienkalkulation finden. Zweifelsohne besteht ein Zusammenhang zwischen individuellem Lebensstil und dem Gesundheitszustand. Aber auch hier kann man nicht alles über einen Kammm scheren. Die verschiedenen Risikofaktoren haben je nach betroffener Person unterschiedliche Auswirkungen. Churchill z.B. war ein wandernder Risikofaktor. Er hatte starkes Übergewicht, rauchte schwere Zigarren, verachtete in seinen besten Tagen bis zu zwei Flaschen Cognac pro Tag und war ein erklärter Gegner sportlicher

Aktivitäten; er wurde bekanntlich 91 Jahre alt. Für die Behauptung, eine gesundheitsgerechte Lebensweise lohne sich, hätte er vermutlich nur ein abschätziges Lächeln übrig gehabt. Und ein Stahlarbeiter, der nach 30 Jahren Comit-Schicht in die Frührenten geht, dürfte die Vorhaltung, er hätte halt gesünder leben müssen, auch nicht so recht nachvollziehen können.

Mit seiner Vorstellung, die Patienten könnten durch Einholen von Informationen den Umfang der benötigten medizinischen Leistungen selbst abschätzen und dann ihre Arztwahl treffen bzw. den Zeitpunkt der Inanspruchnahme der Leistungen bestimmen, verläßt der SVR endgültig die Grenzen der Realität. Eine solche Verhaltensweise ist sicherlich bei einer bevorstehenden Geburt möglich und wohl auch üblich. Aber dabei handelt es sich auch um ein vorhersehbares Ereignis. Leider sind wir aber noch nicht soweit, um unsere jährliche Grippe nach Plan nehmen zu können. Auch pflegen sich Herzattacken, Autounfälle und Zahnschmerzen nicht so rechtzeitig anzukündigen, daß man sich mit einem kurzen Blick in die – nach Prophetezeit des SVR bei einem privaten Gesundheitswesen wie Pilze aus dem Boden schießenden – Testzeitschriften über die Ärzte und Krankenhäuser informieren kann, die einen gut und billig behandeln.

Gleichfalls von wenig empirischer Sachkenntnis getröst ist die Behauptung des Sachverständigenrats, ein erheblicher Teil der Aufwendungen der GKV entfalle auf Bagatellkrankheiten, deren Behandlung nicht unbedingt erforderlich sei (S. 305). Jeder Sachbearbeiter der Leistungsabteilung der AOK weiß das besser. Die Behandlungskosten für Kurzleiterkrankungen, die der SVR ja wohl im Auge hat, beanspruchen einen vergleichsweise geringen Teil der Leistungsausgaben einer Krankenkasse. Auswertungen von Krankenkassendaten haben ergeben, daß die Hälfte der Behandlungsausgaben von nur einem relativ geringen Teil der Versicherten verur-

sacht wird (circa 7 bis 8 Prozent); die Gruppe der Langzeit-Kranken (mehr als 6 Wochen). Bei dieser Gruppe dürften wohl kaum Zweifel darüber auftauchen, ob eine medizinische Behandlung notwendig ist. Fraglich ist allenfalls die Art der Therapie, die in der Verantwortung der Ärzte liegt.

Das gesundheitspolitische Konzept des SVR bezieht seine nicht zu leugnende Stringenz aus seiner entscheidenden Einseitigkeit, die in der Unterstellung besteht, das Ausgabenvolumen im Gesundheitswesen sei im Prinzip abhängig vom Patientenverhalten. Die daraus resultierende Empfehlung, die Gesundheitsausgaben in erster Linie über das Nachfrageverhalten durch Selbstbehalt, Kostenerstattung und andere (privat-)versicherungswirtschaftliche Mechanismen zu steuern, geht dabei nicht nur an den wirklichen Problemen im Gesundheitswesen vorbei; sie ist für den interessierten Ökonomen aus einem anderen Grund erstaunlich. Der SVR will den Hebel auf der Nachfrageseite angesetzt wissen, wo er sich doch in seiner Mehrheit aus sogenannten »angebotsorientierten« Ökonomen zusammensetzt, die der Auffassung sind, daß letztendlich Quantität und Qualität des Angebots über die Nachfrage entscheiden. In der Arbeitsmarktpolitik ermahnt der SVR doch alljährlich die Anbieter, d.h. die Arbeitnehmer, ihre Lohnforderungen nicht so hoch zu schrauben, weil das die »Wachstumsdynamik« gefährde. Im Gesundheitswesen wird nun auf einmal die Nachfrageseite – d.h. der Patient – aufgefordert, sein Verhalten zu ändern. Die Anbieter – Ärzte und Pharma-industrie – können da gar nicht genug verdienen; das ist schließlich »Wachstumsdynamik«, die man nicht durch noch so »strukturierte Budgetierungen« behindern darf. Daß es sich in beiden Fällen um dieselbe Personengruppe, nämlich die Arbeitnehmer, handelt, der die Verantwortung zugeschoben wird – ein Schelm, wer Böses drüber denkt! □

Der folgende Text ist Auszug aus dem Jahresgutachten 1985/86 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung.

Das System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist erneut in die politische Diskussion geraten. Anlaß waren auch diesmal beträchtliche Ausgabensteigerungen in diesem Zweig der sozialen Sicherung; sie führten dazu, daß zahlreiche Kassen ihre Beitragssätze erhöht haben und weitere Kassen in gleicher Weise reagieren müssen. Er staunt deshalb nicht, daß die politisch Verantwortlichen gewillt sind, die »Beitragsstabilität« zu sichern; und man mag es begreiflich finden, daß versucht wird, dies über eine administrative Ausgabenbegrenzung zu erreichen.

Dennoch ist es irrig anzunehmen, das Problem sei auf Dauer durch eine administrative Begrenzung des Ausgabenanstiegs angemessen zu lösen. Woher weiß man denn, daß eine Versorgung mit Gesundheitsleistungen gerade dann richtig ist, wenn die Ausgaben dafür einen gleichbleibenden Teil der Einkommen ausmachen? Wenn die Menschen eine bessere Versorgung mit bestimmten Gütern wollen, sind sie auch bereit, mehr von ihrem Einkommen dafür herzugeben; steigende Ausgaben für diese Güter sind dann nur Reflex des Wunsches nach einer besseren Versorgung. Viel spricht dafür, daß dies bei Gesundheitsleistungen so ist. Das Gesundheitswesen ist ein Wachstumssektor; die Palette der angebotenen diagnostischen und therapeutischen Mittel erweitert sich ständig, und die besseren Möglichkeiten der medizinischen Versorgung werden von den meisten Bürgern gerne genutzt. Viel spricht allerdings auch dafür, daß sich Anbieter und Nachfrager von Gesundheitsleistungen unwirtschaftlich verhalten; denn ihr Interesse, kostengünstig anzubieten und preisbewußt nachzufragen, aber auch die Möglichkeiten dazu sind durch zahlreiche institutionelle Regelungen verhindert, ja teilweise sogar beseitigt. Eine administrative Begrenzung des Ausgabenanstiegs trifft, wenn sie wirksam wird, die Wachstumsdynamik – was unerwünscht ist; sie ist aber grundsätzlich nicht geeignet, unwirtschaftliches Verhalten und die damit verbundenen Fehlsteuerungen der Produktion zu beseitigen – was erwünscht wäre.

Will man die Ausgaben für Gesundheitsleistungen danach bemessen, was die Bürger für ihre medizinische Versorgung zu zahlen bereit sind, will man zugleich er-

Gesundheitspolitik: Wege zu einer Reform

reichen, daß diese Versorgung möglichst kostengünstig erfolgt, dann darf man nicht an Symptomen kurieren, sondern muß an Ursachen ansetzen.

Ausgabenbegrenzung im Konflikt mit der Wachstumsdynamik

In einer hoch entwickelten Industriegesellschaft ist das Wirtschaftswachstum verbunden mit und abhängig von der überproportionalen Entwicklung verschiedener Dienstleistungsbereiche. Zu diesen Bereichen zählt auch das Gesundheitswesen. Nach allen Erfahrungen nimmt mit steigendem Wohlstand der Anteil der Gesundheitsleistungen an dem »Warenkorb« zu, den die Menschen wünschen. Das läßt sich an vielen Indizien erkennen. So wird beispielsweise über den Leistungsbereich der Krankenkassen hinaus viel Geld für Vitamine, Stärkungsmittel, Gesundheitsdrähte und ähnliche Waren ausgegeben, die in Apotheken, Drogerien und Reformhäusern angeboten werden. Nicht anders liegt es beim Zubehör für gesundheitsfördernde – oder jedenfalls für gesundheitsförderlich gehaltene – Betätigungen. Schließlich werden Massagen, Kuren, und dergleichen nicht selten vom Bürger selbst bezahlt. Besonderes Wert ist endlich der Zulauf, den die von dem Patienten selbst zu entlohnenden Heilpraktiker finden, deren Anzahl sich in den Jahren 1970 bis 1983 von 2 700 auf 8 400 erhöht hat.

Das Gesundheitswesen ist ein Wachstumssektor. Es ist zudem ein Bereich, in dem arbeitsintensiv produziert wird und der deshalb immer mehr Menschen Chancen der Beschäftigung bietet. Im Jahre 1980 waren nach Schätzungen des Wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkassen (WIdO) mehr als zwei Millionen Bürger im Gesundheitswesen – einschließlich der Verwaltung, Vermittlung, Versicherung sowie der Produktion von Vorleistungen – tätig, davon mehr als drei Viertel Millionen im stationären Bereich; der Personalbestand dieses Bereichs; der Personalbestand dieses Bereichs ist allein in den Jahren 1977 bis 1980 um mehr als 60 000 Personen (9 v.H.) gestiegen. Die Anzahl der Personen, die in den eigentlichen Gesundheitsdienstberufen beschäftigt sind, nahm in den Jahren 1977 bis 1980 um etwa 100 000 auf eine Million Personen zu; im Jahre 1984 übten bereits rund 1,2 Millionen Menschen einen solchen Beruf aus.

Die medizinischen Berufe haben sich zunehmend spezialisiert, nicht nur bei den Ärzten, sondern auch beim Pflegepersonal. In kurzer Zeit sind völlig neue Berufe entstanden, etwa Nuklearmediziner, Intensivmediziner, Hygieneschwester. In einem immer größer werdenden Umfang haben auch Naturwissenschaftler und Psychologen Betätigungsfelder im medizinischen Bereich gefunden. Eine weitere Entwicklung in dieser Richtung ist vorgezeichnet.

Die Wachstumsdynamik im Gesundheitswesen äußert sich auf der Angebotsseite in Therapie, Diagnose und Forschung.

Bei den Fortschritten der modernen Medizin ist nicht nur und vielleicht nicht einmal in erster Linie an die lebensverlängernden Maßnahmen zu denken. Durch Heilung und Rehabilitation kann die Lebensqualität gesteigert werden.

Diese und ähnliche Eingriffe gehören heute zum Routinenprogramm vieler Krankenhäuser, und die Breitenwirkung derartiger Hilfen, die einer ständig wachsenden Anzahl von Menschen zuteil werden können, hat zweifellos die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen der letzten Jahrzehnte mitbestimmt.

Schließlich ist es heute möglich geworden, Leiden zu lindern, gegen die es früher keine Hilfe gab. Das ist im wesentlichen der Entwicklung neuer Analgetika und Narkotika zu verdanken. Auch diese Hilfen sind teuer.

Die medizinische und die pharmazeutische Forschung werden in den kommenden Jahren die lebenserhaltenden, heilenden und leidenslindenden Hilfen weiter entwickeln. Allerdings: Die zusätzlichen Kosten der Forschung wie die der Anwendung im medizinischen Alltag werden steigen, die zusätzlichen Nutzen dagegen tendenziell fallen. Es gibt aber auch kostensparende Fortschritte. Beispielsweise erlaubt es die diagnostischen Innovationen – insbesondere bei Sonographie und Endoskopie – heute häufig, die Operationsindikation exakter zu stellen und so mitunter auf einen operativen Eingriff zu verzichten, der früher durchgeführt worden wäre. Insgesamt wird der weitere medizinische Fortschritt auf absehbare Zeit einen zur Einkommensentwicklung überproportionalen Zuwachs an Aufwendungen auslösen.

Lebenslagen und Gesundheit Hilfen durch Soziale Arbeit

Herausgegeben von Hubert Oppl und
Hartmut Weber-Falkensammer



GESUNDHEIT

Der Organismus ist mehr als eine Körpermaschine, Gesundheit ist mehr als nur die Abwesenheit von Krankheit.

KRANKHEIT

Erst Krankheit — so war es bisher — machte ärztliches Handeln erforderlich, und ärztliches Handeln brauchte die Krankheit.

LEBENSLAGEN

Gesundheit und Krankheit sind eingebettet in Lebenslagen, deshalb muß Rehabilitation mehr sein als nur die Reparatur von — organischen — Teifunktionen. Wir können nur mit der Umwelt und nicht gegen sie leben.

GESUNDHEITSWESEN

Das Gesundheitswesen muß deshalb ganzheitlich und lebenslagenorientiert arbeiten. Dies erkennen immer mehr Theoretiker, Praktiker und Selbsthilfegruppen und wollen danach handeln.

METHODISCHES GRUNDPRINZIP

Der ganzheitliche Ansatz ist Grundlage für Soziale Arbeit. Es ist an der Zeit, diesen interdisziplinär zur verwirklichen. Mit Hilfe dieser drei Bände gelingen Ihnen die ersten Schritte.

Diesterweg
Sozial

Die drei Bände und ihre Themen



Band 1: Soziale Arbeit im Gesundheitswesen

Internationaler Vergleich – Organisation – Perspektiven

Teil I: Gesundheitssysteme und Sozialarbeit

Umriss einer lebenslagenorientierten Gesundheitsarbeit
Analysen und Prognosen zur Entwicklung des Gesundheitssystems in der Bundesrepublik Deutschland
Sozialarbeit in Gesundheitssystemen: Ein internationaler Vergleich

Teil II: Gesundheitsversorgung in den USA an Beispielen

Sozialarbeit und Gesundheitsversorgung
in ländlichen Bereichen in den USA
Kommunale Psychiatrische Dienste in den USA heute
Mental-Health-Dienste in den USA am Beispiel
des Oswego-County Mental-Health Zentrums, New York
Der Patient als Konsument im Gesundheitssystem der USA

Teil III: Lebenslage und Gesundheit

Lebenslage als Leitbegriff. Eine konzeptionelle Erörterung
Prävention und Sozialarbeit und Gesundheitserziehung —
Gesundheitsberatung — Gesundheitserhaltung
Ganzheitliche Versorgung und Behandlung — Fallbeispiel
Selbsthilfegruppen als ambulante Betreuungsmöglichkeiten
Initiierung und Arbeit mit Selbsthilfegruppen
Bewältigungsstrategien in belastenden Lebenslagen

Teil IV: Zusammenarbeit im ambulanten und stationären Bereich

Gesundheitsbezogene ambulante Dienste
Häusliche Krankenpflege — Alternative zur stationären Pflege
Niedergelassener Arzt und Sozialarbeit
Zusammenarbeit zwischen Ärzten und SozialarbeiterInnen
in einer Gruppenpraxis
Sozialdienste in Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung

Teil V: Sozialarbeit in der psychiatrischen Versorgung

Vor- und Nachsorge für psychisch Kranke
Tages- und Nachtkliniken als Teil einer gemeindenahen
Versorgung psychisch Kranke und Behindter
Sozialarbeit und klinische Psychiatrie
Gerontopsychiatrie in der stationären Altenhilfe

Teil VI: Perspektiven der Ausbildung

Aufbauausbildungen im Gesundheitswesen
Aufbaustudium Sozialarbeit im Gesundheitswesen

Band 2: Gesundheitswesen und Recht

Praxishilfen für den Sozialarbeiter

Die Rechtsstellung des Sozialarbeiters im Gesundheitswesen
Beratungsrecht. Konzeption und Didaktik der Sozialberatung als Rechtsproblem
Die Angebotsstruktur der gesetzlichen Rentenversicherung im Bereich des Gesundheitswesens
Grundzüge der Rehabilitation in der Bundesrepublik Deutschland
Berufliche Rehabilitation
Die Sozialhilfe
Die freien Träger im Gesundheitswesen

Band 3: »Ganzheitliche« Arbeit im Gesundheitswesen

Ansätze – Aufgaben – Rahmenbedingungen

Teil I: Praxisprobleme der Sozialarbeit im Gesundheitswesen in Beispielen
Der »ganzheitliche« Ansatz in der Sozialarbeit — Probleme und Perspektiven (Zur Einleitung)
Integrationsprobleme von Sozialarbeit im Feld der Gesundheitsberufe
Sozialarbeit im Gesundheitssystem der USA
Probleme und Hürden des Praxisalltags im Sozialdienst am Krankenhaus
Was tun, wenn's »brennt«? — Eine Orientierungshilfe für die »burnout«-Diskussion
Sozialdienst bei Krankenkassen

Teil II: Grundfragen beruflichen Handelns

Ethik in der Sozialarbeit
Der Sozialarbeiter als Mitarbeiter / Vorgesetzter
Teamarbeit in der Sozialarbeit
Praxisanleitung im Arbeitsfeld
Berufsbeginn und Praxischock

Teil III: Grundlagen methodischen Arbeitens

Formen der Beratung und Gesprächsführung
Das »asoziale« Beraterverhalten.
Hilfe durch Intervention gegen »falsche Sicherheiten«
Probleme der Beobachtung in ihren Auswirkungen auf psychosoziale Diagnose und Handlungsprozeß
Möglichkeiten des Sozialtherapeutischen Rollenspiels im Bereich des Gesundheitswesens

Teil IV: Evaluation und Supervision

Möglichkeiten und Formen der Erfolgskontrolle
Supervision als Bedingung für Fachlichkeit und Handlungsfähigkeit von SozialarbeiterInnen
Supervision als Teil des betrieblichen Bildungswesens
Selbsthilfegruppen und Sozialarbeiter

Die Autoren

Walter H. Asam, Diplom-Ökonom, Vorstand des Instituts für Kommunale Sozialforschung und Sozialpolitik (IKOS) in Saarbrücken.

Dr. jur. Joachim Auer, Professor, Rektor der Fachhochschule für Sozialwesen Mannheim.

Michael J. Austin, Ph.D., Professor of Management, School of Social Work, University of Washington, Seattle/Washington.

Dr. Barbara Berkman, Professor und Direktor des Social Work in Health Care Program, Massachusetts General Hospital, Boston/Mass.

Dr. med. Horst R. Bourmer, Honorarprofessor an der Fachhochschule Rheinland-Pfalz für Sozialmedizin, Präsident der Ärztekammer Nordrhein, Vorsitzender des Hartmannbundes – Verband der Ärzte Deutschlands e.V., Präsident der Bundesvereinigung Deutscher Ärzteverbände.

Ute Braun, Krankenschwester und Diplom-Soziologin, Mitarbeiterin an der Hans-Weinberger-Akademie im Fortbildungsbereich.

Maria Regina Eicher, Diplom-Sozialpädagogin (FH), lehrt an der Kath. Stiftungsfachhochschule München, Abteilung Benediktbeuern, im Bereich Praxisorientierte Ausbildung.

Hans Flierl, Diakon, Diplom-Verwaltungswirt (FH), Leiter der Außenstelle des Diakonischen Werkes Bayern in München.

Dr. Andreas Geiger, Diplom-Sozialwirt, Stellvertretender Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der Ärzte Deutschlands (WIAD) e. V. in Bonn.

Lydia Hacker, Diplom-Sozialpädagogin (FH), seit 1980 bei der AOK-Sozialberatungsstelle Bayreuth-Kulmbach beschäftigt.

Ulrich Hummer, Professor an der Fachhochschule Hildesheim/Holzminden, FB Sozialwesen, Lehrgebiet Verwaltungs-, Arbeits- und Sozialrecht.

Michael Heck, Diplom-Soziologe, Lehrbeauftragter an der Universität des Saarlandes. Vorstand des Instituts für Kommunale Sozialforschung und Sozialpolitik (IKOS) in Saarbrücken.

Ute Hoffmann, Diplom-Soziologin, im Sonderforschungsbereich 101 der Universität München tätig.

Merl C. Hokenstad, Ph.D., Professor an der Case Western Reserve University, Cleveland/Ohio.

Hubert Jall, Diplom-Pädagoge, Diplom-Sozialpädagog (FH), lehrt an der Kath. Stiftungsfachhochschule München, Abteilung Benediktbeuern, Theorie und Methoden der Sozialarbeit/Sozialpädagogik.

Dr. Heinz Jaschke, Mitglied der Abteilung Gesundheitspolitik der PROGNOS AG Basel/Köln in Köln.

Michael Jung, Diplomkaufmann, Lehrbeauftragter für Sozialversicherung am FB Versicherungswesen der Fachhochschule Köln.

Dr. Otto Kähne, Diplomkaufmann, Diplom-Handelslehrer, Professor an der Fachhochschule der Stiftung Rehabilitation, FB Sozialarbeit, in Heidelberg.

Peter A. Keller, Ph.D., Professor an der Mansfield University, USA.

Eike Kemper, Diplom-Sozialarbeiter (FH), Supervisor, Abteilungsleiter Sozialdienst im Berufsförderungswerk Heidelberg, Dozent an der Fachhochschule der Stiftung Rehabilitation, FB Sozialarbeit, in Heidelberg.

Dr. Ursula Koch, Diplom-Soziologin, Professor an der Fachhochschule Ostfriesland in Emden im Fachbereich Sozialwesen.

Dr. med. Johannes Korporal, Professor für Soziale Medizin an der Fachhochschule für Sozialarbeit und Sozialpädagogik Berlin.

Heinz G. Kraus, Diplom-Sozialpädagog (FH), Beratungsstelle für soziale Gesundheitsfragen Hückelriede e.V. bis 1985.

Dr. rer.-pol. Volker Leienbach, Diplomkaufmann, Geschäftsführer der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. in Köln.

Das Angebot



BESTELLKARTE

Hiermit bestelle ich aus dem Verlag Moritz Diesterweg über die Buchhandlung

folgende Titel (bitte ankreuzen)

- Lebenslagen und Gesundheit – Hilfen durch Soziale Arbeit**
Herausgegeben von Hubert Oppl und Hartmut Weber-Falkensammer
- Band 1: Soziale Arbeit im Gesundheitswesen**
Internationaler Vergleich, Organisation, Perspektiven.
Ca. 340 S., broschiert DM 38,— ISBN 3-425-07971-9
- Band 2: Gesundheitswesen und Recht**
Praxishilfen für den Sozialarbeiter.
240 S., broschiert DM 34,— ISBN 3-425-07972-7
- Band 3: »Ganzheitliche« Arbeit im Gesundheitswesen**
Ansätze – Aufgaben – Rahmenbedingungen.
332 S., broschiert DM 38,— ISBN 3-425-07973-5
- Band 1 – 3 zusammen zum Vorzugspreis DM 89,—**
ISBN 3-425-97970-1

- Umwelt – Lebenswelt**
Beiträge zu Theorie und Praxis ökosozialer Arbeit.
Von Albert Mühlum, Gerhard Olschowy, Hubert Oppl und
Wolf Rainer Wendt.
Ca. 240 S., broschiert ca. DM 38,— ISBN 3-425-07897-6

Datum: _____ Unterschrift: _____
Die angegebenen Preise verstehen sich ggf. zuzüglich Versandkosten und Nachnahmegebühren • Stand: 1.5.1986 • Änderungen vorbehalten
Absender auf der Rückseite bitte nicht vergessen! ►

Vorankündigung

Albert Mühlum, Gerhard Olschowy, Hubert Oppl
und Wolf Rainer Wendt

Umwelt – Lebenswelt

Beiträge zu Theorie und Praxis ökosozialer Arbeit.

Ca. 240 S., brosch., ca. DM 36,—

ISBN 3-425-07897-6

Sozialarbeit befaßte sich auch bisher schon mit dem Befinden von Menschen in deren ganzem Milieu, ihrer Gefährdung unter schlechten Einflüssen und belastenden Umständen.

Neuerdings jedoch beginnt man, die *ökosoziale* Situation theoretisch zu bewältigen und in Entwürfen praktischen methodischen Vorgehens zu berücksichtigen. Man erkennt heute, daß die Pflege der Natur uns alle angeht, daß sie Verhaltensänderung und eine ökologische Modernisierung von Wirtschaft und Gesellschaft verlangt. Die sozialen Probleme und ihre Bewältigung sind eine zentrale Angelegenheit, die den *Haushalt des Zusammenlebens aller* betrifft. Im sozialen Bereich sind nicht ökonomische und administrative Steuerungen gefragt, wenn es um die ökologische Frage geht, sondern *haushälterische Umgangsweisen mit unseren Bedürfnissen* und Wünschen sowie ihre Folgen im Verhalten.

Damit ist der Bezugsrahmen genannt, in dem die Autoren darstellen, was zum Thema Umwelt und Lebenswelt des Menschen gegenwärtig für die Sozialarbeit bedeutsam zu sein scheint.

Die Autoren

(Fortsetzung)

Horst Lütke, Diplom-Sozialpädagoge, Leitender Pädagoge in der Abteilung für Psychiatrie-Psychotherapie am St. Vinzenz Hospital, Rhede.

John M. Maressa B.A., Ph.D., promoviert an der Ludwig-Maximilians-Universität München; Kultur-Anthropologe, Ethnologe; Soziologie und Amerikastudien; 1973–1974 Mental Health Therapy Assistant.

Hans Michael Miller, Sozialarbeiter (grad.), Diplom-Psychologe, Leiter der Kath. Fachakademie für Sozialpädagogik in München.

Dr. Albert Mühlum, Professor an der Fachhochschule der Stiftung Rehabilitation in Heidelberg.

Dennis J. Murray, Ph. D., Professor an der Mansfield University, USA.

Dr. jur. *Albin Nees*, Ministerialrat, Leiter des Sozialhilferats im Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Lehrbeauftragter für Sozial- und Verwaltungsrecht.

Dr. Hubert Oppl, Sozialarbeiter (grad.), Professor an der Kath. Stiftungsfachhochschule München, Abteilung Benediktbeuern, für die Fächer Pädagogik, Theorien und Methoden der Sozialarbeit/Sozialpädagogik.

Dr. Marianne Oppl, M. A., Sozialarbeiter (grad.), Lehrtätigkeit an einer Fachschule für Altenpflege und einer Fachoberschule.

Karlheinz Ortmann, Sozialpädagoge, Institut für Soziale Medizin der Freien Universität Berlin.

Josef Ramsteiner, Diplom-Sozialpädagoge (FH); als Erziehungsleiter tätig in einem Kinderdorf.

Helen Rehr, D. S. W., The Mount Sinai Medical Center, New York.

Roger Alan Ritvo, Ph. D., Director Graduate Program in Health Administration, Cleveland/Ohio.

Dr. Rudolf Schmid, Diplom-Psychologe, Privatdozent, Mitglied der Abteilung Gesundheitspolitik der PROGNOS AG Basel / Köln in Köln.

Ernst H. Schmidt, Diplom-Soziologe, Mitglied der Abteilung Gesundheitspolitik der PROGNOS AG Basel / Köln in Köln.

Melitta Schneider, Diplom-Psychologin, Mitarbeiterin des Instituts für Kommunale Sozialforschung und Sozialpolitik (IKOS) in Saarbrücken.

Dr. Arnold Schwendtke, Diplom-Soziologe, Sozialarbeiter, Professor an der Fachhochschule Rheinland-Pfalz, Koblenz, und an der Ruhr-Universität Bochum, Sektion Soziologie.

Raimund Seidensticker, Diplom-Sozialpädagoge (FH), Mitarbeiter der Arbeitsgemeinschaft für sozialmedizinische Forschung und Beratung gem. e. V. — Sozialmedizinische Beratungsstelle Benediktbeuern. 1985 tödlich verunglückt.

Frank Seydel, Sozialpädagoge, Tätigkeit in einer therapeutischen Gemeinschaft für Drogenabhängige bei München. Zuvor Arbeit in einer therapeutischen Gemeinschaft für Drogenabhängige in Berkeley / Kalifornien.

Cornelia Staub, Diplom-Sozialarbeiterin, Diplom-Sozialpädagogin, tätig an der Fachhochschule Braunschweig-Wolfenbüttel.

Dr. Adelheid Stein, Diplom-Psychologin, Sozialarbeiter (grad.), Professor an der Kath. Stiftungsfachhochschule München für die Fächer Psychologie, Sonder- und Heilpädagogik.

Dr. Salome Strasser, Arme Schulschwester v. U. L. Fr. in München, Diplom-Sozialpädagogin (FH), Diplom-Soziologin, lehrt an der Philosophisch-Theologischen Hochschule der Salesianer Don-Boscos in Benediktbeuern Religionssoziologie, Pastoralsoziologie.

Dr. Wilhelmine Stürmer, Leiterin der Abteilung Gesundheitspolitik in Köln und Mitglied der Geschäftsleitung der PROGNOS AG Basel / Köln.

Margareta Vökl-Maciejczyk, Sozialarbeiter (grad.), Diplom-Pädagogin, seit 1981 Lehrkraft für besondere Aufgaben an der Kath. Stiftungsfachhochschule für Sozialwesen München und am Institut für Fortbildung von Fachkräften der sozialen Arbeit.

Dr. Hartmut Weher-Falkensammer, Arzt/Sozialmedizin, Professor für Sozialmedizin an der Universität Hamburg, Wissenschaftlicher Leiter des Forschungsinstitutes Arbeitsgemeinschaft für sozialmedizinische Forschung und Beratung gem. e. V. in Benediktbeuern und Rosenheim.

Dr. Wolf Rainer Wendt, Professor, Leiter des Ausbildungsbereiches Sozialwesen der Berufsakademie Stuttgart.

Antwort

Verlag
Moritz Diesterweg
Postfach 110651

D-6000 Frankfurt 1

092765

Absender (bitte deutliche Blockschrift)

Name _____
Position _____
Straße _____
PLZ, Ort _____

LL 86

Bitte
Postkarten-
Porto

Die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen ist in wechselseitigem Zusammenhang mit den diagnostischen und therapeutischen Fortschritten deutlich gestiegen. Mit wachsendem Wohlstand nimmt die Präferenz für Leistungen des Gesundheitswesens zu. Vor allem darf nicht übersehen werden, daß mit der Erweiterung der Angebotspalette Wünsche befriedigt werden können, die vorher nur latent vorhanden waren. Der Traum, ewig gesund zu bleiben, läßt sich mit fast jeder medizinischen oder pharmazeutischen Neuerung in einem bestimmten kleinen Bereich und für einen begrenzten Zeitraum ein wenig verwirklichen.

Mit den Fortschritten der modernen Medizin hat sich das Spektrum der feststellbaren und behandelbaren Krankheiten und im Gefolge auch das Krankheitsspektrum wesentlich verschoben. Hinzu kommt, daß die Menschen heute im allgemeinen weit besser informiert sind, als es ihre Vorfahren waren. Sie verlangen eine umfassende Unterichtung über die Diagnose, Möglichkeiten der Therapie und deren Risiken; auch die Beratung durch den Arzt ist damit aufwendiger geworden. Manche auf den ersten Blick überzogen erscheinende diagnostische Maßnahme ist durch die moderne Rechtsentwicklung legitimiert.

Besonders bedeutsam ist die gestiegene Lebenserwartung der Bevölkerung. Sie hat das Spektrum der Gesundheitsleistungen geändert und den Bedarf insgesamt nicht unerheblich erhöht – eine Entwicklung, die nicht zuletzt auf die Fortschritte der Medizin zurückzuführen ist.

Ein erheblicher Teil des Kostenanstiegs im Gesundheitswesen ist diesem Umstand zuzuschreiben. Schon heute leben in der Bundesrepublik Deutschland etwa 1,9 Millionen Menschen, die über 80 Jahre alt sind, und es ist zu erwarten, daß es bis 1990 fast 2½ Millionen sein werden. Diese Entwicklung wird Niveau und Struktur des künftigen Bedarfs an Gesundheitsleistungen wesentlich prägen.

Eine Gesundheitspolitik, die den Ausgabenzuwachs in der GKV auf den Einkommenszuwachs der Versicherten begrenzen will, mag wichtige und richtige Motive haben: zum einen die Begrenzung der Abgabenlast für Arbeitnehmer und Arbeitgeber, zum anderen die Verminderung von unwirtschaftlichem Handeln. Sie steht jedoch, wenn sie mehr sein will als eine kurzfristige Notlösung, vor einem unlösbar Dilemma.

Wird die Ausgabenbegrenzung durchgesetzt, gerät sie in Konflikt mit der Wachstumsdynamik. Das gilt einmal hinsichtlich des Niveaus der gesundheitlichen Versorgung, denn ihr Marktwert wird im Prinzip auf einen konstanten Anteil am Sozialprodukt begrenzt. Das damit verbundene Leistungsangebot wird aller Erfahrung nach den Wünschen der Bürger nicht gerecht. Das gilt zum anderen hinsichtlich der Struktur des Leistungsangebots, denn eine Politik der globalen Ausgabenbegrenzung muß, wenn sie wirksam sein soll, bis zu den Entscheidungen der einzelnen Anbieter durchgreifen. Beispielsweise muß sie sich bei der bestehenden Einzelleistungshonorierung der Ärzte bis auf Art und Umfang der abgerechneten Leistungen erstrecken. Anders ist keine Gewähr dafür gegeben, daß die abgerechneten Leistungsmengen eine Honorarsumme ergeben, die der vereinbarten Gesamtvergütung entspricht. Eine Steuerung dieser »Mengenkomponente«, etwa über Quotenregelungen, wäre dann zwar eine wirksame Ausgabenbegrenzung, aber zugleich eine Tendenz zur Erstarrung der überkommenen Leistungsstruktur, die dem steten Wandel in den Angebotsbedingungen und den Patientenwünschen nicht gerecht wird. Eine wirksame Politik der Ausgabenbegrenzung trifft also das, was sie nicht treffen will – die Fehlsteuerung der Produktion, also gleichsam die »unnötigen« Ausgaben, die durch unwirtschaftliches Verhalten bei Anbietern und Nachfragern entstehen.

Zur Sanierung des Gesundheitswesens

Der Ausweg aus dem Dilemma ist nur über eine Reform des Gesundheitswesens zu finden, die darauf abzielt, allen Beteiligten am Gesundheitswesen mehr Anreize und Möglichkeiten zu bieten, aus eigenem Interesse möglichst wirtschaftlich zu handeln. Als Orientierungshilfe für die Wahl der Schritte, die zu diesem Ziel hinführen, kann die Analogie zu marktwirtschaftlichen Versorgung hilfreich sein. Man überläßt es normalerweise der Entscheidung des mündigen Bürgers, ob er einen konstanten, sinkenden oder steigenden Teil seines Einkommens für bestimmte Güter und Dienstleistungen ausgeben will; die Ausrichtung der Produktion auf den vom Konsumenten geäußerten Bedarf überläßt man dem Wettbewerb der Anbieter oder, allgemeiner gesprochen, dem

»Markt«. Wie vielfältige Erfahrungen lehren, kann man darauf vertrauen, daß diese dezentrale Steuerung weit besser zu einer bedarfsgerechten und kostengünstigen Versorgung der Verbraucher führt als zentrale Steuerungen. Die dezentrale Steuerung fußt auf marktwirtschaftlichen Ordnungsprinzipien, zu denen der sehr einfache Grundsatz gehört, daß jeder Beteiligte für die Folgen seines Handelns einzustehen hat; gerade deshalb ist er daran interessiert, Nutzen und Kosten seines Verhaltens sorgsam abzuwägen. Sicherlich sind diese Prinzipien nicht immer in reiner Form zu verwirklichen; die Probleme auf regulierten Märkten zeigen jedoch, daß man das Ziel einer bedarfsgerechten und kostengünstigen Versorgung gerade dort besonders verfehlt, wo man die Prinzipien besonders mißachtet. Im Gesundheitswesen ist das Interesse der Beteiligten an einer sorgfältigen Abwägung der Nutzen und Kosten durch zahlreiche institutionelle Regelungen verhindert und teilweise sogar beseitigt. Die Reformdiskussion der letzten Jahre hat sich deshalb zu Recht auf die Bedingungen konzentriert, unter denen Anbieter und Nachfrager von Gesundheitsleistungen ihre Entscheidungen treffen. Diese Bedingungen sind verbessерungsbedürftig und verbeserungsfähig.

Es kann nicht Aufgabe des Sachverständigenrates sein, eine geschlossene Reformkonzeption vorzulegen. Er hält es aber für geboten, erneut auf eine Reihe von Steuerungsmängeln hinzuweisen und mögliche Reformschritte zur Diskussion zu stellen.

Was auf der Nachfrageseite des Gesundheitswesens unmittelbar ins Auge fällt, ist die Regelung in der GKV, nach der fast alle Leistungen umsonst zu haben sind, und die Finanzierung dann anonym über Zwangsbeiträge erfolgt. Das einzelne Versicherungsmitglied ist sich der Tatsache kaum bewußt, daß die Höhe seiner Beitragsschulden vom Umfang der gesamten Nachfrage der Solidargemeinschaft und damit auch vom Umfang seiner eigenen Nachfrage nach Gesundheitsleistungen abhängt.

Es entsteht eine Umlagentalität: Weil die Zahlungsverpflichtung des Versicherten nicht erkennbar und unmittelbar vom Umfang seiner eigenen Nachfrage abhängt, beansprucht er mehr Gesundheitsleistungen, als er nachfragen würde, wenn er dafür speziell zu zahlen hätte. Denn er ist jetzt nicht gezwungen, das, was ihm die Leistung voraussichtlich nützt, abzuwählen gegen das, was sie ihm kostet. Insoweit sind die Ausgaben der Versicherung höher als bei einer direkten finanziellen Beteiligung der Versicherten an den Kosten der Leistung.

Hinzu kommt, daß die Kassen für die beanspruchten Leistungen vermutlich überhöhte Preise zahlen müssen. Für diese Vermutung sprechen zwei Gründe. Zum einen fehlt bei einer reinen Umlagefinanzierung jeder Anreiz, sich nach einer möglichst kostengünstigen Behandlung umzutun; zum anderen fehlt dem Versicherten in der GKV bei der praktizierten Behandlung auf Krankenscheinen jede Information darüber, was die beanspruchten Leistungen kosten. Beides führt dazu, daß es von der Nachfrageseite her nicht zu der sonst üblichen Auswahl des kostengünstigsten Leistungsangebots kommt.

Gegen die Umlagentalität beziehungsweise »Null-Tarif-Mentalität« sind zwar auch Privatversicherungen nicht völlig gefeit, es gibt dort aber Techniken, die die Tendenz zur Übermachfrage begrenzen. Zuhören gehört die unmittelbare Beteiligung der Versicherten an den von ihnen verursachten Kosten. Diese Selbstbeteiligung läßt sich grundsätzlich auch in der GKV anwenden. Man kann bestimmte Leistungen ganz aus der Erstattungspflicht herausnehmen, also beispielsweise nur »Großrisiken« in der Zwangsversicherung belassen und die Mitglieder im Übrigen auf freiwillige private Sicherungen verweisen; das entspricht immer noch dem ursprünglichen Gedanken der GKV, die breiten Einkommenschichten gegen unabwendbare und individuell nicht tragbare Krankheitskosten zu schützen.

Will man administrative Entscheidungen über wichtige und unwichtige Risiken vermeiden, kann man die Gesundheitsleistungen über einen Selbstbehalt der Versicherten teilweise aus der Erstattungspflicht herausnehmen. Dem sozialen Gedanken der GKV entspräche es, wenn der Selbstbehalt nach einem bestimmten Prozentsatz des Einkommens bemessen wird, soweit es eine bestimmte Mindesthöhe überschreitet. Die Kasse tritt hier erst dann ein, wenn der Versicherte Auswendigen hat, die über seinem einkommensabhängigen Selbstbehalt liegen. Bis zu dieser Grenze besteht ein Anreiz, Kosten und Nutzen der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen gegeneinander abzuwählen.

Die technische Abwicklung einer einkommensabhängigen Selbstbeteiligung könnte nach dem Kostenerstattungsprinzip erfolgen. Der Übergang zu dieser Form der Abrechnung bringt den Vorteil mit sich, daß der Versicherte dadurch erfährt, für welche Leistungen und Kosten er mit seinem Beitrag aufzukommen hat (JG 83 Ziffer 499). Unter bestimmten Voraussetzungen könnte es den Versicherten gestattet werden, ihre Erstattungsforderungen unmittelbar an den Arzt abzuliefern, um ihnen insbesondere bei aufwendigen Erkrankungen zu ersparen, sich um eine Zwischenfinanzierung zu bemühen.

Über die Wirksamkeit der Selbstbeteiligung gehen die Meinungen auseinander. Allgemein gilt, daß die Belastung spürbar sein muß, damit das Interesse an einer sorgfältigen Kosten-Nutzen-Abwägung geweckt wird; andernfalls kommt es nur zu einer anderen Verteilung der Finanzierungslasten von insgesamt unveränderten Leistungen, nicht zu den erwünschten Mengenreaktionen. Die Frage nach der Fühlbarkeitschwelle läßt sich vermutlich nicht generell für alle Leistungen des Gesundheitswesens und für alle Versicherten beantworten. Die bisher in der Bundesrepublik erprobten Formen lassen kaum verlässliche Schlüsse zu.

Angesichts fehlender Erfahrungen mit einer Selbstbeteiligung in der GKV wäre es hilfreich, die gesetzliche Krankenkassen auf ähnliche Weise mit Selbstbeteiligungsraten experimentieren zu lassen, wie das die privaten Krankenversicherungen tun. Der einzelne hätte dann die Möglichkeit, den seinen Neigungen entsprechenden Tarif auszusuchen: Wer keine Selbstbeteiligung wünscht, wird durch hohe Beiträge belastet, wer dagegen bereit ist, Bagatellerkrankungen selbst zu finanzieren und Krankheitsaufwendungen nur insoweit zu verschieren, wie sie ihn wirtschaftlich hart ankommen würden, könnte die wirklich gravierenden Risiken preiswert abdecken.

Weitere Reformschritte im Bereich der Krankenkassen sind möglich und nötig. Soll dem Wirtschaftsprinzip im Gesundheitswesen zur Geltung verholfen werden, müssen Schritt für Schritt die Chancen für eine Intensivierung des Wettbewerbs zwischen den Versicherungsträgern eröffnet werden.

Die Möglichkeiten der Pflichtversicherten, zwischen verschiedenen Kassen zu wählen, sind heute eingeschränkt oder fehlen ganz. Arbeiter und Angestellte können zwar zwischen ihrer Ortskrankenkasse und einer Ersatzkasse wählen, wenn es in dem für sie zuständigen Gebiet eine Ersatzkasse gibt; doch haben in der Regel nur Angestellte die Möglichkeit, auf eine Ersatzkasse auszuweichen. Dagegen sind die Arbeiter ganz überwiegend auf die für sie zuständige Ortskrankenkasse verwiesen, weil das Tätigkeitsfeld der Arbeiter-Ersatzkassen auf einzelne Berufe und mitunter außerdem regional beschränkt ist.

Wenn die Arbeitnehmer zwischen den verschiedenen Kassen wählen können, werden die Kassen mit attraktiven Angeboten um Kunden werben müssen; der Wettbewerb zwischen gesetzlichen Kassen und privaten Krankenversicherern könnte verstärkt werden, wenn die Zugangsbarrieren zunächst für einen größeren Personenkreis und später allgemein beseitigt würden.

Wenn den Kassen die Möglichkeit eingeräumt wird, Verträge mit einzelnen Ärzten und Gruppen von Ärzten zu schließen, ergeben sich weitergehende Möglichkeiten des Wettbewerbs. Beispielsweise könnten die Kassen über Verträge mit Krankenhäusern und Ärzten ein Gesundheitsangebot in eigener Verantwortung entwickeln; sie könnten Krankenhäuser betreiben, Ärzte beschäftigen sowie Arzneimittel selbst beschaffen und auf diese Weise Einsparungen erzielen, die sie in Form günstiger Tarife an jene Versicherten weitergeben können, die die Vertragsärzte oder andere Vertragspartner ihrer Versicherungsgesellschaft in Anspruch nehmen.

Eine zentrale Stellung auf der Anbieterseite haben die Ärzte. Es entspricht ihrer besonderen Verantwortung gegenüber den Patienten, daß sie einen besonders großen Spielraum haben, Art und Menge der von ihnen erbrachten Leistungen selbst zu bestimmen (JG 83 Ziffer 495). Bemängelt wird häufig, daß dieser Spielraum oft zur Verbesserung des eigenen Einkommens genutzt wird; so ist beispielsweise der Vorwurf zu hören, in der ambulanten Versorgung setzen Ärzte die »Apparatemedizin« in einem überzogenen Ausmaß ein, um die teuren Geräte möglichst rasch zu amortisieren. Der Versuch, diese Entwicklung durch Honorarkürzungen zu bremsen, wenn die Leistungen des einzelnen Arztes in einem bestimmten Umfang über dem Durchschnitt der

Abrechnungen seiner Kollegen liegen, kann daran nur wenig ändern. Da die Interessenlage der meisten Angehörigen des Berufsstandes gleichgerichtet ist, dürfte schon der Leistungsdurchschnitt vergleichsweise hoch sein.

Ähnlich unwirksam wäre auch der Versuch, im Rahmen der Konzertierten Aktion dadurch zu einer wirksamen Plafonierung der Honorarsummen zu kommen, daß man von der Honorierung der Einzelleistungen zu festen Preisen abgeht, die vorgegebene Gesamtvergütung gemäß der Struktur der abgerechneten Leistungen auf die Ärzte aufteilt und auf diese Weise die tatsächlichen Preise je Leistung flexibel macht; die Ärzte könnten dann in ihrer Gesamtheit zwar nicht mehr durch »Mengenexpansion« ihre Einkommen mitbestimmen, eine vorhandene Tendenz zur Mengenexpansion beim einzelnen würde dadurch aber eher noch verstärkt, solange es nicht zu – unerwünschten – kartellähnlichen Quotenregelungen kommt. Gegen beide Versuche, auf dem Wege der zentralen Steuerung die Ausgabenentwicklung in den Griff zu bekommen, gilt der Einwand, daß sie vorhandene Steuerungsmängel nicht beseitigen, aber die Wachstumsdynamik treffen. Im Übrigen widersprechen derartige Formen der zentralen Steuerung eindeutig den – notwendigen – Entscheidungsrechten der Beteiligten.

Reformen müssen anders ansetzen. Die Entfallung einer wirtschaftlichen Deckung des Bedarfs an ärztlichen Leistungen wird durch vielfältige Regulierungen behindert, die in der Reichsversicherungsordnung, im ärztlichen Standesrecht und in sonstigen Regelungen verankert sind. So ist es den einzelnen Ärzten oder Gruppen von Ärzten und den einzelnen Krankenkassen untersagt, Verträge miteinander zu schließen, und die Gründung von Gruppenpraxen ist nur unter restriktiven Voraussetzungen zulässig – um nur zwei Beispiele zu nennen. Eine Neuordnung des Standesrechts erscheint unerlässlich; so wäre es schon ein großer Fortschritt, wenn die Gründung von Gemeinschaftspraxen aus Ärzten mehrerer Fachrichtungen erleichtert und wenn die Errichtung privater Ambulatorien zugelassen würde. Insbesondere sollten alle Normen aufgehoben werden, die einem Preiswettbewerb entgegenstehen. Würde es den Kassen erlaubt, mit einzelnen Ärzten oder Gruppen von Ärzten Honorarvereinbarungen abzuschließen, so könnte dies den Wettbewerb in der Ärzteschaft beleben; solche Verträge brauchten die freie Arztwahl für die Versicherten nicht notwendigerweise zu beschränken.

Eine Neuordnung des Gesundheitswesens in dieser Richtung könnte auch dazu beitragen, die gegenwärtige strenge Trennung zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich des Gesundheitswesens zu lockern, den Wettbewerb zwischen den beiden Bereichen zu intensivieren und weitere Zwischenformen entstehen zu lassen. Wenn die Kassen eine derartige Entwicklung durch eine sinnvolle Differenzierung ihrer Systeme der Honorierung begleiten, könnte das ein wichtiger Schritt sein, um auch mehr Preiswettbewerb im Gesundheitswesen herbeizuführen. Es wäre durchaus vorstellbar, daß eine kassenärztliche Versorgung dann nur von Ärzten angeboten wird, die die Preise der Krankenkassen akzeptieren; diejenigen, denen diese Preise zu niedrig sind, wären auf den Markt außerhalb der Kassen verwiesen (JG 83 Ziffer 497). Derartige Reformschritte wären auch ein wichtiger Beitrag zur Bewältigung der Ärzteschwemme, weil so zusätzliche und sinnvolle Beschäftigungsmöglichkeiten für junge Ärzte geschaffen würden. Beschränkungen des Berufszugangs wären in jedem Fall der falsche Weg.

Im Übrigen muß bei alledem der Zusammenhang gesehen werden, der zwischen den Wirkungen einer mehr wettbewerblichen Organisation im Ärztebereich und dem Interesse der Versicherten an kostengünstigen Gesundheitsleistungen besteht. Man wird hier darauf setzen können, daß eine stärkere Selbstbeteiligung der Versicherten dazu führt, daß auch die Ärzte in Diagnose und Therapie die wirtschaftlichen Folgen für den Patienten bedenken, die Selbstbeteiligung also in der gewünschten Weise auf das ärztliche Verhalten durchschlägt.

Steuerungsmängel gibt es auch im Krankenhausbereich. Gerade hier zeigt sich, daß Anbieter in der Regel ein Interesse daran haben, den Umfang ihrer Leistungen solange auszudehnen, wie deren zusätzliche Kosten unter den zusätzlichen Erlösen liegen. Wenn die zusätzlichen Erlöse für zusätzliche Leistungen konstant sind, weil sie den administrativ fixierten Preisen – hier den Pflegesätzen – entsprechen, und wenn die Kosten überwiegend Fixkosten sind, die zusätzlichen Kosten

also relativ niedrig, dann besteht ein starker ökonomischer Anreiz, die vorhandenen Kapazitäten möglichst voll auszulasten. Diesem Interesse an einer Vollauslastung kommt das Desinteresse der Kassenmitglieder an den Kosten ihrer Behandlung entgegen. Denn dieses Desinteresse erleichtert es den Anbietern, mehr Leistungen zu erbringen und abzurechnen, als nach den Maßstäben einer wirtschaftlichen Gesundheitsversorgung nötig wäre.

Für den angesprochenen Sachverhalt gibt es viele praktische Beispiele. So regt die Notwendigkeit, hohe fixe Kosten abzudecken, zur vollen Auslastung der Bettenkapazität an. Bei der stationären Versorgung erfolgt die Abrechnung in der Regel nach einheitlichen Tagessätzen. Zwischen den ersten Tagen eines Krankenhausaufenthalts, in denen hohe Kosten durch Operationen, umfangreiche Diagnostik oder intensive Pflege anfallen, und den späteren Tagen, in denen ähnlich hohe Kosten nicht mehr entstehen, wird nicht differenziert. Klinikverwaltungen haben deshalb ein Interesse daran, die Verweildauer im Krankenhaus zu verlängern. Derartige Fehlsteuerungen ließen sich verringern, wenn die Pflegesätze nach der Dauer des Krankenaufenthalts und nach anderen geeigneten Kriterien gestaffelt würden.

Allerdings ergeben sich lange Liegezeiten auch häufig aus den Wünschen der Patienten oder deren Angehörigen. Das gilt besonders für Senioren, die altersbedingt pflegebedürftig sind. Das wirtschaftlich erhebliche Risiko der Alterspflege selbst ist im Gegensatz zu den kaum drückenden Lasten aus Bagatellerkrankungen durch die Sozialversicherung nicht abgedeckt. Alterspflege ist allerdings gegenüber vielfältigen Alterserkrankungen nicht immer eindeutig abzugrenzen.

Im Bereich der Krankenhausfinanzierung hat das Krankenhaus-Neuordnungsgesetz vom Dezember 1984 einen Schritt in Richtung auf mehr Eigenwirtschaftlichkeit der Krankenhäuser gebracht.

Ungelöst ist jedoch das Problem, wie angesichts des weiterhin geltenden Kostendeckungsprinzips die Krankenhausleitungen am Erzielen von Gewinnen und am Vermeiden von Verlusten interessiert werden können. Außerdem bleibt die duale Finanzierung im Grundsatz erhalten. Das Gesetz räumt lediglich die Möglichkeit ein, daß zwischen Krankenhaus und zuständigen Sozialleistungsträgern – hauptsächlich Krankenkassen – vereinbart werden kann, notwendige Investitionen ganz oder teilweise durch einen Zuschlag auf den Pflegesatz zu finanzieren. Im wesentlichen wird es wohl bei getrennten Verantwortlichkeiten für Investitionskosten und Betriebskosten bleiben. Damit erhöhen sich die Chancen für eine insgesamt wirtschaftliche Betriebsführung im Krankenhausbereich nicht. Ebenfalls erhalten bleiben die Wettbewerbsverzerrungen zwischen Krankenhäusern in öffentlicher Trägerschaft einerseits und freigemeinnützigen sowie privaten Krankenhäusern andererseits; denn diese müssen in aller Regel ihre gesamten Kosten über die Erlöse erwirtschaften.

Wenn auf allen Stufen des Gesundheitswesens ein starkeres Interesse geweckt wird, daß sich ein kostengünstiges und bedarfsgerechtes Angebot sowie eine preisbewußte Nachfrage entfalten, ist eine entscheidende Voraussetzung dafür erfüllt, daß auf dem Markt für Arzneimittel der Preiswettbewerb aktiviert wird. Wegen des mangelnden Interesses der Ärzte wie der Patienten an der Belastung der GKV durch die verordneten Medikamente versuchen die meisten Unternehmen der pharmazeutischen Industrie bis heute nicht, ihre Marktanteile durch niedrige Preise zu vergrößern; vielmehr sind sie bestrebt, die Ärzte durch intensiven Werbemittelleinsatz von den Vorzügen der eigenen Präparate zu überzeugen. Dieses Verhalten dürfte sich ändern. Inwieweit das durch ergänzende wettbewerbspolitische Maßnahmen, etwa eine Einschränkung des Reimportverbots von Medikamenten, unterstützt werden kann, bedürfte gesonderter Überlegungen.

Wenn die Wahlfreiheiten der Versicherten erweitert und die Wettbewerbsmöglichkeiten der Versicherer vergrößert werden, wird es zu einem allmählichen Übergang von den bisherigen einkommensproportionalen Einkommenslasten zu risikoorientierten Beiträgen kommen. Es ist möglich, daß sich dabei eine Differenzierung der Kassen nach guten und schlechten Risiken ergibt.

(...)

Den Gefahren einer Ansammlung schlechter Risiken bei wenigen Kassen läßt sich begrenzen, wenn ein bestimmtes Maß an Risikoausgleich zwischen Versiche-

rungsträgern geschaffen wird. Eine gewisse Form von Risikoausgleich gibt es bereits heute im Rahmen des sogenannten Rentnerausgleichsverfahrens.

Die bisherigen Formen der Einkommensumverteilung in der gesetzlichen Krankenversicherung sind mit einem Übergang zu einer stärkeren Beachtung des Prinzips nicht zu vereinbaren, daß auch in der Krankenversicherung die Leistung des Versicherten, nämlich sein Beitrag, der empfangenen Gegenleistung, das heißt dem Versicherungsschutz, gleichwertig sein soll. Mit dieser Feststellung wird nicht prinzipiell gegen den Gedanken der Umverteilung Stellung bezogen, unter dem die Solidargemeinschaft der GKV bislang gestanden hat. Umverteilung sollte jedoch durch progressive Einkommensbesteuerung und ergänzende Abgaben einerseits, Transferausgaben für hilfsbedürftige Bürger, einschließlich des übrigen Familienlastenausgleichs, andererseits geregelt werden. Das unkoordinierte Nebeneinander mehrerer Umverteilungssysteme führt zu Kumulationseffekten und extrem hohen Grenzbelastungen. Hinzu kommen die besonderen Schwächen der Verteilungswirkungen im System der GKV selbst.

(...)

In das System der GKV ist deshalb ein vertikal und horizontal wirkender Umverteilungsmechanismus eingebaut, der inkonsistent ist; denn er hat selbst innerhalb der Solidargemeinschaft als Folge der unterschiedlichen Behandlung der Pflichtversicherten und der freiwillig Versicherten, des Nobeneinanders von beitragsfrei und beitragspflichtig versicherten Familienmitgliedern sowie der Auswirkungen der Beitragsbemessungsgrenze geradezu widersinnige Redistributionseffekte. Es gilt deshalb, die gewünschte Einkommensumverteilung transparenter und schlüssiger zu gestalten. Das ginge am besten, indem man diese Aufgabe ausschließlich durch den Einsatz von Steuern und Transferausgaben bei den Gebietskörperschaften löst und die gesetzliche Krankenversicherung nach versicherungswirtschaftlichen Grundsätzen organisiert.

Bleibt man dagegen im bisherigen System der gesetzlichen Krankenversicherung und führt man einen Selbstbehalt ein, bei dem der Umfang der Eigenleistung prozentual vom Einkommen des Versicherten abhängt, könnte die Einkommensumverteilung auch transparenter und schlüssiger gestaltet werden. An die Stelle der beitragsfreien Versicherung von Familienmitgliedern könnte bei Zwangsversicherten die Verpflichtung treten, die Krankheitsrisiken der Angehörigen zum Tarif der freiwillig Versicherten bei seiner GKV oder auch einer privaten Krankenversicherung abzudecken, sofern sie nicht anderweitig abgesichert sind. Die aus dieser Umstellung resultierenden Mehrbelastungen der Familien müßten durch eine Verbesserung des allgemeinen Familienlastenausgleichs aufgefangen werden. Dafür kommen eine Aufstockung des Kindergeldes und eine Anhebung der Kinderfreibeträge bei der Einkommensbesteuerung in Betracht.

Auch die Behauptung, Krankheiten könnten verschleppt werden, wenn die Bürger die gesundheitliche Versorgung ganz oder teilweise aus ihrem Einkommen finanzieren müssen, ist wenig überzeugend. Wie früh oder wie spät sich jemand um die Erhaltung seiner Gesundheit sorgt, ist individuell und nach Art der Beschwerden verschieden. Tatsächlich geht es bei der medizinischen Versorgung im Alltag meist nicht um Tod oder Leben der Patienten, sondern um Heilung oder Linderung und oft nur um Wohlbefinden. Ein erheblicher Teil der Aufwendungen in der GKV entfällt auf Bagatellen.

Entlang den hier skizzierten Leitlinien könnten die medizinische Versorgung im Laufe der Zeit Schritt für Schritt reformiert und die Bedarfsdeckung im Gesundheitswesen mehr und mehr dem Markt überlassen werden. Der gegen diese Vorstellung häufig vorgetragene Einwand, der Preismechanismus funktioniere bei den Gesundheitsleistungen nicht, weil dem Patienten die notwendige Übersicht fehlt, ist nicht stichhaltig: Transparenzmängel bestehen auch auf anderen Märkten. Der mündige Bürger wird sich bei einer Individualisierung der Bedarfsdeckung auf dem Gesundheitsmarkt sachkundig machen, wie er es auch sonst tut, insbesondere wenn es um weitreichende Entscheidungen geht. Wie für andere hochtechnisierte Bereiche wird ein Markt für Gesundheitsinformationen mit Tests von Medikamenten, Ärzten und Krankenhäusern entstehen, der dem interessierten Patienten wenigstens eine gewisse Übersicht vermittelt und ihm damit die anstehenden Entscheidungen erleichtert. □

Aufmarsch zurück



Die »Betonfraktion« in der Bundesärztekammer setzt sich durch

ma - Das Deutsche Ärzteblatt fürchtet den Umsturz. Nach einer minimalen Öffnung gegenüber oppositionellen Ärztelisten und der IPPNW wird jetzt wieder ordentlich draufge-hauen.

Wer zwangswise regelmäßig das »Deutsche Ärzteblatt« (DÄ) lesen muß, wird sich in diesen Tagen wieder einmal an den Kopf gefaßt haben. Wie vor dem Berliner Gesundheitstag 1980 haben die DÄ-Schreiber »Umstürzler« geortet. Nicht irgendwelche, sondern »die« Umstürzler.

Aufgeschreckt wurden die Gralshüter aus der Haedenkampstraße, dem Sitz der Bundesärztekammer und der Kassärztlichen Bundesvereinigung, durch die Ankündigung, daß noch in diesem Jahr von den Mitgliedern der Listen demokratischer Ärzte in mehreren Landesärztekammern ein »Verein Demokratischer Ärztinnen und Ärzte« gegründet werden soll (dg-Leser konnten diese Meldung in Heft 3/86 lesen).

Wie immer im Ärzteblatt kann man auch diesmal nicht erfahren, was eigentlich »Umstürzler« ausmacht. Offensichtlich ist man nervös geworden durch die zunehmenden Wahlerfolge und die Ausbreitung der oppositionellen Ärztekammerlisten, die schon in acht Landesärztekammern arbeiten. »Ohne großes Aufsehen zu erregen, hat sie (die »innerärztliche Opposition«) den Marsch durch die Institutionen angetreten«, wundert sich DÄ. Nun, das ist

nicht die erste Neuentwicklung, die von den Standesfunktionären und ihren journalistischen Dienern verschlafen wurde.

So schlug 1982 der damalige Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer im Ärzteblatt verbal auf die aufkeimende Friedensbewegung ein und verglich den Kampf gegen den Atomkrieg mit dem »Kampf gegen Knollenblätterpilz«. Von mehreren hundert Leserbriefen mußte sogar das Ärzteblatt Kenntnis nehmen. Nach der Gründung der IPPNW begann im Ärzteblatt eine Phase der »Liberalisierung« und einer gewissen »Öffnung« auch für andere Ansichten als die bisherige Mischung von 59 Sorten Schwarzbrot aus CSU-, CDU- und FDP-Funktionärsmeinungen.

1985 sah man sich sogar genötigt, die WHO-Studie »Die medizinischen Folgen eines thermonuklearen Krieges« aus dem Jahr 1983 abzudrucken, nicht ohne ihr erneut eine distanzierte Vorbemerkung voranzustellen, in der »Zweifel am Mandat der Weltgesundheitsorganisation« geäußert wurden, sich überhaupt mit dem Thema befassen zu dürfen.

Nach der Ankündigung der Verleihung des Friedensnobelpreises an die IPPNW begann im DÄ der Rückfall in die Zeiten des »Kalten Krieges« gegen einen guten Teil der heutigen Ärztegeneration. Nach den Attacken von Kohl und Geißler - seit seiner Äußerung über den Pazifismus und Auschwitz ohnehin keine seriöse Adresse - mochte das Ärzteblatt nicht nachstehen: So wurde die Preisverleihung an die IPPNW als »Zcitgisterscheinung« abgetan und von der IPPNW gefor-

dert, sie möge sich doch schleunigst von ihrem Mitbegründer Taschasow distanzieren, »Farbe bekennen«. Farbe bekennen mochten dagegen die Standesfürsten nicht: auf dem Ärztetag 1985 verweigerten sie den Delegierten überhaupt die Beratung von Anträgen zum Thema »Katastrophen-Medizin«.

Scither vergeht kaum eine Ausgabe des DÄ, in der nicht auf die IPPNW eingeschlagen wird: so jüngst in Heft 14. Der Titel-Kommentator »DÄ« hat sich nun den Lebenslauf des IPPNW-Co-Präsidenten Bernard Lown (USA) vorgeknüpft: »ein Leser« machte angeblich auf den »ausgeprägt politischen Lebenslauf Lowns aufmerksam«: von der »Gründung eines prokommunistischen Jungarztverbandes in Boston über die Gründung des »Internationalen Studentenbundes« 1946 in Prag zu den »Beschlüssen des Weltfriedensrates« 1961 in Stockholm. Damit wäre in der schlichten Agenten-Logik des DÄ-Kommentators klar, was der ständische Stammtisch ohnehin schon immer gewußt hatte. Gorbatschow lenkt Tschasow, Tschasow lenkt Lown, beide lenken die IPPNW - alles klar, oder?

Bedauernd konstatiert der gleiche Kommentator, daß der Titel einer Veranstaltung auf dem kommenden Kölner IPPNW-Kongreß auf Einspruch der DDR-Sektion der IPPNW geändert wurde. Verständlicherweise hießt man den Titel »IPPNW und deutsche Ärzteschaft« nicht aufrecht. Für die Schreiber aus der Haudenkampstraße ein weiteres Indiz für den Einfluß »aus dem Osten«, wahrscheinlich träumt man an den Kaminen des DÄ

immer noch von der Ärzteschaft in den Grenzen von 1937? Aber wozu die Aufrüstung? Teilnehmen am IPPNW-Kongreß will man doch ohnehin nicht, wie das Präsidium der Bundesärztekammer erst kürzlich beschlossen hat.

Daß in den Standesorganisationen eine Fraktion von »Betonköpfen« wieder das Sagen hat, spiegelt sich im DÄ nur wider. Die oppositionellen Listen können davon ein Lied singen: So erhält die Liste Demokratischer Ärzte in Westfalen-Lippe mit einem Anteil von gut zehn Prozent keinen von etwa 60 Ausschusssitzern und keinen Delegierten zum Ärztetag in Hannover, obwohl ihr nach dem Wahlergebnis zwei bis drei zugestanden hätten. Auch die Liste Demokratischer Ärzte in Hessen wird in diesem Jahr wiederum nicht einen Delegierten zum Ärztetag erhalten.

Sieht man sich an, was als Neufassung des »Blauen Papiers« auf dem Ärztetag in Hannover verabschiedet werden soll, versteht man diese Abschottungspolitik: Aufmarsch nach rückwärts auf ganzer Linie. Ob beim Paragraphen 218 oder bei der Katastrophenschutzmedizin, bei der »Arztschwemme«, die Bundesärztekammer will überholte konservativ-reactionäre Positionen festklappen.

Während die Standesfunktionäre auf voller Breite zum »kalten Krieg« zurückkehren, erkennen andere die Zeichen der Zeit: Bundespräsident von Weizsäcker schickte der IPPNW ein Telegramm mit besten Wünschen für das Gelingen des Kölner Internationalen Kongresses Ende Mai dieses Jahres. ■

Konzertiertes Kasperle

Zur Frühjahrstagung der Konzertierten Aktion

urp- Die Preisstopp-Appelle der Konzertierten Aktion rufen bei der Pharma-industrie nur ein müdes Grinsen hervor. Als es um das Musterverbot ging, reagierte sie geballt.

März 1984: Minister Blüm bezeichnetet in seiner Eröffnungsrede der Frühjahrssitzung der »Konzertierten Aktion« den Arzneimittelbereich als »Sorgenkind Nr. 1« und wirft der Pharma-industrie vor, ihre Preispolitik nicht am Gemeinwohl zu orientieren. Arzneimittelmehrausgaben 1983: 5 Prozent.

März 1985: Einvernehmliche Erklärung der »Konzertierten Aktion« zum Arzneimittelbereich: »Die Arzneimittelausgaben sind im Jahre 1984 absolut um 7,1 Prozent gestiegen. Damit wurden in diesem Bereich die Erwartungen ... nicht erfüllt... Für das Jahr 1985 zeichnet sich bisher keine Umkehrung des Trends ab.«

März 1986: Minister Blüm: Es sei »nicht hinnehmbar«, daß die »Hersteller von Arzneimittel, trotz eines Appells ihres Bundesverbands, besondere Preisdisziplin zu üben, ihre Preise immer weiter erhöhte«. 1985 waren die Kosten für Arzneimittel wieder um 5,9 Prozent doppelt so stark angestiegen wie die Löhne.



Alle Jahre wieder erleben wir nun dieses »Konzert ohne Dirigismus«, wie der Kommentator des Ärzteblatts aufatmend seine Stellungnahme über-

schreibt. Einleitend stellt er jubelnden Gleichklang mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung fest, »daß die gemeinsame Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen in der Lage ist, alle derzeit anstehenden Probleme voll funktionsfähig und eigenständig zu lösen«. Die kleine Einleitungsschronik sei ihm ins Gesicht geschlagen.

Wieder einmal hatte die »Konzertierte Aktion« für diesen Bereich nichts als Empfehlungen zu bieten, nämlich einen Aufruf an die Pharma-industrie, dem Preisstopp-Appell ihres Bundesverbandes zu folgen – das Papier nicht wert, auf dem er geschrieben steht. In einer gemeinsamen Erklärung nach Abschluß der »Konzertierten Aktion« machten diejenigen, die sich selbst zu den »Leistungsträgern« des Gesundheitswesens erkoren haben, deutlich, wem wirklich die Schuld an den Kostensteigerungen der letzten Jahre zugeschoben werden müßte. Die Kammer- und Bundesvereinigungen von Ärzten, Zahnärzten und Apothekern, weitere neun ärztliche Standesverbände – vom Hartmannbund über Marburger Bund bis zum Verband der praktischen Ärzte – die Deutsche Krankenhausgesellschaft und – natürlich – der Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie »verwahren sich dagegen«, als Kosten-treiber bezeichnet zu werden. Ihrer freundlichen Versicherung, »dabei mitzuwirken, eine gesicherte Grundlage für die gesetzliche Krankenversicherung zu erhalten«, folgt umgehend die Schulzuweisung: Der Gesetzgeber ist es, der der Krankenversicherung zusätzliche Kosten aufbürdet.

Sie, die »Leistungsträger«, stellen nämlich fest, »daß in den

vergangenen Jahren beachtliche Fortschritte sowohl in Diagnostik und Therapie als auch in der Prävention und Rehabilitation erzielt worden sind. Und Leistung hat ihren Preis – ihren Ertrag oder ihre Rendite (nur Profit ist out): 156.921 Mark war 1985 der durchschnittliche »Überschuß vor Steuer« aller niedergelassenen Ärzte (Laborärzte und Radiologen wurden wegen der »hohen Betriebsausgaben« nicht in der Statistik mitgewertet, obwohl sie bekanntlich am meisten verdienen). Kinderärzte rangierten mit 127.860 Mark unten, Orthopäden mit 214.877 Mark oben an der Skala. Das zahnärztliche Durchschnittssalar lag gut darüber.



Auch die Pharma-industrie hat sich mit ihren Dividenden in den letzten Jahren nicht verstecken müssen. Die Jahre 1984 und 1985 brachten Rekordgewinne mit durchschnittlich zweistelligen Prozentzahlen. »Stammhaus Hoechst verdient vor Steuern 45 Prozent mehr« oder »Bayer wird in diesem Jahr neue Höchstmarken beim Umsatz und Gewinn erreichen«, meldeten die Medien Ende 1985. Daß die Verbraucher, die Versicherten von diesen Gewinnexplosionen nichts haben werden, machte Reinhold Rathscheck, Leiter der Gesundheitspolitischen Abteilung von Hoechst, klar. Er hält es für »völlig utopisch«, daß die Ausgaben für Medikamente in Zukunft sinken könnten. Und wenn sich auch nur eine Abwärtsbewegung andeutet oder eine politische Entscheidung abzeichnet, die das Preisgefüge längerfristig in Bewegung setzen könnte, reagiert die Branche geballt.

Allein im Heft 10/86 des Deutschen Ärzteblatts vom 7. März 1986 schalteten die Pharma-konzerne Boehringer, Bayer, A. Roussel, Behring, Cassella und Hoechst Anzeigen für fast 50.000 Mark. Nicht etwa Produktwerbung, sondern politische Stimmungs-Inserate gegen die Einführung der für dieses Jahr geplanten Preisvergleichslisten für Arzneimittel, die dem Arzt die Verordnung des preiswürdigsten unter gleichen Stoffen ermöglichen sollen.

»Kostendämpfung zu Lasten der Zukunft?« fragt Bayer über zwei volle Inseratseiten und läßt den eigenen Pharmamanager in Interviewform erklären,

wie teuer heutzutage Forschung und wie riskant Nachahmerpräparate – gerade die billigeren – sind. Ein Vier-Firmen-Verband (Roussel, Behring, Cassella, Hoechst) fragt gar, verzerrt mit dem Abbild eines hilflos gefesselten Arztes: »Was passiert, wenn nicht mehr der Arzt, sondern der Staat die Medikamente verschreibt?« Nach Ansicht dieser Firmen sind Preisvergleiche »abenteuerlichste Ideen« und »der totale Eingriff in der Vertrauensverhältnis Arzt – Patient«. Nachahme-



präparate, gleichwohl von renommierten Firmen hergestellt und ähnlichen Qualifikationskontrollen unterzogen, werden als »billige Sonderangebote, dessen genaue Wirksamkeit weder Ihnen (dem Arzt) noch dem Apotheker bekannt ist« abqualifiziert.



Eine Inseratseite später werden mit Zuckerbrot und Peitsche die Ärzte und Apotheker

in die Pflicht geholt: »Unsre Ärzte und Apotheker wissen viel mehr, als sie auf der Universität lernen könnten« verkündet der Großfirmenbund und weiß natürlich auch warum: Weil die Industrie schon an den Universitäten die Forschungsprojekte und natürlich auch die Ärztemuster, die Ärztekongresse, die Referenten und Broschüren finanziert. Tatsächlich würde kaum eine der vielen sogenannten Fortbildungsveranstaltungen stattfinden können, ohne daß ein groß-

industrieller Mäzen in die Taschen greift. Von den Auseinandersetzungen der konservativen Ärzteverbände über Kongressreisen bis zu den angeblich so seriösen wissenschaftlichen Fachblättern – hinter allen Podien und Schreibtischen sitzen die Gelehrten mehr oder minder bewußt auf den Geldscheinen der Pharmaindustrie.

Zu den Gemeinsamkeiten finden Ärzte- und Pharmavertreter daher auch sehr schnell, als der Bundesrat am 31. Januar 1986 empfahl, Arzneimittelmuster, das kleine Tischlein-decklich im Werbefeldzug um den niedergelassenen Arzt, zu verbieten. Die Interessen der großen Pharmaunternehmen liegen auf der Hand: Nur sie sind in der Lage, ein erkleckliches Heer von Musterverteilern – sprich: Pharma-Beratern – zu unterhalten, nur sie können so große Mengen von Mustern abgeben. Und hat der Arzt erstmal zwei Packungen Zyloric R mitgegeben, wird er das auch in Zukunft viel eher verordnen, als Allopurinol-100mg/Tbl. auf das Rezept zu schreiben.

So zitiert denn auch der Pharma-Bundesverband in seinem Zentralorgan »Medikament und Meinung« im März 1986 eine Umfrage des EMNID-Instituts mit der Überschrift »Deutsche wollen Muster« – natürlich vom ihm selbst in Auftrag gegeben. Die Ärzteverbände, so wird referiert, hätten sich zu 96 Prozent für die Musterverteilung ausgesprochen, da sonst »intensives Kennenlernen auch der Unverträglichkeiten, der Bioverfügbarkeit, verschiedener Darreichungsformen« unmöglich würden.



Die Wahrheit ist von solch hochtrabendem Geschwätz weit entfernt. Kein Kollege, der auf Befragen nicht eingestehst, ja teilweise vehement verteidigt, daß er Muster abgibt, um nicht so schnell in den Bereich von Regressforderungen der Kassen zu kommen. »Die Pharmaindustrie senkt ihre Preise sowieso nicht, ich erspare den Kassen die Zahlung eines Arzneimittels und helfe noch ärmeren Leuten, die die Rezeptgebühren nicht dauernd zahlen können«, hört man nachdenkliche Kollegen zusätzlich argumentieren. Das mag sozial gedacht sein, ist aber teuer. Muster bedeuten keine Kostenentlastung für die Krankenkassen, machen deren Vertreter deut-

lich und verweisen darauf, daß sie nur indirekt über die Preise für die anderen verordneten Mittel die »Durchmusterung« mitfinanzieren müßten. Zusätzlich fixieren die Muster nur den Blick auf die teuren Präparate der großen Firmen.



Auch die Pharmaindustrie weiß: eine gesetzliche Veränderung der Musterabgabe ist noch akzeptabel. Es gibt vielerlei unkontrollierbare Schlichen, so etwas zu umgehen. Unakzeptabel ist ein Verbot, da dann die Kontrolle perfekt wäre. Ärzte- und Pharmalobby haben es noch einmal geschafft. Die Bundesregierung ist der Bundesratsempfehlung nicht gefolgt. Es bedarf keiner einzigen weiteren Sitzung dieses »unverbindlichen Debattierclubs« (Anke Fuchs), dieses »schein-demokratischen Legitimationsorgans« (Die Grünen) »konzentrierte Aktion«, um deutlich zu machen, daß diese gemeinsame Verdummungsshows von Bundesregierung, Pharma- und Ärztelobby nur dazu dient zu vernebeln, daß enorme Profite zu immer größeren Lasten bei den Versicherten führen. □

akzent-touristik

Mediziner REISEN

UdSSR

Informations- und Besichtigungsprogramm in Vladsch/Chiwa-Taschkent – Fronse – Alma Ata – Moskau. In Zusammenarbeit mit der bundesdeutschen Sektion des IPPNW (Ärzte gegen den Atomtod) findet ein medizinisches Fachprogramm statt.

Leistungen: Flug ab/an Berlin-Schönefeld, DZ/VP, Dolmetscherbetreuung und Besichtigungsprogramm.
13.9.–27.9.86 DM 1763,-

CUBA

Informations- und Besichtigungsprogramm für Mediziner. !! Als Bildungsaufenthalt beantragt !!

Leistungen: Flug ab/an Düsseldorf DZ/VP+HP, Dolmetscherbetreuung, Fachprogramm.
17.1.–1.2.87 DM 2500,- Ausführliche Informationen anfordern bei:
akzent-touristik, Rapstr. 15,
2 HH 13, Tel.: 0 40/4 10 61 45

Kasperle

SPIELT FÜR EUCH
HEUTE:

Eine Wotschen für alle



Kasperle



Jens Henning

Rote Blume und Industrie

Im Detail werden Einzelheiten erkennbar. Die Krone der Schöpfung hat sich der Welt bemächtigt, selbst Blumen sind ohne Chance.

dg-Kunstwettbewerb »Krankheit und Umwelt«

Das sind sie nun, die weiteren Gewinner des dg-Kunstwettbewerbs 'Krankheit und Umwelt'. Auch wenn bei manchem Betrachter stille Sehnsüchte nach Vierfarbdruck aufkommen dürfte, ein kleiner Vorgeschmack auf die Originale, deren Ausstellung wir derzeit organisieren, sei doch vermittelt.

Die Jury hat darauf verzichtet, Platzierungen zu verteilen. Wer wollte

schon ernsthaft darüber streiten, ob der Gag mit den Gen-Engelchen die Waldanstreicher-Idee überrundet, oder wie die Traurigkeit der Pappnasenstatue, die dem sauren Regen trotzt, von der Melancholie des EKG-Streifens, aus dem die Welt entsteht, abzugrenzen ist. Die Jury sah sich dazu nicht in der Lage. Sie hat einen vierten Platz verteilt, den sich die sieben hier vorgestellten Künstler teilen.

Ludwig
Wilpsbäumer

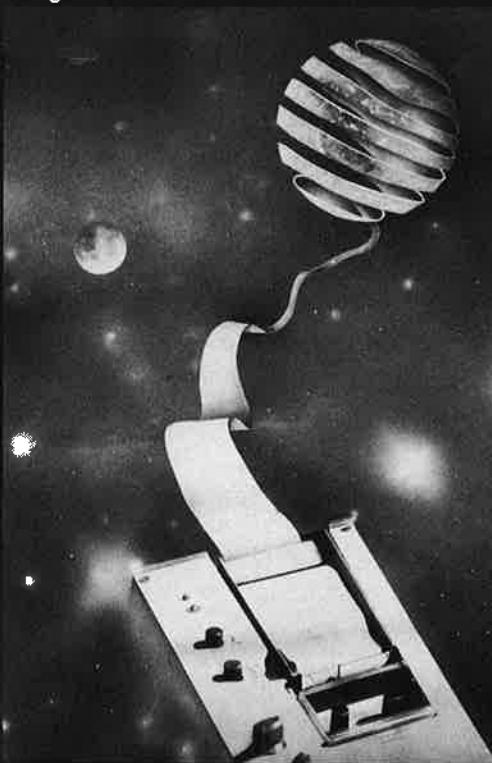
Emphysemthorax

Der Schrei eines gefesselten Torso, er ist fast überlaut zu hören. Der Text im Bild beschreibt den medizinischen Sachverhalt, hier liegt ein Lungenemphysem als Spätfolge einer chronischen Bronchitis vor. Die Anklage an die Verursacher, die Schuldfrage, sie bleiben draußen vor.

Rainer Goßens

Das Welt-EKG

Die Zeichen der Zeit stehen auf Null-Linie. Der EKG-Streifen lässt offen, ob Anfang oder Ende gemeint sind, erloschen oder Wiederaufflackerne von Herzaktivität. Auf dem Programm dürfte in beiden Fällen Reanimation stehen, das heißt Wiederbelebung.





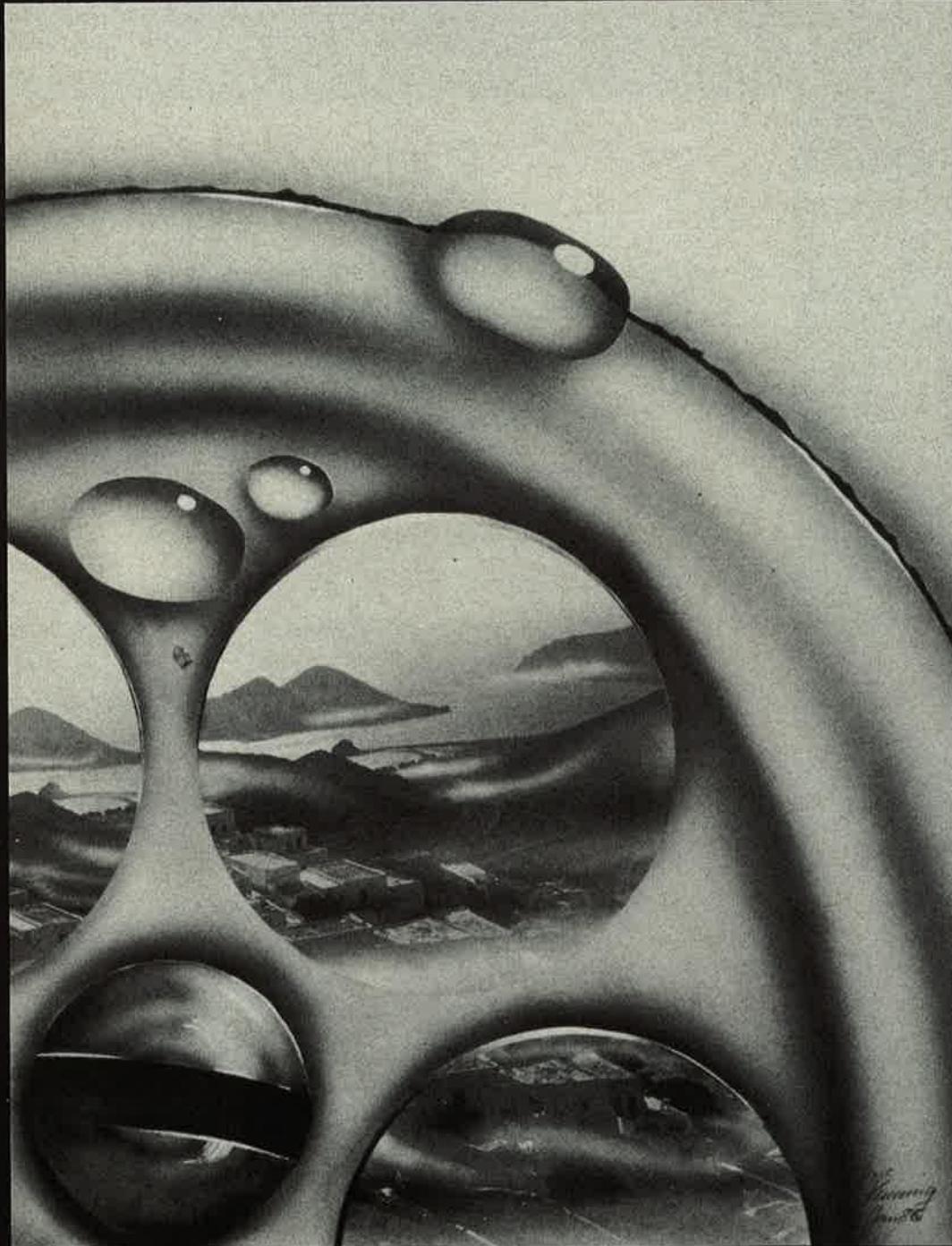
Carola
Schaade

Wald-An- streicher

Der Wald ist krank. Er leidet am Verlust seiner grünen Farbe. Nichts leichter als ihn davon zu heilen – anstreichen ist angesagt.

Peter
Niehuis

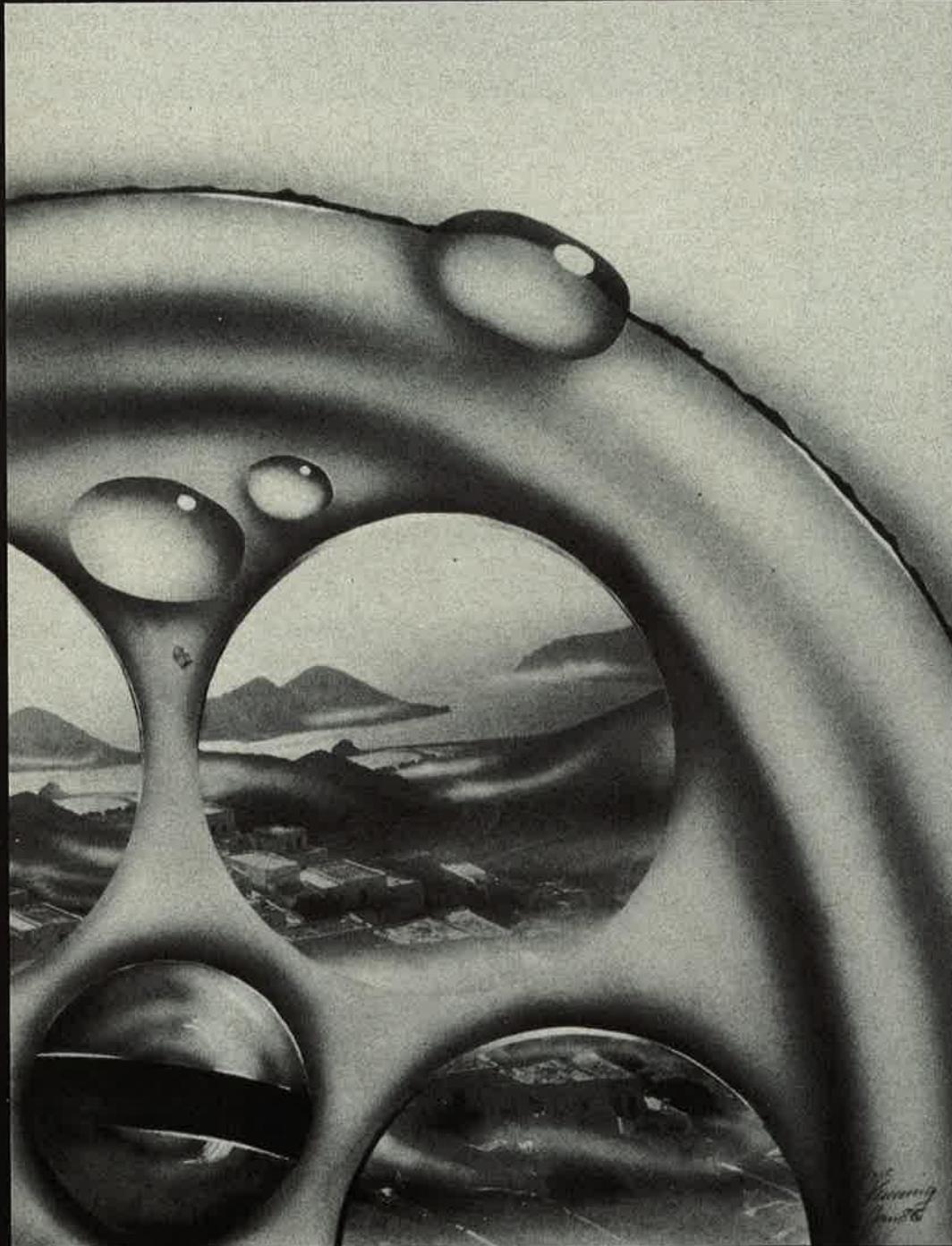
EEG



Mit technischem Aufwand diagnostiziert die moderne Medizin ein zentrales Symptom, das sie selbst produziert: die Angst. Den Diagnosestempel bekommt allemal der Patient aufgedrückt.

Jens Henning

Abfluß



Erstmalig dem lieben Gott durch den Küchenabfluß geschaut, der Anblick läßt schaudern – unsere schöne heile Welt.

Thomas Fischer Engelchen

Die modernen Frankensteins sind unter uns – seriös und in weißen Kitteln. Ob die Genforschung allerdings kleine Engel mit neckischen Fliegermützen zaubert, die Zukunft wird es zeigen.



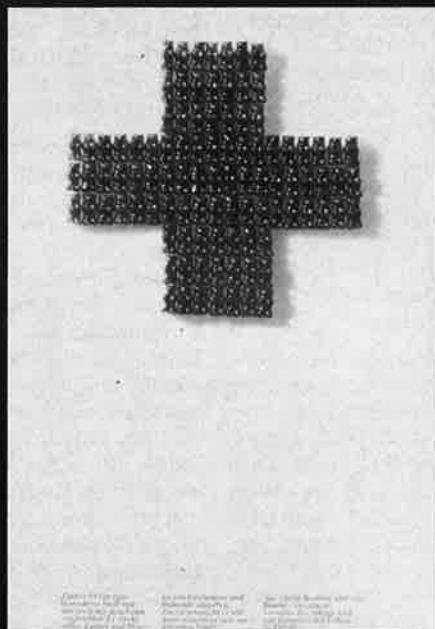
Fotos (10): Eschkötter

Elke Vincke

Pappnasenproduzenten gibt es reichlich. Im Original leuchtet die Nasenprothese übrigens knatschrot. Vielleicht tut es hier im dg ein bisschen Filzstift.



Das Rote Kreuz besteht aus lauter Gummibärchen. Wer sie alle aufißt, kann sicher sein, ihm wird garantiert geholfen.



Eine andere Möglichkeit als Anstreichen: einfach verschwinden lassen. Die Zeit des Waldsterbens – Hochkonjunktur für Symptompfuscher.



Nur keine Panik auf der Titanic

Zur Arbeitsmarktlage von Ärzten

na- Seit Jahren wird von der »Ärzteschwemme« geredet. Der Frankfurter Sozialwissenschaftler Walter Baumann hat jetzt mit neuem Zahlenmaterial untersucht, was dahinter steckt.

Nach der schon über Jahre anhaltenden Begriffsverwirrung um die sogenannte »Ärzteschwemme« hat jetzt erneut ein Frankfurter Sozialwissenschaftler versucht, etwas Licht in diese überaus undurchsichtige Landschaft zu bringen.

Erstaunliches Fazit ist dabei, daß es eine sogenannte »Ärzteschwemme« nach wie vor nicht gibt. Gemessen an anderen akademischen Berufen haben Ärzte sogar hervorragende Berufsaussichten. Aufgeräumt wurde in der Untersuchung auch mit einigen anderen gängigen Klischees: so zum Beispiel, daß sich unerfahrene Ärzte in großen Massen direkt nach ihrer Approbation niederlassen würden. Tatsache ist vielmehr, daß in der Regel lange und gut ausgebildete Ärzte die große Mehrzahl der neuen Praxisgründer ausmachen.

Die Ärzteschaft darf eigentlich nicht klagen. Ihre herausgehobene gesellschaftliche Position manifestiert sich auch in einer einzigartigen Arbeitsplatzsicherheit, deren Verlust zwar bitter ist, deren objektive Zahlen den medizinischen Beruf aber nach wie vor als privilegierten Stand erscheinen lassen. Jahrzehntelang wurde der Ärzteschaft selbst die Kontrolle über den Zugang zum Medizinerberuf überlassen. Gleichzeitig wurde ihr mit dem Behandlungsmonopol jedwede lästige Kontrolle etwa von Heilpraktikern oder anderen medizinischen Heilberufen vom Halse gehalten.

Nunmehr ist aber in den letzten Jahren – so Walter Baumann, der Autor der Studie – »die gesellschaftliche Bereitschaft gesunken, die herausgehobene Sonderstellung der Ärzte, wie bisher zu akzeptieren und zu honorieren.«

Eindeutig ist bei allem eine Tatsache: Die Zahl der Approbationen ist in den letzten Jahren stetig gestiegen, das heißt, es haben zwischen drei und fünf Prozent mehr Ärzte pro Jahr die Erlaubnis zur Ausübung des ärztlichen Berufes erhalten. Waren 1973 bei knapp 5400 erteilten Approbationen nur 25 Prozent Arztinnen, so hat sich deren Anteil bis zum Jahre 1983 bei fast 10 000 erteilten Approbationen auf mehr als 33 Prozent gesteigert.

Gleichwohl lassen sich aus den Zulassungszahlen zum ärztlichen Beruf keine verlässlichen Hochrechnungen über die Zahl beschäftigter Ärzte und schon gar nicht über eine etwaige Arbeitslosenzahl von Ärzten in fünf, zehn oder 20 Jahren vorausberechnen. Wie falsch die Berechnungen über anstehende ärztliche Arbeitslosenheere sind, zeigt die Tatsache, daß von unterschiedlichsten Instituten für den Fünfjahreszeitraum zwischen 1977 und 1982 ein Rückgang der Krankenhausärzte (infolge des anstehenden Bettentnahmen) um mehr als zehn Prozent vorausgesagt wurde.

Tatsächlich steigerte sich aber die Zahl der an den Krankenhäusern angestellten Ärzte durch eine Ausdehnung der Arbeitsbereiche und geänderte tarifvertragliche Bereitschaftsdienstregelungen noch einmal um rund 15 Prozent.

Mit 48,3 Prozent rangieren sie bereits weit vor den niedergelassenen Ärzten, deren Anteil jetzt schon über Jahre konstant bei 42 Prozent bleibt. Die verstärkte Zahl von Approbationen hat sicherlich dazu geführt, daß – auch aus Angst vor einer unsicheren Lebensperspektive – sich in den letzten Jahren überproportional viele

Krankenhausärzte zu einer Niederlassung entschlossen haben, bevor es nach ihrer Ansicht zu spät ist.

Bereits eine Ermittlung des aktuellen Standes ärztlicher Beschäftigung erweist sich als außordentlich kompliziert: So gab es zum Beispiel Ende des Jahres 1984 in der Bundesrepublik knapp 192 000 Personen, die zur Ausübung des ärztlichen Berufes berechtigt waren. Davon waren jedoch mehr als 35 000 zum gleichen Zeitpunkt ohne ärztliche Tätigkeit.

Rund 45 Prozent der nicht erwerbstätigen Ärzte sind Frauen, wobei sich hier die schlechte Arbeitsmarktlage insgesamt widerspiegelt, Frauen aber auch vermehrt zu Gunsten von Ehe und Familie auf Weiterbildung und Erwerbstätigkeit verzichten. Erstaunlich, daß auch circa zehn Prozent aller jüngeren Ärzte nach ihrer Approbation keine ärztliche Berufstätigkeit ausüben. Dieser Tatbestand wäre sicher eine zusätzliche Untersuchung wert.

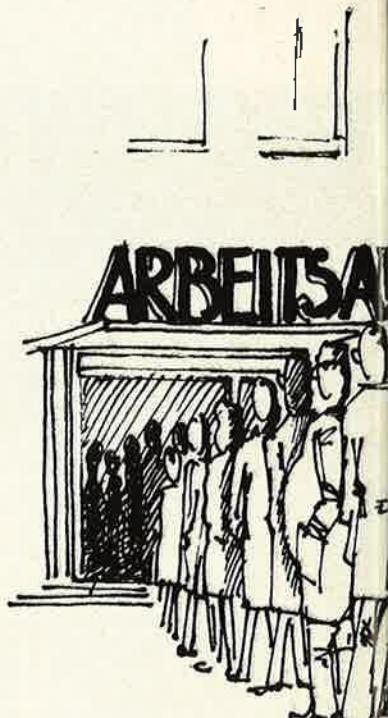
Die eigentliche Arbeitslosenquote der Ärzte zeigt eine in den letzten Jahren ständig zunehmende Tendenz. Erfasst werden in der hier zugrundeliegenden Fachvermittlungsstatistik der Bundesanstalt für Arbeit nicht arbeitslos gemeldete, sondern arbeitsuchende Erwerbspersonen. Hier hat sich die Arbeitslosenquote von 0,3 Prozent im Jahre 1974 auf 2,4 Prozent im Jahre 1984 deutlich erhöht. Sie liegt dabei für den ärztlichen Beruf nach wie vor weit hinter der allgemeinen Arbeitslosigkeit, die Ende 1984 zum Beispiel bei 8,6 Prozent lag und derzeit die 10-Prozent-Grenze überschritten hat.

Eine bedenkliche Entwicklung zeichnet sich für die Ärztinnen ab. So waren Ende 1984 von den 3728 arbeitslos Gemeldeten bereits 49 Prozent Frauen, obwohl ihr Anteil unter den Berufstätigen nur 24 Prozent beträgt. Erschwerend kommt hinzu, daß Ärztinnen zunehmend über einen längeren Zeitraum arbeitslos sind und im Durchschnitt deutlich länger arbeitslos sind, als die männlichen Kollegen. Eine besonders hohe Arbeitslosenquote weisen dabei junge Ärztinnen auf; sie haben in der Regel deutlich geringere Chancen, eine Stelle auf dem Wege zur

Facharztausbildung zu erhalten, als die männlichen Kollegen.

Überproportional von der Arbeitslosigkeit betroffen sind ebenfalls Ausländer. Sie stellen zum Beispiel 1984 noch fast 25 Prozent der Arbeitslosen. Eine Rolle spielen hier die rigiden und zum Teil diskriminierenden Ausgrenzungsmechanismen, insbesondere die häufig verzögerte oder verwehrte Erteilung einer Berufserlaubnis nach Paragraph 10 der Bundesärzteordnung, die etliche Kollegen zur Aufgabe einer zum Teil langjährigen beruflichen Tätigkeit gezwungen hat.

Eine gewisse Existenzangst in den Kliniken manifestiert



sich in der Tatsache, daß der früher obligate Wechsel junger Ärzte zwischen verschiedenen Kliniken heute durchaus nicht mehr die Regel ist. Vielmehr setzt sich eine längere Verweildauer von Ärzten an einer Klinik durch. Auch dies erklärt das erschwerende Nachrücken neu approbierten Kollegen. Bei allen Problemen im Krankenhausbereich sollte jedoch nicht vergessen werden, daß sich die Gesamtzahl der in Krankenhäusern beschäftigten Ärzte zwischen 1974 und 1984 von 52 000 auf fast 76 000 erhöht hat.

Bedenklich auch im Krankenhausbereich ist die Entwicklung für die ausländischen Kollegen. Die restriktive Erteilung der Berufserlaubnis und eine häufig schon öffentliche Diskriminierung bei Bewerbungsverfahren läßt den Anteil der ausländischen Ärzte erheblich zurückgehen.

Der Anteil von Ärzten bei Behörden, Körperschaften des Öffentlichen Rechts und in der Industrie ist in den letzten Jahren ebenfalls angestiegen. Der öffentliche Gesundheitsdienst hat davon allerdings am wenigsten profitiert. Der Großteil der hier genannten Ärztegruppe ist in die Industrie abgewandert. Auffällig, daß viele frisch Approbierte gleich diesen - früher eher ungewöhnlichen - Weg eingeschlagen haben.

Die Zahl der niedergelassenen Ärzte ist in den letzten Jahren gewachsen. Ende 1984 waren von 65 780 niedergelassenen Kollegen 13 435 Allgemeinärzte, 15 365 praktische Ärzte und 36 980 Fachärzte.

Wie bereits erwähnt, ist es falsch, davon zu reden, daß eine wachsende Zahl junger Ärzte ohne Erfahrung in die Niederlassung drängt. Eine solche

Entwicklung läßt sich statistisch nicht belegen.

Der Anteil der niedergelassenen Ärztinnen ist noch geringer als der Anteil der stationär Tätigen, nämlich nur 19,6 Prozent. Hier konzentrieren sie sich vorwiegend auf die Fachgebiete Anaesthesiologie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychiatrie und Kinderheilkunde sowie Haut- und Geschlechtskrankheiten. Nach wie vor sehr wenige Frauen gibt es in den chirurgischen Fächern.

Gemessen an den ermittelten Bedarfplanungszahlen besteht in der Bundesrepublik derzeit schon ein deutliches Überangebot an niedergelassenen Ärzten. Die Erfüllung des Bedarfplanes sagt dabei jedoch nichts darüber aus, daß mit ihr auch wirklich eine optimale ärztliche Versorgung gewährleistet wäre. Wenn man bedenkt, daß diese statistische Planung lediglich ei-

nen Nervenarzt für 50 000 Einwohner vorsieht, kann man getrost davon ausgehen, daß hier noch längst nicht die Grenzen ärztlicher Tätigkeit ausgelotet sind. Die nach wie vor vollen Wartezimmer bestätigen dies auch in der Praxis.

Erwähnenswert bleibt der Tatbestand, daß in den eigentlich statistisch »übersorgten« Ballungsgebieten Wohnviertel mit vorwiegender Arbeiterbevölkerung nach wie vor in der Regel deutlich schlechter versorgt sind, als die sogenannten bürgerlichen Gebiete.

Gemessen an den offenen Planstellen haben sich die Auswahlmöglichkeiten für junge neue Kollegen deutlich eingeschränkt. Arbeitsmöglichkeiten gibt es noch in den Fächern Neurologie und Psychiatrie, weiterhin in der Radiologie mit dem Teilgebiet Strahlenheilkunde und in der Anaesthesie, hier insbesondere im Rahmen der fortschreitenden Verdrängung ausländischer Ärzte aus dieser Disziplin. Weiterhin besteht nach wie vor ein hoher Ärztebedarf für Sonderkrankenhäuser, zum Beispiel bei Kliniken für schwer psychisch Kranke, für Straffällige oder schwer Schädelhirnverletzte.

Die Entwicklung der ärztlichen Tätigkeit vom sogenannten freien Beruf zu einer zunehmend lohnabhängigen Tätigkeit hat bedauerlicherweise noch nicht dazu geführt, daß solidarisches Verhalten, gewerkschaftliche Organisation und Zusammenarbeit mit den anderen im Krankenhaus Beschäftigten zu den normalen Verhaltensmustern zählen. Vielmehr haben sich selbst bei den Krankenhäusern individuelle Einzelkämpferstrategien erhalten, die es der Arbeitgeberseite besonders leicht machen, verstärkten Druck auszuüben und Selektionsmechanismen in Anwendung zu bringen.

Ein gemeinsames Vorgehen der Ärzte, zum Beispiel mit den Gewerkschaften für die Einrichtung von mehr Planstellen könnte die drohende Arbeitslosigkeit ebenso mindern, wie ein solidarischer Einsatz für Arbeitszeitbeschränkungen und bessere Regelung der Nachdienste. □



Dem Artikel liegt als Quellenangabe unter: Walter Baumann, »Aspekte der Arbeitsmarktsituation von Ärzten in der BRD«, Manuskript, Frankfurt Oktober 1985

Neues aus Transsylvanien

Bluthandel mit Nebenwirkungen

Möglichst viel, möglichst billig. Unter dieser Maxime wird vor allem in den USA eifrig Blut für den Plasmatmarkt gesammelt. Der Patientenschutz bleibt dabei häufig auf der Strecke.

Rock Hudson sei's gedankt: das Sommerloch 1985 konnte wohlfeil gefüllt werden. Domestos der Medien: besonders aidssend. Wen interessieren noch Massenarbeitslosigkeit und Rüstungswahn, wenn durch Gruselschocker Nummer 1 das Blut in den Adern gefriert? Ähnlichkeiten von Aids-Hysteria einerseits und dem Zusammenhang von Pestepidemie und Hexenjagden sind rein zufällig. Eine verzerrte Optik, wie die tatsächliche Größenordnung zeigt. Weniger als 200 Aids-Toten stehen in der Bundesrepublik jährlich 160 000 Krebs- und 350 000 Herz-Kreislauf-Tote gegenüber. Kein Wunder, daß Boris Becker mittlerweile den Aids-Virus von den Titelseiten verdrängte. Damit ist aber auch Raum gegeben, Teilespekte dieser Modesuche ohne Panik anzusprechen.

Ein Aspekt ist die Übertragungsmöglichkeit durch Blutplasma. Als Patientengruppe betroffen werden hier von vor allem Hämophile, die in ihrer Therapie auf die Substitution von Gerinnungsfaktoren angewiesen sind. Zu diesem Zweck werden seit Anfang der siebziger Jahre sogenannte Hochkonzentrate verwendet. Für ihre Produktion wird in einem ersten Schritt Spenderblut zentrifugiert und so die Plasmabestandteile von den Blutkörperchen getrennt (Plasmapherese). Das gewonnene Plasma wird in Pools, die aus 10 000 bis 15 000 Einzelpfunden bestehen, gesammelt. Es wird dann in weitere wissenschaftlich interessante Bestandteile wie Gerinnungsfaktoren, Albumin, Immunglobuline zerlegt.

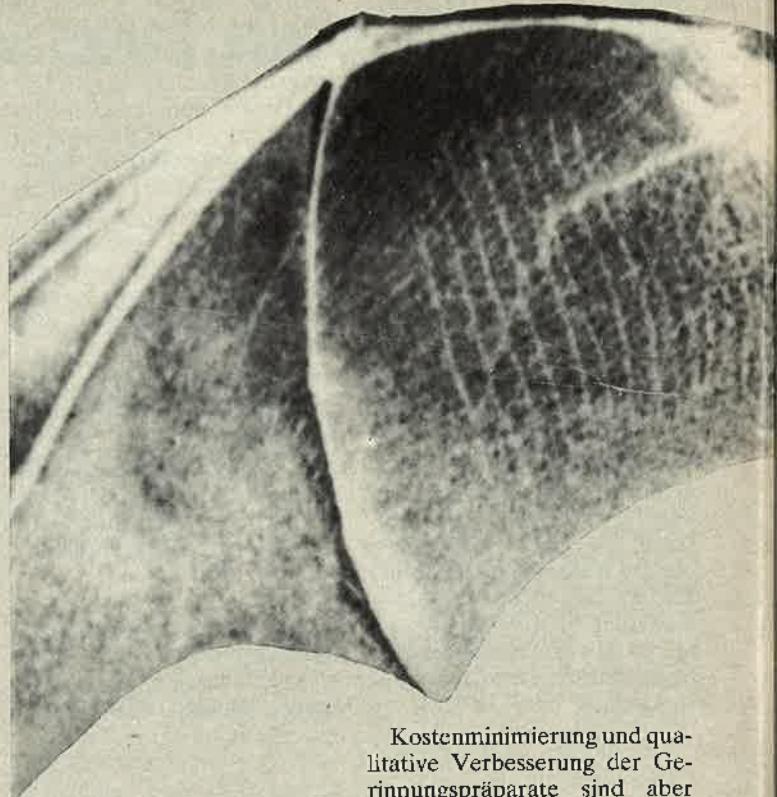
Und hier tauchen bereits die Probleme auf. Schon eine verseuchte Spende kann einen ganzen Plasmapool verunreinigen. Dabei kann die jeweilige Nachweisgrenze für Viren unterschritten werden. Auf diese Weise wurde in den siebziger Jahren die Hepatitis B, die chronische Leberschäden auslösen kann, reihenweise übertragen. HB-Antikörper lassen sich bei Hämophilen durchweg nachweisen. Ein effektiver Empfängerschutz hätte eine strikte Spenderkontrolle vorausgesetzt.

Genau dem waren aber buchstäblich Grenzen gesetzt, da die in der Bundesrepublik benutzten Gerinnungspräparate zu mehr als 90 Prozent Plasma aus den USA verwenden. Das US-System des »commercial donor« – d. h. möglichst umfangreiche Spenden, möglichst häufig, möglichst billig – läßt aber Spender- wie Empfängerschutz in den Hintergrund treten. Zahlreiche Plasmapheresezentren entstanden etwa im Grenz-

Was nie ein Alchimist erreichte: aus dem gelblichen Blutplasma wurde flüssiges Gold.

gebiet zu Mexiko, zum Beispiel in El Paso. Für zum Blutspenden geköderte Grenzgänger gab es nicht nur große Löcher im sogenannten Tortilla-Zaun, sondern auch in den Blutspende-Vorschriften.

Der in den siebziger Jahren befürchtete Boom von Plasmaporten aus der Dritten Welt fand hingegen nicht statt. Ein



Grund hierfür mag sein, daß die Hepatitis B in Südamerika und Ostasien endemisch auftritt – bis zu 20 Prozent der Bevölkerung sind hier von betroffen. Ein anderer Grund liegt in der Aufhellung der Szenerie durch internationale Organisationen wie die Weltgesundheitsorganisation 1975 und die Liga der Rotkreuzgesellschaften 1981. Die teilweise dunklen Praktiken der Plasmahändler gerieten in Entwicklungsländern zunehmend in Verdacht. Private Plasmapheresestationen mußten schließen, zum Beispiel in Nicaragua, das vor der Revolution 200 000 Liter Plasma im Jahr ausführte, nicht-kommerzielle Blutspedienste wurden gefördert und Plasmaexporte verboten.

Auch ohne steigende Plasmimporte aus der Dritten Welt florierte die US-Produktion. Dank einiger hunderttausend professioneller Spender konnten Ende der siebziger Jahre vier bis fünf Millionen Liter Plasma jährlich gewonnen werden, wovon circa die Hälfte in den Export nach Westeuropa ging.

Da der Verbrauch von Gerinnungsfaktoren drastisch stieg, wurde das gelbliche Plasma zum flüssigen Gold. Bei einem Preis von mehr als einer Mark pro Faktor VIII Einheit wurden internationale Plasma-broker lebhaft, und zugleich setzte ein obskurer Wildwuchs von Plasmazentren ein. Im Vordergrund stand in dieser Situation die Beschaffung von Billigplasma.

Kostenminimierung und qualitative Verbesserung der Gerinnungspräparate sind aber zwei Paar Schuhe. Obwohl in der Bundesrepublik schon früh warnende Stimmen auf die Gefahren der Serum-Hepatitis hinwiesen, geschah wenig. Versuche, etwa mit Gammastrahlen die Präparate virussicher zu machen, brachten nichts. Langfristige Patienten- und kurzfristige Profitinteressen schlossen einander offenbar aus.

Anfang der achtziger Jahre waren für unser Thema zwei Ereignisse bemerkenswert: einerseits ein Preisverfall für Gerinnungspräparate, andererseits das Auftauchen einer eigenständigen Seuche in den USA. Die Kritik seitens der Krankenkassen an überhöhten Preisen sowie ein relatives Überangebot führten zu einem Preissprung von 0,83 Mark auf 0,59 Mark pro Faktor VIII Einheit. Ein Unternehmen schloß daraufhin die Hälfte seiner europäischen Plasmapheresenzentren. Vor allem in den USA breitete sich der Aids-Virus HTLV-III ziemlich ungehemmt aus. Inzwischen sind 1,7 Millionen US-Bürger HTLV-III positiv.

Der vorheugenden Aufklärung über Mindesthygiene stehen in diesem Land systembedingte Grenzen entgegen. Da die Leseneigung der Bevölkerung sinkt, muß das Fernsehen als Medium genutzt werden. Das Center for Disease Control ist darauf angewiesen, teure TV-Spots zu den besten Sendezeiten einzublenden. Da seine finanziellen Mittel nicht unbegrenzt sind, bleibt dieser Weg unzureichend: Schattenseite ei-



- Anzeige -

Ernst von Kardorff (Hrsg.)

DAS
MODELLPROGRAMM
UND DIE
FOLGEN



Die Psychiatrie auf Reformkurs?

Ernst von Kardorff (Hrsg.)

Das Modellprogramm
und die Folgen
Die Psychiatrie
auf Reformkurs?

Tb 8, 198 S., 17,80 DM

Das Buch ist für alle wichtig, die über Reformen und Reformchancen nachdenken, denn die Psychiatrie ist nur ein Beispiel dafür, wie schwierig es ist, wirkliche und umfassende Reformen voranzubringen. Modellprogramme sind beliebt bei Politikern: Wenn etwas nach Veränderung drängt, wird erst einmal ein Forschungs- und Modellprogramm auf die Beine gestellt. Dieser „Geschichte einer Reformillusion“ geht Ernst von Kardorff in seinem einleitenden Artikel nach, der auch einen Überblick zu den einzelnen Projekten enthält. Die einer Reform hinderlichen Strukturen im Sozialrecht zeigen Nowak/Weber auf — sie weisen aber auch auf ungenutzte Chancen hin. Dietrich Giering aus Hessen beschreibt die Probleme der politischen Umsetzung von Modellerfahrungen.

Praktische Erfahrungen aus den Modellregionen, die dargestellt werden, kommen aus dem stationären und ambulanten Bereich, der Gerontopsychiatrie, der bekannten „Enthospitalisierung“ in Bremen, der Fortbildung und wissenschaftlichen Begleitung.

**PSYCHIATRIE
VERLAG**
CELSIUSSTRASSE 112
5300 BONN 1

ner gewinnorientierten televisionären Gesellschaft. Da er stens Blutübertragungen einen wesentlichen Infektionsweg bilden; zweitens ein Großteil des Plasmas aus den USA importiert wurde; drittens das kommerzielle Spendenwesen eine strikte Spenderkontrolle untergräbt; und viertens die Präparate nicht hinreichend gereinigt waren, bildeten in der Konsequenz Hämophile eine der Hochrisikogruppen.

1979 waren noch keine Bluter in der Bundesrepublik HTLV-III positiv, 1980 einige wenige, ab 1981 trat ein steiler Anstieg ein. Die Gefahr, daß — um es euphemistisch auszudrücken — auf der Nachfrageseite erhebliche Einbußen einzutreten drohten, ließ die Pharma industrie energisch reagieren. Unter Einsatz beträchtlicher Forschungsmittel gelang es innerhalb von zwei Jahren, mittels Thermo inaktivierung Hepatitis B-freie Gerinnungspräparate herzustellen. Damit sind die Präparate zugleich HTLV-III-sicher, weil dieser Virus wesentlich labiler ist. Allerdings gibt es bei den Inaktivierungsverfahren große Unterschiede in der

eine Mark pro Faktor VIII Einheit, was mit dem gestiegenen Plasmaverbrauch bei der Produktion (Erhitzung zerstört Eiweiß) begründet wird. Der Anstieg der Plasmapreise, der auch durch den erhöhten Albumin-Verbrauch (Blutersatz) im Krieg Iran-Irak hervorgerufen wird, von 160 auf 220 Mark pro Liter zeigt Wirkung: Unlängst hat ein deutsches Unternehmen 18 Plasmapheresezentren in den USA aufgekauft.

Gentechnologische Zukunftsperspektiven haben auch das Herz großer transnationaler Konzerne für das Wachstumsfeld Plasmamarkt erwärmt. Cutter (Bayer-Tochter), Traveneol und Alpha (Tochter von Green Cross, Japan) arbeiten eng mit Gentech-Firmen zusammen. So hat Cutter 1984 von Genentech die Exklusivlizenz zur Herstellung von Faktor VIII erworben. Auch andere, wie Armour, Behring (Hoechst-Tochter) und die kleineren wie Biostest und Immuno sind nicht untätig. Plasmareinigung durch monoklonale Antikörper geschieht bereits in Ansätzen. Die gentechnologische Produktion von reinen, mithin auch virusfreien Faktor VIII-Präparaten wird für 1990 erwartet.

Das Problem ist die spezifische Glykalisierung des Moleküls, d. h. Bestückung mit Zuckerausteinen. Einen Preisverfall erwartet die Industrie allerdings nicht. Da die Herstellung von Gerinnungspräparaten als Koppelprodukt geschieht, könnte zum Beispiel beim Herausfallen von Albumin der Preis sogar steigen.

Die Weltmarktkonkurrenz wirkt sich unmittelbar und negativ auf die Produktsicherheit

Konsequenz des Marktes: Durch den Krieg zwischen Iran und Irak stiegen die Plasma preise erheblich.

Wirksamkeit. Einigen US-Herstellern wird sogar nachgesagt, sie würden ihre Produkte kurz über dem Bunsenbrenner oder im Reagenzglas unter der Achsel erhitzen.

Wie dem auch sei, die Preise stiegen wieder auf knapp unter

aus. Das Gegenmodell zum internationalen Plasmamarkt besteht in einem an nationaler Selbstversorgung orientierten nicht-kommerziellen Blutspendewesen. Das Deutsche Rote Kreuz, das selbst im Bluthandel mitmischt — angeblich gehen jährliche Überschüsse des

Effektiver Empfängerschutz setzt strikte Spendenkontrolle voraus..

»Konzerns der Menschlichkeit« in Millionenhöhe an das New York Blood Center — drängt sich hier aber nicht unbedingt auf. Löbliche Versuche, im Rahmen der Selbsthilfegruppe der Bluter eigeninitiativ zu werden, scheiterten am Widerstand eines Teils der Industrie. Die in letzter Zeit zu beobachtende Zunahme privater Plasmapheresezentren in der Bundesrepublik führt weniger zur Selbstversorgung denn zur Einführung des »commercial donor«. Freiflugscheine für internationale Vampirgruppen sind schlecht, Kontrolle besser, gesellschaftlich kontrollierte nationale Selbstversorgung wäre am besten.

□
Alphons Studier

Alphons Studier ist Doktorand an der Universität Hamburg. Er promoviert über ein entwicklungspolitisches Thema.

Die hier vertretenen Thesen beruhen auf Diskussionen, die in einem Hamburger Arbeitskreis in der Deutschen Hämophiliengesellschaft geführt wurden.

Viel Nebel in Utopia

Gruppenpraxlertreffen in Riedstadt

gst- Immerhin überwiegt der Nutzen noch den Schaden – so lautete das ernüchternde Resümee zum Experiment »Gesundheitszentren«. Von den politischen Träumen bleibt im harten Praxisalltag nur wenig.

Das ehemalige Gesundheitszentrum Riedstadt bei Darmstadt, das medizinische Woodstock der Gesundheitszentrenbewegung, war diesmal der beziehungsreiche Ort des Gruppenpraxlertreffens. Denn Riedstadt spiegelt genau die Entwicklung wider, die die meisten Gesundheitszentren genommen haben. Seit dem 1. März gibt es das Gesundheitszentrum in Riedstadt nicht mehr. Es lebe die fachübergreifende Praxisgemeinschaft medizinischer und psychosozialer Berufe Riedstadt.

Zu dieser Entwicklung haben juristische (Verbot des Namens »Gesundheitszentrum«), wirtschaftliche Zwänge (fast jeder Bereich arbeitet jetzt wirtschaftlich selbstständig) wie auch inhaltliche Probleme (Abkehr von gleicher Bezahlung bei unterschiedlichen wirtschaftlichen Risiken und Arbeitszeiten) geführt.

Der Sonntagvormittag stand ganz im Zeichen eines gesundheitspolitischen Forums mit dem Thema »Gruppenpraxen und Prävention«. Der Frankfurter Medizinoziologe Klaus Priester nahm den Versammelten die Illusion, ihre Praxen seien der ideale Ort für Präventionsarbeit. Geschichtlich gesehen hätten nichtmedizinische Maßnahmen wie die Verbesserung der Wasserqualität, Einführung der Hygiene, Verbesserung der Arbeits- und Wohnverhältnisse Seuchen wie Cholera oder Krankheiten wie die Tuberkulose besiegt.

Diese primärpräventiven Maßnahmen haben aber mehr mit gesellschafts- und sozialpolitischen Fragen als mit medizinischen Problemen zu tun und sind überdies weitaus wirkungsvoller als jede sekundärpräventive Maßnahme, die auf Verkürzung und Heilung bereits bestehender Krankheiten, und die Beseitigung psychischer und

sozialer Probleme gerichtet ist, darüber waren sich die meisten einig.

Dabei kann diese Arbeit einerseits am Individuum ansetzen, wobei meist nur unbefriedigende Erfolge zu verzeichnen sind; oder man findet zu einer zielgruppenorientierten Arbeit. Beispiel: Unter 15-25jährigen hat der Suizid einen Anteil von rund 23 Prozent an der Sterblichkeitsrate dieser Altersgruppe. Was können die Gruppenpraxen tun, um diese Mortalitätsrate zu senken? We-

niug. Der Münchener Sozialwissenschaftler Reinhard Fuß, Mitautor der Studie »Gesund Sein 2000« und eines Buches über Gruppenpraxen, beklagte, daß bis Anfang der achtziger Jahre die Primärprävention noch in den Gruppenpraxen verankert war. Die Gruppenpraxen hätten damals noch den Anspruch gehabt, Veränderungen in den Gemeinden als auch in der Gesundheitspolitik zu bewirken. Diese Arbeit könne aber heute nicht mehr aus Mitteln der Gruppenpraxen getragen werden.

Medizinische Präventionsarbeit hat noch keine Krankheit verhindert.

In den Praxen wird größtenteils nur Risikofaktorenmedizin betrieben, stellte der Vorsitzende der Arbeitsgemeinschaft der Listen demokratischer Ärzte, der Offenbacher Orthopäde Winfried Beck, in seinem Beitrag fest. Die Standesvertreter witterten das große Geschäft mit Vorsorgemaßnahmen, obwohl sich am Beispiel des Brustkrebses zeige, daß diese Maßnahmen keinen nennenswerten Erfolg haben. Die

Einzelleistungsvergütung fördere nur die Medikalisierung von Problemen, Risikofaktoren könnten aber auch sozialer Natur sein. Die Gruppenpraxen müßten politisch arbeiten und auch öffentlich primäre Prävention fordern.

Martin Kleinschmidt von der Landtagsfraktion der Grünen in Hessen betonte, daß die Forderung nach öffentlicher Förderung der Prävention Teil des gesundheitspolitischen Programms der Grünen sei. Langfristig bedeute das aber, daß

1. der Sicherstellungsauftrag der ambulanten Versorgung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen an die Kommunen delegiert werden müsse,
2. eine einheitliche Krankenversicherung geschaffen werden müsse, die
3. demokratisch unter Mitbestimmung der Bevölkerung verwaltet werden solle und
4. die Ärzte von den Kommunen angestellt und nach Tarifverträgen bezahlt werden sollten.

Bis dahin sollten kurz bis mittelfristige Regionalfonds in Modellregionen geschaffen werden, die Gelder in Form von Kopfpauschalen an Gesundheitszentren zahlen sollten. Für letztere Forderung bedürfe es nicht einmal einer Änderung der Reichsversicherungsordnung, in der die Einzelleistungsvergütung ja nicht zwingend vorgeschrieben sei.

Die Frage der Einheitsversicherung erhitzte die Gemüter. Der AOK-Vorsteher befürchtete eine Bürokratisierung der Krankenkasse wie bei der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte. Dagegen hätten die lokalen Ortskrankenkassen heute eine sehr viel größere Einstellungsfreiheit und könnten wie in der Frage der Prävention eine Vorreiterfunktion bilden. Eine zentrale Einheitsversicherung wäre da sehr viel schwieriger.

Alle übrigen Diskussionsteilnehmer stellten klar, daß es sich um eine Einheitsversicherung auf lokaler Ebene handeln solle, die ebenfalls dezentral selbstständig handeln könne und der Mitbestimmung der Konsu-

menten von Gesundheitsleistungen unterliegen sollte.

In der Einschätzung der übrigen Forderungen der Grünen waren sich die Teilnehmer nicht einig. Winfried Beck befürwortete zwar die Forderung nach Brechung des Behandlungsmonopols und des Sicherstellungsauftrages der Krankenversicherungen, plädierte aber für eine Kopfpauschale mit degressiver Bezahlung. Die Betreiber der Praxen sollten weiterhin die Kosten für Einrichtung und Geräte übernehmen, doch sollten lokale Ausschüsse, die zu je 50 Prozent aus Anbietern und Benutzern bestehen sollten, Gesundheitspläne über den Bedarf an Geräten, Ärzten, sozialen Diensten erstellen.

Den klassischen Konflikt zwischen Arzt und Helferin gibt es auch in Gruppenpraxen.

Der Westberliner Mediziner Godwin Jeschal stellte Vorstellungen der Grünen in West-Berlin vor, die mit zwei Zwischenschritten das Problem der technischen Ausstattung der Praxen lösen wollen. Zunächst einmal sollten bestimmte technische Leistungen aus der geplanten Kopfpauschale herausgenommen werden und auf Personen mit nachgewiesener hoher Qualifikation konzentriert werden. Später sollten Fonds gebildet werden, die Praxen diese höherwertigen Geräte zur Verfügung stellen und zugleich eine Profitorientierung der Benutzer verhindern sollen.

Der Samstagnachmittag war den fünf Arbeitsgruppen vorbehalten, wobei sich eine mit den Problemen des Assistenzpersonals in den Gruppenpraxen beschäftigte. Eine klare Trennung der Zuständigkeiten für bestimmte Aufgaben im Arzthelferbereich hat sich bewährt, weil sie für Patienten, Arzt und übriges Personal überschaubar ist – darüber war man sich einig. Dem steht nicht entgegen, daß die Schwerpunkte nicht alltäglich gewechselt werden könnten. Die Arzthelferin ist als kompetenter Ansprechpartner für den Patienten dort anerkannt, wo auch der Arzt dem Patienten ihre Kompetenz klarmacht. Dies erfordert innerhalb der Praxis eine Auseinandersetzung über bestimmte Behandlungsabläufe und Beratungsinhalte, damit der Patient nicht

unterschiedliche Auskünfte vom Arzt oder der Arzthelferin erhält. Regelmäßige Kommunikationsformen wie etwa die Supervision haben sich gerade auch für Arzthelferinnen sehr bewährt.

Da Probleme gleich ange- sprachen werden, kommt der klassische Konflikt Arzt-Arzt- helfer nicht mehr so stark zum Tragen. Stärkeres Selbstbe- wußtsein der Arzthelferin führt zur Verteidigung der eigenen Arbeitsbereiche. Die Ärzte sollten sich nicht in typische Arzthelferbereiche ein- mischen.

Eine klare Trennung der Zuständigkeiten hat sich bewährt.

Eine weitere Arbeitsgruppe hatte die Frage der Zusammenarbeit zwischen Krankengymnasten und anderen Berufsgruppen zum Thema. Am auf- falligsten war bei dieser Arbeitsgruppe das große Informationsdefizit der Ärzte über die Arbeit und Möglichkeiten der krankengymnastischen Arbeit. Die Krankengymnasten müssen dagegen mit der Verordnung oftmals unsinniger Therapievorschläge leben und können nur sehr vorsichtig versuchen, den verschreibenden Doktor zu einer Rezeptänderung zu veranlassen, was bei den meisten Ärzten als Einmis- chung angesehen wird. Der Gedanken- und Therapieaus- tausch ist in Gruppenpraxen sehr viel leichter möglich als bei einer einzelnen Krankengymnasten-Praxis, wo, wenn überhaupt, meist nur eine telefonische Kommunikation möglich ist.

Das Resümee von Klaus Priester, daß das Experiment Gruppenpraxis mehr Nutzen als Schaden gebracht habe, und das von Winfried Beck, daß die Gruppenpraxen von der ökonomischen und machtpolitischen Seite her gescheitert seien, war zwar ernüchternd, aber nicht böse gemeint. Ohne die Utopie Gruppenpraxis wären viele politische Forderungen nicht praktisch erfahrbar gemacht worden. In diesem Sinne wurde vereinbart, das nächste Treffen im Herbst dieses Jahres in Westberlin abzuhalten. □

Das Woodstock der Gruppenpraxier: Das ehemalige Gesundheitszentrum Riedstadt

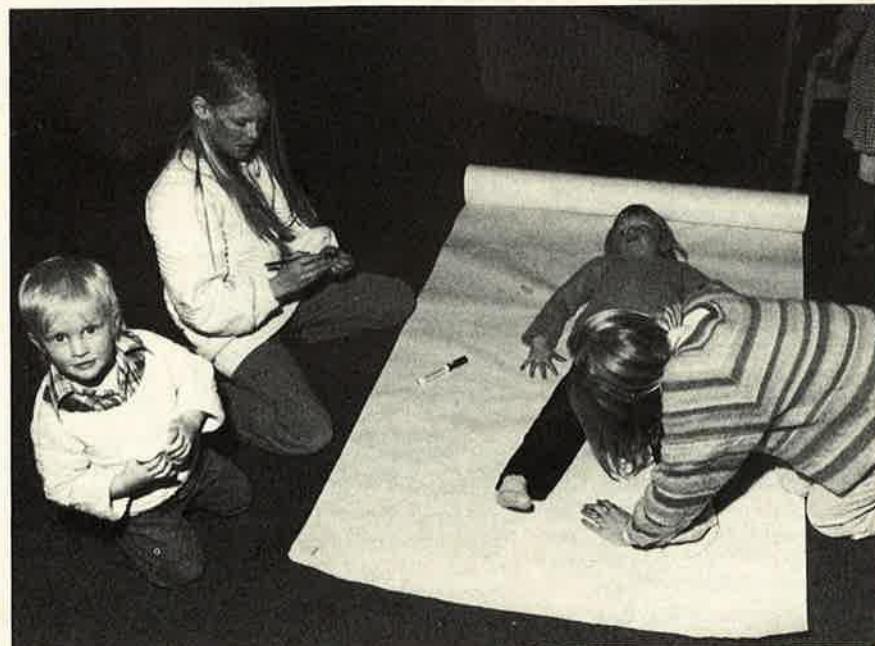


Fotos (3): Linie 4/M. Bauer

In den Arbeitsgruppen wurden die Probleme des Assistenzpersonals diskutiert



Die halten auch nicht viel von der Theorie



buchkritik

Richard Meyer-Jungcurt:
Zwischen Seine und Don: Ein Arzt erlebt den Zweiten Weltkrieg,
Verlag H.M. Hauschild, Bremen 1985.

In Frankreich trank er Chablis, aß gepflegt Austern und Schnecken, spielte Tennis, sah in der Oper eine Vollblut-Carmen und auf dem Rennplatz Vollblut-Pferde und in Etablissements spärlich gekleidete Mädchen. »Fast kommt man in die Versuchung zu sagen,« schrieb er im April 1941, »daß man wie ein Gott in Frankreich lebt.«

Richard Meyer-Jungcurt, Truppenarzt der deutschen Wehrmacht im Zweiten Weltkrieg zunächst in Frankreich und dann in der Sowjetunion, veröffentlicht dies, damit die Jugend erfährt – so das Vorwort – »wie der deutsche Soldat während der langen Kriegsjahre im besetzten Feindesland mit der dortigen Bevölkerung zurechtgekommen ist.« Denn »das Geschichtsbild, das die Nachkriegsgeneration von der Hitlerzeit in den Schulen erhielt, war unvollständig.« Damit dieses nun vervollständigt werde, erschien vor einem Jahr, vierzig Jahre nach Kriegsende, in einem Bremer Verlag sein Buch.

Da veröffentlicht ein Arzt – etwa 1910 geboren – seine Feldpostbriefe aus sechs Kriegsjahren; kommentiert sie hin und wieder auch, aber ohne jegliche Korrektur der Dinge aus heutiger Sicht. Da ist einer, der in 40 Jahren nichts dazu gelernt hat, der noch heute von der Richtigkeit der deutschen Expansionspolitik und von der Tüchtigkeit der deutschen Soldaten überzeugt scheint und der noch heute nach Gründen sucht, warum es zur furchtbaren Katastrophe des Zweiten Weltkrieges kommen konnte. Auf Seite 133 steht es:

»Die russische Generalität hatte die Schwachstellen der deutschen Front im Donbogen, die mit italienischen und rumänischen Divisionen besetzt waren, frühzeitig erkannt. Es hätte im Führerhauptquartier bekannt sein müssen, auf wie schwachen Füßen das innere Gefüge italienischer und rumänischer Verbände steht. Das hat nichts mit Tapferkeit des einzelnen zu tun. Tapferkeit ist kein Privileg bestimmter Nationen. Anders steht es aber mit der besonderen Begabung der guten Menschenführung und mit dem Können, brauchbare Armeen auszubilden und auszurüsten. (...) Die Einschließung von Stalingrad konnte ohne große Schwierigkeiten erfolgen.«

Die Tapferkeit und die Tüchtigkeit der deutschen Soldaten werden hervor-

gehoben, nicht nur an einer Stelle ist die Rede davon, daß die deutschen Besetzer geschätzt waren: sowohl in Frankreich (»in gewisser Weise bewundert man auch die militärischen Erfolge der Wehrmacht.«) als auch in der Sowjetunion:

»Man meint, die Deutschen können alles und sind zuverlässig. Sie werden anerkannt wegen ihrer Tüchtigkeit und Fähigkeit. Imponieren kann man dem Russen eigenartigerweise, wenn man ihm mit Härte entgegentritt. Höflichkeit hält er für Schwäche.«

Das erinnert doch sehr an die Hervorhebung eines nordischen Führermenschen und eines arbeitsamen, sich unterordnenden ostischen Menschen, so wie sie die national-sozialistische Konstitutionslehre beschrieb. Beklagt wird der Krieg eigentlich nur deshalb, weil auch deutsche Männer starben.

Immerhin stellt er bei den Franzosen fest, daß man »in gewissen Fällen eine respektvolle Zurückhaltung feststellen (kann), die wir akzeptieren müssen.« Und junge Russinnen hatten zu ihm gesagt: Meine Seele bekommt du doch nicht! Dieser von den russischen Frauen gern und häufig geäußerte Satz ist eigentlich bezeichnend für die russische Mentalität und russisches Denken. Man kann aus ihm eine gewisse Reserve und vielleicht auch ein gewisses Mißtrauen heraushören.«

Was wunder! Und warum wurden sechzehnjährige Mädchen vor den deutschen Soldaten versteckt? Der Verfasser verrät es dem Leser nicht, fast noch wundert er sich über dieses Verhalten: »Die sechzehnjährige Tochter wurde, wie das hier in Rußland üblich ist, schnell aus der Schullinie gezogen, das heißt, sie wird bei Bekannten oder Verwandten irgendwo in einem Haus versteckt, in dem keine Soldaten untergebracht sind.«

Andere deutsche Ärzte waren auch in der Sowjetunion. Da war einer, der kämpfte auf Seiten der Sowjets, er hieß Friedrich Wolf und beschrieb im Jahre 1943 in »Treibjagd auf Menschen«, warum sechzehnjährige Mädchen versteckt wurden. »Die alte Bäuerin erzählt, wie der deutsche Ortskommandant von Swatowa alle Mädels und Jungen ab sechzehn Jahren nach einer Liste in den umliegenden Dörfern des Rayons aufrufen und zusammentreiben ließ. (...) Die zwei Töchter der Bäuerin im Alter von siebzehn und neunzehn Jahren suchten sich bei Bekannten ... zu verstecken. Doch

es begann ein richtiges Kesseltreiben, eine Treibjagd auf Menschen durch ein deutsches Polizei- und SS-Kommando. (...) Als man ihre Töchter dann abschleppte, habe sie sich vergebens vor den Deutschen niedergeworfen... Man habe nicht auf sie gehört... aber die deutschen Polizeimänner und Soldaten hätten alle wie Vieh auf ein Lastauto hinaus geladen.«

Wo waren die völkerrechtlichen Normen, die es einzuhalten galt, als die Deutschen sowjetische Männer und Frauen nach Deutschland zur Zwangsarbeit verfrachteten? Völkerrecht ist nur, was die anderen nicht einhalten. Und angesichts der Greuelaten der Deutschen in Osteuropa glaubt man, seinen Augen nicht zu trauen, wenn es da in einem Brief vom Februar 1943 heißt: »Die unter Alkohol stehenden Russen hatten unter den Nachrichtenhelferinnen, Krankenschwestern (...) ein grauenhaftes Massaker angerichtet mit Totschlag, Schändung und gräßlichen Verstümmelungen (...). Die russischen Soldaten waren unberechenbar, wenn sie Alkohol getrunken hatten, und hielten sich dann auch nicht an das Genfer Rote-Kreuz-Abkommen.«

Doch vereinzelt drangen auch die Greuelaten der Deutschen an die Front. »Was sich abgespielt hatte, was insbesondere mit der jüdischen Bevölkerung geschehen war, das wußten nur sehr wenige von den Frontsoldaten... Vielleicht hatten die Soldaten an der Front hier und da mal was munkeln hören...«. Aber: »Die Erschießungskommandos bestanden vorwiegend aus Osteuropäern, die dem Alkohol verfallen waren...«.

Überhaupt scheint der Verfasser sagen zu wollen, daß der Antisemitismus eine ganz verbreitete Angelegenheit gewesen sei. (»wie er in Polen, Rußland und anderen Ländern schon immer zu Hause war«.) Doch angesichts der deutschen Morde an sechs Millionen Juden ist es fast unerträglich zu lesen: »In manchen Ländern wie in der Schweiz, dem Land des kalten Antisemitismus, haben sich die emigrierten Juden sehr unglücklich gefühlt.«

Als die Juden auch im besetzten Frankreich verfolgt wurden, bedauerte der Briefeschreiber diese Entwicklung sehr. »Man konnte bisher auch sonntags in der Pariser Innenstadt einkaufen und wurde in den jüdischen Geschäften so gut bedient.«, schrieb er im Mai 1942 aus Paris an die Eltern in Bremen. Hier

lebt der Verfasser noch heute und verweist mit seinem Buch darauf, daß die Ideen einer sozialdarwinistischen Rassen- und Bevölkerungspolitik unter Ärzten allgegenwärtig sind.

Gine Elsner



Operation Aids, Das Geschäft mit der Angst. Sexualforscher geben Auskunft. konkret Sexualität. Hg. von Volkmar Sigusch und Hermann L. Gremiliza, Hamburg 1986, 10 Mark.

Die Operation Aids läuft in vollem Gang. Mit Aids gelingt ein kultureller Volltreffer, der einesgleichen sucht. Die reale Bedrohung der Hauptbetroffenen wird zu einer fiktiven Bedrohung der Gesamtbevölkerung ausgeweitet, die es unmöglich macht, um die Menschen zu trauern, die an Aids sterben.

Es tut gut, wenn Volkmar Sigusch, der zusammen mit Hermann L. Gremiliza das neue konkret Sonderheft »Operation Aids« herausgegeben hat, in seinem Editorial vorab daran erinnert, daß erst die Trennung von Aids als individuelle Krankheit, an der einzelne Menschen sterben, und ihrer Indienstnahme, ihrer gesellschaftlichen, sozialen und seelischen Instrumentalisierung, wirkliche Trauer ermöglicht. »Angesichts der Aufpeitschung ist das Trennen unmöglich, weil wir sonst von Angst, Ekel, Rache und vom Haß auf die Ansteckenden überschwemmt werden.«

Diese Trennungsarbeit zu leisten, Aids aus dem Geflecht der Indienstnahme durch die Sauber Männer (und auch einiger Sauberfrauen) für die Volksgesundheit zu lösen und damit die reale Bedeutung zu erfassen, haben sich die Autoren des konkret

buchkritik

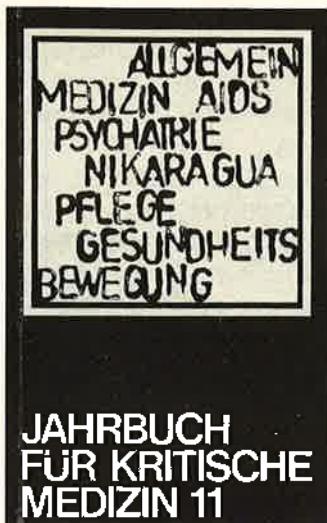
Sonderhefts zur Aufgabe gemacht. Die Zeichen der Zeit stehen nicht auf Aufklärung, gefragt sind neue Hochrechnungen über die Rasanz der Zuhause, es wird gewartet auf den langbeschwarteten Einbruch von Aids in die »Normalbevölkerung« und auf das erste Kuß-Opfer. In dieser Atmosphäre eine im besten Sinne aufklärerische Kampfschrift zu verfassen, dazu gehört Mut.

Es dürfte einen Aufschrei unter den Infektologen, Epidemiologen, den Virologen, Politikern und Journalisten geben, allein wenn sie mit der Tatsache konfrontiert werden, daß seltene Krankheiten selten sind, häufig häufig und daß Aids immer noch zu den seltenen gehört. Selbst der Trick mit der kumulativen Zählweise, sonst bei keiner anderen Krankheit angewandt, täuscht darüber nicht hinweg. Daß die Hochrechnungen in jeder Hinsicht – empirisch, wahrscheinlichkeits theoretisch und auch sozialpsychologisch – falsch sind (Gunter Schmidt, Sexualwissenschaftler aus Hamburg weist das in einem Beitrag nach), bestätigt nur, daß mit Aids eine bewußte Politik gegen Minderheiten betrieben wird. Nicht nur das: Aids ist die neue Gefahr, mit der man von allen anderen ablenken kann, der kompensatorische Ersatz für die Ängste vor dem atomaren Untergang, vor Umweltzerstörung und vor Verlust der Arbeit.

Aids für alle – alle für Aids, so faßt Volkmar Sigusch zusammen. Gunter Schmidt weist auf den wesentlichen Unterschied zu anderen kollektiven Katastrophenstimmungen, indem er darauf aufmerksam macht, daß wir Aids scheinbar nicht ohnmächtig gegenüberstehen. Ändere dein Verhalten, es hängt von dir, ganz allein von dir ab, ob es dich trifft oder nicht. Daß auf derartigem Boden die Mischung aus safer-sex-Kampagne, neuem Familiensinn, moralischer Wende, Selbsthilfe und dem Ruf nach dem Staat zu einem dichten Gestüpp gedeckt, in dem sich jeder und jedes verfängt, was nicht dem gesunden Volksempfinden entspricht, überrascht kaum.

»Man stelle sich vor, Hitler hätte Aids ausrotten dürfen«, so Gremliza am Schluß seines Kommentars. Er verzichtet auf eine Konkretisierung. Sie wäre auch überflüssig.

pw



Jahrbuch für Kritische Medizin
Band 11, AS 131 Argument Verlag
Berlin 1986 17,60 Mark

Erfreulich ist es, daß es der Argument-Redaktion gelungen ist, auch in diesem Jahrbuch zu einigen wichtigen Themen der gesundheitspolitischen Diskussion eigenständige Beiträge zu liefern, wie zum Beispiel zur bisher sehr kontroversen Diskussion über die Thesen der Grünen zur Abschaffung und Überwindung der Psychiatrie. Erich Wulff, ein exponierter Vertreter der sogenannten Reformpsychiatrie, setzt sich mit dem Forderungskatalog der Grünen auseinander.

Seine Diagnose: Ein Papier, in dem die leitenden Perspektiven so etwas wie die Quadratur des Kreises versuchen. Einmal werde psychisches Elend als privat und individuell gekennzeichnet, auf der anderen Seite werde die Individualisierung des sozialen Elends in psychische Krankheit als Mythos kritisiert. Seine Analyse endet damit, daß er die Thesen der Grünen als eine »noch unausgegorene Mischung aus berechtigten Forderungen, ideologischen Verdrehungen und Dilettantismus« bezeichnet.

Übereinstimmung allerdings besteht mit den Grünen in der Forderung zur Schließung der Irrenhäuser. Letztlich sind seine Vorstellungen von einer anderen, besseren Psychiatrie gar nicht sehr weit von den Positionen Hans Lüders entfernt, der – von der Anti-Psychiatrie beeinflußt – Vorschläge zur Neuansiedlung psychosozialer Dienste macht. Seine Vorschläge basieren auf dem Konzept des Kommunikationszentrums Berlin-Friedenau.

Nicht zufällig ist es für mich, daß allein drei Artikel der medizinischen

Versorgung in Nicaragua gewidmet werden. Faszinierend zu beobachten, wie sich in diesem politisch noch so bedrohten Land eine eigenständige Gesundheitsversorgung entwickelt.

Sehr viel schwieriger ist da schon die Diskussion um die gesundheitspolitischen Perspektiven im eigenen Land. Eberhard Göpel bleibt in seinem Artikel »Wohin treibt die Gesundheitsbewegung?« sehr unkonkret, wenn er von ihr mehr als eine alternative Verbraucherberatung fordert. Eine Gesundheitsbewegung mit emanzipatorischem Anspruch müsse sich auf eine andere Lebenspraxis einlassen und deren soziale Voraussetzungen schrittweise erkämpfen. Alles gut und schön, darf da jeder denken, aber wie?

gw



Eva Schmidt-Kolmer: »Frühe Kindheit«, Volkseigener Verlag
Volk und Wissen, Berlin 1984
(DDR). 456 Seiten

Eva Schmidt-Kolmer gilt in der DDR als eine Pionierin der Kinderkrippenpädagogik. Ihr 1984 in der Reihe »Beiträge zur Psychologie« erschienener Band faßt ihre über dreißigjährigen theoretischen und praktischen Erfahrungen mit dem Aufbau und der Entwicklung der Krippen zusammen. Darüberhinaus gelingt ihr eine sehr dichte Darstellung der neurophysiologischen und psychologischen Grundlagen der Kindsentwicklung in den ersten 3 Lebenshalbjahren.

69 Prozent aller Säuglinge und Kleinkinder im Alter bis drei Jahre werden in der DDR in einem flächen-

deckenden Netz von Kinderkrippen betreut, die Notwendigkeit hierfür ergibt sich zum einen sicher daraus, daß 91 Prozent aller arbeitsfähigen Mädchen und Frauen berufstätig oder in der Ausbildung sind. Andererseits sind bereits sehr weitgehende, die Familie unterstützende gesetzliche Regelungen durchgesetzt: Urlaub nach Geburt bei vollem Lohnausgleich für 20 Wochen. Beim zweiten Kind zusätzlich bezahlte Freistellung bis zum Ablauf des ersten Lebensjahres, beim dritten Kind bis 18 Monate. Ich finde dies besonders deshalb wichtig, weil oft genug hier von interessanter Seite das (Vor-)Urteil lanciert wird, in der DDR würden die Kinder frühzeitig der Individualosphäre entfremdet und schon als Säugling staatlicher Indoctrination zugeführt.

Mit einer Fülle von Daten weist Frau Schmidt-Kolmer nach, daß Kinder aus Krippen (natürlich unter der Voraussetzung ausreichenden, gut ausgebildeten Personals) in den wesentlichen Entwicklungsparametern gleiche Ergebnisse, bezüglich Selbstständigkeit und Aufnahme sozialer Beziehungen sogar bessere Ergebnisse erreichen als »Hauskinder«. Diese Ergebnisse sind weder neu noch überraschend.

Auch bei uns ist seit längerem bekannt, daß die Kinder ein deutlich positiveres Sozialverhalten besitzen, die in die Lage versetzt werden, ab dem zweiten Lebensjahr mehr soziale Bezüge kennenzulernen als die der begrenzten Familienstruktur. Entscheidend sind die Konsequenzen, die gesellschaftlich daraus gezogen wurden. So lesen sich dann die gesetzlichen und gesellschaftlichen Voraussetzungen, die die DDR bietet, gerade für jemanden, der viel mit Kindern und Familien aus unteren Sozialverhältnissen zu tun hat, wie Angebote aus Utopia, wenngleich nicht immer frei von Widersprüchen: einerseits, so schreibt Frau Schmidt-Kolmer, sei die alleinstehende Mutter »voll in die Gesellschaft integriert« und wird »auch in der Öffentlichkeit nicht diskriminiert«. An anderer Stelle definiert sie den Begriff der »Desorganisation der Familie« mit »Unvollständigkeit der Familie (alleinstehende Mütter...)«. Eine weitere Schwäche des Bandes ist sicher auch die »wissenschaftliche Sprache«, die in verknüpfelten Bandwurmsätzen oft aufgepflastert wird und das Lesen eher zum Kampf als zum Vergnügen werden läßt. Dies dürfte einer breiten Diskussion abträglich sein, auch wenn dies der Inhalte werden sehr schade ist.



IMPRESSUM

Herausgeber

Heinz-Herold Abholz (West-Berlin), Hans-Ulrich Deppe (Frankfurt), Heiner Kaupp (München), Brigitte Kluthe (Riedstadt), Hans Mausbach (Frankfurt), Wolfgang Münster (Hattenberg), Christina Pötter (Gießen), Michael Regus (Sieg), Annelie Schwarzenau (Hamburg), Hans See (Frankfurt), Harald Skrobles (Riedstadt), Peter Stössel (München), Ali Trojan (Hamburg), Erich Wulf (Hannover).

Anschrift der Redaktion: Demokratische Gesundheitswesen, Siegburger Str. 26, 5300 Bonn 3, Tel. 0228 / 468208 (8.30 Uhr bis 12.30 Uhr, montags 19.00 Uhr bis 21.00 Uhr)

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

Redaktion

Chefredakteurin: Ursula Daalmann (ud)

Aktuelle Gesundheitspolitik: Walter Popp (wp); Gesundheitsversorgung: Gregor Weinrich (gw), Ulf Menges (um), Joachim Gill (fg); Arbeits- und Lebensverhältnisse: Norbert Andersch (na); Pharma- und Geräteindustrie: Ulli Raupp (urp); Umwelt: Peter Walzer (pw); Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen: Matthias Albrecht (ma), Edi Erken (ee); Ausbildung: Brigitte Mews (bm); Eckard Müller (em), Peter Liebermann (pl); Internationales: Gunar Stempel (gst), Felix Richter-Hebel (frh), Stephan Schölzel (sts); Frauenprobleme: Ulla Funke-Verhasselt (ufv); Karin Kleesey (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 verantwortlicher Redakteur im Sinne des Pressegesetzes.

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

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

Nachdruck nur nach Zustimmung der Redaktion.

Redaktionskonto für Spende:
Sonderkonto Norbert Andersch, Postgiroamt Essen Nr. 16420-430

Die Zeitschrift »DEMOKRATISCHES GESENDSCHAFTSWESEN« erscheint monatlich bei:
Pahl-Rugenstein Verlag GmbH, Gottesweg 54, 5000 Köln 51, Tel. 0221/384051, 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 Nächterschein durch höhere Gewalt kein Entschädigungsanspruch.

Redaktions- und Anzeigenenschluß für das Juhfest: 15. Mai 1986.

Graphik: Christian Paulsen,
Michael Westermeier

Titelblatt: Thomas Fischer

Layout: Brigitte Mews, Walter Popp,
Ulli Raupp, Ursula Daalmann

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

JSSN: Nr. 0172-7091

wir über uns

Daß die Redakteure des Ärzteblatts unsere Zeitschrift immer sehr gründlich lesen, wenn auch wohl nicht sonderlich gerne, freut uns. Daß sie nicht unnötigerweise für uns werben möchten, verstehen wir gut. Daß sie möglicherweise die Nähe gewerkschaftlich orientierter Kolleginnen oder Kollegen lieber meiden, können wir auch nachfühlen. Daß sie aber zielenglang Bruchstücke aus einem dg-Interview abkupfern, ohne Quellenangabe, ist schlechter journalistischer Stil, wenngleich auch dies uns nicht erstaunt. Unser dg-Interview mit Winfried Beck zur Gründung des Vereins Demokratischer Ärzte aus Heft 3/86 war Grundlage für den sogenannten Kurzbericht »Umstürzler organisieren sich« aus dem Ärzteblatt Nr. 14 vom 4. April 86. Dabei muß wohl nicht näher erläutert werden, daß die verwen deten Zitate vollständig aus dem Zusammenhang gerissen sind.

Mühsam ernährt sich das Abo-Hörnchen! 500 neue Abonnenten müssen unser Fortkommen und Gedeihen in diesem Jahr sichern. Obwohl wir auf dem aufsteigenden Abo-Ast sitzen, hängen massenhaft Nüsse noch zu hoch. Alle Leser können helfen: Einfach auf der beiliegenden grünen Werbekarte einen Wunsch-Probeleser nach eigener Wahl eintragen, frankieren und... ab zur Post. Wenn Ihr dann noch dem so Probe-Beschenkten mittelt, wem er diese kostenlose Zusendung zu verdanken hat, wäre das doppelt toll. Da wir keine finanziellen Möglichkeiten zu größerer Eigenwerbung haben, sind wir auf dieses »Schneeballsystem« durch die Leser angewiesen. Denn: unter acht Probeheftempfängern ist immer ein Abonnent, und bei zusätzlicher Werbung über persönliche Ansprache steigt der Prozentsatz enorm.



dg-kontakte

Aachen: Erhard Knauer, Maria-Theresa-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) 822 63 28; **Bonn:** Edi Erken, Eckenerstr. 28, 5205 St. Augustin 2 (Hangelar), Tel. (022 41) 291 78; Stefan Schölzel, Bergstr. 8, 5300 Bonn 1, Tel. (02 28) 23 35 26; Kurt Straif, Reuterstr. 121, 5311, Tel. 21 26 96; Gregor Wehnrich, Schumannstr. 30, 5311, Tel. 21 97 78; **Bremen:** Cornelia Selke, Clausewitzstr. 25, 2800 Bremen 1, Tel. (0421) 23 43 71; **Bremerhaven:** Gunar Stempel, Virchowstr. 34, 2860 Bremerhaven-Geestemünde, Tel. (0471) 2 72 72; **Darmstadt:** Jürgen Fohrner, Neutscher Weg 3, 6101 Modautal-Ernsthofen; **Dortmund:** Matthias Albrecht, Am Kuhlenweg 22, 4600 Dortmund 50, Tel. (0231) 75 38 80; Detlev Uhlenbrock, Droste-Hülshoff-Str. 1, 4611, Tel. 42 17 66; **Düsseldorf:** Joachim Gill, Fruchtstr. 2, 4000 Düsseldorf, Tel. (0211) 34 92 04; **Duisburg:** Thomas Wettig, Prinz-Albert-Str. 42, 4100 Duisburg 1, Tel. (0203) 34 21 88; **Essen:** Christian Paulsen, Overbeckstr. 16, 4300 Essen 1, Tel. (0201) 74 37 31; Norbert Andersch, Pollerbergstr. 22, Tel. 74 71 31; Walter Popp, Sunderholz 32, 4311, Tel. 44 16 30; **Frankfurt:** Klaus Priester, Schloßstr. 98, 6000 Frankfurt 90, Tel. (069) 70 54 49; **Gießen:** Claudia Göttmann, Bismarckstr. 6, 6300 Gleiberg, Tel. (06 41) 7 52 45; **Göttingen:** Barbara Wille, Ostlandweg 23, 3400 Göttingen, Tel. (05 51) 3 37 10; **Hamburg:** Robert Pfeiffer, Kurfürstenstr. 45, 2000 Hamburg 70, Tel. (040) 6 56 48 45; **Hanau/Maintal:** Hans See, Südring 12, 6457 Maintal 1, Tel. (061 81) 4 72 31; **Hannover:** Martin Walz, Tiestestr. 19, 3000 Hannover 1, Tel. d: (051 32) 90 65 57/p: (051 11) 81 88 68; **Hattingen:** Wolfgang Münster, Marxstr. 19, 4320 Hattingen, Tel. (02324) 6 74 10; **Heidelberg:** Michael Gerstner, Burgstr. 44, 6900 Heidelberg, Tel. (06221) 47 41 01; **Karlsruhe:** Claudia Lehner, Schillerstr. 54, 7500 Karlsruhe 1, Tel. (0721) 84 99 48; **Kassel:** Matthias Dippe, Waizstr. 2d, 3500 Kassel, Tel. (0561) 5 49 25; **Kiel:** Ralf Cüppers, Saarbrückener Str. 176B, 2300 Kiel 1, Tel. (0431) 88 63 97; **Kleve:** Ulla Funke-Vershasselt, Steinbergen 33, 4182 Uedem, Tel. (028 25) 84 24; **Köln:** Peter Liebermann, Garthestr. 16, 5000 Köln 60, Tel. (0221) 76 38 44; Eckart Müller, Säcklinger Str. 4, 5/41, Tel. 43 29 19; Helmut Schaaf, Rhöndorfer Str. 16, 5/41, Tel. 42 87 26; **Lengerich:** Jan Hendrik Herdtfass, Niederriegel 3, 4540 Lengerich; **Lübeck:** Angela Schürmann, Stadtweide 99, 2100 Lübeck, Tel. (0451) 50 33 55; **Mannheim:** Werner Weindorf, Friedrichstr. 57, 6800 Mannheim, Tel. (0621) 85 54 05; **Marburg:** Hanka Koch, Alter Ebsdorfer Weg 18, 3550 Marburg; **Minden:** Volker Happmann, Bäckerstr. 41, 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) 97 33; **Münster:** Helmut Copak, Geiststr. 67a, 4400 Münster, Tel. 79 46 68; Barbara Halbeisen-Lehnert, Hoyastr. 11, Tel. 28 74 31; **Oldenburg:** Helmut Koch, Saarstr. 11, 2900 Oldenburg, Tel. (0441) 8 38 56; **Recklinghausen:** Petra Voss, Am Lohtor 4, 4350 Recklinghausen, Tel. (02361) 154 53; **Reutlingen:** Helmut Jäger, Ganghoferstr. 12, 7410 Reutlingen, Tel. (07121) 24 02 36; **Riedstadt:** Harald Skrobiles, Frei-v.-Stein-Str. 9, 6086 Riedstadt, Tel. (061 58) 61 61; **Siegburg:** Richard Beitz, Hagebuttenweg 24, 5200 Siegburg-Kaldauen, Tel. (022 41) 38 35 90; **Siegen:** Michael Regus, Zur Zinsenbach 9, 5900 Siegen, Tel. (0271) 7 68 60; **Sollingen:** Heinrich Recken, Basaltweg 15, 5850 Sollingen 1, Tel. (02122) 4 79 85; **Tübingen:** Elke Schön, Jacobgasse 19, 7400 Tübingen, Tel. (070 71) 21 27 98; **Ulm:** Wolf Schleinzer, Ringstr. 22, 7900 Ulm-Lehr, Tel. (0731) 8 65 44; **Viersen:** Sebastian Stierl, Gladbacher Str. 94, 4056 Schwalmstadt 1, Tel. (02163) 41 91; **Wuppertal:** Michael Sümer, Normenstr. 20, 5600 Wuppertal 2, Tel. (0202) 50 38 45.

Das goldene Wort

»Ist es nicht an der Zeit, aus dem Schatten herauszutreten, den die Nazis mit ihrer unsäglichen Euthanasie geworfen haben?«

Interviewfrage aus der Fernsehbeilage der 'medical tribune' zum Thema 'Sterbehilfe'



NATIONALES WISSENSCHAFTLICHES PROGRAMM
FREITAG, 30. MAI

PODIUMSDISKUSSIONEN:

Die folgenden Veranstaltungen zu komplexen Themenbereichen laufen jeweils parallel über den ganzen Freitag. Die Kurzvorträge sind als Anregung zu ausführlichen Diskussionen geplant.

A. ZIVILSCHUTZ (Koordinator: O. Klepper)

09.45-12.00	Krieg hilft schaden? (Diskussionsleitung: W. Duisberg) Vom Luftschutz zum Zivilschutz	W. Popp.
	Argumente gegen den Zivilschutz Zum Schutz von Kulturgut	E. Schieferstein, H. Kier.
15.00-17.15	Hilfe darf nicht schaden! (Diskussionsleitung: K. Engels) Was bedeutet Schulzverweigerung? Kausrophenschutz für Zivilschutz nicht? Zielgruppen ärztlicher Aufklärungsarbeit Einflußnahme auf kommunale Friedenspolitik	N.N. W. Send. M. Peters. C. Rajewsky.

B. LEBEN UNTER DER DAUERBEDROHUNG (Koordinatoren: H. Thomel/F. Winkelmann)

09.45-12.00	Einführungreferat Bedrohung bei Jugendlichen Die Einstellung der Bevölkerung zur Friedensbewegung vor und nach der Nachrüstung Problemlösung von globaler Bedrohung zu privater Angst Aufrüstung der Seelen Psychische Kosten der Bewältigung Feindbild als Roborans.	Th. v. Uexküll. H. Peuri. K.H. Reuband. T. Leithäuser. P. Riedesser. H. Keupp. H. Becker.
15.00-17.15	Diskussion zu den Themen des Vormittags in Arbeits-, Begegnungs- und Bewältigungsgruppen.	

C. MEDIZIN UND OBIGKEIT (Koordinator: T. Baslian)

09.45-12.00	Medizin gegen die Schwachen. (Diskussionsleitung: H. Begemann)	T. Baslian.
	Medizin und der Schutz der Schwachen. Medizin und patriarchalische Werte.	M. Mitscherlich.
15.00-17.15	Medizin für die Schwachen. (Diskussionsleitung: T. Baslian) Humanisierung der Medizin als Beitrag zum Frieden.	H. Begemann.

NATIONALES WISSENSCHAFTLICHES PROGRAMM
FREITAG, 30. Mai

WEITERE VERANSTALTUNGEN

Parallel zu den Podiumsdiskussionen werden folgende Veranstaltungen für eine begrenzte Teilnehmerzahl angeboten:

09.45-12.00	GESPRACHSKREISE GK1. Wege der Entspannung. GK2. IPPNW und deutsche Ärzteschaft.	A. Mechtersheimer. H. Koch.
09.45-12.00	ERFAHRUNGSAUSTAUSCH EA1. Hilfe in der 3. Welt.	R. Neudeck.
09.45-10.45	INTENSIVKURSE I IK1. Militarisierung des Weltraums. IK2. Biologische Waffen.	H.P. Dürr. P. Starlinger.
11.00-12.00	INTENSIVKURSE II IK3. Ökonomische Folgen der Militarisierung des Weltraums. IK4. Chemische Waffen.	H. Wulf. F. Jung.
15.00-17.15	GESPRACHSKREISE GK3. Zum Einfluß der Arbeitswelt auf das staatsbürgliche Bewußtsein. GK4. Kommunale Friedensinitiativen.	N. Thomsen. C. Rajewsky.
15.00-17.15	ERFAHRUNGSAUSTAUSCH EA2. Ran an die Medien!	H.-J. Kleist.
15.00-16.00	INTENSIVKURSE I IK5. Die Evolution des Menschlichen. IK6. Defensive Verteidigung.	J. Herbig. A. v. Müller.
16.15-17.15	INTENSIVKURSE II IK7. Angst macht Angst.	A. R. Bodenheimer.

PAHL-RUG. GOTTESW. 54 5000 KOELN
G 2961 E 394711 349

KARL BOEKER
WERtherSTR. 89

6. In
zur V

1986
Köln, 29. Mai – 1. Juni 1986

NATIONALES WISSENSCHAFTLICHES PROGRAMM
SAMSTAG, 31. MAI

PODIUMSDISKUSSIONEN:

Die folgenden Veranstaltungen zu komplexen Themenbereichen laufen jeweils parallel über den ganzen Samstag. Die Kurzvorträge sind als Anregung zu ausführlichen Diskussionen geplant.

D. DAS FEINDBILD IN DER ERZIEHUNG (Koordination R. Lempp)

09.45-12.00	Das Feindbild und seine entwicklungspychologische Bedeutung
15.00-17.15	Der pädagogische Umgang mit dem Feindbild. Teilnehmer: A.R. Bodenheimer I. Ebel-Ebbesfeldt A. Flitner I. Fischer R. Lempp H. Thiersch.

E. RUSTUNG UND MEDIEN (Koordination H.-J. Kleist)

09.45-12.00	Die Information der Informanden. (Diskussionsleitung C. Thomas)
	Wissenschaftliche Einführung und Stellungnahme eingeladener Journalisten.
15.00-17.15	Der Umgang mit den Medien. (Diskussionsleitung C. Thomas) Aus dem Alltag eines Nachrichtenredakteurs. Aus dem Alltag eines Zeitungslesers. Einflußmöglichkeiten des Einzelnen auf die Medien.

F. NEUE MILITÄRSTRATEGIEN (Koordination: H. Koch)

09.45-12.00	Bedrohung als Rechtfertigung der Sicherheit. Die aktuelle NATO-Strategie. Strategien bis ins Jahr 2000.
15.00-17.15	SDI – ein Therapieschema gegen den Atomkrieg? Die Genfer Zusatzprotokolle und ihre möglichen Auswirkungen.

NATIONALES WISSENSCHAFTLICHES PROGRAMM
Samstag, 31. Mai

WEITERE VERANSTALTUNGEN

Parallel zu den Podiumsdiskussionen werden folgende Veranstaltungen für eine begrenzte Teilnehmerzahl angeboten:

09.45-12.00	GESPRACHSKREISE GK 5.	R. Ziegler.
09.45-12.00	ERFAHRUNGSAUSTAUSCH EA 3.	M. Kaiser.
09.45-10.45	INTENSIVKURSE I IK 8. IK 9.	P. Conradi, H. P. Schneider.
11.00-12.00	INTENSIVKURSE II IK 10. IK 11.	G. Neuweiler, H. Thomel.
15.00-17.15	GESPRACHSKREISE GK 6.	Schmidt-Eenboom.
15.00-17.15	ERFAHRUNGSAUSTAUSCH EA 4.	Börngen/Boit/Ziegler.
15.00-16.00	INTENSIVKURSE I IK 12. IK 13.	O. Kreye, H.-P. Harjes.
16.15-17.15	INTENSIVKURSE II IK 14. IK 15.	J. Schneider, J. H. Sieckmann.