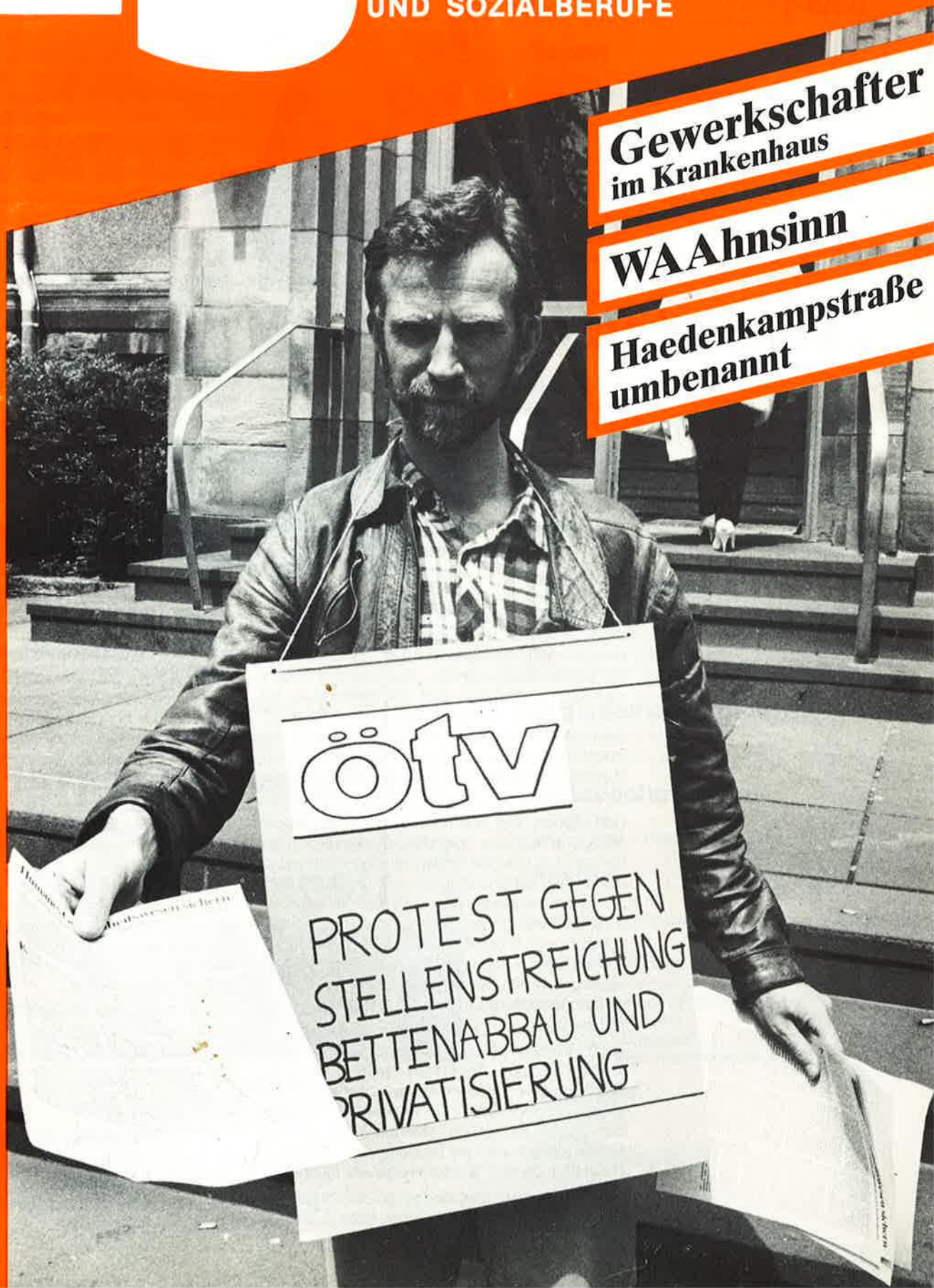


# dg

## DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN

ZEITSCHRIFT FÜR GESUNDHEITS-  
UND SOZIALBERUFE



**Gewerkschafter  
im Krankenhaus**

**WAAhnsinn**

**Haedenkampstraße  
umbenannt**

**dg-Redakteurin  
Karin Kiesezer  
studiert Medizin  
und ist stellv.  
ASTA-  
Vorsitzende an  
der Universität  
Köln.**



## Verbieten, verweigern

Die Computertechnologien sind unübersehbar in unser Leben, in Schulen und Büros eingezogen. Die Gen- und Reproduktionstechnologien werden uns, vorausgesetzt, ihre Entwicklung schreitet so ungehindert voran wie bisher, noch umfassender in allen Lebensabschnitten begegnen. Mit einem Unterschied: Ihre »Produkte« werden uns nicht als solche offenkundig entgegentreten wie ein Homecomputer.

Wer bringt schon die Häufung von Vier- und Fünfingsgeburten in den letzten Jahren mit der künstlichen Befruchtung in Zusammenhang? Uns erreichen nur Meldungen wie die aus dem Kölner Stadtanzeiger: »Glücklich über das Retortenkind. Erfolg der Universitätsfrauenklinik«. Nur in einem Nebensatz wird da erwähnt, daß die Methode an 50 Frauen vergeblich angewendet worden ist. Über zwei Jahre lang haben sich 50 Frauen einer unglaublichen Tortur von Hormonbehandlungen, Punktionen zur Eientnahme und Wiedereinpflanzungen unterzogen.

Und warum? Weil eine normale Frau eben Kinder bekommt, weil eine Frau ohne Kinder nicht ganz normal ist. Frauen, die Kinder in ihre Lebensplanung einbezogen hatten, ohne um ihre Unfruchtbarkeit zu wissen, bekommen ihre »Anomalität« genauso zu spüren wie Frauen, die von vornherein Mutterschaft für sich ausschließen. Entsprechend werden Frauen, die eine ungewollte Schwangerschaft nicht austragen wollen, wieder als Mörderinnen und Falschistinnen beschimpft.

Die Prozedur des Embryotransfers wird nebenbei noch als einzige Lösung für das Problem der Kinderlosigkeit verkauft. Tauschein natürlich vorausgesetzt. Es geht nicht in erster Linie um soziale Elternschaft, sondern darum, ein »eigenes« Kind zu haben. Weder der dahinter stehende Besitzanspruch wird hinterfragt noch die Tatsache, daß es nicht die Gene sind, die das Kind zum »eigenen« machen.

Genetiker können jetzt direkter an die »Ursprünge des Lebens« heran, als es ihnen bislang möglich

war. Bevor befruchtete Eizellen in die Gebärmutter der »Schwangerschaftsmutter«, wie es in der neuen Diktion heißt, gelangen, kann eine Geschlechtsvorherbestimmung und Selektion nach eugenischen Gesichtspunkten erfolgen. Wo bisher noch die Fruchtwasseruntersuchung nötig ist – früher bei Schwangeren ab 45 eingesetzt, heute schon ab 35 empfohlen – bieten sich nun geteilte Zweizeller an, deren eine Hälfte man zur Diagnostik, die andere je nach Ergebnis als Embryo »verwerten« kann.

All das geschieht mit der Begründung, die Schwangerschaft für die einzelne Frau sicherer machen zu wollen. Nur: was bedeutet Sicherheit, was gilt als unsicher und muß daher »ausgesondert« werden? Immer mehr Anfälligkeiten werden heute, dank der genetischen Forschung, als krankhaft bezeichnet. Das geht bis zu Allergien gegen Schadstoffe in der Umwelt und am Arbeitsplatz. Die Geburt eines Kindes mit Down-Syndrom wird mittlerweile als etwas derart Schreckliches angesehen, daß zu ihrer Verhinderung Diagnosemethoden eingesetzt werden, deren Risiko der Schädigung des Embryos größer ist als die Wahrscheinlichkeit, daß die Erkrankung überhaupt vorliegt.

Welche Auswirkungen wird das in einer behindertenfeindlichen Gesellschaft auf die Frauen haben, die trotzdem ein Kind austragen wollen, ob es nun krank ist oder nicht. Welcher moralische Druck wird auf diese Frauen ausgeübt werden, doch einen Abbruch durchführen zu lassen? Im Rahmen der erweiterten vorschwangerschaftlichen Diagnosemöglichkeiten sind viele Antworten denkbar.

Eine schöne, neue Welt: geordnete, kontrollierte Reproduktion – perfekter als jemals zuvor, ausgetragen auf dem Rücken der Frauen – die den Menschen der Umwelt anpassen. Soll das unsere Perspektive sein?

Die Frage des Einsatzes der neuen Technologien stellt sich hier und jetzt. In wenigen Jahren wird die Technologie die Fakten selbst geschaffen haben, hinter die wir dann nicht mehr zurückkönnen. Schon jetzt werden Frauen als verantwortungslos bezeichnet, die sich der programmierten Geburt entziehen wollen. Demnächst wird ihnen vielleicht die letzte Kontrolle über ihren Körper genommen sein, wenn auch Empfängnis und Schwangerschaft programmiert werden.

Ganze Zweige der Wissenschaft werden »glücklich« mit neuen Aufgaben beschäftigt sein. Die Trennung von Zeugung und Empfängnis, Sexualität und Schwangerschaft wird für die Kinder nicht vorhersehbare psychische Auswirkungen haben. Wie wäre es denn da mit der Einrichtung eines Fachs wie Reproduktionspsychologie?

Die Gefahren sind unübersehbar. Deshalb sollten wir die Entwicklung jetzt anhalten. Gen- und Reproduktionstechnologien müssen verboten werden. Frauen, verweigert Euch!

Foto: Menzen



**Die Krankenpflegeschülerinnen haben es vorgemacht. Auch im Krankenhaus ist engagierte Gewerkschaftsarbeit möglich. Wie es aussieht und wie es aussehen könnte, zeigt Norbert Andersch**

*auf Seite 12*

Foto: dpa



**Die Idylle trübt genauso wie die Beschwichtigungsversuche der Politiker und Befürworter der Kernenergie. Es wäre WAAhnsinn, Wackersdorf zu bauen.**

*Seite 32*

Foto: Elisha Tas



**Nach dem Arzt Herbert Lewin heißt jetzt die Straße, in der die Bundesärztekammer sitzt. Sein Schicksal war exemplarisch für das vieler jüdischer Ärzte in Deutschland. Auszüge aus einem Vortrag von Walter Wuttke**

*auf Seite 42*

## Inhalt

**7-8/86**

### Report

Die Mühen der Ebene  
Gewerkschaftsarbeit im Krankenhaus 12

### Arbeitsbedingungen

Nur ein mieser Job?  
Arbeitsalltag im Sektionssaal 24  
Mir geht's doch gut, oder?  
Nachtgedanken eines arbeitslosen Arztes 40  
Psycho-Drama  
Frustrationsabbau durch Balintgruppe? 50

### Frieden

Ungespalten  
6. Weltkongreß der IPPNW 26

### Ausbildung

Ruhestörung  
Studentenstreik in Bonn 31

### Umwelt

WAAhnsinn  
Das Risiko wird unterschätzt 32  
Umwelttag  
Die Würzburger Erklärung 36

### Internationales

Mexiko hinter den Kameras  
Gesundheitserziehung nach dem Erdbeben 38  
Keine Spur von Demokratie  
Proteste gegen Folter in der Türkei 48

### Patientenversorgung

Kampagne mit Wirkung  
Große Koalition gegen Pro Familia 41

### Historisches

Herbert Lewin  
Jüdische Ärzte in Deutschland 42

### Pharma

Hoechst erfreulich  
BUKO Pharmakampagne 46

### Die Debatte

Gesundheitspolitik als Strukturpolitik  
Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokraten  
im Gesundheitswesen 27  
Die Zukunft sozial gestalten  
Anke Fuchs, Eugen Glombig, Henning Scherf 29

### Rubriken

Leserbriefe 4  
Aktuelles 5  
Kleinanzeigen/Termine 11  
Buchkritik 52  
Comic 54  
Wir über uns 55



## Mehr Lust

dg 5/86: »Miel Nebel in Utopia«

Scheinbar hat der Verfasser dieses Artikels vor lauter Nebel nicht die positiven Seiten sehen können, die dieses Gruppenpraxlertreffen in Riedstadt aufzeigen konnte.

Wir, das heißt zehn nichtärztliche Mitarbeiter aus einem Gesundheitszentrum im Norden Deutschlands, konnten für unsere praktische Arbeit durchaus positive Anregungen mit nach Hause nehmen. Für uns war es am wichtigsten zu hören, wie andere »Gruppenpraxler« mit Problemen umgehen wie zum Beispiel:

- Kommunikationsaustausch unterschiedlicher Fachbereiche
- selbstbestimmte und mitverantwortliche Arbeit von Assistenzpersonal und die damit verbundenen Schwierigkeiten (Hierarchie?)
- konkreter Erfahrungsaustausch untereinander über den alltäglichen Ablauf eines Arbeitstages
- Schaffen von neuen Arbeitsstrukturen (wie z. B. Mitbestimmung aller), um damit letztendlich eine optimale Patientenversorgung zu erreichen.

Dazu gehört aber auch, daß wir unsere eigenen Widersprüche immer und immer wieder thematisieren müssen (zum Wachbleiben). Unser »innerer Schweinehund«, sprich Helfer-Syndrom, kommt doch immer wieder hoch. Leute, laßt die Probleme dort, wo sie sind. Nur auf diesem Wege können wir auch gesundheitspolitisch etwas verändern.

Uns stört an diesem Artikel die pessimistische Herangehensweise. Es ist uns klar, daß gesundheitspolitische Veränderungen einer ständigen Auseinandersetzung mit uns selbst und anderen bedürfen, die uns tagtäglich an unsere eigenen Grenzen führt. Dies bedeutet für uns eine Herausforderung, um sich für eine menschlichere Medizin einzusetzen.

Ein Schritt zu diesem Ziel ist dieses Gruppenpraxlertreffen gewesen. Ein Kompliment an alle, die diesen Austausch ermöglicht haben! Wir freuen uns schon auf das nächste Treffen in Berlin. Also liebe Leute! – Mehr Lust als Frust!

Es grüßen  
DIE 10 NORDLICHTER

## Übertrieben

dg 3/86: »Haiti in Hessen«

Bei der Überschrift frage ich nach der Verhältnismäßigkeit der Mittel. Die halte ich nun doch für arg übertrieben. Inhaltlich kann ich Jochen Jordan durchaus zustimmen. Aber habt Ihr als dg es nötig, so reißerische Überschriften zu machen? Ansonsten freue ich mich immer auf dg. Schöne Grüße

ULLA SCHELLENBERG  
Gelsenkirchen

## Interessiert

dg 4 und 5/86: Kunstwettbewerb  
»Krankheit und Umwelt«

Die Bilder, die bei Eurem Wettbe-



werb entstanden sind, gefallen mir sehr gut. Ich wäre am Erwerb der Arbeit »Waldanstreicher« sehr interessiert. Vielleicht kann ich es auch als Plakat kaufen? Ihr solltet die Bilder auf keinen Fall irgendwo verstauben lassen!

PETER KÖSTER  
Hannover

## Erklärung

Der Personalrat im Zentralkrankenhaus Bremen-Ost schickte uns seine Erklärung zu den Folgen der radioaktiven Katastrophe vom 26. April 1986 in Tschernobyl mit der Bitte um Abdruck.

Die Personalvertretung im Zentralkrankenhaus Bremen-Ost erklärt angesichts der atomaren Katastrophe vom 26. April 1986 in Tschernobyl:

Es gibt keine medizinischen Möglichkeiten, Strahlenschäden beim Menschen zu heilen. Angesichts radioaktiver Verseuchung versagen unsere Möglichkeiten als Beschäftigte im Gesundheitswesen. Es gibt nur einen einzigen Schutz: die Menschen und ihre natürliche Umwelt dürfen dieser radioaktiven Strahlung nicht ausgesetzt werden.

Dieses Ziel vor Augen, Menschen der radioaktiven Strahlung nicht auszusetzen, fordern wir konsequenterweise:

1. Abschaltung aller Atomkraftwerke auf der Welt. Alle sog. Sicherheits-

standards schließen die Möglichkeit eines Unfalls wie in Tschernobyl nicht aus. Das Abschalten hat hier und so-



Foto: Linie 4/M. Bauer

fort zu beginnen. Auf andere muß nicht gewartet werden.

2. Ausstieg des Landes Bremen aus der Atomenergie. Der Bremer Senat handelt in unserem Interesse, wenn

er konsequent keinen Atomstrom mehr einkauft.

3. Strahlenschäden sind Langzeitschäden. Um die Lebensplanung der Menschen nicht ständiger Ungewißheit auszusetzen, ist vollständige Aufklärung der Bevölkerung insgesamt und ggf. jedes einzelnen über zu erwartende Strahlenspätfolgen notwendig. Diese Aufklärung ist ab jetzt unwiderruflich gesundheitspolitische Pflicht.

4. Die Katastrophe von Tschernobyl ist bekanntlich Wirklichkeit geworden. Wir müssen nun damit leben, daß überall radioaktive Strahlung gefährdend wirkt. Bekanntlich ist diese Gefährdung nicht überall gleich. Durch gezielte Messungen müssen Gefahrenherde erkennbar werden (Arbeitsplätze im Freien, Grasland, Nahrungsmittel, Klimaanlagen usw.). Entsprechend sind Messungen technisch zu ermöglichen, ihre Ergebnisse im Krankenhaus sind bekanntzugeben.

Wenn wir diese Forderungen im Na-

men von über 1500 Beschäftigten des Zentralkrankenhauses Bremen-Ost erheben, folgen wir einem Auftrag der Personalversammlung vom 15. Mai 1986. Wir geben diese unsere Forderungen hiermit den Verantwortlichen auf den verschiedenen Ebenen (Bundesregierung, Bremer Senat, Gesundheitsbehörde und Krankenhausleitung) bekannt. Wir erwarten eine Antwort auf unsere Forderungen. Wir erwarten Handlungen, um unsere Forderungen erfüllt zu sehen.

DER PERSONALRAT  
im Zentralkrankenhaus Bremen-Ost

## Fehler

**Im letzten Heft ist ein peinlicher Fehler passiert, für den wir uns entschuldigen möchten. In den ersten drei Spalten des Interviews mit Professor Bonhoeffer gab es Zeilensalat. Wir hoffen, daß Sie sich dennoch haben durchfinden können.**



## Sterbehilfe

In seinem Vortrag »Das Recht auf einen würdigen Tod« im Rahmen einer Veranstaltungsreihe der Gesamthochschule Wuppertal sowie des städtischen Klinikums Barmen hat sich der Bonner Moralthologe Professor Böckle gegen eine staatliche Freigabe der Tötung auf Verlangen ausgesprochen. Die Forderung nach dem »Gnadentod« ist nach Meinung des Theologen eine Reaktion auf »die irrationale Künstlichkeit der Lebensverlängerung um jeden Preis.« Der Wunsch nach Tötung auf Verlangen werde aber in aller Regel gerade nicht von Kranken und Sterbenden, sondern meist von jungen und gesunden Menschen geäußert.

## Imageverlust

Das Image der pharmazeutischen Industrie ist nicht mehr das beste. Nicht einmal die Hälfte der Bevölkerung bringt den Herstellern noch Vertrauen entgegen, während ein steigender Anteil den Staat oder den Arzt als in erster Linie Verantwortlichen für den Umgang mit pharmazeutischen Produkten ansieht. Dies meldete am 6. Juni die Neu-Isenburger Ärzte-Zeitung.

## Protest gegen Tiefflieger

Ende Mai haben sich Tieffliegegner auf einer ersten bundesweiten Tagung in Göttingen getroffen. In den vergangenen Jahren sind in der Bundesrepublik rund 100 Initiativen ge-



gen Fluglärm entstanden, die jetzt ihre Arbeit koordinieren möchten. In Göttingen protestierten sie dagegen, daß Militärflugzeuge mit einem Lärmpegel, der teilweise 60mal lauter sei als ein in einer Entfernung von 50 Metern vorbeifahrender Zug, über dicht besiedelte Wohngebiete hinwegfliegen würden. Die Initiativen erklärten es für absurd, daß es Gesetze gegen die Lärmbelästigung durch laute Rasenmäher und Nachbarn gebe, aber keine gegen Fluglärm.

Außer gesundheitlichen Beeinträchtigungen nannten die Fluglärmgegner die ökologische Belastung als wichtigsten Grund für ihren Protest.

Die Flugzeuge flögen oft auch gerade über Naturschutzgebiete und »regneten« dort direkt Kerosin ab. Die Initiativen fordern, die Mindest-

erstattungspflichtigen Medikamente verteuert werden. Die Preise für Präparate gegen Bagatellerkrankungen darf die Pharmaindustrie selber festlegen. Außerdem wurde die Steuer für Pharmawerbung gesenkt.

Ausreichend erscheinen diese Maßnahmen dem Präsidenten der französischen Pharmaindustrie nicht. Aber man hofft auf weitere Hilfen durch eine Arbeitsgruppe von Regierungs- und Industrievertretern, die ein Programm für eine neue Medikamentenpolitik erarbeiten soll.

## Waldbrand

Ein 500 Hektar großes Trockengebiet in der Nähe von Los Angeles soll von Wissenschaftlern der Defense Nuclear Agency und des US-Forest-Service in Flammen gesetzt werden. Wie das Magazin New Scientist berichtete, will das US-Verteidigungsministerium mit diesem kontrollierten Waldbrand die möglichen Auswirkungen eines nuklearen Krieges auf das Klima simulieren.

flughöhe auf wenigstens 500 Meter hochzusetzen. Die sinnvollste Regelung allerdings wäre, die Tiefflüge ganz abzuschaffen.

## Steigende Pharmapreise

Seit 1984 waren in Frankreich die Preise eingefroren. Nach dem Regierungswechsel hat es damit ein Ende. Vorerst um zwei Prozent dürfen die

## Ernährung:

## Strahler '86

**Vorsicht empfiehlt die Verbraucher-Initiative vor immer noch belasteten Lebensmitteln.**

Zwar hat sich die Belastung von Milch- und Milchprodukten durch radioaktives Jod verringert, aber da die Landwirte jetzt die Kühe wieder auf die Weide treiben müssen, ist nicht absehbar, ob die Belastung vielleicht wieder steigt. Deshalb ist weiterhin Vorsicht bei Milch und Milchfrischprodukten geboten:

– Schwangere und Kleinkinder sollten weniger Frischmilch trinken als normalerweise. H-Milch oder Trockenmilchpulver sind jedoch keine Alternative mehr, da sie ernährungsphysiologisch als minderwertiger einzuschätzen sind.

Unsere Forderung: Molkeeier und Händler müssen die einzelnen Produkte mit dem Herstellungs- und Haltbarkeitsdatum und den gemessenen Becquerel-

Werten kennzeichnen.

Von Freilandpflanzen mit großer Oberfläche, die Anfang Mai den radioaktiven Regenfällen ausgesetzt waren, wie zum Beispiel Salat, Spinat ist nach wie vor abzuraten. Verwendbar sind aber Gemüse wie Kohlrabi, Radieschen oder Frühkartoffeln. Gemüse, die aus Gewächshäusern oder Frühbeeten stammen, sind weniger stark belastet, wenn sie nicht mit radioaktiv belastetem Regenwasser bewässert wurden.

Auch wenn die Obstbäume dem radioaktiven Regen nicht weglafen konnten, wird die Belastung der Früchte nach der heutigen Einschätzung nicht so hoch sein, da sich durch das Wachstum der Pflanzen ein Verdünnungseffekt ergibt.

Gemüse und Obst sind aufgrund ihres hohen Vitamin- und Mineralstoffgehaltes für eine vollwertige Ernährung wichtig. Tiefkühlkost oder Konserven stellen keine Alternative dar. So richtig es war, in den ersten Wochen nach dem Tschernobyl-Urfall die vom Fall-Out betroffenen Gemüse zu meiden, so



Foto: laif

wichtig ist es jetzt, durch eine möglichst vollwertige Ernährung den menschlichen Organismus zu stärken – denn eine gesunde Ernährung bietet einen besseren Schutz vor Umweltgiften.

Vorsicht ist bei Pilzen angeraten, da diese Caesium anreichern.

Bei Getreide ist mit höheren Radioaktivitätsgehalten in den nächsten Wochen nicht zu rechnen. Erst im Herbst wird sich zeigen, ob Getreide höhere Gehalte an Caesium 137 oder Strontium 90 aufweist.

Bei Eiern von freilaufenden Hühnern liegen sehr widersprüchliche Meßergebnisse vor. Ein großer Teil der mit dem Futter aufgenommenen radioaktiven Stoffe wird aber in der Schale eingelagert – und nicht im Dotter oder Eiweiß. Verzehrsempfehlungen können noch nicht gegeben werden.

Erhöhte Werte wurden bei Rind-

fleisch, verursacht durch Grünfütterung festgestellt. Hoch belastet sind Schaffleisch und Wildbret aus der Bundesrepublik. Schweinefleisch ist wohl aufgrund der Fütterung in diesem Jahr noch ziemlich unbelastet. Eine Alternative zu Fleischgerichten sind vollwertige Getreidegerichte.

Die Pflanzen aus Klein- und Balkongärten, die dem stark radioaktiv belasteten Regen Anfang Mai ausgesetzt waren, sind stärker belastet. Betroffene Nutzpflanzen wie Kräuter auf dem Balkon oder der erste Rasenschnitt sollten auf die Hausmülldeponie.

Durch Kalk- oder Gesteinsmehlzugaben kann die Aufnahme radioaktiver Stoffe verringert werden. Ein Abtragen des Bodens ist nicht sinnvoll. Denn die radioaktiven Stoffe haben sich zum einen im Boden verteilt und zum anderen geht wertvoller Mutterboden verloren.

Anzeige



*Nur wer den Mut  
zum Ausruhn hat,  
findet Zeit zum Denken.*

*Zum Selbstdenken und Handeln  
gehört Orientierungswissen.*

*Durch den Sommer mit der*

Gerade jetzt brauchen links und demokratisch denkende Menschen eine Wochenzeitung mit Argumenten für eine moderne, andere Politik. Von der Arbeitszeitverkürzung über Computerzeit, qualifizierte Kultur- und Medienkritik, Tscherniobyl bis zum regelmäßigen Wahlspecial liefert die

**Volkszeitung**  
die tat

jeden Freitag (im Abo nur 5,50 DM im Monat) mehr als nur Analysen.

Ab den Coupon und drei Wochen kostenlos

**Volkszeitung**  
die tat

lesen. Wenn es rasch gehen muß, per Telefon Tag und Nacht 0211/16 00 10

Coupon an Röderberg-Verlag, Postfach 101848, D-6000 Frankfurt 1

**Probeabo-Scheck**  
**Ja,**

*Ich möchte die aktuelle Volkszeitung/die tat kostenlos und unverbindlich kennenlernen. Drei Wochen lang.*

Bitte deutlich ausfüllen:

Name, Vorname

Strasse, Hausnummer

PLZ, Ort

Bitte/ wegen unseres Sonderpreisangebots für Studierende, Auszubildende, Arbeitslose, Soldaten, ZGL

Technisch interessiert mich besonders

090542

## Grundwasser gefährdet

Der Deutsche Gewerkschaftsbund hat kürzlich eine umfassende Stellungnahme zum Thema Wasserreinhaltung und Wasserhaushaltsgesetz vorgelegt. Der DGB vertritt darin die Auffassung, daß weitergehende Maßnahmen im Gewässerschutz zur Durchsetzung des Vorsorge- und Verursacherprinzips dringend erforderlich seien. Ein wirkungsvoller Schutz der Gewässer und des Trinkwassers sei nur dann zu erreichen, wenn die Anforderungen an die Abwasserreinigung und der Umgang mit wassergefährdenden Stoffen dem Stand der Technik entsprächen. Der DGB fordert darüber hinaus, daß bei der anstehenden 5. Novelle des Wasserhaushaltsgesetzes Schlupflöcher und Vollzugsdefizite beseitigt werden. Es müsse jetzt, nicht erst in den neunziger Jahren, alles getan werden, um zur Entlastung der Umwelt und zur Sicherung von Arbeitsplätzen die notwendigen Investitionen zur Wasserreinhaltung durchzusetzen.

Auch der Präsident des Umweltbundesamtes, von Lersner, machte Ende Mai deutlich, daß die Reinhaltung des Grundwassers in den nächsten Jahren eines der dringendsten Umweltprobleme werde. Zunehmend messe seine Behörde gefährliche, nahezu unzerstörbare Substanzen im Grundwasser. Allerdings fürchtet von Lersner den Widerstand der Industrie, die sich beim Umweltschutz zu »Verweigerungskartellen« zusammenschließen. Die Branchen sprächen sich ab, nicht den nächsten Schritt zu einer umweltfreundlicheren Technik zu gehen. Denn wenn eine Firma diesen Schritt tue, verpflichte der Staat gleich den ganzen Industriezweig dazu nachzuziehen. Von Lersner verwies dabei auf die Entschwefelung von Kraftwerken, die schon in den sechziger Jahren technisch möglich gewesen sei, aber hohe Investitionen erfordere.

## Hilfen für Pflegefälle

In Berlin zahlen die Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK), Betriebs- und Innungskrankenkassen künftig eine von den Sozialstationen gestellte Haushaltshilfe, wenn der Patient dadurch anstelle eines Klinikaufenthalts zu Hause behandelt werden kann. Der Kassenarzt kann eine Haushaltspflege zunächst für sieben Tage anordnen. Nicht vorgesehen ist diese Leistung der Kassen für chronische Erkrankungen, sie kann aber



Foto: Döhren

im Bedarfsfall für einen Zeitraum von bis zu 26 Wochen übernommen werden. Nach bisheriger Regelung war dies nur für Selbstzahler oder bei Übernahme der Kosten durch das Sozialamt möglich. 18,45 Mark pro Stunde der Haushaltshilfe beträgt die Beteiligung der Kassen, der Senat der Stadt Berlin beteiligt sich mit 1,48 Mark. Bislang nicht vereinbart ist dieses Konzept, das der Senkung der Bettenzahlen dienen soll, mit den Ersatzkassen; Gesundheitssektor Fink hofft jedoch, daß diese der Übereinkunft folgen werden.



## Abbruch entkriminalisieren

Der Deutsche Gewerkschaftsbund hat sich kürzlich in Hamburg für eine Reform des Paragraphen 218 ausgesprochen. Der DGB forderte, Frauen, die sich zu einem Schwangerschaftsabbruch entschließen, zu entkriminalisieren. Die Frauen müßten das alleinige Entscheidungsrecht haben. Die Zwangsberatung und die Wartefristen sollten, wie der DGB vertrat, aufgehoben werden. Sprecherinnen des Bundesfrauenausschusses betonten, daß Frauen in einer Notlage nicht auf die Anklagebank gehörten, sondern der Hilfe bedürftigen. Dennoch seien Befürworter der Straffreiheit nicht auch gleich Befürworter des Schwangerschaftsabbruchs.

Die Entscheidung sei aber eine des Gewissens und werde erst durch Straffreiheit möglich.

## Gene manipuliert

In Japan sind Ende Mai sechs weibliche Kinder zur Welt gekommen, deren Geschlecht durch eine Manipulation mit Chromosomen bestimmt worden war. Die Mütter waren künstlich mit Spermien befruchtet worden, bei denen die y-Chromosomen

mit Hilfe einer Zentrifuge eliminiert wurden. Der Eingriff war vorgenommen worden, weil die Gefahr bestand, daß die Frauen erkrankte Söhne zur Welt bringen würden. Es ist das erste Mal, daß In-vitro-fertilisation und Genmanipulation miteinander kombiniert wurden.

## Dioxin in der Muttermilch

Säuglinge in Schweden und in der Bundesrepublik nehmen weitaus mehr Dioxin über die Muttermilch zu sich, als bisher angenommen wurde. Dies ergab eine vom schwedischen Ministerium für Umweltschutz in Auftrag gegebene Untersuchung. Nach Angaben des Chemikers Dr. Ture Svenson sind in der Muttermilch Dioxinwerte festgestellt worden, die das Zehn- bis Tausendfache der Tagesdosis ausmachen, die für kleine Kinder als zulässig angesetzt worden sind. Dennoch empfiehlt Svenson, wegen des hohen Nährwerts der Muttermilch Säug-

linge zu stillen. Gleichzeitig forderte er, die Dioxinabgaben schwedischer Müllverbrennungsanlagen und Schmelzwerke zu reduzieren.

In der Studie werden die schwedischen Werke beschuldigt, falsche Angaben über die Emission von Dioxin zu machen. Tatsächlich würden erheblich höhere Mengen abgege-

ben, als bisher angenommen, nämlich alljährlich knapp ein Kilogramm. Svenson bezeichnete die Forderung, schwedische Stahlwerke zu schließen, als unrealistisch. Zumindest müßten aber die Emissionen auf sechs Milligramm pro Tonne, das wäre der zehnte bis hunderste Teil, gesenkt werden.

Foto: Dörm



Die ÖTV will einen Fonds zur Sanierung der Mülldeponien

## Müllbeseitigung

Rund 17 Millionen Mark betragen laut Angaben der Gewerkschaft ÖTV die Kosten für die Beseitigung von Schadstoffen, die auf Mülldeponien lagern. Ausgaben, die größtenteils auf die Gemeinden zukämen, da viele Umweltverschmutzer, die die Altlasten verursacht hätten, nicht

mehr haftbar gemacht werden könnten beziehungsweise zahlungsunfähig seien. Als Lösung schlägt die Vorsitzende der ÖTV, Monika Wulf-Mathies, vor, einen Fonds zur Sanierung von Mülldeponien zu bilden. Finanziert werden müßte dieser Fonds ihrer Ansicht nach durch eine Verbrauchssteuer, mit der gefährliche Stoffe belegt werden sollen.



## Formaldehyd überall Formaldehydgeschädigte trafen sich in Bonn.

»Erst litt ich unter Ausschlägen und Kopfschmerzen, dann kamen andere Krankheiten dazu – und vor allem eine ständige Müdigkeit. Es wurde immer schlimmer, ich konnte mich, wenn ich zu Hause war, auf nichts mehr konzentrieren. Die Ärzte fanden nichts bei den Untersuchungen. Sie konnten mir nicht helfen. Erst als wir aus unserem Haus auszogen, wurde es besser.« So beginnt der Bericht einer jungen Frau, deren Krankheit von den Ärzten jahrelang nicht ernst genommen wurde.

Sie leidet unter Folgen von Formaldehyd, einer Chemikalie, die heute in großem Maßstab eingesetzt wird. Formaldehyd gast aus den Spanplatten von Fertighäusern oder Billigmöbeln aus, kommt in Kosmetika und Textilien vor – eine gefährliche Chemikalie, die viele Opfer fordert.

Können Verbraucher und Verbraucherinnen sich gegen dieses tödliche Gift wehren? Was sollen die tun, die bereits geschädigt sind? Im Rahmen der Verbraucherinitiative hat sich eine Arbeitsgruppe von Formaldehydgeschädigten zusammengefunden, die für die Rechte Betroffener eintreten will. Zu tun gibt es viel: Denn Formaldehyd ist überall.

Formaldehyd ist ein farbloses Gas, das in erster Linie die Atemwege reizt, Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, Gedächtnisschwund, Nervosität und Depressionen sind die möglichen Folgen einer Belastung durch Formaldehyd. Formaldehyd kann jeden schädigen. Oft reichen schon sehr geringe Konzentrationen aus. Formaldehyd führt nicht nur zu Hautschäden, wie oft behauptet wird. Das sogenannte allergische Kontaktexzem ist nicht nur eine Hauterkrankung, sondern es

handelt sich hierbei um eine Schädigung des Immunsystems, wobei die Hauterkrankung nur eine Folgeerscheinung ist.

Formaldehyd kommt in vielen verschiedenen Produkten und an vielen Arbeitsplätzen vor. 50 verschiedene Industriezweige und Branchen verwenden Formaldehyd zur Herstellung ihrer Produkte. Die Hauptgefahr geht von der Holzwerkstoff- und Holzverarbeitenden Industrie aus. In der Bundesrepublik gehen 40 Prozent der jährlichen Formaldehydproduktion von 500000 Tonnen in die Herstellung von Preß- und Sperrholz sowie Spanplatten. Formaldehyd ist die meistproduzierte Chemikalie der Welt. Isolierschäume und Dämmmaterialien mit Formaldehyd werden im Hausbau, vor allem bei Fertighäusern, eingesetzt.

Teppichböden, Tapeten, Farben enthalten Formaldehyd. Besonders stark tritt Formaldehyd bei Wärme und Feuchtigkeit aus den mit ihm behandelten Materialien aus. Die Ausgasung aus den verwendeten Baumaterialien oder Böden dauert oft lange – manchmal bis zu 20 Jahren. So kommt es, daß die Betroffenen jahrelang

in einer formaldehydhaltigen Raumluft leben – und krank werden.

Jeder hat in seiner Umgebung mit der gefährlichen Chemikalie Formaldehyd zu tun. Kindertagesstätten, Schulen, Büros, Küchen, Wohn-, Schlaf-, Kinderzimmer sind mit Materialien eingerichtet, gestrichen und/oder ausgelegt, die Formaldehyd abgeben. In direkten Kontakt mit Formaldehyd kommen wir aber auch bei Verwendung von vielen Geschirrspülmitteln, Desinfektionsmitteln, Kosmetika, Haarwaschmitteln, Cremes, Zahnpasta, Mundwässern; sogar in Medikamenten wie Augentropfen, Halstabletten und Salben ist der Konservierungsstoff Formaldehyd enthalten. Wen erstaunt es da noch, wenn die Zahl der Atemwegserkrankungen und Allergien steigt?

Besonders wichtig für die Betroffenen ist eine medizinische Beratung. Der Arbeitskreis Formaldehydgeschädigter sucht deshalb Ärztinnen und Ärzte, die mitarbeiten möchten. Nähere Informationen:

Die Verbraucher Initiative  
Postfach 1746  
5300 Bonn 1  
Tel.: (02 28) 65 90 44.



## Anerkennung

Der Vorsitzende des Verbands der niedergelassenen Ärzte (NAV), Erwin Hirschmann, und der Präsident der Ärztekammer Nord-Württemberg, Peter Boeckh, haben sich ausgesprochen positiv über den 6. Weltkongreß der Internationalen Ärzte zur Verhütung eines Atomkriegs



Foto: Linie 4/M. Bauer

Kongreßpräsident  
Karl  
Bonhoeffer

(IPPNW) in Köln geäußert. Hirschmann und Boeckh waren die einzigen Repräsentanten etablierter bundesdeutscher Ärzteorganisationen, die den Kongreß besuchten. Boeckh würdigte die Veranstaltung als »großartigen Versuch, von ärztlicher Seite aus Ost und West auf die Gefahr von atomaren Waffen aufmerksam zu machen«. Hirschmann konnte nicht verstehen, »daß sich heute nicht jeder Arzt unabhängig von seiner Weltanschauung der Frage der Atomwaf-

fen und des Atomkriegs konkret stellt«.

Die beiden Vertreter bedauerten, daß sich die bundesdeutschen Ärztepräsidenten der Auseinandersetzung mit der IPPNW entzogen. Hirschmann lehnte auch die Kritik ab, daß es sich bei der IPPNW nur um eine Splittergruppe handle. Ihre Mitgliederzahl müsse in Relation zu den Verbänden gesehen werden, die bereits seit Jahrzehnten existierten und maximal das Dreifache an Mitgliedern hätten.

## Hebammen

Freiberufliche Hebammen erhalten bei Hausgeburten für alle Leistungen, die am Tage der Entbindung erbracht wurden, nur ein Pauschalhonorar. Dies entschied jetzt das Bundessozialgericht. Mit der letztinstanzlichen Feststellung wurde die Klage einer Hebamme zurückgewiesen, die von der Krankenkasse einer Mutter die besondere Bezahlung eines zweiten Wochenbettbesuchs am Tag der Entbindung verlangt hatte. Die Kasse hatte der Hebamme nur die einmalige Pauschalgebühr von 200 Mark zugestanden. Bereits die erste Instanz hatte entschieden, daß die Schwierigkeit der Geburt und die Dauer des Beistands durch die Hebamme für das Honorar unberücksichtigt bleiben solle. Lediglich die Weggebühren könnten

sich durch einen zweiten Hausbesuch erhöhen. Dies bestätigte jetzt das Bundessozialgericht.

## Pflegegesetz diskutiert

36 Verbände haben am 9. Juni bei einer Anhörung des Bundesausschusses für Arbeit und Sozialpolitik zu den bisher vorliegenden Gesetzentwürfen zur Absicherung des pflegerischen Stellung genommen. Dem Ausschuß liegen drei Gesetzentwürfe von Ländern und ein Vorschlag der Bundesregierung vor (dg meldete in 5/86).

Die Experten von Krankenkassen, Arbeitgebern, Gewerkschaften und Wohlfahrtsverbänden waren sich weitgehend einig darüber, daß die bisher vorgelegten Gesetzentwürfe keine Verbesserung der jetzigen Lage erzielen könnten. Vor allem der Gesetzentwurf der Bundesregierung, nach dem die Krankenkassen Pflegehilfen nur für Schwerstbehinderte finanzieren sollen, stieß auf Kritik. Vertreter von Behindertenverbänden bemängelten, daß keiner der Vorschläge weitreichend genug sei. Die Krankenkassen dagegen befürchteten eine zu hohe finanzielle Belastung, die dann notwendigerweise zu Beitragserhöhungen führen müßten. Sie bezweifelten außerdem, ob sich die Ausgaben, wie im Entwurf von Arbeitsminister Norbert Blüm geplant, im Krankenhaussektor einsparen ließen.

Die Kosten werden je nach Entwurf auf zwischen zwei und zwölf Milliarden Mark beziffert. Lediglich die Vor-

schläge aus Hessen und Rheinland-Pfalz sehen dabei eine finanzielle Beteiligung von Bund, Ländern und Gemeinden vor.

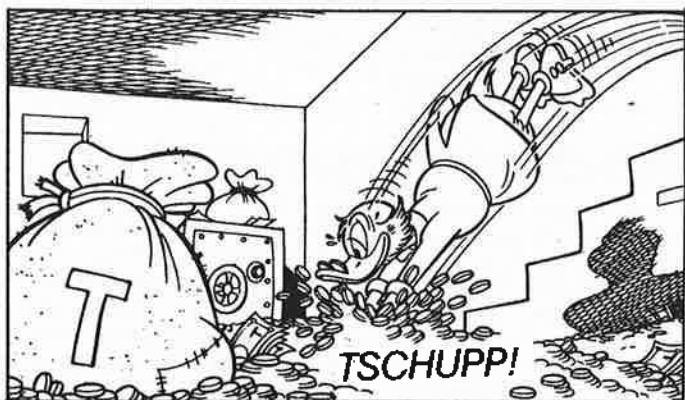
Nicht diskutiert wurde ein Entwurf der Grünen für ein Pflegegesetz, das



Blüms  
Entwurf  
für ein  
Pflege-  
gesetz  
stieß auf  
Kritik

Geld- und Sachleistungen für häusliche Pflege und die Pflege in Wohngruppen fordert. Die Kosten, die auf 13 Milliarden Mark geschätzt werden, sollen aus Steuermitteln gezahlt werden.

Aus Bonn verlautete bereits, daß das Gesetzesvorhaben möglicherweise nicht mehr bis Januar 1987, dem Ende der jetzigen Legislaturperiode, verabschiedet werden kann. Frühestens Mitte Juni wird nämlich der Parlamentsausschuß für Arbeit und Sozialordnung seine Beratungen aufnehmen. Vor der Behandlung des Pflegegesetzes müssen allerdings noch andere Vorhaben wie die Pläne zur kassenärztlichen Bedarfsplanung und das Rentenanpassungsgesetz 1987 behandelt werden. Bereits am 27. Juni geht der Bundestag für zwei Monate in die Sommerpause.



## Pharma-Umsätze:

## Alles paletti

**ud- Die Pharmaindustrie kann sich nicht beklagen. Sie kriegt die Taschen gar nicht mehr zu.**

Der Hoechst AG, der BASF und Bayer geht es gut. Um alles muß man sich Sorgen machen, um die drei nicht. Der Aufschwung hat bei

ihnen auch nicht erst jetzt begonnen. Schon 1984 konnten die Chemieriesen mit zweistelligen Zuwachszahlen beim Gewinn protzen.

1985 war Bayer an der Spitze mit einer Zunahme des Gewinns nach Steuern um – man höre und staune – 17 Prozent auf 773 Millionen Mark. Bayer hatte damit knapp die Nase vor der Hoechst AG mit 771 Millionen Mark. Die BASF trotzt traurig mit gerade 646 Millionen Mark hinterher.

Wegen des größten Grundkapitals fällt die Ausschüttungssumme von Bayer mit 523 Millio-

nen Mark am höchsten aus. Die Hoechst AG gibt ihren Aktionären 516 Millionen, und die BASF trennt sich von 495,6 Millionen Mark. Im Gleichschritt hoben die drei, die auf der Weltrangliste der Chemie Giganten die Plätze zwei bis vier einnehmen, ihre Ausschüttung um eine Mark an. Pro Aktie erhalten die Anteilseigner damit zehn Mark.

Schering, einer der »Kleinen«, mußte im 1. Quartal 1986 nach jahrelangem Absatzwachstum erstmals einen Umsatzrückgang um neun Prozent hinnehmen. Allerdings gehe das, wie der Aufsichtsrat mitteilte, nur auf den schwächeren Dollarkurs und niedrige Rohstoffpreise zurück. Mengemäßig sei der Absatz stabil geblieben. Aber, keine Angst, auch Schering steht noch nicht vor dem Bankrott. Im vergangenen Jahr erhöhte sich der Gruppenge-

winn immerhin um 17 Prozent auf 173 Millionen Mark.

Boehringer Ingelheim verdaut noch an der Hamburger Dioxin-Affäre, wo vor zwei Jahren das Werk Moorfleth geschlossen werden mußte, nachdem dort hohe Rückstände an Dioxin gefunden worden waren. Die Kosten des Skandals bezifferten die Ingelheimer Manager im Mai mit 300 Millionen Mark. Die »Entseuchung« ist allerdings noch nicht im Griff. Diesen Brocken konnte Boehringer noch locker verarbeiten. Freilich rechnet die Geschäftsleitung damit, daß sie auch in weiteren Fällen als Umweltsünder zur Kasse gebeten wird. Dafür hat man allerdings schon vorgesorgt und steuerlich unwirksame Rücklagen geschaffen. Als Gewinn nach Steuern blieben mit 127 Millionen Mark vergleichsweise wenig mehr übrig als im Jahr zuvor. Arme Boehringer.

## Zweifelhafte Grenzwerte

Nach einer Empfehlung des Bundesgesundheitsamts gilt eine Konzentration von 0,1 ppm (0,12 Milligramm pro Kubikmeter) als offizieller Grenzwert für eine beginnende gesundheitliche Belastung durch Formaldehyd. Die maximale Arbeitsplatzkonzentration (MAK-Wert) liegt, um das Zehnfache höher, bei einem ppm. Nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) geben Formaldehydwerte unter 0,06 ppm »zu wenig oder keiner Besorgnis Anlaß«.

Wie verhamlosend solche Grenzwerte sind, hat jetzt das SALEM-Forschungsinstitut in Stadtsteinach nachgewiesen. Bei Toxizitätsbestimmungen mit lebenden Zellen – Ciliaten (Einzeller), E. coli und HeLa-Zellen (menschliche Krebszellen) – ergaben sich Grenzwerte, die um das Zehn- bis Vierzigfache unter dem zur Zeit maßgebenden Grenzwert von 0,1 ppm liegen. Der MAK-Wert wird dementsprechend um das Hundert- bis Vierhundertfache überschritten.

Als Konsequenz dieser Ergebnisse folgert Professor Anton Schneider vom Institut für Baubiologie und Ökologie in Neubuern, daß Formaldehyd als Fremdstoff nicht mehr verwendet werden dürfe, da es erbgutschädigend wirke und von der EG-Kommission als krebserregend eingestuft wurde. Für solche Stoffe gebe es toxikologisch keine Festlegung von Grenzwerten, da niemand diese verantworten könne. Das Argument, daß Formaldehyd auch in der Natur vorkomme, sei nicht halt-

bar, da es in der Natur nicht isoliert in die Atemluft gelange. Konsequenzen würden wohl erfahrungsgemäß von offizieller Seite nicht gezogen, befürchtet Professor Schneider.

## Tierversuchsgesetz

Im wesentlichen zufrieden hat sich der Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie (BPI) mit dem Entwurf für ein neues Tierschutzgesetz gezeigt, laut Herrn Schuppan (BPI) »eines der fortschrittlichsten Gesetze der Welt«.



Im Bundesrat wurde die Verabschiedung des Gesetzes abgelehnt. Armin Clauss, hessischer Sozialminister, bezeichnete es als skandalös,

daß aus dem ohnehin schlechten alten Tierschutzgesetz die letzten Ansätze für wirklichen Tierschutz entfernt worden seien. Dies gelte sowohl für die Legalisierung der quälischen Massentierhaltung wie für den Bereich der zulässigen Tierversuche, bei denen sich im Gesetz die gesamte Palette industrieller Wünsche wiederfinde. Ferner sei das Genehmigungsverfahren für Tierversuche kaum geeignet, bremsend zu wirken.

Mit den Stimmen Bayerns, Baden-Württembergs sowie der sozialdemokratisch regierten Bundesländer wurde der Vermittlungsausschuß angerufen.

## Tod durch Giftmüll

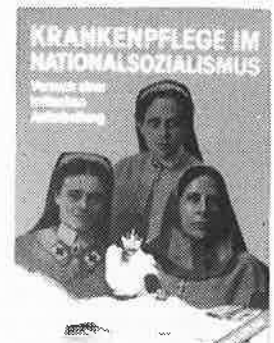
Der Tod des Polizeibeamten Joachim Blümel ist möglicherweise auf seinen Einsatz auf der Sondermülldeponie Münchenhagen zurückzuführen. Dies geht aus den Ergebnissen eines Gutachtens, das das Fresenius-Institut erstellte, hervor. Der Polizist hatte im vergangenen Winter mehrmals die niedersächsische Giftmülldeponie bewachen müssen. Ende März war er dann ins Krankenhaus eingeliefert worden und zwei Tage später verstorben.

Das Fresenius-Institut schloß zwar eine akute Dioxin-Vergiftung so gut wie aus. Es sei aber möglich, daß die Wirkung der Dioxine durch andere, im Gewebe des Toten gefundene Giftstoffe verstärkt worden sei. Das Institut hatte bei dem Toten 7,9 Milligramm polychlorierte Biphenyle, 0,5 Milligramm chlorierte Benzole und 1,6 Milligramm Organochlorpestizide

aktivität hat zur Vorsorge auf dem Milchmarkt – speziell auch bei Säuglingsprodukten – geführt: der verunsicherte Käufer kaufte nicht mehr, längst hatte sich herumgesprochen, daß die oberste Strahlenschutzkommission die Grenzwerte für Milch – besonders wenn sie für Kinder gedacht war – viel zu hoch angesetzt hat.

»30 Becquerel pro Liter oder pro Kilogramm peilen wir an« so die Auskunft von Dr. von Wiese. »Beim Jod <sup>131</sup> gibt es eigentlich keine Probleme, da liegen die Messungen zur Zeit bei zwei bis vier Becquerel, bezüglich des Cäsiums messen wir zur Zeit (10.6.) zwischen zehn und 26 Becquerel pro Liter. Strontium und Plutonium liegen in Bereichen von zwei Stellen hinter dem Komma.« 14 Tage, so das Informationsblatt der Milchwerke, ist die Neuproduktion von Kindernahrung und Diätetika unterbrochen worden.

## Anzeige



### Krankenpflege im Nationalsozialismus

Dieses Buch arbeitet mit Dokumenten und Interviews die Geschichte des Pflegeberufes im »Dritten Reich« auf (mit einer ausführlichen Bibliographie der damaligen Krankenpflegeliteratur). Herausgeber: AG Krankenpflegegeschichte, Gesundheitsladen Berlin. 106 Seiten, 10,— DM



Dr. med. Mabuse  
Zeitschrift im  
Gesundheitswesen  
Mainzer  
Landstr. 147  
6000 Frankfurt/M. 1

pro Kilogramm Fettgewebe gefunden.

Der Hamburger Staatsrat Fritz Fahrenholtz (SPD) sieht durch das Ergebnis seine Befürchtung bestätigt, daß von der Giftmülldeponie Gefahren für Menschen und Umwelt ausgehen.

Auf die erhebliche Diskrepanz bei den Grenzwertempfehlungen zwischen staatlichen Stellen und Milchwirtschaft angesprochen, wird die Erklärung langatmig und gipfelt in der Erkenntnis: »Die Leute glauben ja gar nichts mehr und am wenigsten den staatlichen Stellen.« Verwundert zeigte sich Dr. von Wiese, daß sich ein Arzt aus der Kinderheilkunde nach der Milchbelastung erkundigte. »Von Ärzten haben wir eigentlich kaum Anfragen, obwohl ich von morgens bis abend fast nur am Telefon hänge; die meisten kommen von den Molkereibetrieben.«

Unklar war ihm wohl selbst noch, wie lange noch gemessen wird: »Sicher noch das ganze Jahr, wir haben eben noch längerfristige Termine mit Labors vereinbart, die noch Kapazitäten frei haben.« Wenigstens ein Bereich mit zukunfts-sicheren Arbeitsplätzen.

## Tschernobyl:

## Versprochen

**dg-Redakteur Ulli Raupp wollte genau wissen, wie stark die Milch radioaktiv belastet ist. Er erkundigte sich bei einem Hersteller.**

»Drei unabhängige staatliche Institute nehmen auch künftig täglich Untersuchungen an Milch, Rohstoffen und Fertigprodukten vor, daß wir Ihnen versprechen können, auch in Zukunft keine Ware in den Verkehr zu bringen, die erhöhte, bedenkliche Werte aufweist.«

Dieses Versprechen, fettgedruckt und unterschreiben von dem



hauseigenen Strahlenschutzbeauftragten Dr. von Wiese, versendet die Humana Milchwerke Westfalen AG seit kurzem an alle erreichbaren Kunden und Interessenten. Die Sorge vor der Radio-

## Gleiche Betreuung

Zwischen Kindern familientätiger Mütter und solchen erwerbstätiger Mütter lassen sich keine signifikanten Unterschiede feststellen. Die Vermutung, daß Kinder berufstätiger Frauen in geringerem Umfang betreut würden, wurden durch ein Forschungsprojekt, das vom Bundesministerium für Forschung und Wissenschaft gefördert wurde, nicht bestätigt. Die Qualität der Betreuung sei bei Kinder erwerbstätiger Mütter gleich, wenn nicht sogar günstiger.



## Todesursachen

Nach vorläufigen Ergebnissen des Statistischen Bundesamts starben 1985 im Bundesgebiet 704.300 Personen. Mehr als die Hälfte davon (51 Prozent) starb an Herz-Kreislaufer-

krankungen, 2 Prozent mehr als im Vorjahr. Um 2,3 Prozent stieg die Zahl der Krebstoten, ihr Anteil an allen Sterbefällen erhöhte sich auf 23,1 Prozent. 6,3 Prozent der Todesfälle sind auf Krankheiten der Atmungsorgane zurückzuführen. An Verletzungen und Vergiftungen starben 35.300 Personen (5 Prozent). Die Zahl der Unfalltoten ging um 12,5 Prozent gegenüber dem Jahr 1984 auf 21.000 Personen zurück.

## Altöl

Dringend erforderlich hält der Bund für Umwelt- und Naturschutz (BUND) eine Neuregelung der Altölsammlung und des Altölrecyclings durch eine Novelle des Abfallbeseitigungsgesetzes. Notwendig sei dies vor allem durch die Zumischung von PCB zum Altöl geworden, da solche verseuchten Altöle nicht mehr kostenfrei für den Anlieferer aufbereitet werden könnten. Die Beseitigung dürfe jedoch nicht dem »freien Markt« überlassen werden, indem die Zwangsabgabe für Altöl aufgehoben werde, wie es CDU und FDP beabsichtigten.

Bisher wird über die Zwangsabgabe auf Frischöl die Entsorgung sichergestellt. Wenn das – für den Bürger kostenlose – Verfahren aufgehoben

werde, so befürchtet der BUND, verschwänden wieder große Mengen des Altöls in Wald, Gewässern und Kanalisation.

## Mehr Arbeitsunfälle

Die Zahl der Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten ist 1984 gegenüber dem Vorjahr leicht gestiegen (0,1 Prozent), wie dem Unfallverhütungsbericht der Bundesregierung zu entnehmen ist. Danach wurden 1 710 572 Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten angezeigt. Zurückgegangen ist allerdings die Zahl der tödlichen Unfälle sowie der Berufskrankheiten mit tödlichem Ausgang.

Bei den angezeigten Berufskrankheiten liegen die schweren Hauterkrankungen deutlich an erster Stelle. In deren Zunahme sieht das Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Institut (WSI) des Deutschen Gewerkschaftsbunds einen deutlichen Indikator für die Belastung durch gefährliche Arbeitsstoffe.



## Politisches Mandat

Den sofortigen Ausstieg aus der Kernenergie als Konsequenz aus der Reaktorkatastrophe von Tschernobyl hatte die Mitgliederversammlung des Ärztlichen Kreis- und Bezirksverbands (ÄKBV) am 14. Mai gefordert. Im Gegensatz zum Vorstand hatten die Mitglieder die Meinung vertreten, daß die Warnung vor der Atomenergie eine ärztliche Aufgabe sei. Gleichzeitig wurde die Ablehnung der Fortbildung in der Katastrophenmedizin und der Reform des Zivilschutzgesetzes bestätigt. Dementsprechende Beschlüsse des vergangenen Jahres waren vom Vorstand und der Aufsichtsbehörde ausgesetzt worden.

Am 22. Mai hob die Regierung von Oberbayern die Beschlüsse des ÄKBV vom 14. des Monats auf. Außerdem wurden alle Beschlüsse, die die Mitgliederversammlung seit dem 30. Januar vergangenen Jahres zu den Themen Zivilschutz, Katastrophenmedizin, Ausstieg aus der Kernenergie sowie Abschaffung von Atomwaffen gefaßt hatte, außer Kraft gesetzt. Ein »allgemeinpolitisches Mandat«, so die Regierungsbehörde, stehe der ärztlichen Standesvertretung nicht zu. Die freie Meinungsäußerung sei von dem Beschluß nicht berührt.

## Arzt in Praktikum:

## Aussteiger

**bm–Der Studentenstreik war ein großer Erfolg. Kaum einer will ihn mehr, den Arzt im Praktikum.**

Anfang Juni verriet Ministerialrätin Schleicher auf dem medizinischen Fakultätentag, daß Gesundheitsministerin Rita Süßmuth vorhabe, die Neuordnung der Approbationsordnung (AO) auf ihren Kern zusammenzustrichen; auf die zweijährige Ausbildungsverlängerung und den Arzt im Praktikum. Alle weiteren Punkte, die zusätzlichen mündlichen Prüfungen, die Einschränkung der Wie-

derholbarkeit von Prüfungen, die Einführung zusätzlicher Kurse und so weiter, werden vertagt.

Die Studenten schreiben sich das als Teilerfolg zu. In fast allen medizinischen Fakultäten wurde über einen Streik gegen die geplanten Änderungen abgestimmt. Der Streik selbst war, wie Dieter Becker, Sprecher der Fachschaften, sagt, »ein grandioser Erfolg«. An nahezu allen Fachbereichen seien Urabstimmung und Streik sehr gut gelaufen und von vielen Studenten getragen worden.

Dennoch wird am 11. Juli die Bundesregierung aller Wahrscheinlichkeit nach versuchen, die Neuordnung der AO im Bundesrat zu ver-

abschieden. Wenn nicht bis dahin auch noch die letzten Befürworter abspringen.

Pessimisten rechnen damit, daß die sozialdemokratisch regierten Länder die Verabschiedung, etwas durch Stimmenthaltung, tolerieren werden. Ganz undenkbar wäre dies insofern nicht, als sie ein Papier zur Änderung der AO vorgelegt haben, das ebenfalls den AIP festschreibt – mit der Begründung, er sei ja seit dem letzten Frühjahr gesetzlich verankert. Dagegen seien sie, so die Sozialdemokraten, immer noch.

Indessen tut sich einiges bei den Standesorganisationen. Selbst die aufrechten Verfechter des AIP

sind vorsichtiger geworden. Auf der 69. Hauptversammlung des Marburger Bundes plädierten einige Mitglieder für den »Ausstieg aus dem AIP«. Der Hartmannbund ist ganz abgesprungen. Präsident Horst Bourmer schlug auf der Bundeshauptversammlung am 7. Juni vor, den AIP wegzufallen zu lassen. Stattdessen solle es eine praktische Ausbildungsphase während des Studiums geben. Die universitäre Ausbildung solle nicht länger als zwei Jahre dauern. Voraussetzung für die kassenärztliche Zulassung aber solle eine abgeschlossene Weiterbildung werden.

Es wird wohl noch spannend werden.



# Kleinanzeigen

**»Gemeinsame Arbeit im Gesundheitswesen«:** Türkische Frauen, die in der BRD ihre Ausbildung im Gesundheitswesen machen, suchen Kontakt zu Kollegen und Kolleginnen. Wer hat im Gesundheitsbereich eine Ausbildung gemacht/ist gerade dabei oder z. Zt. arbeitslos? Wir planen eine binationale Zusammenarbeit. Zuschriften unter Chiffre 010786 an: dg, Siegburger Str. 26, 5300 Bonn 3.

Versierte, kinderfreundliche **Arzthelferin** gesucht für nordwestdeutsche Kinderarzt-Praxis (Großstadt) ab Herbst/Ende 1986. Näheres über Chiffre 020786. Zuschriften unter Chiffre 020786 an: dg, Siegburger Str. 26, 5300 Bonn 3.

**Allgemeinpraxis** im südwestdeutschen Raum zu einem Quartalsschluß abzugeben. Zuschriften unter Chiffre 030786 an: dg, Siegburger Str. 26, 5300 Bonn 3.

**Zivildienstleistender** gesucht für sozialpsychiatrische Einrichtung. Einstellung ab 1. 7. 86. Erfahrung wäre gut. Tel. (02 03) 55 89 19.

Angehend. Arzt f. Allgemeinmed. sucht Übernahme einer **Allgemeinarztpraxis** Mitte 1987, Raum Ffm. 3-6mon. Einarbeitungszeit erwünscht. Zuschriften unter Chiffre 040786 an: dg, Siegburger Str. 26, 5300 Bonn 3.

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

Bin in der Weiterbildung zum Arzt f. Allgemeinmed. u. möchte Anfang 1987 bei einem ermächt. Arzt zur Erlangung der Zusatzbescheinigung **Naturheilverfahren** 3 Monate im Raum Frankfurt tätig sein. Zuschriften unter Chiffre 050786 an: dg, Siegburger Str. 26, 5300 Bonn 3.

**Kinderkrankenschwester,** Weiterbildung Fachlehrerin für Krankenpflege, 35 J., seit 18 Jahren im Beruf, möchte sich verändern. Suche **alternatives Betätigungsfeld** außerhalb der Institution Krankenhaus. Nicht ortsgelunden, bevorzugt norddeutscher Raum. Angebote unter Chiffre 060786 an: dg, Siegburger Str. 26, 5300 Bonn 3.

**Bert-Brecht-Brigade** München sucht dringend für Nikaragua-Aufenthalt vom 29. 7.-ca. 14. 9. zur gruppeneigenen Betreuung Krankenschwester oder Arzt/Ärztin. Kontakt: Angelika Schrank, Tel. (0 80 93) 45 77.

Suche Menschen, die an einer Diskussion darüber, was **Ganzheitsmedizin** für linke Ärzte bedeuten soll, interessiert sind. Schreibt mir unter Chiffre 070786 an: dg, Siegburger Str. 26, 5300 Bonn 3.

**Wir suchen dringend  
Fachärzte/-innen  
sowie  
Pflegepersonal  
mit  
Fachausbildung**

**GESUNDHEITS  
BRIGADEN  
FÜR  
NICARAGUA**

**Gesundheitsladen  
Berlin e.V.  
Gneisenaustraße 2  
1 Berlin 61  
Tel. 030/693 20 90**

**Spendenkonto 'Nicaragua'  
PschA. Bln. W. Blz.: 100 100 10  
Ktnr.: 385 13-105**

# Termine

**18.-20.7.**

## Odenthal

Tagung »Vom Club zum Tageszentrum für Langzeitkranke«  
Kontakt: Dachverband psychosozialer Hilfsdienste e.V., Thomas-Mann-Str. 49a, 5300 Bonn 1.

**21. 6.**

## Frankfurt

Geburtstagsfest von Dr. med. Mause in der Brotfabrik Frankfurt-Hausen, 20 Uhr.

**4.-5. 7.**

## Heidelberg

Seminar über Krebsrisikofaktoren  
Kontakt: Deutsches Krebsforschungszentrum, Postfach 101949, 6900 Heidelberg.

**1.-3. 9.**

## Darmstadt

Seminar »Alte Menschen im Krankenhaus«  
Kontakt: Elisabethenstift Darmstadt, Stiftsstr. 14, 6100 Darmstadt.

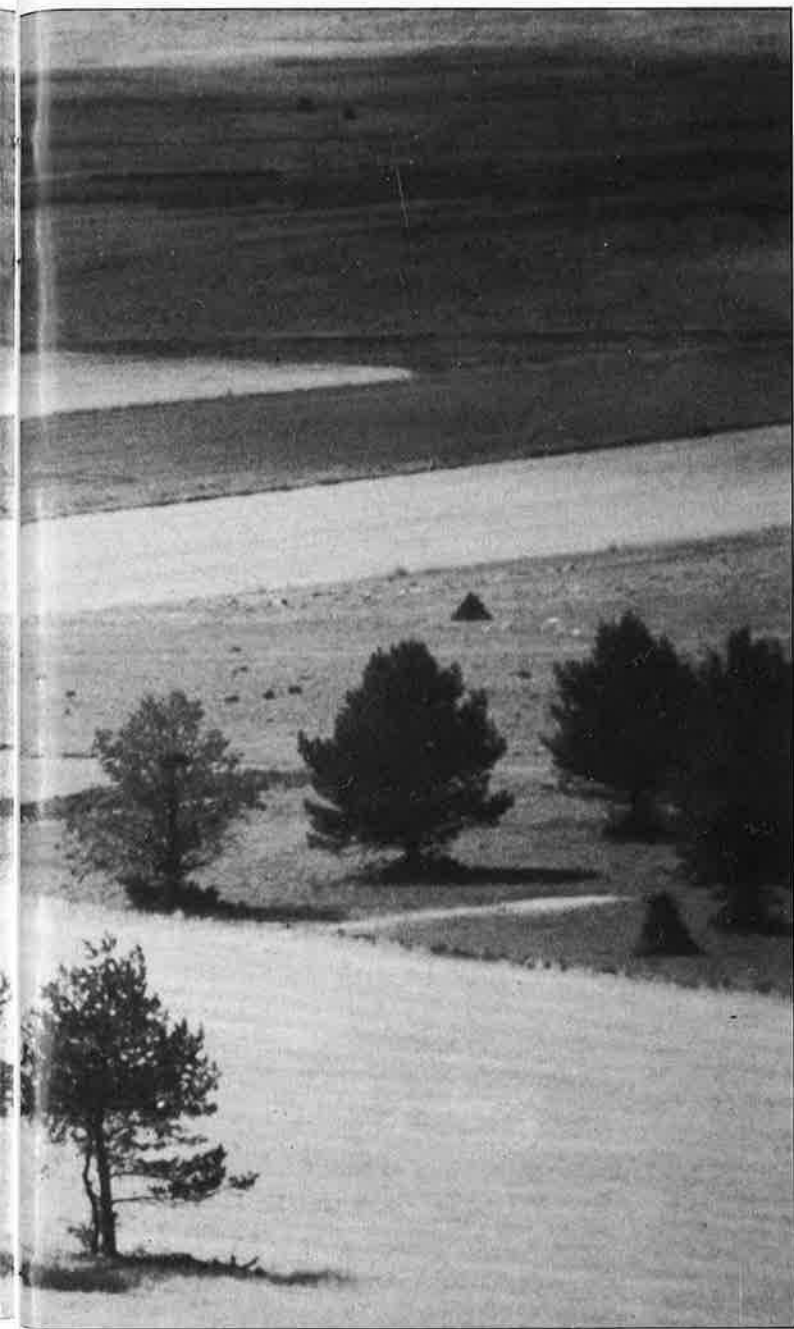
# **Die Mü** **Gewerks**



Foto: Neuschäfer, laif

**Gewerkschaftsarbeit in  
Krankenhäusern ist  
immer noch – nicht nur in  
konfessionellen  
Häusern – hartes Brot.  
Daß deren Möglich-  
keiten noch längst nicht**

# hien der Ebene schaftsarbeit im Krankenhaus



**erschöpft sind, haben  
die Krankenpflege-  
schülerinnen mit ihren  
Aktionen bewiesen.  
Ein Bericht von Norbert  
Andersch.**



**S**treiks auf den Seeschiffen, Aktionen bei der Lufthansa, Arbeitszeitverkürzung im Duisburger Hafen: Mutige Aktionen, die wenigstens zum Teil mit Erfolg gekrönt sind. Es gibt Kämpfe in der Gewerkschaft, in der auch wir, die Beschäftigten im Gesundheitswesen, organisiert sind.

Aktionen bei uns – wann gab es die zuletzt? Krankenpflegeschüler und -schülerinnen gingen auf die Straße gegen die geplante Kürzung ihrer Ausbildungsvergütung. Drei rote Kreuze konnte man bei diesen Aktionen im Kalender machen, denn lange vorher war Funkstille in den Krankenhäusern der Republik. Kaum verständlich, wenn man weiß, daß in diesem Sektor eine stille Revolution im Gange ist. Statt Schwarzwaldromantik gibt es eine Umwälzung und Umorganisation, die in ihren Auswirkungen ihresgleichen suchen wird.

200 Millionen Mark, das ist der Betrag, der im Gesundheitswesen Jahr für Jahr über die Theke geht. Eine Summe, bei der Krankenhausinvestoren wie Pharmakonzernen keine Mühe zu groß, keine Methode zu dunkel und keine Maßnahme zu kriminell ist, um am Ball zu bleiben. – Und die Gewerkschaft? Kampfesstimmung herrscht hier nicht. Kostendämpfung und Personalabbau haben die organisierten Gewerkschafter in die Defensive gedrängt. Die Zeit der Mitbestimmungsdiskussionen, die Chefärzte verunsicherte, scheint passé. Alternative Pflegekonzepte und der Versuch ihrer Durchsetzung sind erst einmal wieder in den Schubladen verschwunden.

Vorerst bleibt noch die Hoffnung, daß mit kämpferischen Krankenpflegeschülern und einer neuen Generation von Ärzten im Praktikum wieder etwas mehr Wind in die Kliniken kommt.

Nur 36 Prozent der bundesdeutschen Krankenhäuser befinden sich in öffentlicher Trägerschaft. Was Gewerkschaftsrecht und Koalitionsfreiheit angeht, so endet deren Geltungsbereich bei den frei-gemeinnützigen, vor allem kirchlichen Häusern (34 Prozent), aber auch bei der Mehrzahl der privaten Kliniken (29 Prozent) meist vor den Toren der Einrichtung. Gerade die kirchlichen Einrichtungen und insbesondere die Privatkliniken, die ihren Bettenanteil in den letzten 15 Jahren um 70 Prozent steigern konnten, lassen kaum Möglichkeiten aus, Arbeiter- und Angestelltenrechte abzubauen. Mittlerweile sind auch clevere Stadtväter auf den Dreh gekommen, kommunale Häuser in sogenannte freigemeinnützige Träger-schaften umzuwandeln, um mit den Belegschaften nach Belieben verfahren zu können. Von den rund 800 000 Beschäftigten in 3100 Kliniken in der Bundesrepublik (davon fast 600 000 Frauen) unterliegen nur knapp die Hälfte den arbeitsrechtlichen wie tariflichen Bestimmungen des Öffentlichen Dienstes.

Hinzu kommt, daß das Krankenhauspersonal innerhalb der letzten zehn Jahre massiven Umstrukturierungen unterworfen war. Während sich die Zahl der Ärzte mit jetzt circa 80 000 fast verdoppelte und auch das Pflegepersonal mit nunmehr rund 380 000 Personen (davon mehr als 100 000 Beschäftigte ohne abgeschlossene Ausbil-





Foto: Menzen

**Ein anderes und  
neues Verständnis  
wird gerade von  
den jungen Mitglie-  
dern eingebracht.  
Mit der Gründung  
von Vertrauens-  
leutekorpern und**



**einer aktiven  
Öffentlichkeits-  
arbeit war da für  
manchen Klinikchef  
und manchen Perso-  
nalrat die Friedhofs-  
ruhe zu Ende.**

dung) kräftig zulegte, wurde durch Rationalisierung und Privatisierung jene Gruppe am stärksten reduziert, die früher das Rückgrat der Gewerkschaftsgruppe jeder Klinik ausmachte: das Wirtschaftspersonal. Die Kantinenfrauen, Putzhilfen, Heizer, Handwerker, Pförtner, Näherinnen, Köchinnen und Krankenwagenfahrer – sie repräsentierten den Rest der alten Arbeiterschaft im Gesundheitswesen. Knapp 170 000 oder etwa 20 Prozent der Beschäftigten stellt diese Gruppe heute noch, und ihr Anteil in den Kliniken fällt weiter.

Auch die Berufsbilder sind einem erheblichen Wandel unterworfen. Die Ärzte haben sich noch nicht damit abgefunden, typische Lohnabhängige zu sein. Das Krankenpflegepersonal wird zunehmend in die Rolle hochqualifizierter Fachangestellter gedrängt. Ein Selbstverständnis gewerkschaftlicher Arbeit stößt hierdurch, wie auch durch die massiv gewachsene Arbeitsbelastung an ihre Grenzen.

Gewerkschaftsarbeit in Berufen, die einen karitativen und helfenden Ursprung haben, ist ohnehin nicht selbstverständlich. Das Engagement, die Hilfsbereitschaft und Opferhaltung vieler überzeugter Klinikmitarbeiter wurde und wird schamlos ausgenutzt. Das heute noch nicht seltene Nebeneinander von Ordensfrauen, die für Gotteslohn arbeiten, und angestelltem Personal macht ein Eintreten für eigene Rechte nicht unbedingt leichter. Schon bei der Aufnahme in die Krankenpflegeschulen wird kräftig gesiebt: Zu engagierte und selbstbewusste Bewerberinnen, die nicht die notwendige Demuthaltung erkennen lassen, haben von vornherein keine Chance.

Nicht wenige Krankenpflegeschulen, insbesondere in kirchlichen Häusern und im Machtbereich des Deutschen Roten Kreuzes verbieten es ihren Schülerinnen und Schülern von vornherein, in eine Gewerkschaft einzutreten.

Gewerkschaftsarbeit in kirchlichen Häusern setzt heute mehr als in den letzten 15 Jahren Zivilcourage und persönliche Risikobereitschaft voraus. Horst Driesen, Sekretär für den Bereich Gesundheit in Oberhausen: „In kirchlichen Häusern ist die Gewerkschaftsmitgliedschaft immer noch eine Mutprobe. Für eine offensive Vertretung unserer Position haben wir da keine Kraft. Es ist oft schon viel, wenn wir es schaffen, Leute über ihre bereits vorhandenen Rechte zu informieren und Schlimmstes zu verhüten. So zum Beispiel, daß Kollegen ohne Grund gekündigt werden und daß sie aus Unkenntnis nicht einmal die Möglichkeit haben, sich dagegen zu wehren.“

„Aber auch in kommunalen Kliniken“ – so Sigrid Wieja, langjährige Betriebsratsvorsitzende der DRK-Schwesternschaft in Essen – „erfordert Gewerkschaftsarbeit persönlichen Mut. Die Kollegen müssen in der Lage sein zu erklären, was die Gewerkschaft will und was Gewerkschaftspolitik überhaupt ist. Vielen fällt das nicht leicht, gerade in einer Zeit, in der die „Neue Heimat“ auf der Tagesordnung steht und auch das Verhalten der ÖTV in den Tarifrunden kritisiert wird.“

Auch die wenigen Hauptverantwortlichen der ÖTV laufen trotz endloser Über-

stunden mit hängender Zunge der Entwicklung hinterher. Horst Driesen, Sekretär für den Bereich Gesundheitswesen in Oberhausen, beklagt, daß geschultes Gewerkschaftspersonal fehlt.

„Wir sind einfach zu schwach besetzt. Wenn ein Kreissekretär sich als einziger Hauptamtlicher um die gesamte Gesundheitsarbeit kümmern soll und möglicherweise dann auch noch um andere Bereiche, wie ich um die Energiepolitik, dann ist man einfach den Dingen nicht gewachsen. Wir sind auch materiell schwach. Wir haben oft nicht die notwendigen Flugblätter oder Dokumente zur Hand. Es gibt da zwar gute Ansätze in der Gewerkschaft, aber die sind noch nicht weit entwickelt. Bei schnellen Entwicklungen im Gesundheitswesen sind wir auch oft sachlich überfordert. Wir wissen manchmal gar nicht mehr, worum es im Krankenhaus in Detailfragen eigentlich geht. Die Leute sind zu sehr belastet. Obwohl die hauptamtlich gewerkschaftlichen wie auch die oft erst wenigen aktiven Mitglieder. Fragen, wie die konzentrierte Aktion, Probleme mit der Pharma- und Geräteindustrie, Krankenhausfinanzierungsge-  
setz usw. spielen bei uns zur Zeit praktisch überhaupt keine Rolle. Es kommt hier erst einmal darauf an, das Selbstbewußtsein der Leute an der Basis zu fördern.“

**D**as Gesundheitswesen und der Krankenhausbereich sind nicht vergleichbar mit den traditionellen und typischen ÖTV-Organisationshochburgen wie dem öffentlichen Nahverkehr, der Müllabfuhr und Kommunalverwaltung: Am Beispiel Duisburg zeigt sich das deutlich.

Die Halbmillionenstadt am Niederrhein verfügt (ohne die Suchtklinik im Ortsteil Walsum) über 13 Krankenhäuser. Elf davon entstanden meist aus karitativen Einrichtungen und sind heute konfessionell gebunden. Diese für das Ruhrgebiet typische Dominanz kirchlicher Häuser erklärt auch den im Vergleich zum Bundesdurchschnitt eher mäßigen Organisationsgrad der Mitglieder: 16,2 Prozent der Krankenhausbeschäftigten sind in der ÖTV organisiert. Wie sehr die Kirche ihren Schäfchen die gewerkschaftliche Organisation verleidet, demonstrieren wenige Zahlen: Während an Duisburgs größtem Haus, dem St. Johannes-Hospital (1167 Mitarbeiter) nur knapp 10 Prozent gewerkschaftlich organisiert sind, gehören an den Städtischen Kliniken (1050 Mitarbeiter) mehr als ein Drittel der Gewerkschaft ÖTV an.

9500 Beschäftigte arbeiten 1983 in Duisburgs Kliniken. Heute – knapp zweieinhalb Jahre später – sind es noch 8000. Duisburgs ÖTV erhöhte trotzdem – oder gerade deswegen – im Gesundheitsbereich den Organisationsgrad: Von 13,2 Prozent im Jahre 1983 stieg er auf nunmehr 16,2 Prozent an. In Zahlen sind dies 1300 gegenüber 1250 Mitgliedern, trotz eines Personalabbaus von 16 Prozent. 1050 sind Angestellte bei steigender Tendenz, noch 250 sind Arbeiter, die zu 95 Prozent aus den Betriebs- und Wirtschaftsabteilungen der Krankenhäuser stammen. Mehr als 75 Prozent der Mitgliedschaft sind Frauen.

Daß sich das kirchliche Mitarbeitervertretungsrecht durchweg nachteilig nicht nur



auf den Organisationsgrad, sondern auch auf die Möglichkeit der Interessenvertretung der Beschäftigten auswirkt, zeigt der Vergleich der Tätigkeit von ÖTV-Mitgliedern in Personalräten und Mitarbeitervertretungen.

In den beiden nicht-konfessionellen Häusern, nämlich den Städtischen Kliniken und der Unfallklinik Buchholz, stellt die ÖTV jeweils eine sichere Mehrheit des Personalrates. Hier existieren von jeher gewählte und funktionierende Vertrauensleutkörper.

In den elf kirchlichen Häusern ist die ÖTV zwar auch in der Regel mit zwei bis drei Mitgliedern in der Mitarbeitervertretung präsent. Nirgendwo hat sie jedoch eine absolute Mehrheit erreichen können. Gewählte und regelmäßig arbeitende Vertrauensleutkörper existieren nur in drei dieser elf Kliniken. In den anderen kirchlichen Häusern hat auch das Verbot des Zutritts für hauptamtliche ÖTV-Funktionäre bisher verhindert, daß die Interessenvertretung besser organisiert werden konnte.

Daß der Bereich Gesundheitswesen in Duisburg nicht von untergeordneter Bedeutung ist, zeigt sich daran, daß die Zahl der hier Beschäftigten immer noch nahe an die 10 000 Angestellten der Stadtverwaltung heranreicht. Von letzteren sind allerdings mehr als 50 Prozent Mitglieder der ÖTV. Einen traumhaften Organisationsgrad erreicht die Gewerkschaft dann im Hafengebiet, wo circa 99 Prozent Gewerkschaftsmitglieder sind. Daß sich dies in der praktischen Arbeit und in Tarifverhandlungen auswirkt, zeigt ein letztes Beispiel: Als erstem Teilbereich der ÖTV gelang es hier, tariflich für 1987 und 1988 Verkürzungen der Arbeitszeit bis auf 38,5 Stunden, bei gleichbleibendem Lohn, durchzusetzen.

Der Bereich Gesundheitswesen hat sich in den letzten Jahren erst langsam entwickelt. Jahrzehntelange Betriebszugehörigkeit und hohe Arbeitsplatzsicherheit in einer von Männern dominierten Arbeitswelt, all diese Merkmale vieler ÖTV-Bereiche treffen auf das Gesundheitswesen nicht zu.

In den Krankenhäusern findet man stattdessen hohe Fluktuationsraten der Beschäftigten. Drei von vier Mitarbeitern im Gesundheitswesen sind Frauen. Der Anteil junger Menschen ist außerordentlich hoch. Traditionelle Arbeiterbereiche mit typischer ÖTV-Organisationsstruktur wurden an den Krankenhäusern in der Mehrzahl wegrationalisiert.

Dies hat in den letzten Jahren nicht nur in den Kliniken, sondern auch innerhalb der ÖTV einen Generationenkonflikt aufbrechen lassen. Ein anderes und neues Verständnis von Gewerkschaftsarbeit wird gerade von den jungen Mitgliedern eingebracht. Mit der Gründung von Vertrauensleutkörpern und einer aktiven Öffentlich-

keitsarbeit war da nicht nur für manchen Klinikchef, sondern auch für manchen Personalrat die bisherige Friedhofsruhe vorbei. Fast jedes Engagement junger Gewerkschafter und gerade das junger Frauen in der Gewerkschaft wurde von den alten Kollegen, oft genug auch von der eigenen Kreisverwaltung, als Störung empfunden und häufig mit Mißtrauen beäugt.

Sigrid Wieja: „Ich muß sagen, es war sehr angenehm, ohne Konkurrenz, ohne männliche Konkurrenz zu arbeiten. Erste Erfahrungen mit Gewerkschaftsmännern habe ich auf einem Seminar zum Betriebsverfassungsrecht gemacht. Das war eine Katastrophe. Erstens waren wir jung, zweitens Frauen, drittens wollten wir keinen Urlaub dort im wunderschönen Cochem verbringen, sondern lernen. Wir hatten also Ansprüche und brachten dann auch noch Kritik mit rein, und da sind einige Männer auf die Barrikaden gegangen, so nach dem Motto „Na ja, ein bißchen spinnert“. Wir sollten erst mal die Schalen hinter den Ohren trocknen lassen. Ganz schlimm sind spätere Erfahrungen gewesen. Man wird dann zwar mit seinen Argumenten und Forderungen ernstgenommen, aber auch oft auf eine sehr persönliche Art und Weise angegriffen. Daß man hysterisch wäre und emanzipatorisch, daß man gar keine richtige Frau mehr wäre.“

Über das abwiegelnde Bremsen gewerkschaftlicher Verwaltungsstellen hat so mancher mutige Mitarbeiter mehr graue Haare bekommen, als über die Probleme, die er bekämpfen wollte. „Einmal Personalrat, immer Personalrat“, so beschwerten sich Essener ÖTV-Kollegen. Gewählte Personalratsmitglieder wollen nicht selten nach ihrer Wahl von Gewerkschaftsarbeit nur noch wenig wissen. Das Gesundheitsprogramm der ÖTV wird eher als Klotz

am Bein denn als Verpflichtung betrachtet. Fauler Kompromisse mit Arbeitgebern und konkurrierenden Organisationen sind an der Tagesordnung:

„Ein Unding“ – so eine junge Kollegin zu dg – „daß zum Beispiel die jetzige Betriebsratsvorsitzende der Universitätskliniken Essen bei den Konventswahlen mit gegnerischen Organisationen auf einer Liste gemeinsame Sache macht.“

Doch derart ärgerliche Vorkommnisse, so oft sie auch heute noch vorkommen, können einen Wandel innerhalb der letzten Jahre nicht ungeschrien machen: „Die Gewerkschaften sind Selbsthilfeorganisationen, nicht Dienstleistungsbetriebe. Es kommt darauf an, daß die Kollegen Eigeninitiative einbringen. Die Mitglieder der Gewerkschaft müssen die Organisation in Besitz nehmen und als eigenes Instrument nutzen lernen. Viele ÖTV-Mitglieder, aber auch andere Kollegen, müssen aus ihrer Konsumentenhaltung herauskommen.“ Was hier ein Oberhausener ÖTV-Sekretär mit Überzeugung formuliert, ist noch nicht so lange Allgemeingut der ÖTV.

Die sogenannte Basis in den Krankenhäusern ist selten von sich alleine ohne gewerkschaftliche Aktivität aus einer passiven Haltung herausgekommen. Sigrid Wieja hält die ÖTV für mitschuldig daran: „Mit solchen Dienstleistungen haben wir ja jahrelang geworben. Die Gewerkschaft hat erst verstärkt in den letzten drei Jahren versucht, inhaltliche Diskussionen in die Bereiche reinzubringen. Man hat doch gemerkt, daß es eben in einigen Bereichen nicht einfach eine Tradition gibt, die einen automatisch zum Gewerkschaftsmitglied macht. Bei der Essener Verkehrs-AG (EVAG) kriegst Du mit dem Arbeitsvertrag gleich die Beitrittserklärung für die ÖTV beigelegt. Das wäre ein Unding im Krankenhaus.“



Foto: Driesen

**„In kirchlichen Häusern ist die Gewerkschaftsmitgliedschaft immer noch eine Machtprobe.“**



# »Die Ullige«

## Erfahrungen einer Personalrätin



Marlene Bassiel ist stellvertretende Personalratsvorsitzende der Unfallklinik Duisburg und dort als Stationshilfe beschäftigt.

Das Wahlergebnis war unheimlich gut, ich wäre schon fast auf Anhieb im Personalrat gewesen. Es gab dann aber aus anderen Gründen noch eine zweite Wahl. Als Personalrat der Arbeiterliste bin ich dann zur stellvertretenden Vorsitzenden gewählt worden.

Ich war vorher nicht in der ÖTV. Ich lebe getrennt und muß ein Kind großziehen, und ich mußte einen neuen Hausstand gründen. Da waren mir 20 Mark zuviel. Ich bin dann aber wieder beigetreten. Hier im Ruhrgebiet ist das bei Arbeitern sowieso normal, gewerkschaftlich organisiert zu sein. Bei den Familien, die ich kenne, ist das gang und gäbe. Mein Vater und meine Brüder sind auch in der Gewerkschaft.

Von den Küchenhilfen war noch nie jemand im Personalrat. Da wir immer die Benachteiligten waren, habe ich auch nicht damit gerechnet, daß ich rein komme. Ich muß sagen, einfach ist das nicht für eine Frau. Meine Kolleginnen waren nach der Wahl Feuer und Flamme. Die Männer waren eher skeptisch, weil sie einem ja nicht abnehmen, daß man auch was bringen kann. Aber wenn ich eine Sache mache, dann mache ich sie entweder richtig oder gar nicht. Sich hier durchzusetzen, ist nicht einfach. Die Männer haben mir als Personalrat ja Jahre vorausgehakt.

Ich mußte von vorne anfangen. Ich habe bis in die Nacht rein Gesetzestexte, das Bundespersonalvertretungsgesetz, gelesen und studiert. Du kannst von 99 Paragraphen nicht alle behalten, aber dann weißt du, wo du nachschlagen mußst.

In der Klinik hier gibt es gravierende Unterschiede zwischen Arbeitern und Angestellten. Das ist überall so, wo du hinkommst mit dem Klassenunterschied. Einmal war ich bei einem Seminar zum Personalvertretungsgesetz, da war ich die einzige Arbeiterin. Weil ich die einzige war, habe ich gesagt: „Ich bin Arbeiterin, und ich bin stolz darauf.“ Solche Situationen fordern mich dazu heraus. Ich bin wirklich stolz darauf, Arbeiter zu sein, weil ich aus einer Arbeiterfamilie komme. Ich habe ja auch was gelernt. Als Arbeiter hat man überall Hürden zu überspringen.

Außerdem waren von elf Leuten im Personalrat nur drei Frauen. Zuerst haben die, glaube ich, gedacht, ich wäre ein dummes Schaf. Das stimmte, ich wußte ja auch

nichts. Ich war sofort Stellvertretende, weil der Vorsitzende krank war. Dann stehst du da, wenn die Klamotten auf dich zukommen. Wählst du dann den Verstand oder das Gefühl? Ich fahre immer besser damit, vom Gefühl her zu reagieren. Im nachhinein ist das meistens richtig. Aber einfach ist es nicht, man muß ja für all das geradestehen – beim Verwaltungsdirektor, vor der Berufsgenossenschaft, vor dem ärztlichen Direktor, vor der Pflegedienstleitung.

Im Personalrat war es anfangs eine Katastrophe. „Ach, Ullige“, Kleine, haben sie gesagt, überall wo ich hinkam. Die anderen hatten mir Jahre voraus, und ich kann das natürlich nicht ohne weiteres nachholen. Aber ich kann mein Wissen erweitern. Wenn irgendeine Entscheidung anstand und ich dachte, was machst du jetzt bloß, dann bin ich fragen gegangen. Da hieß es: „Das mußt du so und so machen“, dann habe ich gesagt: „Ich huste dir was, ich mache das so und so.“

Spezielle Frauenprobleme habe ich nicht in den Mittelpunkt gestellt. Als es bei uns zum Beispiel um den Hausarbeitstag ging, haben sich die Männer auch dafür eingesetzt, zumindest der größte Teil. Aber es ist schon schwierig, die Männer aus ihrem Trott herauszubringen, in dem sie schon sechs Jahre lang drin sind. Da fehlt irgendwas. Als Frau geht man da einfach anders ran. Ich bin zwar nicht diplomatisch, sage immer sofort, was ich denke, aber ich bin halt so. Ich kann ja auch einstecken, wenn es gute Gegenargumente gibt. Aber wenn du dann als Frau daherkommst und die Sitzung leiten kannst, vielleicht auch etwas lockerer, dann bist du die „Ullige“, die Kleine. Argumente sind das ja nicht gerade.

Meine Gewerkschaftsarbeit als Vertrauensfrau kann ich nur vor und nach dem Dienst machen. Ich laufe immer überall selbst hin, ich rede lieber mit den Leuten persönlich als am Telefon. Da hat man ständig Kontakte, und die Leute fragen auch, wann ich mal runterkommen kann. Auch bezüglich der Unterstützung durch die ÖTV hat mir das bisher viel gebracht. Ich kann fragen wann ich will, ich bekomme immer Auskunft und Hilfestellung, wenn ich mal in einer Sache nicht weiter weiß. Unter-

stützung von dort haben wir immer gekriegt.

Woran es mangelt, ist die Gewerkschaftsarbeit hier vor Ort. Die Vertrauensleute der Gewerkschaft mußten erst einmal mehr Arbeit leisten. Da fehlt es drin. Vorher ist zum Beispiel mit dem Streikrecht nichts drin, das bringst du hier nicht durch. Ich muß als Vertrauensfrau einfach mehr auf die Leute zugehen und nicht warten, bis sie zu mir kommen. Aber bei uns im Personalrat ist Ruhe erste Bürgerpflicht. Ich fühle mich da wie Feuer dazwischen. Nach Auffassung der anderen bringe ich wohl zu viel Unruhe da hinein. Aber, ehrlich gesagt, kümmert mich das gar nicht, was die Männer denken.

Die Vertrauensleute müssen sich mehr zusammensetzen, auch außerhalb der Reihe, vielleicht sich einmal bei jemandem persönlich treffen und alles beklönen, was im Krankenhaus läuft und was anders gemacht werden soll.

Ich habe mir in dieser Frage schon den Kopf eingerannt. Irgendwelche Neuerungen stoßen nicht einmal auf Ablehnung, aber dann heißt es sofort: Nur keine Unruhe, nur keine Unruhe. Ich werde davon nicht ruhiger, eher noch mobiler. Aber renn mal alleine durch das Haus, da rennst du dich tot. Ich will mich nicht hervortun, auch wenn ich durch das Krankenhaus gehe. Ich will ein Kumpel sein und bin das auch. Verändern könnte man schon einiges, aber du kannst es nicht alleine bringen.

Trotzdem kommen jetzt schon mehr ins Büro zu mir runter, was es eine ganze Zeit lang überhaupt nicht gegeben hat. Früher wurde nur angerufen, wenn einer was wissen wollte. Ich handhabe das so: Wenn jemand anruft, dann sage ich: „Gut, ich mache mich sachkundig“, und dann gehe ich zu ihm hin. Der andere sieht mich und merkt, daß ich mich um ihn kümmere. Per Telefon ist das etwas ganz anderes. Wenn ich mit jemandem rede, dann möchte ich ihm ins Gesicht sehen, und der andere soll auch meins sehen können. Er soll sehen, daß ich mir Mühe gebe, etwas zu erreichen. Wenn es danebengegangen ist, dann muß ich eben auch dafür geradestehen.



Sigrid Wieja glaubt nicht, daß man die Kollegen mit Dienstleistungen langfristig gewinnen kann. „Ein mir bekannter Kollege hat das beispielhaft belegt. In einem Jahr hat er sieben Mitglieder geworben, indem er alle Vorzüge, die eine Gewerkschaft bietet, wie Seminare, Rechtsschutz, besonderer Versicherungsschutz und so weiter angepriesen hat. Danach hat er sich gesagt: So geht das nicht weiter. Er hat sich weitergebildet, lernte besser zu argumentieren und hat durch Überzeugung sehr viel mehr Leute in die ÖTV geholt. Erstens ist es ihm viel leichter gefallen, und zweitens hat es den neuen Mitgliedern auch gezeigt: Klar, der ist überzeugt von dem, was er sagt.“

Manch einer nimmt denn auch die ÖTV als reinen Dienstleistungsbetrieb. Sigrid Wieja weiß ein Lied davon zu singen: „Bei einer Änderungskündigung sind mehr als 20 Kollegen des Arbeiterbereiches eingetreten, weil ihnen Verdienstverluste drohten. Die ÖTV hat die Sache vor Gericht für sie geregelt. Danach sind die meisten wieder ausgetreten. Aber man ist heute klüger geworden. Es wird mehr für die Überzeugung getan. Die Bildungsveranstaltungen haben zugenommen, und das ist richtig so.“

**D**iskussionen unter Mitgliedern wie Nichtmitgliedern hat in den letzten Jahren immer wieder die Haltung der Stuttgarter ÖTV-Zentrale ausgelöst. Die wenig kämpferische Haltung bei Tarifaussinandersetzungen, die Wankelmütigkeit beim Kampf um die 35-Stundenwoche, eine anfänglich verbohnte und peinliche Reserve gegenüber der Friedens- und Antiatombewegung ist an der Basis kaum auf Verständnis gestossen. Berechtigte Kritikpunkte allemal, die aber leider vielen Kollegen im Krankenhaus ein Alibi dafür boten, sich nicht in die Mühen der Alltagsarbeit zu stürzen.

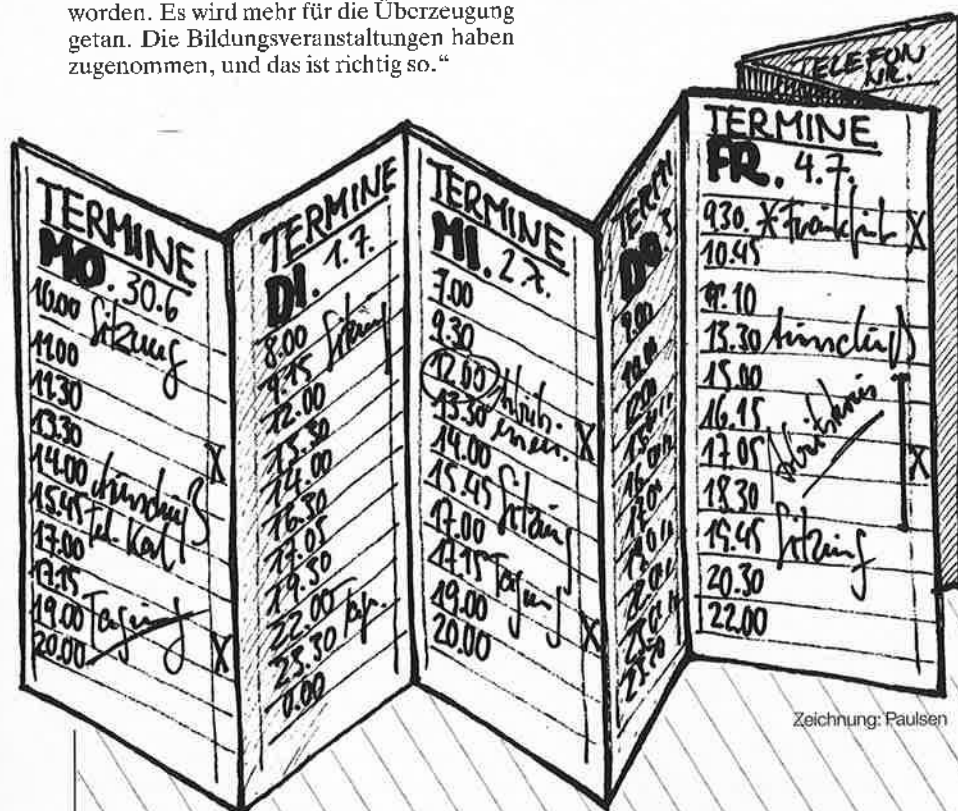
Radikalere Interessenvertretung statt Sozialpartnerschaftsgerede, stärkere Einbeziehung kampfbereiter Mitglieder bei Tarifaussinandersetzungen und eindeutige Stellungnahmen zu gesellschaftspolitisch notwendigen Veränderungen hätten zwar sicher die Verhältnisse im Krankenhausalltag nicht automatisch geändert, aber den aktiven Gewerkschaftskollegen mehr ideelle Rückendeckung verschafft. Nach wie vor läßt sich auch der Verdacht nicht verhehlen, daß man in der ÖTV-Zentrale relativ hilflos den massiven Umstrukturierungen im Krankenhaussektor gegenübersteht. Daß gewerkschaftliche Kraft gegen Rationalisierungen und Privatisierungen

entfaltet werden kann, haben umfangreiche Aktionen in den letzten drei Jahren gezeigt. Doch es hat lange gedauert, bis sich adäquates Reagieren an der Basis durchgesetzt hat. Man fragt sich, wie lange sich die Gewerkschaft solche Zeitverzögerungen bei den schnellen Veränderungen im Krankenhaussektor noch leisten kann.

Doch, Stuttgart hin, Stuttgart her, die ÖTV-Politik wird nicht nur in der Zentrale entschieden. Das individuelle persönliche Engagement oft nur weniger Kollegen kann selbst in großen Kliniken Entscheidendes verändern; Rechtsschutz und entschiedene Solidarität durch die Kreisverwaltungen entscheiden oft genug über betriebliche Auseinandersetzungen; die organisierte Vertrauensleutearbeit vor Ort bleibt das A und O gewerkschaftlicher Erfolge im Krankenhaus.

Die Aktionen der Auszubildenden im Pflegebereich haben gezeigt, was sich viele nicht vorstellen können: Gewerkschaftsaktionen sind auch im Krankenhaus machbar. Schon das mutige Engagement und Auftreten einzelner Kollegen schafft immer wieder eine Atmosphäre, in der sich Inseln von Interessierten und solidarisch Gesonnenen bilden.

Hohe Opferbereitschaft vieler Beschäftigter, aber auch ein falsches Harmoniebedürfnis steht bei den Vorbehalten gegen gemeinsame Aktionen im Vordergrund. „So was kannst Du doch hier nicht machen“, müssen sich oft genug konfliktbereite Mit-



Montag, 31. März 86  
8 - 12 Uhr

Prozeßvorbereitung wegen der Gewährung von Hausarbeitstagen für acht Mitarbeiter des Johanniter-Krankenhauses: Aufarbeitung der Prozeßakten, Errechnung der rückwirkenden Vergütungsforderungen seit 1982, Gespräch mit dem gegnerischen Anwalt

12 - 17 Uhr  
Sprechstunde.

Das sind für uns meistens Lappalien, es geht um Treueprämien, die Kollegen wollen Beitrittskarten, Auskünfte zu ihrer monatlichen Abrechnung, Auskünfte wegen Überstunden. Manchmal kommen ganz kuriose Sachen: 30 Minuten lang unterhalte ich mich mit einer Frau, die ihre befreundete Arbeitskollegin bislang geduzt hat. Nach einem Streit verlangt diese jetzt, daß sie mit „Sie“ angesprochen wird. „Wo gibt es denn sowas, bisher habe ich zu dir Trude immer Du gesagt.“ Besuch von vier unorganisierten Mitarbeitern des Elisabeth-Krankenhauses.

Danach kommen vier Frauen, die ohne Steuerkarte unterhalb der Versicherungsgrenze arbeiten. Ihre tatsächliche Dienstzeit ist in Wirklichkeit erheblich länger, als die 19 oder 20 Stunden, die sie vergolten bekommen. Die Frauen sind unerfahren. Sie sind empört. Ich muß mir erst mal ihre

## Alltagskram Notizen eines Hauptamtlichen



arbeiter sagen lassen. Hinter solchen Argumenten steht in der Regel nicht Feigheit oder Angst, sondern das völlige Fehlen eigener Erfahrungen über Formen der Auseinandersetzung im Stationsalltag.

Viel zu groß und unangebracht ist der Respekt, der den übergeordneten Leitungsorganen, insbesondere der Pflegedienstleitung, der Verwaltung und den Krankenhausträgern gegenüber an den Tag gelegt wird. Wer miterlebt hat, wie schnell ein gutes Flugblatt die Verwaltung ins Schleudern bringt, wie schnell ein Pflegedienstleiter einlenkt, wenn ihm mehrere Kollegen gemeinsam widersprechen und wie kompromißbereit der Klinikchef reagiert, wenn ihm ein Prozeß mit Rechtsschutz der ÖTV droht, der erfährt, daß die Gegenseite nicht allmächtig ist. Es kommt darauf an, ein Klima zu schaffen, in dem Auseinandersetzungen möglich sind, in dem eigene Rechte vertreten werden können, wo der Gegensatz von Beschäftigten und Arbeitgeber nicht ständig durch salbungsvolle familiäre oder karitative Töne verkleistert wird.

Die Grundbedingung hierzu ist die regelmäßige Arbeit von Vertrauensleuten. Schon die Anwesenheit eines funktionierenden Vertrauensleutenkörpers läßt die Klinikleitung oft vorsichtiger und weniger unverschämte agieren. Nicht bloß die spektakulären Aktionen, sondern das ständige Reagieren der Gewerkschaft auf die nadelstichartigen Maßnahmen der Arbeitgeberseite schaffen Selbstbewußtsein und Solidarität.

Was in jeder Klinik gang und gäbe ist, das sind die Themen für die Vertrauensleute: der kurzfristige Wechsel zwischen Spät- und Frühschicht, die Verkürzung der Ruhezeiten, unangemeldete Vertretungsschichten, der ständige Wechsel der täglichen Pausenzeit, das Auf und Ab zwischen Überlastung und zufälligem Leerlauf, die mangelnde Personalreserve bei Urlaub und Krankheit, die unbezahlten Überstunden, Beschäftigung von Auszubildenden mit fachfremder Arbeit. Hiergegen ist Abwehr ohne riesige Aktionen möglich, ohne die Ablösung des Klinikchefs oder des Pflegedienstleiters. Vertrauensleutearbeit macht solche Konflikte zu Themen zwischen Personal und Krankenhausleitung. Vermieden wird innerstationärer Streß, gegenseitige Beschimpfung zwischen Schwestern und Pflegern und ein leistungsmäßiges Ausbrennen gerade der engagiertesten Kollegen. Im übrigen: Eine solche Vertrauensleutearbeit wirkt sich zum Vorteil der Patienten aus.

Selbst Aktivitäten, die noch weit unter jeder Konfliktschwelle angesiedelt sind, können das Klima auf Station und Abteilung verändern: Schon das regelmäßige Verteilen von ÖTV-Infos oder des Gesundheitsreports, die Einladung zu einer Gewerkschaftsversammlung oder der Bericht über eine gelungene Aktion; sich als Gewerkschafter zu bekennen und als Ansprechpartner anzubieten, das alles fördert die Diskussionsbereitschaft.

Eine ganz wichtige Funktion bei der Ab-

wehr von Eingriffen der Arbeitgeberseite spielt der Rechtsschutz. Die ÖTV hat richtig erkannt, daß der Betriebsalltag immer stärker von Paragraphen bestimmt wird. Der Abbau von Vergütungen, der Ärger bei Beförderungen, Probleme mit den Zeugnissen, Verweigerung von Urlaub: all das wird nicht mehr in der betrieblichen Diskussion, sondern vor Gericht ausgetragen.

Oft genug verzichten die Betroffenen auf jedes Rechtsmittel. Der Anordnungston der Verwaltung läßt manchen verzagen. Juristische Auseinandersetzungen scheuen die meisten, weil sie die komplizierten Verfahrensfragen nicht kennen. Das dies ein großer Fehler ist, weiß ÖTV-Sekretär Driesen zu berichten: „Kaum ein Prozeß mit der ÖTV geht verloren, das ist zumindest meine Erfahrung. Ein Manko bleibt, daß Wiedereinstellungen gekündigter Kollegen selten sind. Hier ist das Arbeitsrecht offen arbeitnehmerfeindlich. In solchen Fällen ist eine ordentliche Abfindung oder eine Übergangsregelung trotzdem immer noch besser, als mit leerer Tasche auf die Straße gesetzt zu werden. Die Rechtsvertretung durch die ÖTV stellt auch eine fachliche und politische Rückendeckung dar. Es ist ganz wichtig, wie diese Verfahren ausgehen. Oft sind sie der erste Kontakt mit arbeitenden Kollegen zu ihrer Gewerkschaft. Sie lassen die Widersprüche im Krankenhausbetrieb ganz deutlich und hautnah erfahrbar werden. Gewonnene Prozesse heben die Moral im Betrieb und stärken auch

*Sorgen anhören. Später wird alles unter rechtlichen Gesichtspunkten noch einmal durchgearbeitet. Die Dreistigkeit der Krankenhäuser kennt bei solchen Verträgen keine Grenzen: Hier hat man den Frauen weisgemacht, daß ihnen, weil sie nur halbtags arbeiten, auch nur der halbe Urlaub zusteht.*

Dienstag, 1. April 86

8-12 Uhr

Teilnahme einer Jubilarehrung in einem Oberhausener Betrieb.

12-17 Uhr

Vorbereitung des Arbeitnehmervotums zum Paragraphen 116.

Danach Schreiben ans Evangelische Krankenhaus. Die Ansprüche für die vier Mitarbeiter vom Vortag werden geltend gemacht.

Mittwoch, 2. April 86

Ab 7 Uhr Info-Stände zum Paragraphen 116.

*Wir stehen vor dem Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik, später in einem Einkaufszentrum. Im Betrieb fällt eine hohe Beteiligung der Kollegen an der Abstimmung auf.*

12-17 Uhr

Teilnahme an einer Betriebsrats-Sitzung der Ruhrwerkstatt.

Donnerstag, 3. April 86

8 Uhr

Beratungsgespräch mit dem Geschäftsführer der Ruhrwerkstatt e.V.

9 Uhr

Arbeitsgericht. Haupttermin im Streit mit dem Johanniter-Krankenhaus.

*Es geht um den Hausarbeitstag. Eine kuriose Situation. Der Rechtsanwalt der Gegenseite behauptet, daß die Ehefrau ihrem Mann nicht wirklich den Haushalt führt. Dieser bestreitet das energisch. Er rühre keinen Finger im Haushalt. Hin und wieder erledige er lediglich die Schreibarbeiten. Über solche Zeugen für gewerkschaftliche Forderungen sind wir nicht gerade glücklich.*

13 Uhr

Verhandlung mit der Fürsorgestelle.

*Es geht um die Kündigung von schwerbehinderten Mitarbeitern des Evangelischen Krankenhauses. Es handelt sich hier um einen Teil von 70 Änderungskündigungen. Das Krankenhaus unterbreitet den Betroffenen ein sogenanntes Angebot. Tatsächlich handelt es sich um die Methode: „Friß oder stirb“. Die Kollegen können nämlich entweder kürzere Teilzeitverträge akzeptieren, oder sie bekommen überhaupt keinen Arbeitsvertrag mehr.*

15 Uhr

Sprechstunde mit Rentenberatung.

Freitag, 4. April 86

5 Uhr

Info-Stand zum Paragraphen 116 bei der Energieversorgung Oberhausen.

15 Uhr

Sprechstunde.

*Es geht um die Kündigung einer Gärtnerin der Jugend-Berufshilfe. Dann kommt eine Taxifahrerin. Ich kenne sie seit Jahren. Sie ist gewerkschaftlich aktiv, hat ständig Schwierigkeiten im Betrieb. Die Kollegin hat an einem Seminar teilgenommen.*

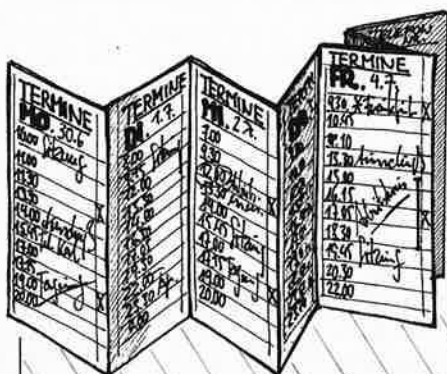
**Horst Driesen, Sekretär der ÖTV für den Bereich Gesundheit in Oberhausen, gibt einen Einblick in seinen Arbeitsalltag**





das Interesse und die Mitarbeit der Kollegen in der Gewerkschaft. Sie führen zu einem Zusammenschluß und Verbundenheitsgefühl gegenüber der Arbeitgeberseite.“

**E**in heikles Thema, das die Gemüter immer wieder bewegt und die Diskussionen in den Kliniken hochgehen läßt: Streiken im Gesundheitswesen. ÖTV-Sekretär Driesen glaubt, daß für viele ein Streik im Krankenhaus nicht denkbar ist. „Das hängt damit zusammen, daß die Leute überhaupt keine Vorstellung haben, wie ein Streik organisiert werden könnte und wie er aussähe. Die meisten haben das Gefühl, sie würden hilflose Kranke im Stich lassen. Hier kommt ihr Unentbehrlichkeitsgefühl zutage, was sie einerseits stolz macht, was von der Betriebsleitung aber auch rücksichtslos ausgenutzt wird. Sie fühlen sich wie eine Mutter, die ihre hilflosen Kinder zurückläßt. In Wirklichkeit gibt es gute Beispiele, daß auch im medizinischen Bereich effektive Streiks organisiert werden können, ohne daß die davon betroffenen Patienten in Mitleidenschaft gezogen werden.“



Nach dem Arbeitnehmer-Weiterbildungsgesetz steht ihr Urlaub zu. Der Arbeitgeber hat die Lohnfortzahlung verweigert. Diese Kollegin hat keine Angst vor Auseinandersetzungen. Durchschnittlich drei bis vier Verfahren im Jahr sind gegen ihren Arbeitgeber anhängig. Sie ist eine richtige Kämpferin. Mehrere Kündigungsverfahren wurden bisher abgelehnt. Sie weiß, daß sie die ältesten Taxis fahren muß. Seit sieben Jahren ist sie jetzt in diesem Taxi-Betrieb. Sie zeigt trotz der Auseinandersetzung noch keine Ermüdungserscheinungen.

Montag, 7. April 86

9 Uhr

Termin vor dem Arbeitsgericht: Es geht um Kündigungen beim Berufsförderungswerk.

10 Uhr

Beratungsgespräch wegen Änderungskündigungen im Revierpark Oberhausen.

Tatsache ist, daß es keine – etwa auch stillschweigende – Vereinbarung, im Gesundheitswesen nicht zu streiken, gibt. Tatsache ist aber auch, daß es sachliche Gründe gibt, die eine Einbeziehung der Krankenhäuser in Streikaktionen bisher als nicht sinnvoll erscheinen lassen. Erwähnt sei hier nur der niedrige Organisationsgrad und die unterschiedlichen aufgesplitteten Trägerschaften, die kein einheitliches Vorgehen garantieren und durch die ein Unterlaufen der Streikmaßnahmen nicht auszuschließen ist.

Streiks in den Krankenhäusern vieler europäischer Länder haben gezeigt, daß die Patienten natürlich nicht liegengelassen werden. Es finden sich hier genügend Wege zwischen einer notwendigen Krankenversorgung und der Möglichkeit, den Arbeitgeber unter Druck zu setzen. Gesagt sei den Streikgegnern, daß es die Arbeitgeber sind, die in Urlaubszeiten und fast an jedem Wochenende in vielen Krankenhäusern Mangelversorgungssituationen provozieren, gegen die sich Streikmaßnahmen, bezogen auf die etwaige Gefährdung von Patienten, geradezu harmlos ausnehmen.

Gut organisierte Schwerpunktaktionen sind auch unter den jetzigen Verhältnissen möglich. Sie könnten die Gewerkschaftsseite im Arbeitskampf stärken, den Arbeitgebern die Sicherheit nehmen, das gesamte Krankenhauswesen aus Streikaktionen herauszuhalten können. Über das Einzelergebnis hinaus wäre die psychologische Folge eine Stärkung des Selbstvertrauens der Gewerkschaftskollegen im Gesund-

heitsbereich. Das eigenständige aktive Handeln innerhalb solcher Aktionen vermittelt Erfahrungen, die tausend Diskussionen und Argumente nicht erbringen können. Ein Großteil der heutigen ÖTV-Mitglieder hat da sicherlich noch Nachholbedarf.

Eine Erhöhung der Zahl der Vertrauensleute, vor allem in den kirchlichen Häusern, wäre zugunsten zukünftiger Streikaktionen allerdings ein besseres Argument, als das Jammern über eine nicht vorhandene Bereitschaft zu Arbeitskampfmaßnahmen in Stuttgart. Doch auch bezüglich der Vertrauensleutearbeit gibt es umfangreiche Wünsche an die ÖTV-Zentrale: Vertrauensleute wollen in der Regel mehr Eigenständigkeit und Eigenverantwortung. Sie wollen nicht nur den Kopf hinhalten, sondern sie wollen auch schnell, adäquat und umfassend Öffentlichkeitsarbeit betreiben. In Alltagsfragen sind die Vertrauensmänner und Vertrauensfrauen mit ihrem Urteil ständig gefragt, doch wenn es um das Schreiben von Flugblättern und Gewerkschaftsveröffentlichungen geht, werden sie nach wie vor von vielen Kreisstellen wie Unmündige behandelt. Aus diesem Grund ist ein Appell nur an die Gewerkschaftsbasis sicherlich zu wenig. Auch von Stuttgart aus sollte sich einiges ändern. □

12 – 17 Uhr  
Sprechstunde.

Aufarbeitung der Rechtsschutzanträge vom Vortag. Schreiben an Arbeitgeber. Errechnung von Forderungen für die Kollegen.

Dienstag, 8. April 86

8 Uhr

Verhandlung vor dem Arbeitsgericht wegen der entlassenen Gärtnerin.

Wir klagen auf Weiterbeschäftigung. Erstaunlich ist, daß Arbeitsgerichtsverfahren mit gewerkschaftlicher Unterstützung nach meiner Erfahrung fast nie verloren gehen. Wiedereinstellungen sind allerdings selten. Meistens wird ein Vergleich geschlossen, so unglücklich dies im Endeffekt ist: Die Ergebnisse sind trotzdem viel besser, als wenn die Betroffenen nicht klagen würden.

9 Uhr

Beratungsgespräch mit Kollegen einer konfessionellen Einrichtung.

Die Kollegen wollen eine Mitarbeitervertretung gründen. Sie sind mutig und zuversichtlich. Von unserer Seite können wir nur sachliche Unterstützung geben. Wir können die Kollegen rechtskundig ma-

chen und ihnen den Rücken stärken. Zutrittsrecht zu den kirchlichen Einrichtungen haben wir nicht. Dies ist hauptamtlichen Gewerkschaftsmitgliedern nach einem Urteil vor wenigen Jahren streng verboten.

13 Uhr

Verhandlung mit der Fürsorgestelle.

Ab 14 Uhr

Info-Stände zum Paragraphen 116.

Mittwoch, 9. April 86

8 Uhr

Erneute Verhandlung mit dem Arbeitgeber der entlassenen Gärtnerin.

9 Uhr

Vorbereitung eines Beratungsgesprächs mit der Mitarbeitervertretung eines Oberhausener Krankenhauses.

Hier soll eine EDV-Anlage eingeführt werden. Die Mitarbeitervertretung hat im Rahmen einer Besprechung erfahren, daß eine sogenannte Organisationsanalyse erfolgen soll. Es handelt sich hierbei um eine Bestandsaufnahme aller Arbeits- und Verwaltungsvorgänge. Dieses ist in der Regel der erste Schritt zur Erstellung einer EDV-Anlage. Die Mitarbeitervertretung hat nach kirchlichem Recht hier nur Beteili-



# Tut sich was? Tut sich nix?



Foto: Menzen

1. Kontakt aufnehmen
  - örtliche ÖTV-Kreisverwaltungen dort anfragen;
  - Wer ist zuständiger Gewerkschaftsssekretär?
  - Gibt es Vertrauensleute im Betrieb oder im Krankenhaus?
  - Gibt es eine betriebliche Interessenvertretung?
  - Betriebsräte in privaten Krankenhäusern
  - Personalräte in kommunalen oder Landeskrankenhäusern
  - Mitarbeitervertretungen in kirchlichen Krankenhäusern
2. Welche gewerkschaftlichen Arbeitsformen bestehen?
  - Werden Mitgliederversammlungen, Vertrauensleuteversammlungen am Krankenhaus durchgeführt?
  - Bestehen ein Abteilungsvorstand oder Arbeitskreise?
3. Es tut sich was, wie kann man mitmachen?
  - Grundsätzlich sinnvoll ist, allen Gesprächspartnern Kreisverwaltung - Vertrauensleuten - Betriebsrat/Personalrat/ Mitarbeitervertretung signalisieren, daß man zur Mitarbeit bereit ist.
  - Zunächst für Einsteiger nur Möglichkeit in offenen Arbeitsbereichen mitzumachen. Mitgliederversammlung - offene Arbeitskreise
  - Örtlich unterschiedlich geregelt ist die Einbeziehung aktiver Mitglieder in die Arbeit gewählter Gremien.

4. Es tut sich nichts, wie macht man was los?
    - Zuständigem ÖTV-Sekretär oder der - sekretärin Mitarbeit anbieten.
- Möglicher Aktionsplan:
- a) Erfassen aller Mitglieder in Krankenhäusern. Soweit möglich persönlich ansprechen.
    - Mitarbeitervertretung anregen - aktuelle Probleme sammeln - Themen für Mitgliederversammlung
  - b) Mitgliederversammlung durchführen
  - c) vorläufige »Vertrauensleute« wählen, benennen.
  - d) Betriebsgruppe der ÖTV stellt sich im Krankenhaus vor (Flugblatt) mit den Themen der Mitgliederversammlung. Arbeitsformen und Ziele der ÖTV vorstellen.
  - e) Einladung zu einer öffentlichen Mitarbeiterversammlung.
  - f) Möglichst regelmäßige Herausgabe krankenhausbbezogener Informationen - Info-Blatt -
  - g) Info-Blatt erfordert einen Arbeitskreis zur Vorbereitung, Herausgabe und Zusammenarbeit mit der ÖTV-Kreisverwaltung.
  - h) Kontakte zu weiteren Krankenhäusern sichern, gegebenenfalls zum Abteilungsvorstand.
  - i) Bildungsarbeit anregen. Tages- oder Wochenendseminare zu krankenhauserorientierten Themen als Werbe- und Kennenlernangebot.
  - j) Nicht zu verachten sind Grillfeten zum Kennenlernen.

gungsrecht und keine Mitbestimmungsmöglichkeit. Trotzdem ist den Kollegen nicht einmal das eingeräumt worden. Hier wird mit Hilfe der Gewerkschaft die kirchliche Schlichtungsstelle angerufen. Über die Technologie-Beratungsstelle des DGB wird ein Gutachter vermittelt.

12 - 17 Uhr  
Belegschaftsversammlung der Ruhrwerkstatt.

Freitag, 11. April 86

8 Uhr  
Beratungsgespräch mit einer Frisörgehilfin.

Die junge Frau hat erhebliche Probleme mit ihrem Chef. Der als Reaktionär bekannte Frisör hat ihr gegenüber nach Lesen einer Anzeige des Oberhausener Frauenhauses geäußert: „Wenn die Weiber dort Probleme haben, dann sollen sie sich doch aufhängen.“ Die Auszubildende weigert sich, in einem solchen Klima weiter zu arbeiten.

Wir klagen jetzt auf Schadenersatz für die Betroffene, denn die Firma hat wegen des unzumutbaren Verhaltens praktisch den Anlaß zur Störung des Ausbildungsverhältnisses gegeben.

10 Uhr

Prozeßvorbereitung an einer Klage von 15 Mitarbeitern des Evangelischen Krankenhauses Oberhausen.

Hier haben wir die Gleichstellungstelle der Stadt Oberhausen eingeschaltet. Sie macht Front dagegen, daß auch bei diesen Änderungskündigungen hauptsächlich Frauen benachteiligt sind.

12 - 17 Uhr  
Vertrauensleute-Leitungssitzung bei der Energieversorgung Oberhausen.

Montag, 14. April 86

Arbeitsgerichtstermin in der Klage gegen das Evangelische Krankenhaus Oberhausen.

12 - 17 Uhr  
Beratungsgespräch mit dem Betriebsrat der Jugendberufshilfe. Entwurf eines Manteltarifvertrages für Auszubildende und einer Betriebsvereinbarung für Auszubildende über 18 Jahre.

17 Uhr  
Vorbereitung der Vertrauensleute-Versammlung am Evangelischen Krankenhaus Oberhausen. Absprechen der Tagesordnung. Abstimmen der Beiträge.

20 - 23 Uhr  
Sitzung des Abteilungsvorstandes „Krankenhäuser und kirchliche Mitarbeiter“.

Dienstag, 15. April 86

8 Uhr  
Korrekturlesen des Forschungsberichts „Frauen im öffentlichen Dienst“.

12 - 17 Uhr  
Beratungsgespräch mit der Mitarbeitervertretung des Evangelischen Kinderheimes.

Hier kommt es zu ständigen Querelen mit dem Chef. Entlassungsklagen sind auf der Tagesordnung. Bisher haben wir fünf Verfahren angestrengt.

Mittwoch, 16. April 86

8 Uhr  
Vorbereitung eines Tarifvertrages für die Mitarbeiter der „Lebenshilfe“.

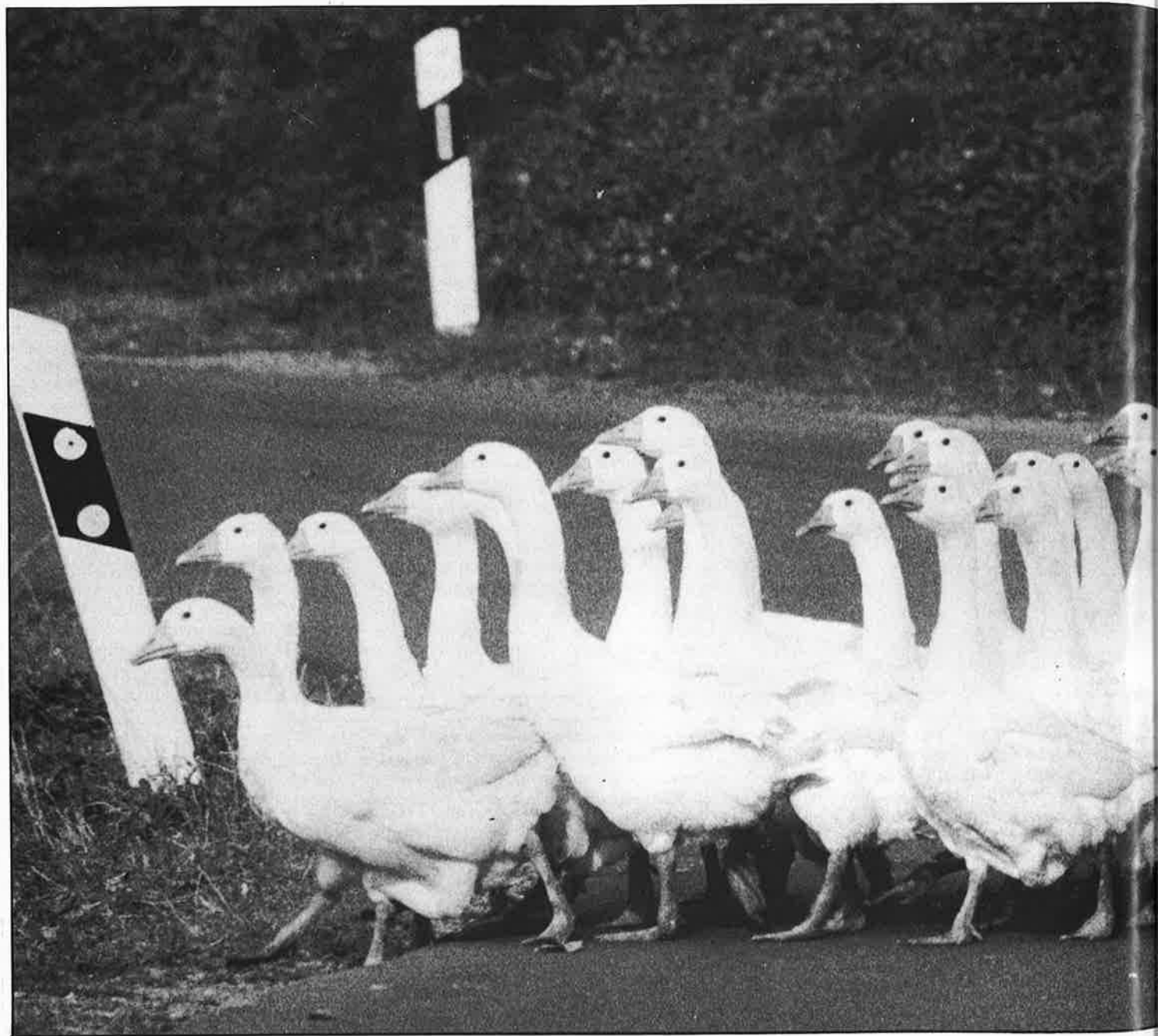
10 Uhr  
Sitzung der Tarifkommission.

14 Uhr  
Diverse Beratungsgespräche.

16 Uhr  
Redaktionssitzung der Vertrauensleute-Zeitung für die Energieversorgung Oberhausen.

Zu diesen gesamten Terminen kommen natürlich regelmäßige, tägliche Arbeitsvorgänge, wie Bearbeitung des Posteinganges, Vorbereitung der Weitergabe von Informationsmaterialien an Vertrauensleute, Betriebsräte, Mitarbeitervertretungen und so weiter. Die Bearbeitung von schriftlichen und telefonischen Anfragen, die verwaltungsmaßige Aufarbeitung von Rechtsschutzangelegenheiten.

# **Noch 563 Kilometer ...**



**... bis zum dg-Büro in Bonn. Es gibt auch einfachere und kürzere Wege, um zu einem dg-Heft zu kommen. Einfach abonnieren, dann kommt es mit der Post zu Ihnen ins Haus.**

**Wir lassen uns auch nicht lumpen. Geschenkt bekommt jeder, der uns jetzt einen neuen Abonnenten nennt, dieses Buch:**

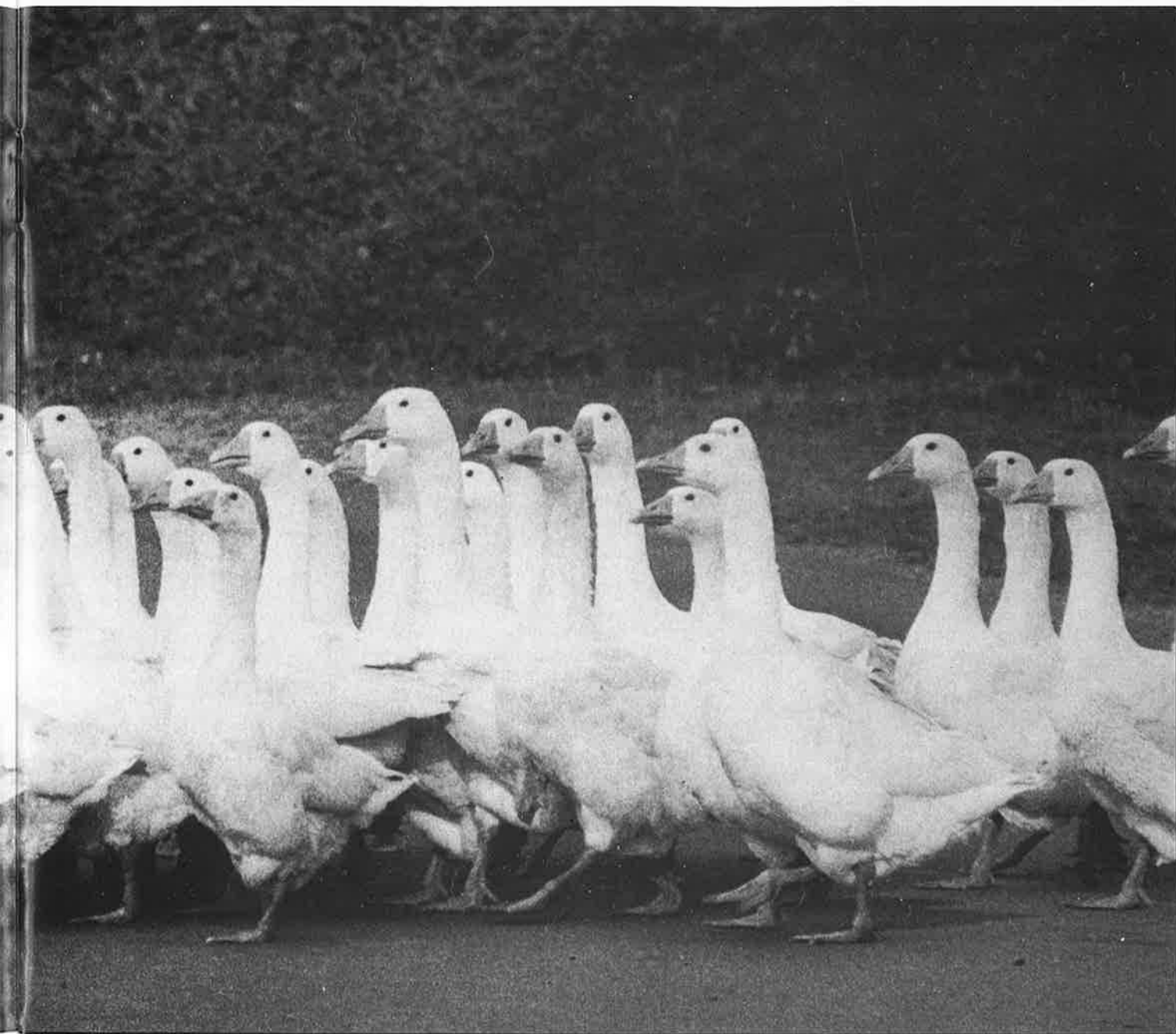


Foto: Döhrn

Prof. Jens Scheer (Universität Bremen)  
Dr. Helmut Hirsch (Gruppe Ökologie)  
R. Paul, B. Weidmann (Redaktion atom)  
Michael Pelster, Manfred Wallenschus

# ATOM KRAFT am ENDE?

Verlag Die Werkstatt

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_  
Datum: \_\_\_\_\_  
Unterschrift: \_\_\_\_\_

Bitte ausschneiden und senden an:

**Pahl-Rugenstein Verlag**  
**Gottesweg 54**  
**5000 Köln 51**

☐ Ich abonniere die Monatszeitschrift *Demokratisches Gesundheitswesen* zum Heftpreis von DM 3,60 zzgl. Porto gegen jährliche Rechnung. Diese Bestellung kann ich innerhalb von 10 Tagen bei der obigen Adresse widerrufen.  
Es gilt der Poststempel.  
Das Abonnement verlängert sich jeweils um ein weiteres Kalenderjahr, wenn nicht bis zum 30. September des laufenden Jahres eine Kündigung beim Verlag eingegangen ist.

Ich habe den neuen Abonnenten geworben:

Name: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

# Nur ein mieser Job?

## Arbeitsalltag im Sektionssaal



Stumm wie ein Fischmaul  
Und ausdruckslos  
Spielt die Sonne im blutverkrusteten Haar  
Ein schneller Schnitt – ein Ruck  
Der Jugendtraum des Sektionsgehilfen  
Indianer zu sein  
Erfüllt sich ein weiteres Mal  
Am metallenen Tisch  
Die Säge – der Meißel  
Hallende Schläge – geöffneter Schädel ...

Diese Zeilen kommen mir wieder in den Sinn. So jedenfalls hatte ich vor etlichen Jahren mein Gedicht »Sektion« begonnen. Damals arbeitete ich noch als Krankenpfleger und brachte so manches Mal meine Eindrücke und Erlebnisse nach Feierabend zu Papier.

Nach Jahren werde ich jetzt wieder mit Leichen zu tun haben, werde dabei sein, wenn sie seziiert werden.

»Wir fangen morgens um 7.30 Uhr an. Richten dann zunächst die Tische, das heißt, wir legen den Ärzten das für die Sektion benötigte Instrumentarium zurecht, stellen die Schüsseln und Präparatgläser für die Organproben hin, holen dann die zur Sektion freigegebenen Leichen aus dem Kühlraum und legen sie auf die Tische.« Während Udo Kurz noch spricht, beginnt sein Kollege Adolf Pichotta bereits mit der Kopfsektion.

Der Oberkörper der Leiche liegt etwas erhöht, unterstützt durch einen Metallkeil unter den Schulterblättern. Ruhig setzt Adolf Pichotta das Skalpell hinter dem Ohr an. Der Schnitt geht durch das Nackenhaar. Langsam zieht er die Kopfhaut nach vorn, bis das Schädeldach freiliegt. Mit einer oszillierenden Säge sägt er den Schädelknochen auf, hilft mit Hammer und Meißel etwas nach, klappt das Schädeldach auf. Vor sich sieht er die schwabbelige Gehirnmasse, die er vorsichtig herausnimmt und zur Begutachtung durch den Arzt beiseitelegt. Aus der Schädelbasis präpariert er noch das Keilbein und die Hypophyse heraus. »Konzentration ist das Wichtigste dabei«, meint er lakonisch, »da muß jeder Handgriff sitzen.« Ich glaube es ihm gerne. Mit gleicher Routine und Gelassenheit wiederholt er den Vorgang an der zweiten Leiche.

Mittlerweile sind auch die Ärzte erschienen, die die eigentliche Leichenöffnung vornehmen. Zuvor werden allerdings noch die freigelegten Gehirne untersucht. Dann nähen die Sektionsgehilfen die Wunde wieder zu. Ich bin von der Präzision beeindruckt, mit der das geschieht. Vor allem aber auch davon, daß ich von dem gerade vorgenommenen Eingriff keinerlei Spuren mehr entdecken kann. Die Köpfe der Verstorbenen sehen genauso aus wie vorher.

Auf meinem Weg zum Pathologischen Institut des Universitätsklinikums in G. ertappe ich mich bei meinen Vorbehalten, Ängsten, Zweifeln, die sich in den Jahren der Distanz anscheinend unbemerkt bei mir eingenistet haben. Ist nicht alles, was mit Sterben und Tod zu tun hat, in unserer Gesellschaft weitestgehend tabu? Hat nicht das Sezieren menschlicher Leichen etwas geradezu Anormales an sich? Leichenfledderei, die einfach Ekel und Abscheu hervorrufen muß? Spielt nicht auch die Angst vor dem eigenen Tod und der Ungewißheit darüber, was danach kommt, eine Rolle? Sollte sich die Würde, Autonomie und Einzigartigkeit des Menschen unter dem Seziermesser als bloße Illusion erweisen? Etwa doch: »Die Krönung der Schöpfung, das Schwein, der Mensch« – wie es bei Gottfried Benn heißt?

»Bei den von uns durchgeführten Sektionen von im Klinikum verstorbenen Patienten geht es nicht nur darum, exakt die Todesursache festzustellen, sondern unter anderem auch darum, den Erfolg oder Mißerfolg einer auf Station eingeleiteten Behandlung nachzuprüfen, einwandfreie Unterlagen für etwaige Rechtsansprüche bei Rentenverfahren oder ähnlichem zu schaffen, und natürlich auch, durch objektive Feststellung der den Tod verursachenden Veränderungen die wissenschaftliche Erforschung von Krankheiten zu fördern«, erklärt mir der zuständige Oberarzt, bei dem ich mich zunächst melde. Da wir vorher miteinander telefoniert hatten, ist er auf mein Kommen vorbereitet.

Ob denn grundsätzlich alle am Klinikum verstorbenen Patienten seziiert werden, will ich von ihm wissen. »Nein, sofern nahe Angehörige des Verstorbenen Einspruch gegen die Leichenöffnung erheben, nicht. Als Wartefrist soll nach Möglichkeit die Zeit von zehn Stunden nach Eintritt des Todes eingehalten werden. Und das geschieht auch.« Unser Gespräch ist nur kurz, denn der Arbeitsalltag im Sektionssaal hat bereits begonnen.

An der Tür zum Sektionssaal werde ich von einem alten Bekannten, Udo Kurz, begrüßt. Er fragt mich doch tatsächlich, wie's mir geht. »Gut«, lüge ich und greife nach dem langen weißen Kittel, den er mir hält. »Na, heute kannst du mal was sehen, was du in der 'Schwarzwaldklinik' nie



sieht.« Und damit werde ich endgültig hineinkomplimentiert.

Der Sektionssaal ist nicht sehr groß. Steinfußboden und weißgetünchte Wände. An den Seiten Schränke, in denen Skalpelle, Scheren, Sonden und sonstiges »Werkzeug« aufbewahrt wird. In einer Ecke zwei große Spülbecken, in einer anderen eine große Waage. Auffälligste Dekoration sind die zahlreichen Gläser, in denen menschliche Organe in einer Formalinlösung schwimmen. Zu Demonstrationszwecken, wie mir erklärt wird. In der Mitte des Raumes dann die Sektionstische. Drei modern gestylte Metalltische mit Abflußvorrichtung und Handbrause. Zwei der drei Tische sind bereits belegt.

Mein anfängliches Unbehagen hat sich zwar kaum gebessert, zum Glück aber auch nicht verschlimmert. Zumindest ist mir beim Zuschauen nicht schlecht geworden. Ich denke, hier war es doch von großem Vorteil für mich, während meiner Krankenpflegezeit die eine oder andere Sektion gesehen zu haben. Was mit jedoch zu schaffen macht, ist der süßlich-modrige Leichengeruch, der sich während der Sektionen verbreitet hat. Das sei allerdings etwas, woran sie sich zu Anfang auch erst hätten gewöhnen müssen, bestätigen mir die beiden Sektionsgehilfen.

Udo Kurz ist 45 Jahre alt und war, bevor er vor acht Jahren am Pathologischen Institut als Sektionsgehilfe anfing, LKW-

Weniger zufällig scheint es dagegen bei Udo Kurz gelaufen zu sein. »Wie schon gesagt, ich habe jahrelang LKW gefahren. Dann nochmal zehn Jahre Bus. Ich wollte meinen beruflichen Wirkungskreis einfach verändern. Da ich schon über Jahre hinweg aktiv beim Deutschen Roten Kreuz im ehrenamtlichen Rettungsdienst und Krankentransport tätig war, habe ich mir gedacht, als ich damals die Stellenausschreibung in der Zeitung las, das wäre doch was für mich, da könnte ich für meine Tätigkeit beim Roten Kreuz sicher noch eine ganze Menge lernen. Deshalb habe ich mich dann auch beworben und bin unter 38 Mitbewerbern eingestellt worden.« Daß ausgerechnet er seinerzeit genommen wurde, erklärt Udo Kurz so: »Dabei spielten wohl vor allem finanzielle Gesichtspunkte eine Rolle. Meine Frau ist ebenfalls berufstätig und verdient ganz gut, daher mußten wir nicht jeden Pfennig zweimal umdrehen, bevor wir ihn ausgaben. Bei den meisten anderen war das aber nicht so. Und mit einem Anfangsgehalt von netto 1.200 DM eine Familie durchzubringen, war schon damals fast unmöglich.«

Udo Kurz spricht damit ein Problem an, das allen Sektionsgehilfen auf den Nägeln brennt: Laut Bundesangestelltentarifvertrag (BAT) werden Sektionsgehilfen in der vorletzten Vergütungsgruppe, nämlich BAT IX, eingestellt. Nach einem Jahr werden sie in Vergütungsgruppe VIII höhergruppiert, die für sie allerdings auch schon die Endstufe darstellt.

Lediglich Sektionsgehilfen, die – so der BAT – »in nicht unerheblichem Umfange auch Präparatorientätigkeiten ausüben und denen mindestens zwei Sektionsgehilfen durch ausdrückliche Anordnung ständig unterstellt sind« können in Vergütungsgruppe VII und später dann in Vergütungsgruppe VI höhergruppiert werden. »Totaler Schwachsinn«, ereifert sich Adolf Pichotta. »Erstens ist unsere Arbeit an der Leiche im wesentlichen eine präparatorische, und zweitens: wie soll das denn mit dem Unterstellungsverhältnis funktionieren? Wir sind doch nur zu zweit im Sektionssaal! Und das ist in vielen anderen Instituten genauso.«

»Was haben wir da schon alles unternommen«, ergänzt Udo Kurz. »Ich weiß von Kollegen, die sich seit fast 20 Jahren in der ÖTV dafür einsetzen,

daß sich die soziale Situation der Sektionsgehilfen verbessert. Bisher alles umsonst!«

Für »Gehilfen« will sich anscheinend keiner einsetzen. Nicht einmal eine Berufsausbildung ist geregelt. Der Tarifvertrag sieht das nicht vor. Dabei stehen, zugucken und dann irgendwann selber machen, das war meine Ausbildung als ich hier angefangen habe. Anatomie und Medizinerlatein habe ich mir im wesentlichen selber beibringen müssen.

Ende der siebziger Anfang der achtziger Jahre ist uns zumindest auf örtlicher Ebene ein kleiner Durchbruch gelungen. Damals konnte quasi durch eine konzertierte Aktion von ÖTV-Vertrauensleutekörper, Personalrat und Institutsleitung eine Höhergruppierung für uns durchgesetzt werden. Allerdings auch erst dann, als der Personalrat eine Arbeitsplatzbesichtigung unter Beteiligung des damaligen Verwaltungsdirektors am Universitäts-Klinikum und eines Tarifsachverständigen aus der Personalabteilung im Sektionssaal durchgeführt hat.

Während unserer angeregten Unterhaltung haben die Kollegen das bei den Sektionen benutzte Instrumentarium und die Tische gesäubert. Es ist mittlerweile kurz vor 12.00 Uhr. Daß wir überhaupt so lange miteinander reden konnten, liegt daran, daß heute eben nur zwei Sektionen zu machen waren. Meist sind es jedoch drei pro Tag, manchmal sogar fünf. Dann geht's natürlich hektischer zu. Was die Möglichkeit von Gesprächen anbelangt, habe ich überhaupt Glück. Momentan sind Semesterferien, also vorlesungsfreie Zeit. Insofern steht uns der Nachmittag für weitere Gespräche zur Verfügung. Während des Semesters müssen die Sektionsgehilfen nämlich noch bei den Vorlesungen assistieren. Und das bedeutet häufig Überstunden. Denn nach den Vorlesungen muß noch aufgeräumt und sauber gemacht werden.

Um 12.00 Uhr werden allerdings erst einmal die beiden heutigen Sektionsfälle »vorgestellt«. Im Hörsaal sind die Schüsseln mit den entnommenen Organproben aufgebaut. Die Fälle werden noch einmal durchgesprochen, wobei neben den Ärzten der Pathologie auch die von den Krankenstationen anwesend sind, auf denen die Patienten verstarben.

Nach der Mittagspause treffe ich mich mit Udo Kurz und Adolf Pichotta wieder im Sektionssaal. Für unser weiteres Gespräch ziehen wir uns in einen kleinen Nebenraum zurück. Wie sie denn mit ihrer Tätigkeit überhaupt so fertig werden, will ich von den beiden wissen. Das meiste sei Routine, bekomme ich zur Antwort, und die Leichen seien nach Feierabend in der Regel auch vergesen. »Ich kann doch zuhause nicht bei jedem Stückchen Fleisch in der Suppe gleich wieder an den Sektionssaal denken«, meint Adolf Pichotta.

**Auf Stationen für krebskranke Kinder könnte ich nicht arbeiten.«**

Und doch gibt es Ausnahmen. Sektionsfälle, die ihnen trotz aller Routine nahegehen. Dann nämlich, wenn zum Beispiel Kinder oder Jugendliche sezziert werden. Menschen also, von denen man annehmen sollte, daß sie noch ihr ganzes Leben vor sich haben. »Das ist hart. Vor allem dann, wenn man selber Kinder zuhause hat, womöglich noch im gleichen Alter.« »Andererseits«, gibt Udo Kurz zu bedenken, »haben wir es mit Menschen zu tun, die bereits tot sind. Viel schlimmer wäre für mich, Patienten sterben zu sehen, wie es etwa auf der Intensivstation häufig der Fall ist. Oder denk doch nur an die Stationen für krebskranke Kinder. Ich glaube, da könnte ich nicht arbeiten.«

Ein ganz anderes Problem ist für die beiden die häufige Ablehnung mit der sie konfrontiert werden, wenn andere sie auf ihre berufliche Tätigkeit ansprechen.

Den Grund für solches Verhalten sehen die Kollegen vor allem in der weitverbreiteten Unkenntnis über Sinn und Zweck von Leichenöffnungen. »Für die meisten Leute sind doch vollkommen falsche Vorstellungen damit verbunden. Horrordissectionen, Leichenschändung – alles Quatsch! Aber wie willst du das jemanden erklären, der doch gleich auf Distanz geht?«

Georg Diederichs arbeitet als Krankenpfleger, Zeichner und Autor und ist Mitglied der dju in der Gewerkschaft Druck und Papier. Seine Reportage, die wir im Auszug abdrucken, wird im Herbst in Buchform, herausgegeben vom Werkkreis Literatur der Arbeitswelt, erscheinen.

**»Mit 1200 Mark eine Familie durchzubringen, war schon damals unmöglich«**

und Busfahrer. Sein Kollege Adolf Pichotta, 52, arbeitet bereits seit zehn Jahren in diesem Beruf. Davor war er als Chemielaborant und Tierpfleger beschäftigt. Was sie denn dazu bewogen hat, ausgerechnet den Beruf des Sektionsgehilfen zu ergreifen, will ich von beiden wissen.

Adolf Pichotta erzählt, daß seine früheren Tätigkeiten als Chemielaborant und Tierpfleger zeitlich befristet gewesen wären. Um nicht arbeitslos zu werden, habe er sich dann eben in der Pathologie beworben.

# Ungespalten

## 6. Weltkongreß der IPPNW

**Die internationalen Ärzte zur Verhinderung eines Atomkriegs können einen vollen Erfolg verbuchen. Von Spaltung war nicht die Rede.**

Die IPPNW vor der Spaltung wegen Tschernobyl. So und ähnlich hatten Frankfurter Allgemeine, Welt, aber auch die TAZ vor dem 6. Weltkongreß Ende Mai in Köln gemutmaßt. Noch während des Kongresses sausten WDR-Reporter herum und suchten händeringend nach Minderheitsvoten. Doch es fand sich niemand, der die Hoffnungen der Presse befriedigt hätte. Die IPPNW zeigte sich national wie international (beide Kongresse fanden in diesem Jahr parallel statt) gefestigt. Von Spaltung konnte nicht einmal andeutungsweise die Rede sein.

Schon zu Beginn des Kongresses hatten die führenden sowjetischen Ärzte Tschasow und Ilin den internationalen Rat der IPPNW über die Ereignisse in Tschernobyl informiert. So war zu erfahren, daß die Knochenmarktransplantationen kaum etwas gebracht hatten. Von 19 Patienten waren zwischenzeitlich schon elf gestorben. Eilvernehmlich stellte der internationale Rat der IPPNW fest, »daß es keine absolut sichere Kontrolle komplizierter moderner Technologie gibt. Wie groß der Bedarf der Bevölkerung an medizinischer Hilfe nach einem Unfall in einem heutigen Atomreaktor ist und wie sehr ein einziger Unfall die medizinischen Ressourcen eines Landes beansprucht, zeigt das Ereignis von Tschernobyl.« Tschasow stellte in seinem Bericht noch einmal heraus, daß »in einem Atomkrieg ... Zivilschutz unwirksam und sinnlos« ist.

Damit war klar, daß die IPPNW weiterhin ihre Hauptaufgabe in der Verhinderung eines Atomkriegs sieht und ihre momentanen Kräfte verstärkt auf die Forderung nach einem Teststopp konzentriert.



Der Kölner Oberbürgermeister Burger (SPD) im Gespräch mit Kurt Bachmann (VVD) bei der Eröffnungsveranstaltung

Auch auf einem nationalen Symposium »Nukleare Katastrophen« waren sich die Teilnehmer der Bedeutung der Organisation IPPNW bewußt: Ohne jemanden auszugrenzen wurde von den über zweitausend Teilnehmern einstimmig eine Resolution verabschiedet, die den Verzicht auf die Plutoniumwirtschaft und den Kernwaffenteststopp fordert.

950 internationale Gäste und 3.600 nationale Teilnehmer zeigten aber auch, daß die Friedensbewegung sich stabilisiert

hat und weiter mit ihr zu rechnen ist. Die IPPNW ist zweifellos eine Kraft geworden, die für viele – auch für Anhänger der gegenwärtigen Regierungskoalition – ein Diskussionspartner ist. So waren auf den Podien offizielle Vertreter der Bundeswehr und des Selbstschutzverbandes vertreten, aber auch der Vorsitzende des DRK.

Sicher auch bemerkenswert die Anwesenheit der FDP-Abgeordneten Feldmann und Hamm-Brücher. Daß der SPD-Vorsitzende Brandt als Gast ge-

kommen war, zeigte die Bedeutung des Kongresses auch für die Öffentlichkeit, und erinnerte andererseits schmerzlich daran, daß die SPD schon mal bessere Kanzlerkandidaten hatte als den jetzigen, der als nordrhein-westfälischer Ministerpräsident sprach.

Insgesamt zeigte der Kongreß die IPPNW als akzeptierten Gesprächspartner bis weit in konservative Kreise hinein. Die Bundesärztekammer, die nicht einmal einen Vertreter entsandt hatte, hat die Zeichen wohl noch nicht erkannt. Der Vorsitzende des Marburger Bundes, Hoppe, war da schon etwas fixer und blieb gleich mehrere Tage.

Der Deutsche Hans-Peter Dürr machte den Vorschlag, eine »Friedensinitiative« zu gründen, in der die besten Naturwissenschaftler der Welt zivile technologische Spitzenprodukte konzipieren sollten. Spitzenprodukte lieferten die Mitglieder der Naturwissenschaftlerinitiative schon hier: Ihre Beiträge hoben sich qualitativ wohltuend hervor.

Der Kölner Anästhesist und Kongreßpräsident Bonhoeffer kann den Kongreß als vollen Erfolg für die IPPNW und auch für sein starkes Engagement verbuchen. Der nächste Weltkongreß wird im Juli 1987 in Moskau stattfinden, der nächste nationale wohl im November nächsten Jahres in Essen.

Philipp Scheller

Philipp Scheller ist Arzt und arbeitet in einem Kölner Krankenhaus.

Die Anwesenden auf dem Symposium »Nukleare Katastrophen« beim 6. Internationalen Kongreß zur Verhütung des Atomkriegs (circa 2000 Personen) diskutierten über die Auswirkungen der atomaren Bedrohung auf die menschliche Gesundheit.

Es bestand Übereinstimmung, daß neben den militärischen auch die Gefahren der zivilen Nutzung der Kernenergie eine krankmachende Dauerbedrohung mit unübersehbaren Langzeitfolgen für die körperliche und seelische Gesundheit der Menschheit darstellt.

Noch ist Zeit, das Schlimmste zu verhüten, indem wir uns alle für folgende Forderungen an die Politiker aktiv engagieren:

### »Noch ist Zeit...«

1. Sorgen Sie in weltweiter Zusammenarbeit für einen Abbau der Atomwirtschaft zugunsten alternativer Energieträger!
2. Leiten Sie in unserem Land einen Ausstieg aus der Kernenergie ein und verzichten Sie auf die Plutonium-Wirtschaft!
3. Sorgen Sie für einen sofortigen internationalen Stop aller Kernwaffentests und für ein Europa, das frei ist von atomaren, biologischen und chemischen Waffen!
4. Machen Sie zusammen mit den Ärzten der Bevölke-

rung klar: Nur indem wir gemeinsam einen Atomkrieg verhindern, nicht aber indem wir eine utopische Bekämpfung seiner Folgen trainieren, können wir unser und unserer Nachgeborenen Überleben sichern!

5. Setzen Sie an die Stelle einer Politik der atomaren Bedrohung eine Politik der »Ehrfurcht vor dem Leben« (A. Schweitzer)!

Ohne Gegenstimme verabschiedet  
Köln, 31. 5. 1986

Für die Richtigkeit:  
gez. Dr. T. Bastian

ma – Michael Wunder eröffnete die „Debatte“ in dg 6/86, wir setzen sie mit der Dokumentation zweier SPD-Papiere fort:

„Die Zukunft sozial gestalten“ ist der Entwurf der Kommission Sozialpolitik der SPD unter der Federführung der Sozialpolitiker Fuchs, Glombig und Scherf. Dieses sozialpolitische Programm

mit dem hier abgedruckten gesundheitspolitischen Teil soll auf dem bevorstehenden SPD-Parteitag beraten werden, die endgültige Verabschiedung ist jedoch erst für 1988 geplant. Dieses Papier hat innerhalb der SPD heftige Diskussionen, vor allem

bei den gesundheitspolitisch Interessierten, ausgelöst. Wir dokumentieren deshalb auch das auf eine Strukturreform des Gesundheitswesens abzielende Papier der Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokraten im Gesundheitswesen (ASG) vom Juni 1985.

## Gesundheitspolitik als Strukturpolitik

### Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokraten im Gesundheitswesen

#### A. Zur Situation

1. Die Struktur der ambulanten medizinischen Versorgung der Bundesrepublik Deutschland ist aus der Durchsetzung standespolitischer Forderungen hervorgegangen. Ziel- und sachbezogene gesundheitspolitische Rationalität hat nur geringen Einfluß auf das System gehabt. Wesentliche Problempunkte der ambulanten medizinischen Versorgung, nämlich

- ungleiche räumliche und fachliche Verteilung des Angebots,
- sektorale und interdisziplinäre Grenzen zwischen sozialen und medizinischen Diensten sowie innerhalb des medizinischen Versorgungssystems,
- medizinisch-professionelle Organisation, Planung und Kontrolle

sind darauf zurückzuführen, daß Standespolitik mit Gesundheitspolitik gleichgesetzt wurde und wird. Diesem Mißverständnis sind nichtärztliche Gesundheitspolitiker in hohem Maße aufgesessen. Zudem haben die Krankenkassen und ihre Verbände über Jahre hin darauf verzichtet, selbst aktiv auf die Strukturgestaltung der Versorgungsbereiche einzuwirken.

2. Die Struktur der medizinischen Versorgung, also der Diagnostik und Behandlung von Krankheiten, ist in der Bundesrepublik bestimmt von

- der strikten Trennung der stationären von der ambulanten Versorgung, also der Tätigkeit der Krankenhausärzte von der niedergelassenen Ärzte (Kassenärzte);
- der Beschränkung der ambulanten Versorgung auf Einzelpraxen;
- der übermäßigen Spezialisierung der Ärzte als Ergebnis ihrer Ausbildungsweise: Bis zum Abschluß des Hochschulstudiums dürfen die angehenden Ärzte der praktischen Arbeit in der Angewandten Medizin nur zusehen; ihre Ausbildung in dieser erlangen sie erst nach Studium und Approbation in einem Krankenhaus, dort aber weit überwiegend nur in einem Fachgebiet, so daß sie eine fachärztliche Qualifikation fast zwangsläufig erreichen;
- dem im Berufsrecht der Ärzte verankerten Verbot der gleichrangigen (partnerschaftlichen) Zusammenarbeit zwischen Ärzten und anderen therapeutisch tätigen Berufsgruppen, insbesondere Sozialarbeitern und Psychotherapeuten;
- einer weit überhöhten Zahl von Krankenhausbetten für Akutkranke bei Fehlen von Einrichtungen der Nachsorge.

Unmittelbare Wirkungen dieser besonderen Strukturmerkmale sind

- das Fehlen von Kooperation und Kommunikation zwischen den Ärzten beider Sektoren und damit von Koordination der Behandlung ebenso beim Übergang der Kranken von einem zum anderen wie innerhalb der ambulanten Versorgung und zwischen dieser und der sozialen und psychotherapeutischen Versorgung, die beide unterentwickelt sind;
- vermeidbare Mehrfachuntersuchungen der Kassen und
- Übersetzung des ambulanten wie des stationären Sektors mit diagnostisch-technischen Apparaturen, die – mitsamt dem zugehörigen qualifizierten Personal – zum weitaus größten Teil ungenügend ausgelastet sind oder mit objektiv entbehrlichen Untersuchungen ausgelastet werden.

Hinzu kommt im Sektor der stationären Versorgung

- das Fehlen einer Funktionsdifferenzierung: Mittlere und selbst kleine Krankenhäuser trauen sich in Diagnostik und Therapie weit mehr zu als ihre Ärzte – mangels Erfahrung und ständiger Übung – leisten können; die Patienten tragen die Nachteile, die Krankenkassen die daraus entstehenden übermäßigen Kosten;

- die Überzahl der in Ausbildung stehenden Ärzte zu Lasten der Kranken.

Als Folge der Vielzahl struktureller Mängel ist die medizinische Versorgung

- *ineffektiv*: sie leistet an vielen Kranken nicht, was im gegebenen Fall Ziel der Behandlung sein muß, demgemäß zu leisten wäre und geleistet werden könnte;
- *ineffizient*, d.h. für das, was sie leistet, viel zu teuer;
- von *ungenügender Qualität*, d.h. belastet mit mangelhaften Behandlungsverläufen und mangelhaften Behandlungsergebnissen in großer Zahl.

3. Mitte der 60er Jahre ist den Kassenärzten nach 80jährigem Kampf auf breiter Front der Durchbruch zur Einzeileistungsvergütung gelungen. Dieses Vergütungssystem ist einer der schwerwiegendsten Struktur-mängel in der medizinischen Versorgung:

- Es hat zu einer nicht steuerbaren Vermehrung der Zahl der Leistungen geführt und dabei Anreize in die falsche Richtung gesetzt (Maximierung der Leistungen bei Minimierung des Aufwandes).

Die Auswirkungen sind:

- ein Übermaß an Arzneimittelverordnungen,
- extensiver Leistungsaufwand der apparativen diagnostischen und therapeutischen Technik,
- Verzicht auf (zeit-)aufwendige Beratungen, besonders in der Behandlung chronisch Kranker,
- unverhältnismäßiger Verwaltungsaufwand, zumal in der Arztpraxis, durch das sehr komplizierte Abrechnungsverfahren der Einzeileistungsvergütung.
- Die Erwartungen, die die Krankenkassen mit der Übernahme der Einzeileistungsvergütung verbunden, sind nicht erfüllt worden:
- Das System hat ihnen weder die notwendige Transparenz des Leistungssystems gebracht noch
- eine wirksame Überwachung der Wirtschaftlichkeit der kassenärztlichen Versorgung über deren Rechnungslegung (nach § 368 n Abs. 5 RVO);
- die sogenannte Mengenkomponekte ist beim System der Einzeileistungsvergütung für RVO- wie für Ersatzkassen nicht in den Griff zu bekommen. ( . . )

#### B. Notwendigkeit und Voraussetzungen für Strukturreformen

Die aufgezeigten Strukturschwächen sind die Ursachen der permanenten Kostensteigerungen. Diese können durch Symptomenkorrektur – und darin hat sich Gesundheitspolitik als Kostendämpfungspolitik erschöpft und leergelaufen – nicht bewältigt werden. Notwendig ist, zu einer ziel- und sachgerechten Gesundheitspolitik als Strukturpolitik zu finden.

Der Zeitpunkt ist günstig, weil sowohl der Öffentlichkeit wie auch den Ärzten bewußt wird, daß das heutige System weder den Patienten noch denjenigen Ärzten dient, die auf eine sach- und patientenorientierte Therapie Wert legen. Die unbestrittene partielle Leistungsfähigkeit des aktuellen Systems, machtpolitische Interessengeflechte (Pharmaindustrie, Geräteindustrie, ärztliche Standespolitik) und die erforderliche Flexibilität zukünftiger Organisationsformen verbieten jedoch pauschale Lösungen vom grünen Tisch.

Voraussetzung für eine Gesundheitspolitik, die statt auf die Korrektur von Symptomen (»Kostendämpfung«) auf die Ursachen der unbefriedigenden Situation abzielt, ist die Entwicklung einer zielgerichteten Gesundheitspolitik des Bundes und der Länder und der regionalen Körperschaften. Diskussionsgrundlagen hierfür bieten der gesundheitspolitische Teil des »Sozialplans für Deutschland«, die »Beschlüsse zur Gesundheitspolitik der SPD«



# die debatte

und übergreifend die gesundheitspolitischen Perspektiven der Weltgesundheitsorganisation unter dem Begriff der »primary health care« (Gemeinschaftliche Gesundheitssicherung); ihre Grundgedanken sind

– Aufgaben und Betreuungsfunktionen an den Gesundheitsbedürfnissen und

– die Sicherung von Effektivität und Effizienz.

– Das setzt voraus, daß Kompetenzen und Versorgungsangebote – soweit sinnvoll – von spezialisierten und stationären Diensten auf die Ebene der Grundversorgung verlagert werden,

– intersektorale interdisziplinäre Zusammenarbeit herbeigeführt wird,

– die Bürger, ihre Familien und die Gemeinde mitwirken, weil nur dadurch umfassende Gesundheitssicherung möglich wird.

## C. Lösungsvorschläge

### I. Zur medizinisch-sozialen Grundversorgung

Zur medizinisch-sozialen Grundversorgung zählen die Ärzte der Grundversorgung (Allgemeinärzte, Internisten und Kinderärzte), die medizinisch-sozialen Gemeindezentren bzw. Sozialstationen, der kommunale Gesundheitsdienst, die betriebsmedizinischen Dienste und Teilbereiche der sozialen Dienste. Sie setzt sich ab von der stationären und spezialisierten ambulanten (sekundären) und der spezialisierten stationären (tertiären) Versorgungsebene.

Die ASG fordert:

1. Die medizinischen, pflegerischen und sozialen Versorgungssysteme sind innerhalb jeder Region zu einem zusammenhängenden System von Dienstleistungen vorbeugender, gesundheitsfördernder, kurativer, pflegerischer und rehabilitativer Dienste weiterzuentwickeln.

Voraussetzung hierfür ist eine funktionale Arbeitsteilung mit eindeutigen Zielvorgaben sowie eine verpflichtende Koordination und Kooperation aller an der medizinischen und sozialen Grundversorgung Beteiligten. Ausgangspunkte für die Fortentwicklung liegen teils in, teils neben den bestehenden Einrichtungen und Strukturen.

2. Medizinische, pflegerische und soziale personenbezogene Dienstleistungen sind von der tertiären und sekundären auf die primäre Versorgungsebene, die Grundversorgung, zu verlagern durch:

– Auf- und Ausbau sowohl interdisziplinär wie intersektoral kooperierender ambulanter medizinischer, pflegerischer und sozialer Dienste im Sinne medizinisch-sozialer Gemeindezentren (ähnlich den »health-centres« in Großbritannien);

– flexible Gestaltung organisatorischer Strukturen durch die Beseitigung rechtlicher und finanzieller Hemmnisse;

– strukturelle und finanzielle Beteiligung der kommunalen Körperschaften (der Kreise, Städte und ihrer Verbände);

– geregelte Koordination und Kooperation aller Zweige der medizinischen und sozialen Versorgung (Krankenhaus, kommunaler Gesundheitsdienst, betriebsmedizinische Dienste, soziale Dienste, Familienfürsorge, Jugend- und Altenhilfe, Suchthilfe etc.);

– Neuordnung der Planung und Finanzierung der stationären Versorgung sowie Verzahnung der stationären und ambulanten Versorgung.

3. Die Bürger, ihre Familien und die Gemeinde sind an der Planung, Organisation, Durchführung und Kontrolle der medizinisch-sozialen Grundversorgung zu beteiligen durch

– Verlagerung der Planung der Feinstrukturen des stationären und ambulanten medizinischen Bereichs auf die Ebene der Region unter der Verantwortung der demokratischen Selbstverwaltung.

– Umorganisation der Selbstverwaltung in der Sozialversicherung auf regionaler Ebene, in der alle Beteiligten mitwirken (»Sozialgemeinde«);

– Förderung von Selbsthilfe und Selbstverantwortung in der Gesundheitssicherung und medizinisch-sozialen Versorgung durch Stärkung und Erweiterung individueller wie gemeinschaftlicher Handlungspotentiale;

– Mitwirkung der Bürger auf allen Ebenen.

4. Vorbereitung, Unterstützung und Management der regionalen Gesundheitspolitik und lokaler Aktivitäten der Gesundheitssicherung durch den kommunalen Gesundheitsdienst. Dafür ist der öffentliche Gesundheitsdienst im Sinne einer neuen (alten!) Sicht der besonderen Verantwortung von Gemeinde und Kreis für die Gesundheit ihrer Bürger zu reformieren: Aufgabe der Gesundheitsdienste als kommunaler Einrichtung ist, auch die Gesundheitsverhältnisse der Bevölkerung zu beobachten, Informationen zu sammeln und aufzubereiten sowie Maßnahmen der Gesundheitssicherung zu planen und zu koordinieren und so die Arbeit örtlicher und regionaler Organe zu unterstützen.

5. Förderung von Innovationen im Bereich der medizinisch-sozialen Grundversorgung in der grundständigen und postgradualen Aus-, Weiter- und Fortbildung; ambulante Versorgung chronisch Kranker und Pflegebedürftiger; neue Formen der Gesundheitserziehung und -bildung (Lebensweisenkonzept); Stärkung von Laienpotentialen; Aktivierung von Selbsthilfe; Forschung in der allgemeinmedizinischen Praxis u.v.a.).

### II. Zur spezialisierten ambulanten und zur stationären Versorgung

Die ASG fordert:

– Die Überwindung der Einzelpraxis und der unkoordinierten Tätigkeit der Überzahl von Fachärzten durch Schaffung von *Medizinisch-sozialen Gemeindezentren*, in denen die Ärzte der Primärversorgung (Allgemeinärzte, Internisten, Kinderärzte), im erforderlichen Ausmaß auch die Ärzte der Sekundärversorgung, kooperativ unter Einbeziehung von Psychotherapeuten, Sozialarbeitern und Sozialpädagogen tätig sind;

– die Überwindung der Kluft zwischen ambulanter und stationärer Versorgung durch Schaffung *Gemeinsamer Einrichtungen* der ambulant tätigen Ärzte und der Krankenhäuser in Anlehnung an diese als Basis der Tätigkeit der Ärzte der Sekundärversorgung, zur vorklinischen Diagnostik, zur Einsparung vermeidbarer Mehrfachuntersuchungen und zur rationalen Nutzung von Apparaturen;

– *Funktionsdifferenzierung* der Krankenhäuser mit dem Ziel, die Ausrüstung der Krankenhäuser der Regelversorgung auf das zu beschränken, was für die Versorgung des größten Teils der Kranken des Einzugsbereiches wirklich benötigt wird, Hochleistungsmedizin aber nur in eigens für sie bestimmten Krankenhäusern mit den dafür benötigten Kapazitäten zuzulassen;

– *Senkung der Zahl der Krankenhausbetten* für Akutkranke unter Umwandlung freigesetzter Kapazitäten in Einrichtungen der Nachsorge und für chronisch Kranke;

– *Ablösung der Abgeltung stationärer Leistungen* der Krankenhäuser nach Maßgabe ihrer »Selbstkosten« durch regional einheitliche Sätze, die sich nach Diagnosen und Standardbehandlungszeiten bemessen, weil anders eine Selbstbeschränkung der Krankenhäuser auf das, was sie rationell leisten können, offenbar nicht zu erreichen ist;

– *Kontrolle der Effektivität* in der ambulanten wie in der stationären Versorgung durch Klärung der Diagnose und verbindliche Festlegung des Behandlungsplanes am Beginn jeder Behandlung und Überwachung seiner Einhaltung;

– durchgängige *Qualitätskontrolle* in allen Teilen der medizinischen Versorgung durch Erfassung und Prüfung aller erwartungswidrigen Ereignisse, insbesondere unzulänglicher Behandlungsergebnisse, aller Zwischenfälle und Komplikationen bei und nach diagnostischen und therapeutischen Eingriffen und aller Todesfälle bei und nach Operationen.

### III. Zur Vergütung der Ärzte

Die ASG fordert die Ablösung der Einzeleinstellungsvergütung durch Einführung eines Kopfpauschalensystems für die primärärztliche und einer Vergütung nach Leistungs-

komplexen für die sekundärärztliche Versorgung.

Dazu unterbreitet die ASG folgenden Strukturierungsvorschlag:

– RVO- und Ersatzkassen zahlen an die Kassenärztliche Vereinigung eine pauschalierte Gesamtvergütung nach Maßgabe der Zahl der Versicherten,

Die Kassenärztliche Vereinigung verteilt diese Gesamtvergütung

– nach einer Versicherten-Kopfpauschale auf die Allgemeinärzte, die primärärztlich tätigen Internisten und die Kinderärzte sowie

– nach einem Leistungskomplexsystem auf die Ärzte der Sekundärversorgung.

Ausgangspunkt der Bemessung der Gesamtvergütung ist die Höhe zum Zeitpunkt ihrer Einführung. Die Gesamtvergütung wird an die Entwicklung der Grundlohnsomme gebunden; über die Berücksichtigung der medizinischen Entwicklung müssen Ärzte und Krankenkassen verhandeln, erhöhter Bedarf muß nachgewiesen werden.

– Diese Vergütungsstruktur setzt voraus, daß die Kopfpauschale *pro Versicherten* (nicht *pro Mitglied*) bemessen wird, und daß die Patienten Zugang zur ärztlichen Versorgung nur über die Einrichtungen der Grundversorgung haben. (»Einschreibesystem« wie in den Niederlanden.) Für gesundheitspolitisch erwünschte Leistungen sollte eine gesonderte Abgeltung vorgesehen werden.

– Die Vergütung der Ärzte der Sekundärversorgung erfolgt nach Leistungskomplexen, strukturiert nach Diagnosen, Aufstellung eines Behandlungsplans und Durchführung der (standardisierten) Behandlung.

Diese Vergütungsvorschläge stehen im Kontext zu den vorgeschlagenen Versorgungsstrukturen.

### IV. Zur Arzneimittelversorgung\*)

Die Beurteilung des therapeutischen Nutzens eines Arzneimittels umfaßt die Gesichtspunkte *Wirksamkeit* und *Sicherheit*, die der Wirtschaftlichkeit daneben den Preis. Um den *therapeutischen Nutzen* von Arzneimitteln zu bewerten, reicht die Beurteilung der Wirksamkeit aufgrund der statistischen Signifikanz von Maßgrößen, die Inhalt der Zulassungsentscheidung nach dem Arzneimittelgesetz sind, allein nicht aus. Vielmehr ist eine wissenschaftliche Überprüfung der therapeutischen Bedeutung für die Versorgung der Bevölkerung notwendig, um dem Gebot nach Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit im Sinne der RVO gerecht zu werden. Deshalb ist es erforderlich, auch in der Bundesrepublik Deutschland eine Prüfinstitution zu schaffen, die die Zahlungspflicht der Krankenkassen bei der Verordnung von Arzneimitteln unter den Gesichtspunkten des therapeutischen Nutzens und der Therapiekosten überprüft. Diese Institution sollte von den gesetzlichen Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung getragen werden und den Einrichtungen der Selbstverwaltung Entscheidungsvorschläge für die Auswahl derjenigen Arzneimittel ausarbeiten, für die die Krankenkassen die Kosten übernehmen.

\*) Das ergangene höchstrichterliche Urteil erfordert ggf. eine Überarbeitung des Abschnitts IV. (...)

Die Errichtung einer Prüfinstitution für Arzneimittel und die Erstellung einer *POSITIVLISTE* im Sinne des ersten Absatzes dienen dem Zweck, eine optimale Nutzung für die vorhandenen beschränkten finanziellen Mittel auf dem Gebiet der Arzneimitteltherapie zu gewährleisten. (...)

**Diese Stellungnahme der ASG zeigt deutlich die Differenzen zum Entwurf der Arbeitsgruppe Sozialpolitisches Programm und Kommission Sozialpolitik beim SPD-Vorstand, den wir im folgenden veröffentlichen.**

## Die Zukunft sozial gestalten

Anke Fuchs, Eugen Glombig und Henning Scherf

Gesundheit zu erhalten, sie vor vielfältigen Gefahren zu schützen, ist für den einzelnen Menschen aus eigener Kraft allein nicht möglich. Aufgabe der Gesellschaft ist es, dem Menschen zu ermöglichen und ihn zu befähigen, gesund zu leben und bei Krankheit soweit wie erreichbar zu gesunden. Das heißt:

- Das Entstehen vermeidbarer Krankheiten muß verhütet, unvermeidbare Krankheiten müssen frühzeitig erkannt und behandelt werden; Frühinvalidität muß vermieden, der Behandlungsaufwand in den Grenzen des sachlich Erforderlichen gehalten werden.
- Die Erkennung und Behandlung von Krankheiten muß zum erreichbaren Höchstmaß an Wirksamkeit und zum besterreichbaren Verhältnis von Aufwand und Ergebnis gebracht werden.

### 1. Die Krankheitsursachen bekämpfen

Sozialdemokraten sind für eine Gesundheitspolitik, die die Krankheitsursachen bekämpft. Eine solche Politik greift über den engeren Bereich des Gesundheitswesens hinaus.

### Den allgemeinen Gesundheitsschutz ausbauen

Sozialdemokraten wollen den allgemeinen Gesundheitsschutz ausbauen, um die natürlichen Lebensgrundlagen der Menschen zu bewahren:

- Um die Luft reinzuhalten, sind entschiedene gesetzgeberische Maßnahmen zum Abbau der Luftverschmutzung notwendig.
- Um sauberes Wasser und gesunde Böden zu sichern, bedarf es einer wasser- und bodenwirtschaftlichen Gesamtkonzeption, die ein biologisches Gleichgewicht bewahrt oder wiederherstellt.
- Um die Menschen besser vor Lärm zu schützen, müssen die Lärmforschung intensiviert, die Aufklärung über Lärmgefahren verbessert und wirksame gesetzliche Vorschriften erlassen werden.
- Um die Menschen vor schädlichen Strahlen zu schützen, sind die Strahlenschutzbestimmungen jeweils auf den neuesten Stand von Wissenschaft und Technik anzupassen.
- Um zu verhindern, daß weitere Erholungsgebiete zerstört werden, ist eine bessere raumordnerische Planung erforderlich; gesundheitliche Erfordernisse sind bei der Raumordnung zu berücksichtigen.
- Um schädliche Rückstände in Lebensmitteln zu vermeiden, sind strenge Höchstmengenbegrenzungen oder Anwendungsverbote für Lebensmittelzusatzstoffe ebenso erforderlich, wie Regelungen, die dafür sorgen, daß Tiere, aus denen Lebensmittel gewonnen werden, nur Arzneimittel und Futterzusätze erhalten, die die menschliche Gesundheit nicht schädigen.
- Um zu gewährleisten, daß Arzneimittel sicher und wirksam sind, sind die Voraussetzungen der staatlichen Zulassung zu verschärfen; es ist ein Werbeverbot für Arzneimittel anzustreben.
- Um den Arbeitsschutz zu verbessern, müssen die arbeitsmedizinische und sicherheitstechnische Betreuung aller Beschäftigten fortentwickelt, die entsprechenden Dienste ausgebaut und deren Unabhängigkeit sichergestellt werden.

### Der Vorsorge und Früherkennung mehr Gewicht geben

Sozialdemokraten wollen die Gesundheitsvorsorge und die Krankheitsfrüherkennung zu Hauptaufgaben des Gesundheitswesens machen. Die Medizin hat zwar in den letzten Jahrzehnten neue Möglichkeiten der Krankheitsbehandlung erschlossen, die Möglichkeiten der Heilung aber blieben begrenzt. Immer mehr Menschen haben chronische Leiden, die sich langsam entwickeln und allen Therapien trotzen, wenn sie einmal entstanden sind. Eine bessere Bekämpfung chronischer Krankheiten setzt voraus, daß der vorbeugenden Medizin der gleiche Rang wie der behandelnden eingeräumt wird:

- Die epidemiologische Forschung ist zu verstärken, um die Analyse der Krankheitsbedingungen und die Kenntnisse über die Krankheitsstadien zu verbessern.

- Gesundheitsaufklärung, -bildung und -beratung müssen schon in den Kindergärten und Schulen beginnen, damit gesundheitlich riskantes Verhalten aufgezeigt und geändert werden kann.

- Anzubieten sind allgemeine Vorsorgeuntersuchungen nach standardisierten Verfahren, damit die individuellen gesundheitlichen Risiken bestimmt werden können.

- Allen Personen, bei denen die allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen gesundheitliche Risiken ergeben, müssen gezielte Untersuchungen zur Krankheitsfrüherkennung angeboten werden.

- Der Gesundheitsschutz für Kinder und Jugendliche ist zu verbessern; das Programm zur Krankheitsfrüherkennung bei Kleinkindern ist auszubauen und auf das gesamte Kindes- und Jugendalter auszudehnen.

- Das Früherkennungsprogramm ist durch einen systematischen Jugendarbeitsschutz zu ergänzen.

- Die Schwangerenvorsorge muß intensiviert, die Mutterschutzfristen müssen verlängert werden.

### 2. Jedem Kranken eine angemessene Behandlung sichern

Sozialdemokraten wollen jedem Kranken unabhängig von seiner wirtschaftlichen Lage eine Behandlung sichern, die dem jeweiligen wissenschaftlichen Stand entspricht. Jeder muß den gleichen Anspruch haben, daß seine Gesundheit wiederhergestellt wird.

Die ambulante Versorgung orientiert sich am Hausarztprinzip. Der Hausarzt, vorrangig der weitergebildete Arzt für Allgemeinmedizin, ist in der Regel die erste Anlaufstelle der Patienten im Gesundheitswesen. Er muß durch Aus- und Weiterbildung befähigt sein, seiner Rolle auch im Sinne einer sozialbezogenen Medizin gerecht zu werden. Gebietsärzte und gemeinschaftliche Einrichtungen sollen den Hausarzt soweit wie möglich unterstützen, damit er ausreichend für die eigentliche ärztliche Betreuung und das Gespräch mit dem Patienten zur Verfügung stehen kann. Das Patientenrecht auf den frei gewählten Arzt ist für Sozialdemokraten selbstverständlich.

Die stationäre Versorgung durch ein bedarfsgerecht gegliedertes System leistungsfähiger Krankenhäuser zu sichern, ist eine öffentliche Aufgabe. Das Krankenhaus muß in der Regel der Behandlung schwerer Krankheiten vorbehalten sein. Seine innere Struktur muß neuzeitlichen Erkenntnissen entsprechen und eine wirtschaftliche Betriebsführung ermöglichen. Unverzichtbar ist es, das Krankenhauswesen nach bundeseinheitlichen Kriterien zu planen.

Die Verantwortung für die Ordnung des Arzneimittelwesens trägt der Staat. Er hat in diesem Rahmen auch sicherzustellen; daß die Arzneimittelversorgung preiswürdig ist, und er hat es den Krankenkassen zu ermöglichen, die Belange der Versicherten wirksam wahrzunehmen.

### 3. Die Defizite im Gesundheitswesen erkennen

Die erforderliche Neuordnung des Gesundheitswesens setzt voraus, daß die bisherigen Mängel der Gesundheitspolitik und die Strukturdefizite des Gesundheitssystems erkannt werden:

- Die Gesundheitspolitik als eigenständige gesellschaftspolitische Aufgabe darf nicht zur Kostendämpfungs- oder Krankenversicherungspolitik reduziert werden. Gemessen an den Kosten, sind die Leistungen des Gesundheitssystems zu gering. Hohe Reibungsverluste durch weitgehend isoliert nebeneinanderstehende Versorgungsbereiche, mangelnde Koordination, Kooperation, Kosten- und Leistungstransparenz machen es zu teuer und bei Fortsetzung dieser Trends schon mittelfristig unfinanzierbar. Eine vordergründige symptomorientierte Kostendämpfungs- oder Kostenkürzungspolitik, die Einkommen begrenzt oder plafondiert, ist auf Dauer unwirksam. Denn die ausufernde Kostenexpansion wird durch fehlerhafte Strukturen verursacht. Nur durch strukturelle Reformen kann den Ursachen des Kostenanstiegs entgegenge-

wirkt werden; nur so können die Einnahmen der Leistungserbringer auf ein vertretbares Maß gesenkt werden.

- Dem Gesundheitswesen fehlen Zielvorgaben; es ist deshalb wenig steuerbar. Denn eine Steuerung setzt festgelegte Ziele voraus. Daß das Gesundheitswesen orientierungslos sich selbst überlassen bleibt, nutzt vor allem einem Teil der Leistungserbringer, die Spitzeneinkommen erzielen. Herausgebildet hat sich ein bestens organisierter und beinahe geräuschlos arbeitender „medizinindustrieller Komplex“. Er verursacht, daß das Gesundheitswesen einseitig an der technischen Hochleistungsmedizin ausgerichtet und daß die Breitenmedizin vernachlässigt wird. Die Orientierungslosigkeit des Gesundheitswesens hat auch dazu geführt, daß seine Leistungsfähigkeit allein nach der Kostenhöhe, nicht aber nach qualitativen Maßstäben beurteilt wird.

- Die Verhütung und die Behandlung von Krankheiten sind als Ziele unabhängig von wirtschafts- und finanzpolitischen Zielen zu definieren. Gesundheit ist nicht mit ökonomischen Kategorien zu erfassen. Die Therapie von Krankheiten darf nicht von der Wirtschaftslage abhängig sein, etwa nur bei Hochkonjunktur erfolgen und in der Rezession oder Depression unterbleiben. Gleichwohl hängen die Möglichkeiten gesundheitspolitischer Gestaltung von den finanziellen Ressourcen ab. Der Grad der Beschäftigung und die Höhe der Arbeitsentgelte bestimmen die Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung und damit deren Fähigkeit, Gesundheitsleistungen zu bezahlen. Deshalb führt ausbleibendes oder nur geringes Wirtschaftswachstum zu Finanzierungsproblemen.

- Die gesetzliche Krankenversicherung ist zwar zentrales Finanzierungsinstrument des Gesundheitswesens, beeinflusst seine Gestaltung aber kaum. Die entstehenden Kosten werden einfach auf die Beitragszahler überwälzt. Das Abrechnungs- und Leistungssystem steht in vielen Fällen in krassstem Widerspruch zur Wirtschaftlichkeit. Das Planungs- und Steuerungsinstrumentarium ist völlig unterentwickelt. Die Rechtsungleichheiten zwischen den Kassenarten schwächen die Verhandlungsposition der Krankenkassen und ermöglichen es den Leistungserbringern, eine Kassenart gegen die andere auszuspielen.

Vielfach fehlen den Krankenkassen geeignete gesetzliche Rahmenbedingungen, um die Interessen der Versicherten wirksam vertreten zu können. Jedoch erweist sich auch die Krankenversicherungsorganisation selbst als wenig schlagkräftig, als verkrustet und mit erheblichen institutionellen Eigeninteressen ausgestattet. Die Selbstverwaltung ist weitgehend in Ritualen erstarrt und wenig effektiv; die Geschäftsführungen dominieren.

### 4. Das Gesundheitssystem umgestalten

#### Dem Gesundheitswesen Orientierung geben

Ein effektiv arbeitendes Gesundheitssystem bedarf der Orientierung. Es ist Aufgabe des Staats, diese Orientierung zu geben. Sozialdemokraten wollen, daß dies durch mittelfristig ausgerichtete, periodisch zu erstellende Gesundheitsberichte geschieht, die die Bundesregierung erarbeitet. Der Bundestag beschließt sodann einen gesundheitspolitischen Orientierungsrahmen. In den Gesundheitsberichten, die zwischen den Berichtsperioden jährlich fortgeschrieben und angepaßt werden, sind die jeweiligen Orientierungsdaten für die weitere Entwicklung des Gesundheitswesens, das heißt vor allem der gesetzlichen Krankenversicherung, enthalten.

Sie beschreiben

- die für die Berichtsperiode verfolgten gesundheitspolitischen Prioritäten und Ziele,
- die qualitativen Grundsätze einer optimalen Versorgung der Patienten,
- qualitative und quantitative Mangel- oder Überversorgung sowie die Wege zu ihrer Überwindung,
- die angestrebte finanzielle Entwicklung insgesamt und in den einzelnen Versorgungsbereichen (ärztliche Versorgung, Krankenhaus, Früherkennung, Arzneimittel),
- die mittelfristig angestrebte durchschnittliche Bei-

tragssatzentwicklung und ihr Verhältnis zu anderen Sozialabgaben und Steuern sowie – Ausgabenhöchstgrenzen in den einzelnen Leistungsbereichen.

Der Orientierungsrahmen ist Element der politischen Steuerung des Gesundheitswesens und Handlungsanleitung für die am Gesundheitswesen Beteiligten. Dazu gehört auch, daß er die Maßnahmen beschreibt, die bei Abweichung von den Orientierungsdaten ergriffen werden.

Der Orientierungsrahmen bewertet die Ergebnisse in der Entwicklung des Gesundheitswesens aus der vergangenen und bezieht sie in die aktuelle Berichtsperiode ein.

## Gleiche rechtliche Bedingungen für alle Krankenkassen schaffen

Die Krankenversicherung ist das Hauptinstrument staatlicher Gesundheitspolitik, mit dem der Anspruch jeder Bürgerin und jedes Bürgers auf chancengleiche Sicherung oder Wiederherstellung der Gesundheit verwirklicht wird. Sie beruht auf dem Prinzip der Solidarität und muß für alle offenstehen.

Eine Begründung, Arbeiter und Angestellte unterschiedlich zu behandeln, gibt es nicht. Die Versicherungspflicht- und die Beitragsbemessungsgrenze sollen daher für alle Arbeiter und Angestellte einheitlich der Beitragsbemessungsgrenze in der Rentenversicherung entsprechen und auch künftig alljährlich der Einkommensentwicklung angepaßt werden.

Das bisherige System kennzeichnet eine starke regionale berufsständische und betriebsbezogene Gliederung – historisch gewachsen, eher zufällig als geplant. Viele bezweifeln zu Recht, daß ein so gegliedertes System für die Versicherten Vorteile bringt.

Eine Reform ist vordringlich. Denn die Gliederung führt zu sozial unausgewogenen Ergebnissen. Für die einzelnen Kassenarten besteht unterschiedliches Recht. Sozialdemokraten wollen dies korrigieren. Alle Krankenkassen sollen in Zukunft unter gleichen rechtlichen Bedingungen die gesundheitliche Versorgung ihrer Mitglieder gestalten können, dies bedeutet gleiches Mitgliedschafts-, Beitrags-, Leistungs- und Kassenarztrecht. Alle Mitglieder – unabhängig von der Zugehörigkeit zu bestimmten Berufsgruppen – sollen gleiche Rechte und gleiche Pflichten erhalten. Alle Krankenkassen sollen gleichberechtigt sein; Ortskrankenkassen und Ersatzkassen sollen gleichermaßen für alle Versicherten offenstehen, ein Wechsel der Versicherten zwischen den Kassenarten muß für alle möglich werden. Der Verzicht auf eine Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung muß – von Ausnahmen abgesehen – unwiderruflich sein, ein Beitritt erst bei höherem Krankheitsrisiko ist auszuschließen. Beamten ist bei ihrer Ernennung eine Mitgliedschaft in der Krankenversicherung zu ermöglichen. Sie begründet den Anspruch auf einen Beitragszuschuß des Dienstherrn bei gleichzeitigem Verzicht auf Leistungen nach dem Beihilferecht.

In jedem gegliederten Krankenversicherungssystem mit eigenverantwortlichen Gliedkassen muß es unterschiedliche Beitragssätze geben. Dies ist ein konstitutives Merkmal solches Systems. Unterschiedliche Beitragssätze auch in einem so umgestalteten Krankenkassensystem sind zu erwarten. Wird eine gewisse Bandbreite in den Beitragssatzhöhen überschritten, erfordert dies aber Korrekturen. Sozialdemokraten schlagen einen „Problem- oder Feuerwehrrfonds“ vor, den alle Kassen gemeinsam bilden, um Struktur Anpassungen und die Bewältigung von Ausnahmeproblemen zu ermöglichen.

## Die Preis- und Honorargestaltung verändern

Die Grundsätze, nach denen sich die Preise für Gesundheitsleistungen bilden, sind ebenfalls reformbedürftig. Bisher jedenfalls geht von ihnen keinerlei Anreiz zu ökonomisch sinnvollm Verhalten aus. Sie bewirken eine teure Maximalversorgung. Es muß darauf ankommen, die Preis- und Honorargestaltung so zu verändern, daß sie wirtschaftlich vernünftiges Verhalten fördert, ohne die Qualität der Versorgung zu beeinträchtigen. Preise und Honorare müssen grundsätzlich gemeinsam von allen Krankenkassen und den jeweiligen Leistungserbrin-

gern in eigener Verantwortung ausgehandelt werden. Dabei ist die Stellung der Krankenversicherung als Verhandlungs- und Vertragspartner zu stärken.

## – Vergütungen für ambulante ärztliche und zahnärztliche Leistungen

In der ambulanten Versorgung werden die Ärzte und Zahnärzte nach Einzelleistungen honoriert. Jede einzelne bei Diagnose und Therapie erbrachte Leistung wird einzeln abgerechnet. Die Einzelleistungsvergütung verführt dazu, möglichst aufwendig zu diagnostizieren und zu therapieren. Denn mit jeder einzelnen Leistung wächst das Gesamthonorar. Ziel einer Veränderung der ärztlichen Vergütung muß eine optimale ambulante Versorgung der Patienten zu vertretbaren Preisen sein.

Führt die Einzelleistungsvergütung zur Maximalversorgung, so minimiert ihr Gegenstück, die Kopipauschale, den Versorgungsaufwand; eine Verschlechterung der Versorgung der Patienten wäre die Folge. Sozialdemokraten sind deshalb für eine Honorierung, die zu einem angemessenen Versorgungsaufwand führt, ihn zumindest aber fördert. Dies kann eine Vergütungsform bewirken, die die einzelnen bei typischen Krankheiten und Krankheitsverläufen üblicherweise zu erbringenden Leistungen zu einem Gesamtkomplex zusammenfaßt. Dem Arzt oder Zahnarzt wird nicht mehr jede Einzelleistung vergütet, sondern nur der gesamte Leistungskomplex.

## – Krankenhauspflegesätze

In der stationären Versorgung geht vom tagesgleichen vollpauschalierten Krankenhauspflegesatz keinerlei Anreiz zu wirtschaftlichem Verhalten aus. Der Pflegesatz muß stärker dem Verlauf der Behandlungskosten angepaßt werden. Bisher ist der Pflegesatz am Anfang wie am Ende der Behandlung gleich hoch; die durch die Behandlung verursachten Kosten sind es aber nicht. Sie sind am Anfang des Krankenhausaufenthalts höher als der Pflegesatz, am Ende aber niedriger. Aufwands- und Ertragsverlauf klaffen also auseinander: Das Krankenhaus macht zunächst betriebswirtschaftliche Verluste, später Gewinne. Die Kosten des Behandlungsfalles sind erst dann „erwirtschaftet“, wenn Verluste des Anfangs durch Gewinne am Ende ausgeglichen sind. Dies ist dann der Zeitpunkt, zu dem der Patient unter betriebswirtschaftlichem Aspekt entlassen werden kann. Dieses wirtschaftlich gebotene „Entlassungsdatum“ hat mit dem medizinisch gebotenen meist wenig zu tun. Auf diese Weise werden aber vermeidbare Kosten „produziert“.

Es kommt darauf an, den Ertragsverlauf des Krankenhauses aus einem Behandlungsfall dem Aufwandsverlauf anzugleichen. Sozialdemokraten plädieren deshalb für gestufte Pflegesätze, die – den Behandlungskosten angenähert – anfangs relativ hoch sein und dann sinken müssen. Dies würde den Anreiz beseitigen, eine unnötig lange Verweildauer zu produzieren. Desweiteren sollte der Pflegesatz stärker der für den Patienten erforderlichen Pflegeintensität entsprechen. Deshalb sollten an die Stelle eines tagesgleichen vollpauschalierten Pflegesatzes für ein Krankenhaus mehrere gestufte pauschalierte Pflegesätze treten. Das strenge duale System der Krankenhausfinanzierung, nach dem die Investitionskosten von der öffentlichen Hand und die Benutzerkosten über die Pflegesätze von den Krankenkassen getragen werden, hat sich ebenfalls als wenig sachgerecht erwiesen. Auch Investitionskosten sollen daher in Zukunft über die Pflegesätze erwirtschaftet werden.

## – Arzneimittelpreise

In der Arzneimittelversorgung konnten bisher keine sachgerechten Strukturen herbeigeführt werden. Der Arzneimittelmarkt – überschwert von einer riesigen Anzahl von Einzelpräparaten – ist unübersehbar. Die Vorstellung eines Marktes mit Funktionen, die den Nachfragern dienen, ist hier beinahe völlig in ihr Gegenteil geraten. Der Arzneimittelmarkt ist ein reiner Anbietermarkt. Sozialdemokraten wollen auf dem Arzneimittelmarkt der Anbietermacht eine gleich gut organisierte Nachfragermacht gegenüberstellen. Anbieterseite und Nachfragerseite müssen gleichgewichtige Marktteilnehmer werden.

Dies bedeutet im einzelnen, daß der pharmazeutische Unternehmer als Anbieter mit dem Krankenversiche-

rungsträger als Beauftragtem des Nachfragers über die Ware und vor allem über ihren Preis verhandeln muß. Direkte Vertragsbeziehungen zwischen Pharmaindustrie und Krankenkassen sind notwendig. Künftig sollen nur noch solche Arzneimittel zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden können, über deren Preis sich Krankenkassen und Arzneimittelhersteller geeinigt haben.

Diese neuen Aufgaben der Krankenkassen erfordern zusätzlichen Sachverstand. Deshalb sollen Krankenkassen und Kassenärzte ein gemeinsames Arzneimittelinstitut gründen, das den Arzneimittelmarkt sichtet und die einzelnen Präparate im Hinblick auf ihre Eignung für die kassenärztliche Verordnung bewertet.

## Die Institutionen reformieren

Das Gesundheitssystem besteht aus grundsätzlich getrennten Versorgungsbereichen, die sich unterschiedlich historisch entwickelt haben. Sie sind inhaltlich, organisatorisch und finanziell kaum verzahnt. Es fehlt eine zentrale Steuerung.

Die Forderung „mehr Markt im Gesundheitswesen“ geht am Kern des Problems vorbei. Denn der Nachfrager kann nur dort gegenüber dem Anbieter seine Aufgabe als Marktpartner wirksam wahrnehmen, wo er sachkundig und unabhängig die Qualität der angebotenen Leistungen beurteilen, Preis und Leistung ins Verhältnis setzen und zwischen nach Preis und Leistung unterschiedlichen Anbietern wählen kann. Alle diese Bedingungen sind im Gesundheitswesen nicht gegeben.

Sozialdemokraten wollen die bisher getrennten Versorgungsbereiche einander annähern und starre Grenzen überwinden. Ziel muß es sein, die Versorgungsbereiche institutionell miteinander zu verzahnen.

## – Planung

Im Gesundheitswesen findet bisher Bedarfsplanung nicht oder nur unzureichend statt. Dies ist direkte Folge der fehlenden Orientierung des Gesamtsystems. Künftig sollen die Krankenkassen eine umfassende Bedarfs- und Leistungsplanung erstellen. Zur Sicherstellung der Versorgung wirkt dabei die Krankenversicherung mit den Leistungserbringern des Gesundheitswesens zusammen. Zu diesem Zweck erhält sie das Recht, mit den Erbringern von Gesundheitsleistungen durch Verträge die Bereitstellung des entsprechenden Versorgungsangebots zu regeln. Auf der Basis der Bedarfsplanung reserviert sich die Krankenversicherung aus dem Gesamtangebot an Gesundheitsleistungen in Zusammenarbeit mit den jeweiligen Leistungserbringern denjenigen Teil, den sie benötigt, um ihre Mitglieder qualitativ hochstehend und wirtschaftlich zu versorgen.

Ärzte, Zahnärzte und Krankenhäuser, die von den Krankenkassen vertraglich zur Versorgung der Versicherten verpflichtet werden, schließen sich zu kassenärztlichen, kassenzahnärztlichen und Kassen-Krankenhausesvereinigungen zusammen. Diese Vereinigungen vertreten als Körperschaften des öffentlichen Rechts ihre Mitglieder gegenüber den Krankenkassen. Könnte die Krankenversicherung bisher weder die Zahl der Ärzte und Zahnärzte, noch das Angebot an Krankenhausbetten steuern, so erhält sie nunmehr einen wirksamen Einfluß auf den Umfang und die Gestaltung des Angebots. Vor dem Hintergrund der besonderen Strukturen im Gesundheitswesen, nach denen sich ein einmal entstandenes Angebot seine Nachfrage schafft, ist dies unverzichtbar. An die Stelle eines bisher herrschenden „Quasi-Kontraktionszwanges“ mit fast allen Leistungserbringern tritt nunmehr die auf vertraglicher Vereinbarung beruhende Leistungsberechtigung der Leistungserbringer, die erforderlich sind, um die Versicherten zu versorgen.

**Fortsetzung im nächsten Heft mit den Abschnitten »Ambulante Versorgung, Stationäre Versorgung, Arzneimittelversorgung, Weitere Leistungsbereiche« und dem Punkt »Das Sachleistungsprinzip verteidigen«**



# Ruhe- störung

## Studentenstreik in Bonn

**In der gesamten Bundesrepublik streikten im Juni die Medizinstudenten gegen den Arzt im Praktikum. Ein Bericht aus Bonn.**

Bundesweit hatten die Vereinigten Deutschen Studentenschaften (VDS) den Boykott ausgerufen, bundesweit sprach sich in Urabstimmungen die große Mehrzahl der Studenten für diesen Boykott aus. So blieben vielerorts, wie auch in Bonn, wo sich über 50 Prozent der in der Klinik Studierenden dafür ausgesprochen hatten, die Hörsäle leer. Stattdessen wurden Alternativveranstaltungen organisiert. So zogen am Donnerstagmorgen den 5. Juni über 500 Bonner Medizinstudenten von den Uni-Kliniken den Venusberg hinunter am Bahnhof vorbei in die Innenstadt.

Mit neuen Texten zu bekannten Liedmelodien wurde auch ein kräftiger Regenguß überstanden, und damit die Demonstration Bonner Bevölkerung auch wußte, warum diese Ruhe-störung nötig war, wurden Flugblätter mit einer Kurzinformation über den Arzt im Praktikum (AiP) verteilt. Dazu ge-

hörte eine Aufforderung, vorgedruckte Postkarten unterschrieben an die Gesundheitsministerin Rita Süßmuth zu schicken. Wer aber noch genauer wissen wollte, was an dem AiP so schlimm ist, konnte nicht nur mit uns sprechen, sondern auch ein treffliches Theaterstück bewundern, das die Situation in den Praktika im Studium verdeutlichen sollte: Ein Patient, Studenten en masse und wer da nicht zum Zuge kommt, empfiehlt Professor Schlauberg: »Das lernen sie doch alles noch in Ihrer Zeit als AiP.«

Am Freitag ging es dann weniger spektakulär, aber nicht minder interessant zu. Eine Podiumsdiskussion fand im überfüllten Hörsaal der Gynäkologie statt. Jede Menge Einladungen (auch an CDU und FDP) waren verschickt worden. Es kamen Herr Hammerschlag, Geschäftsführer des Marburger

Bundes, Herr Adam vom BPA, Herr Wüst und Frau Kalla (ÖTV), Herr Delorme (SPD), Frau Burkert von den Grünen, Dr. Scheidt, Sprecher der Assistenten der Bonner Klinik, Professor Renschler aus Bonn, Inhaber des einzigen in Deutschland existierenden Lehrstuhls für Didaktik der Medizin und, last not least, Professor Habeck mit einem Mitarbeiter aus Münster.

Dort war im vorigen Jahr ein Modellversuch zur Verbesserung des Studiums des Landes Nordrhein-Westfalen ausgelaufen, der aber weitergeführt wird. Man konnte sich also genau informieren, wie diese Alternative aus Münster aussieht. Wie stellt man es zum Beispiel an, außeruniversitäre Krankenhäuser in die praktische Ausbildung einzubeziehen, ohne daß sich die Studentenzahlen mit den Patientenzahlen erhöhen?

Ganz einfach: Mit den Kliniken werden keine festen Verträge geschlossen, sondern es existieren nur Absprachen. 30 Kliniken sind dort jetzt an der praktischen Ausbildung beteiligt. Diese externen Praktika wurden von anfänglich einer auf zwei Wochen erweitert. Manches läßt sich auch an Puppen üben.

Außerdem wurden in Münster in Anlehnung an das Maastrichter Modell Patienten ausgebildet, die für die Studenten eine Krankheit simulieren. Auch so läßt sich Anamnese lernen. - »Ja, ja, Münster ist da eine Ausnahme, das geht nur in Münster«, behaupten Regierungsvertreter. Aber sollte nicht, wer ernsthaft eine Alternative sucht, das erst einmal versuchen, statt von vornherein zu resignieren?

Interessant auch zu hören, daß Leute, die behaupten, unsere Ausbildung verbessern zu wollen, keine Experten wie Prof. Renschler zu den Multiple-Choice-Prüfungsfragen gehört worden. Sein Vorschlag sei aber, obwohl auch von der Westdeutschen Rektorenkonferenz unterstützt, von der zuständigen Referentin im Gesundheitsministerium, Schleicher, abgelehnt worden. Im übrigen, so Renschler, sei die Technik der Verlängerung statt Verbesserung der Mediziner-ausbildung seit 1870 immer mit dem gleichen Mißerfolg praktiziert worden.

Hieß entbrannte die Diskussion mit dem Vertreter des Marburger Bundes, die wegen der Widersprüchlichkeiten, die dieser Verband in seiner Pro-AiP-Argumentation aufweist, leider zeitraubend und wenig ergiebig war.

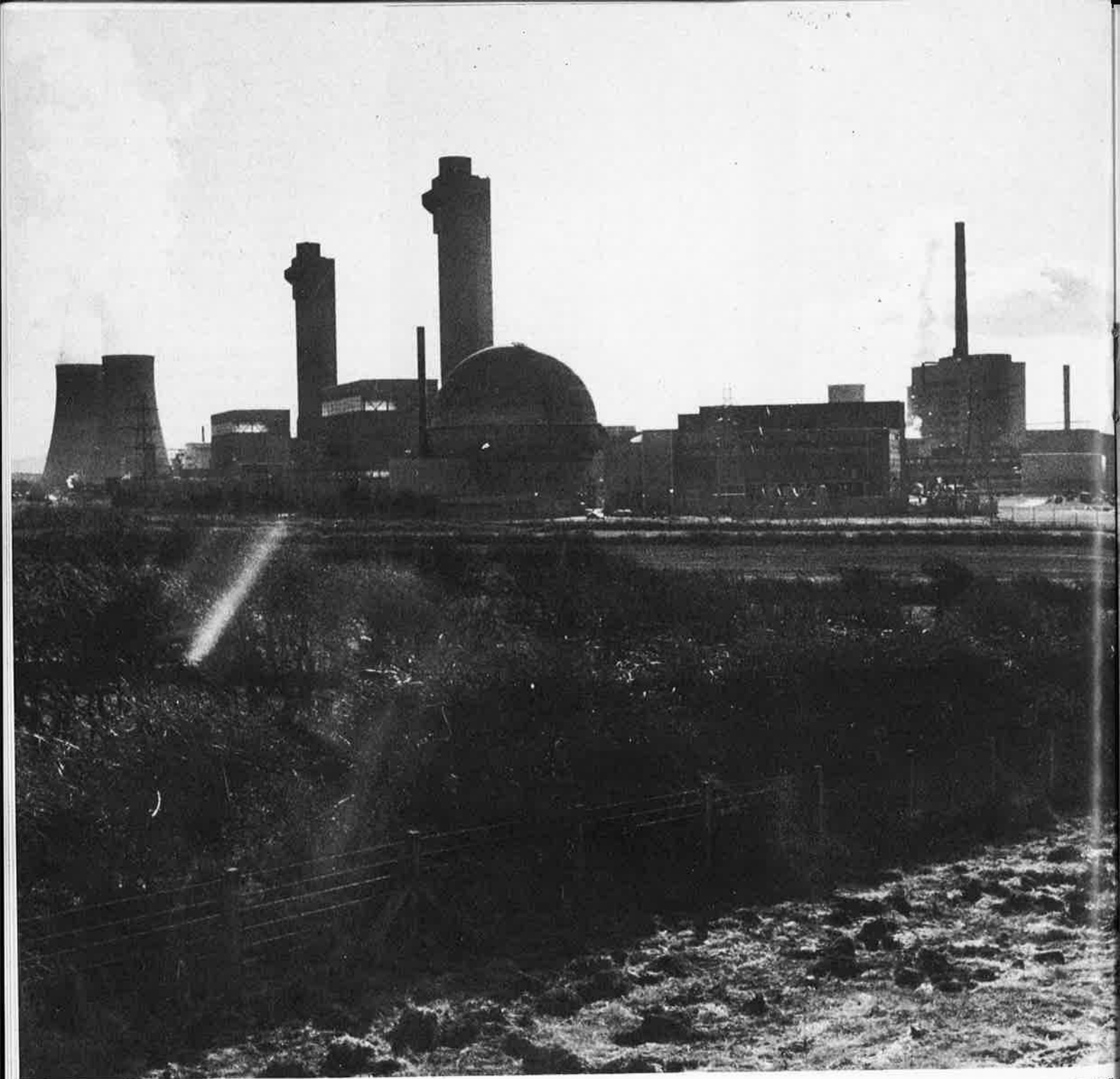
Alles zusammengenommen waren sowohl am Donnerstag wie am Freitag die gut besuchten Boykottveranstaltungen eine sehr gelungene und lohnende Sache. Bedauerlicherweise bleibt aber eines festzustellen: Sämtliche Professoren der Klinik waren zu der Veranstaltung am Freitag eingeladen. Außer Professor Renschler kamen nur zwei andere. Sollte das etwa das Interesse der Professoren an den Studenten, an der Verbesserung des Studiums, an ihrer eigenen Lehrtätigkeit widerspiegeln?

*Elisabeth Krandick*

Elisabeth Krandick studiert Medizin an der Universität Bonn



Foto: Ganz



Wiederaufbereitungsanlage Sellafield

# WAAhnsinn

Das Risiko wird unterschätzt

**Was nützt uns die Phrase vom Restrisiko, wenn nach dem Eintreten eines Unfalls nur noch Dunkelheit herrscht? Was nützen uns die Vorteile einer kerntechnologischen Energieproduktion, wenn ihre Nachteile nicht Realität werden dürfen, es aber offen-**



Foto: dpa, Linie 4/M. Jung

ied: katastrophale Auswirkungen bereits im Normalbetrieb

**bar unweigerlich tun. Auf der Tagesordnung steht der Ausstieg aus der Kernenergie. Stattdessen hält die Bundesregierung an Wackersdorf fest. Peter Walger zeigt, welche Gefahren von den Wiederaufbereitungsanlagen ausgehen.**

Verzweifelt versucht die Atomlobby zu retten, was zu retten ist. Der Schock von Tschernobyl hat sie erreicht und zeigt Wirkung. Die Front bröckelt. Aber lassen wir uns nicht täuschen. Die Hard-liner legen noch einen Gang zu.

In Wackersdorf finden Bürgerkriegsübungen statt. Was für die Pfälzer eine nie dagewesene Existenzbedrohung bedeutet, ist für die anderen eine bloße »chemische Fabrik«, die es militärisch zu sichern gilt. Im Hochtemperaturreaktor Hamm-Uentrop wird Tage nach Tschernobyl bei einem Störfall Radioaktivität frei, ob gewollt oder nicht, sei dahingestellt. Die Betreiber versuchen zu vertuschen. In den Wiederaufbereitungsanlagen La Hague in Frankreich und Sellafield in Großbritannien werden im Mai neue Störfälle mit akuten Versuchungen von Arbeitern bekannt. Für Minister Zimmermann erneuter Anlaß, die Lüge von den »Chemischen Fabriken« aufzufrischen.

»Normalbetrieb« und »Restrisiko«, »friedliche Nutzung« und »saubere Energie«, die Wortschöpfer der Atomlobby hatten viele Köpfe vernebelt.

Nach Dioxin und Glykol, nach Pershing und Methanol, nach Tripolis und Tschernobyl sollte einen Traurigkeit und Resignation erfassen, wenn dieses Einullen weitergeht. An Wackersdorf, Kalkar, Stade, Brokdorf, Hamm-Uentrop, Biblis und allen anderen werden wir erkennen, ob die Zeichen der Zeit verstanden wurden.

In einem unvergleichbaren Ausmaß tragen die beiden Wiederaufbereitungsanlagen La Hague in Frankreich und Sellafield in Großbritannien zur Strahlenbelastung der europäischen Bevölkerung bei. Für Sellafield ist der Anstieg der Krebsrate amtlich.

Die bundesdeutsche Atomlobby peitscht Wackersdorf durch – die Opfer sind jetzt schon absehbar.

Die Geschichte der Wiederaufbereitung ist eine Geschichte unübersehbarer Störfälle mit Verseuchungen von Arbeitern, Anwohnern und Umwelt. Die Wiederaufbereitung von Kernbrennstoffen ist ein Musterbeispiel für eine völlig verfehlte Technologieentwicklung mit einem Höchstmaß an ungelösten Sicherheitsrisiken. Es hat bislang keine einzige Wiederaufbereitungsanlage gegeben, die in etwa störfrei funktionierte.

Die Vorbilder für Wackersdorf sind allesamt ein Fiasko. Gefährlich schon im Normalbetrieb, hochgefährlich durch die Störanfälligkeit, kostspielig und energiepolitisch sinnlos zudem. Auch die neuesten Betriebserfahrungen bestätigen, daß diese Technologie nach wie vor nicht im Griff ist. In den letzten Jahren waren in der ganzen Welt nur drei Anlagen zur





Wiederaufbereitung von Leichtwasserreaktorbrennstoff in Betrieb.

Korrosionsschäden legten bereits nach kurzer Anlaufzeit die modernste Anlage in Tokai/Mura in Japan für eine lange Zeit still. Die französische Anlage in La Hague leistet seit 1976 nicht einmal 10 Prozent der geplanten Kapazität. In einzelnen Jahren gab es mehr Verseuchungsfälle als Tage. 1968 mußten die Betreiber von La Hague sämtliche Milch der benachbarten Bauern aufkaufen, weil diese mit radioaktivem Jod verseucht war. Durch Abnutzungerscheinungen versagten Werkstoffe, Röhren platzten und Ventile leckten.

Über Abwasserleitungen gelangen jährlich allein im Normalbetrieb erhebliche Mengen radioaktiver Stoffe, insbesondere Tritium, Ruthenium, Cäsium, Strontium und auch Plutonium ins Meer. Was durch Lecks infolge von Korrosion und Abnutzung hinzugekommen sein dürfte, unterwegs in den Boden eindringt und ins Grundwasser versickert, das wird wohl nie erfaßt werden.

Bis 1981 gab man offiziellerseits über 30 Lecks zu, die oftmals erst nach Tagen entdeckt wurden. 1980 hatte die radioaktive Verseuchung durch den Bruch einer Abwasserleitung ein solches Ausmaß erreicht, daß die Bewohner von Cherbourg bei regelmäßigem Genuß von Meerestieren eine jährliche Ganzkörperdosis von circa 120 mrem und eine Knochendosis von circa 2700 mrem erhielten.

Die rücksichtslose Ausnutzung des Standortvorteils durch unmittelbare Küstenlage führte auch durch die Wiederaufbereitungsanlage Sellafield in Windscale zu massiver Verseuchung der angrenzenden Meere, hier besonders der irischen See. Es wird geschätzt, daß europäische Fischkonsumenten allein aus dem Cäsium 137 in den Jahren 1969 bis 1976 mit einer Bevölkerungsdosis von 300 000 man-rem belastet wurden.

Mit man-rem soll die Strahlenbelastung ganzer Bevölkerungsgruppen prognostiziert werden. Sie entspricht dem Produkt aus Durchschnittsdosis pro Einzelperson in rem und der Gesamtzahl der Personen. Wichtig ist die Annahme, daß bei gleicher Bevölkerungsdosis

die gleiche Anzahl Schäden vorkommen wird, egal ob nun 300 000 Menschen mit einem rem belastet werden oder 30 Millionen Menschen mit einem Hundertstel rem.

Auch in Sellafield ist der Normalbetrieb die absolute Ausnahme. Kilometerlange Verseuchung der angrenzenden Strände, erhebliche Kontamination von Seetang, Muscheln und Fischen, die den Verzehr zu einem unkalkulierbaren Risiko werden lassen, und dann die Häufung von Leukämien bei Kindern und anderen Krebsarten bei Erwachsenen, inzwischen regierungsamtlich bestätigt. All diese katastrophalen Auswirkungen dieser britischen Wiederaufbereitungsanlage in ihrem „Normalbetrieb“ haben nicht nur die britische Öffentlichkeit zutiefst verunsichert.

## Bei allen Wiederaufbereitungsanlagen ist der Normalbetrieb die Ausnahme.

Die staatliche Kommission, die unter der Leitung des angesehenen Mediziners Sir Douglas Black die Zusammenhänge überprüfen sollte und kürzlich den Abschlußbericht vorlegte, hat damit möglicherweise den Anfang vom Ende der britischen Wiederaufbereitungsanlage eingeleitet. „Windscale/Sellafield ist die weltweit größte Quelle von radioaktiven Emissionen, und deshalb ist die irische See das radioaktivste Meer der Welt“, war kurz und bündig das Resümee.

Was jahrzehntelang unter dem Motto „Verdünnen und Verteilen“ ins Meer geleitet wurde, das scheint jetzt zu einem Gefährdungspotential anzuwachsen, dessen wahres Ausmaß sicher noch nicht abzuschätzen ist. Die Radioaktivität hat sich nämlich nicht, wie spekulativ erhofft, rasch verdünnt, sondern wird in seichte küstennahe Bereiche der Nordsee verdriftet. Die Sedimente der irischen See sollen allein im Bereich der Windscale-Anlage bereits über 100 Kilogramm Plu-

tonium 239 enthalten. In weiten Teilen besteht deshalb seit geraumer Zeit ein Verbot von Gasbohrungen, um das Aufwirlen der verseuchten Sedimente zu verhindern.

Die Wege der Radionuklide in die Menschen sind zwar im einzelnen vielfältig und kompliziert, aber sie existieren. Sei es über die Nahrungsketten des Meeres bis zum Fischkonsum, sei es über die Wege der Futtermittelbelastung in die Milch und das Fleisch oder über die Niederschläge direkt – zahlreiche radioaktive Substanzen gelangen über diese Umwege zum Teil erheblich angereichert in den menschlichen Organismus.

Auch die Erfahrungen mit der deutschen Pilotanlage in Karlsruhe sind alles andere als beruhigend. Störfälle und Freisetzungen von Radioaktivität über die genehmigten Höchstwerte hinaus gab es hier ebenso wie Phasen der Stilllegung, die zu einer erheblichen Verringerung der ursprünglich geplanten Kapazität der Anlage geführt haben.

Daß die Wiederaufarbeitung von Kernbrennstoffen ein gänzlich ungeeignetes Verfahren mit einer unübersehbaren Fülle nicht gelöster Probleme darstellt, das zeigen alle diese Erfahrungen. Auch wenn für Wackersdorf wesentliche Modernisierungen geplant sind, so sind grundsätzliche Probleme nach wie vor ungelöst.

In einer Wiederaufbereitungsanlage sollen aus den hochradioaktiven abgebrannten Brennelementen der Atomkraftwerke mit Leichtwasserreaktoren Uran und Plutonium von den anderen radioaktiven Stoffen abgetrennt werden. Es werden dafür folgende Gründe angeführt:

1. Die äußerst knappen Uranvorkommen sollen durch Wiedergewinnung von Uran gestreckt werden.

2. Das extrem gefährliche Plutonium soll für den Einsatz im zukünftigen Schnellen Brüter gewonnen werden. Hierdurch wäre man von Uranimporten völlig unabhängig.

3. Nach Abtrennung von Uran und Plutonium sollen die hochradioaktiven Brennelemente in eine endlagerfähige Form gebracht werden.

4. Die Nuklearindustrie erhofft sich bessere Exportmöglichkeiten, wenn auch Wiederaufbereitungsanlagen im Angebot sind.

5. Es kann die Option auf Kernwaffen durch die jederzeitige Verfügungsgewalt über Plutonium, dem Rohmaterial für Atombomben, offengehalten werden. Dieser letzte Grund wird selbstverständlich nicht öffentlich behandelt.

## 1000mal mehr Radioaktivität als ein Kernkraftwerk gibt eine Wiederaufbereitungsanlage ab.

An diesen Gründen wird mit einer Vehemenz festgehalten, die selbst von cingefleischten Befürwortern der Kerntechnologie nicht mehr in jedem Fall nachvollzogen wird. Längst hat sich zum Beispiel die chemische Industrie aus dem Geschäft mit der Wiederaufbereitung zurückgezogen.

Die deutsche Gesellschaft für Wiederaufarbeitung von Kernbrennstoffen (DWK) ist ein reiner Verbund der Elektrizitätsversorgungsunternehmen. Die Brüter-Technologie steht mit ihrer Investitionsruine in Kalmar vor einem Desaster, das wahrscheinlich ihr vorläufiges Ende bedeuten wird. Die Salzstöcke in Gorleben, als sicherer Tip für die todsichere Endlagerung gehandelt, entpuppen sich bei zunehmender Erforschung als lebendiger, aktiver Teil unserer Mutter Erde, zu allem anderen aber nicht zur sicheren Aufbewahrung des atomaren Müllbergs geeignet.

Forschungsminister Riesenhuber rührt das nicht. Unmittelbar nach der Katastrophe in Tschernobyl verkündete er in Monitor, von der hiesigen Wiederaufbereitungsanlage ginge mit Sicherheit kein Risiko aus. Die WAA sei schließlich nicht mehr als eine chemische Fabrik.

Eine derartige Fehlinformation zu verbreiten, kann nicht

mit purer Unkenntnis entschuldigt werden. Diese dürfte bei Herrn Riesenhuber auch unter Berücksichtigung sämtlicher mildernder Umstände nicht angenommen werden. Nein, hier steckt eine bewußte Strategie der Verharmlosung und Irreführung der Öffentlichkeit dahinter, wie sie seit Jahren typisch ist für die Praxis der Betreiber und Befürworter der Kerntechnologie.

Erinnert sei da nur an das vernichtende Urteil zahlreicher unabhängiger, kritischer Wissenschaftler aus dem In- und Ausland, denen die niedersächsische Landesregierung 1979 nach massivem Druck der Bevölkerung im Zuge der Vorbereitungen des Gorleben-Hearings Einblick in die Pläne der DWK geben mußte.

Das Urteil der Wissenschaftlergruppe: Eine Wiederaufbereitungsanlage berge allein durch die Lagerung großer Mengen radioaktiver Stoffe zum Teil in flüssiger Form ein hohes Katastrophenpotential in sich; sie gebe schon im Normalbetrieb erhebliche Mengen radioaktiver Stoffe an die Umgebung ab; sie erzeuge große Mengen verschiedenartiger Abfälle, deren Endlagerung erst noch gesichert werden müßte; es existierten schwere betriebliche Probleme durch schlechtes Funktionieren des sogenannten Purex-Prozesses, das heißt, des chemischen Verfahrens, mit dessen Hilfe Uran und Plutonium aus den Brennstäben getrennt wird; und letztendlich stehe der riesige Aufwand energiepolitisch in keinem Verhältnis zu der geringen Rohstoffrückgewinnung.

Ohne Berücksichtigung der Störfälle – das fällt schwer, wenn man an die bereits existierenden Wiederaufbereitungsanlagen denkt – gibt eine WAA im Normalbetrieb etwa 1000mal mehr Radioaktivität an die Umgebung ab als ein übliches Kernkraftwerk. Die Emissionen unterscheiden sich auch qualitativ von denen der Kernkraftwerke.

So wird zum Beispiel überwiegend das Edelgas Krypton mit einer Halbwertszeit von 10,8 Jahren ausgeschieden, während es sich bei Kernkraftwerken überwiegend um das Xenon mit einer Halbwertszeit von 5,3 Tagen handelt. Auch die Jodbelastung der Bevölkerung unterscheidet sich beträchtlich. Etwa

3,8 mal höher liegt der Anteil des langlebigen Jods 129 an der Gesamtjodemission (Halbwertszeit 16 Millionen Jahre).

Da insgesamt 6 bis 17mal mehr radioaktives Jod bei einer geschätzten Jahreskapazität von 700 Tonnen Brennelementen abgegeben wird, errechnet sich aus diesem höheren Anteil des langlebigen Jods 129 eine etwa 23 bis 64mal höhere radioaktive Belastung der Bevölkerung. Bei der Lagerung, dem unter Umständen viele hundert Kilometer langen Transport und der erneuten Lagerung in der WAA muß sorgfältig darauf geachtet werden, daß sich keine kritischen Massen bilden, die zu sogenannten Kritikalitätsunfällen mit atomaren Explosionen führen können.

Das aggressive chemische Trennungsvorgehen birgt eine Fülle von Problemen, die sich in Form von Korrosionsschäden, Verlusten von Radioaktivität durch Lecks oder Verdampfen äußern. Einige Substanzen wie Krypton und Tritium können so gut wie überhaupt nicht zurückgehalten werden, andere, wie Jod, nur durch aufwendigste Filteranlagen und auch dann nicht hundertprozentig.

Ein weiterer Risikofaktor ist die Lagerung hochradioaktiver Lösungen zwischen einzelnen Verfahrensschritten. Die dabei freigesetzte Zerfallswärme muß abgeführt werden, aufwendige Kühlungen und Belüftungen sind erforderlich. Bei Ausfall dieser Systeme sind schlimmstenfalls katastrophale Freisetzungen mit radioaktiver Verseuchung von Hunderttausenden von Quadratkilometern möglich.

Ein weiteres ungelöstes Problem ist die Sicherung und Kontrolle der durchgesetzten Plutonium-Menge. Die Meßgenauigkeit bei der Bilanzierung beträgt bestenfalls rund ein Prozent. Bei einer 350 Jahrestonnenanlage können jährlich circa 33 Kilogramm Plutonium abgezweigt werden, ohne daß zwischen tatsächlichem Verlust oder meßtechnischer Ungenauigkeit unterschieden werden kann. Diese Menge reicht bereits für die Herstellung mehrerer Atomsprengkörper.

Dieses gesamte Risikopotential wird von den Genehmigungsbehörden nicht nur durch die Negierung der extremen Störanfälligkeit und den daraus

folgenden häufigen Freisetzungen von Radioaktivität an die Umwelt unterschätzt, sondern auch durch eine Reihe fehlerhafter Beurteilungskriterien, die in die Berechnung der Normalbelastung eingehen.

Nicht berücksichtigt werden zum Beispiel unterschiedliche chemische Formen einzelner Nuklide. So wird die Anreicherung von radioaktivem Wasserstoff (Tritium) in organischen Verbindungen vernachlässigt. Gebundener radioaktiver Wasserstoff ist jedoch wesentlich giftiger als in bloßem Wasser. Plutonium wird nur in der vierwertigen Form bewertet, andere Wertigkeiten ergeben eine zwei- bis vierfach höhere Schädlichkeit. Cobalt wird nur in seiner anorganischen Form einbezogen. In der organischen Verbindung, etwa im Vitamin B12 eingebautes Cobalt 60, führt jedoch über den Milchkonsum zu einer 280 bis 2300fach höheren Strahlenbelastung.

Individuelle Faktoren, die abhängig sind vom gesundheitlichen Zustand einzelner betroffener Menschen, von ihrem Alter, ihrer Nahrungsform und ihren Nahrungsgewohnheiten werden überhaupt nicht miteinbezogen.

Maß ist der gesunde, 70 Kilogramm schwere Standardmensch mit einer durchschnittlichen Ernährungsgewohnheit sowie das gesunde Standardkleinkind mit einer Jahresmilchmenge von 300 Litern. Daß hier im Einzelfall erhebliche Abweichungen des Individualrisikos auftreten können, liegt auf der Hand.

Typisch auch die Festlegung der sogenannten Transfer-Faktoren, das heißt der Rechengrößen, mit denen die Anreicherungen in den einzelnen Schritten der Nahrungskette quantifiziert werden. In der großen Spannweite internationaler Studien werden häufig sehr unterschiedliche Transfer-Faktoren ermittelt, die bundesdeutschen Genehmigungsbehörden wählen sich grundsätzlich nur die im untersten Wertebereich aus.

Berücksichtigt man sämtliche aufgeführten Beispiele, so ist ersichtlich, daß im Ergebnis wesentlich zu niedrige Strahlenbelastungen vorgetäuscht werden, das Potential möglicher Gesundheitsschäden daher im Einzelfall erheblich unterschätzt wird. □

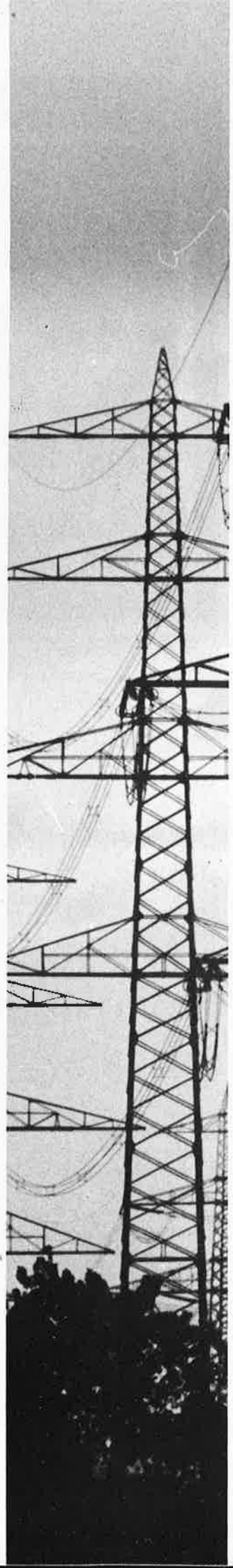


Foto: Linie 4/M. Bauer



Der Zukunftsforscher Robert Jungk: »Unsere Zukunft liegt auf der Erde, nicht im Weltall.«



Aus mehr als 70 Städten kamen Besucher mit dem Fahrrad. Alle Wege führten am 7. Juni nach Würzburg.

# Umwelttag



## Würzburger Erklärung

Das Leitwort des Deutschen Umwelttages »Ja zum Leben – Mut zum Handeln« fordert uns auf, anders, bewußter zu leben. So mit Technik und Fortschritt umzugehen, daß sie uns dienen, und daß wir uns nicht, nach den Sternen greifend, unserer Lebensbedingungen berauben und unseren Planeten zerstören. Es fordert uns auf, über die Programme der Parteien hinaus parteilich zu sein: für ein menschenwürdiges Leben, für eine lebendige, lebensfreundliche Umwelt.

Die Teilnehmer des Deutschen Umwelttages haben in acht Foren und 53 Arbeitskreisen und Fachtagungen eine Fülle von

Problemen und Lösungsvorschlägen diskutiert. Als Ergebnis dieses Deutschen Umwelttages erklären und fordern sie:

### 1. Zur Landschaft

Wir alle übernutzen die Landschaft: Industrie, Landwirtschaft, Freizeit und Erholung. Diese Übernutzung muß ein Ende haben. Vorrangiges Ziel ist die Erhaltung der Lebensräume. Menschliches Handeln darf nicht zum Artentod führen. ( . . )

### 2. Zur Landwirtschaft

Naturschutz und bäuerliche Landwirt-

schaft gehören zusammen. Nur der klein- und mittelbäuerliche Betrieb kann die Voraussetzungen für eine ökologisch gesunde Kreislaufwirtschaft schaffen, die zugleich Ausweitung von Schutzgebieten langfristig in vielen Fällen entbehrlich macht. Die Bauern dürfen nicht zu Opfern industrieller Produktionsformen gemacht werden. Aber auch sie stehen in der Verantwortung umweltverträglich zu wirtschaften. ( . . )

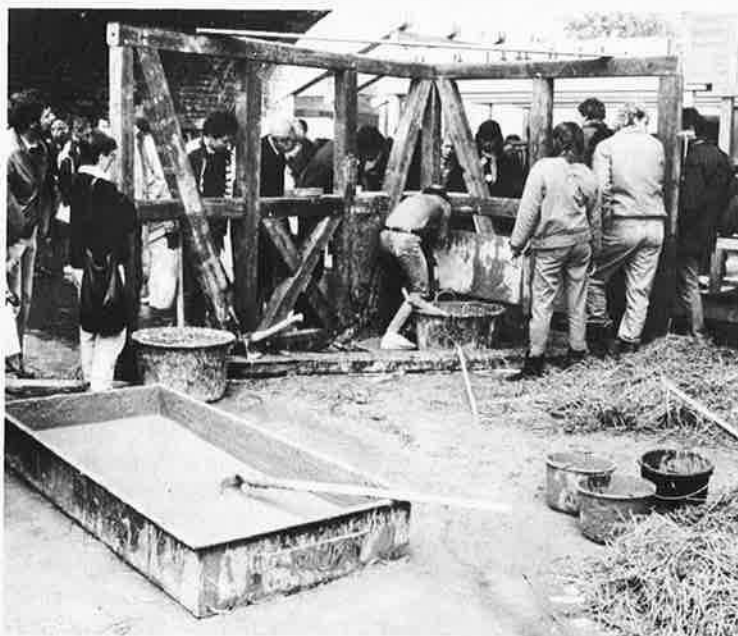
### 3. Zur Wirtschaft

Marktwirtschaftliche Instrumente wie Umweltabgaben oder Steuern sind nur dort





Auch dafür war Platz in Würzburg: Individualdemo auf der Juliusallee.



Anleitung zum biologischen Bauen auf dem Öko-Markt. Unzählige Initiativen zeigten lebenserhaltende Kreativität.

berechtigt, wo sie gleichzeitig der Umweltverbesserung dienen. Die Kosten möglicher Umweltschäden müssen in die betriebliche Kalkulation mit einfließen. Umweltbelastende Produktionszweige müssen zur Sicherung der Arbeitsplätze vorrangig saniert werden. (. . .)

#### 4. Zur Technik

Die Weiterentwicklung der Technik ist auf dem Gebiet der Umweltvorsorge entscheidend voranzutreiben. Neue Technologien sind öffentlicher Kontrolle zu unterziehen. Verfahren zur Abschätzung der Technologiefolgen durch neu zu schaf-

fende unabhängige Institutionen sind dafür Voraussetzung. (. . .)

#### 5. Zur Forschung und Ausbildung

Eine massive Förderung von Forschung und Ausbildung im biologisch-ökologischen Bereich ist dringend notwendig. Hier bestehen besonders große Defizite. Vor allem sind die systematischen Grundlagen und die Artenkenntnisse zu vertiefen und zu vermitteln. (. . .)

#### 6. Zum Umweltrecht

Im Umweltschutz herrscht mehr rechtli-

ches Chaos als rechtliche Ordnung. Schutzniveau und Kontrolle sind unzureichend. Wir fordern bessere Gesetze und Abbau der Vollzugsdefizite. (. . .)

Die Umweltbewegung hat sich in einem breiten Bündnis von Natur- und Umweltschützern, Friedensbewegten, Bürgerinitiativen, Bauern, Christen und Verbrauchern ohne ideologische Scheuklappen und ohne parteipolitische Abgrenzungen zu diesem Deutschen Umwelttag zusammengefunden. Idee, Planung und Vorbereitung haben ein hohes Maß von Gemeinsamkeit entstehen lassen. Diese Gemeinsamkeit werden wir weiter praktizieren.

Foto: Linie 4/M. Jung

# Hinter den Kameras

Wo kein Fußballer und kein  
Reporter hinkommt,  
brauchen auch die  
Trümmer nicht beseitigt zu  
werden. Studenten aus  
Mexiko und aus dem  
Ausland arbeiten in einem  
Projekt in Ciudad Guzman,  
einem der Orte, die dem  
Großereinemachen nicht  
unterzogen wurden.

Gesundheitserziehung  
nach dem Erdbeben

19. September 1985, 7 Uhr 26  
morgens: Ein schweres Erdbe-  
ben der Stärke 8.1 auf der inter-  
nationalen Richterskala er-  
schüttert Mexiko. Dieses Land  
hat wie alle Länder der soge-  
nannten »Circumpacific Zone«  
eine statistische Chance von 68  
Prozent vom nächsten Erdbe-  
ben auf der Erde betroffen zu  
sein. Die Medien, die die Nach-  
richt ein paar Stunden später  
verbreiten, malen ein Bild des  
Schreckens; Tausende von To-  
ten, Trümmerberge, verzwei-  
felt arbeitende Hilfsmannschaf-  
ten. Das Erdbeben trifft vier  
Orte in Mexiko: drei Klein-  
städte mit zusammen etwa  
120 000 Einwohnern und eine  
Großstadt, die Hauptstadt. Die  
größte Stadt der Welt mit etwa  
18 Millionen Einwohnern.

Die Bilder, die uns erreichen,  
kommen aus Mexiko-City, be-  
richten von etwa 10 000 Toten  
und 400 zerstörten oder unbe-  
wohnbaren Gebäuden. Was sie  
nicht zeigen, ist die große Zahl  
an Hilfsgütern, die im Korrup-  
tionsdickicht verschwinden; das  
Einkaufszentrum und die Ge-  
schäfte, die weiter ihrem tägli-  
chen Betrieb nachgehen, kaum  
einen Steinwurf vom, stark be-  
troffenen Zentrum der Stadt  
entfernt; die Armee, die erst  
nach drei Tagen beginnt, Stra-  
ßen abzusperren, um Plünde-  
rungen zu vermeiden; die  
Schaulustigen, die nach Be-  
kanntwerden der Katastrophe  
zum »Schauen« aus den um-  
und weiter außerhalb liegenden  
Stadtteilen ins Zentrum strö-  
men; die Lage außerhalb der  
Hauptstadt . . .

Ein schlauer Mensch rechnet  
aus, daß etwa 5 Prozent der  
Einwohner der Hauptstadt di-  
rekt vom Erdbeben betroffen  
sind . . . Ein Minister verkün-  
det, daß in etwa vier Wochen,  
dank der Kredite, die die Re-  
gierung zur Verfügung stellen  
wird, die ersten Häuser wieder-  
aufgebaut werden . . .

Ciudad Guzman, eine Klein-  
stadt im Bundesstaat Jalisco  
etwa 650 Kilometer südöstlich  
von Mexiko-City, erlebt das 40.  
Erdbeben, seit dem Jahre 1543.  
Viele dieser Beben zerstörten  
die Stadt teils oder ganz, zuletzt  
1947. Sie liegt in einer der sei-  
smologisch aktivsten Zonen der  
Erde. Ein Notstandsplan für  
den Fall eines Erdbebens exi-  
stiert nicht. Aus Ciudad Guz-  
man und den anderen beiden  
betroffenen Orten erhalten wir  
keine Bilder mediengerecht ins  
ferne Europa serviert.

Ciudad Guzman zählt 82 000  
Einwohner und ist ein regiona-

les Zentrum. Beim Erdbeben kamen hier 38 Menschen ums Leben, weitere 722 werden verletzt. 2640 Häuser und Wohnungen werden ebenso zerstört, wie 28 Schulen, neun Kirchen und 14 Fabriken. Insgesamt sind in Guzman etwa 8 000 Menschen direkt vom Erdbeben betroffen, knapp zehn Prozent der Bevölkerung. Hilfe stellt sich hier sehr bald ein. Die Kirche sammelt Geld zum Wiederaufbau der Kathedrale, und der Staat verteilt Trockenmilch.

## Ungewöhnliche Hilfe

Und doch verlaufen die Hilfsmaßnahmen dieses Mal etwas anders als sonst und anders als in der Hauptstadt. Es gesellt sich eine dritte nichtprivate Gruppe hinzu und organisiert Hilfsmaßnahmen, vor allem im medizinischen Bereich, in Form von Projekten. Die Universität von Guadalajara und ihre Studenten, vor allem Mediziner und Architekten, verstehen ihre Hilfsmaßnahmen als Solidaritätsbeitrag für die Einwohner von Ciudad Guzman. Guadalajara ist die Hauptstadt von Jalisco und Mexikos zweitgrößte Stadt. Sie liegt etwa 120 Kilometer nördlich von Guzman.

Die Projekte im Medizinbereich waren auf ein halbes Jahr begrenzt und liefen im Februar 1986 aus. Sie sahen im einzelnen vor: Erste Hilfe und Wiederherstellung einer Basisgesundheitsversorgung durch Einrichtung von Ambulatorien in allen Stadtteilen, Trinkwasserbereitstellung und Lebensmittelverteilung, Impfprogramm, Aufbau von Gesundheitskomitees und Unterricht im hygienischen, familiären und Gesundheitsfragen, Erstellung eines Zerstörungs- und Erkrankungskatasters der Stadt durch Haus-zu-Haus Besuche, um die Folgen des Erdbebens zu dokumentieren.

Alle Medizinstudenten des siebten Semesters führen in Kleingruppen für jeweils eine Woche nach Guzman und arbeiteten dort in einer der oben geschilderten Maßnahmen. Unterstützt wurden sie durch Freiwillige und Studenten aus Guzman, die am dortigen Krankenhaus ihr soziales Jahr absol-

vierten. Organisiert wurde dieses Hilfsprogramm von Studentenschaft und Universität.

Der gravierendste Unterschied zu anderen Hilfsprogrammen war die Verbindung von Hilfeleistung und Gesundheitserziehung, um neben der Behandlung durch vor allem präventive Maßnahmen eine Verschlimmerung der Situation beziehungsweise einen Ausbruch bestimmter Krankheiten zu vermeiden. Daß ein Programm, das zu einer Gesundheitserziehung und Bewußtseinsbildung der Menschen führt, in starkem Gegensatz zu den staatlichen Alibiprogrammen steht, macht die Akzeptanz durch Regierungsstellen und die Organisation nicht einfacher.

Trotz aller organisatorischer und bürokratischer Schwierigkeiten waren die Erfahrungen mit diesem Programm aber so gut, daß sie die Basis für ein Pilotprojekt bildeten, das über einen neuen Ansatz, gemäß der Alma-Ata-Erklärung der WHO, versucht, in vier ausgesuchten Gebieten der Prävention einen größeren Stellenwert in der Gesundheitsversorgung einzuräumen.

Eines dieser Gebiete wird Ciudad Guzman sein.

## Prävention soll noch Schlimmeres verhindern.

Als ich fünf Monate nach den Beben in die Stadt komme, sind die versprochenen sofortigen Kredite zum Wiederaufbau noch nicht angekommen, liegen ganze Straßenzüge der ebenerdigen Häuser in Trümmern, wohnen immer noch einige hundert Menschen in den Klassenzimmern der Grundschule, haben die bebenerprobten Bewohner die Schäden und Mängel »verwaltet«. An die Kreditzusagen geglaubt hat keiner. In der Zeitung ist zu lesen, daß 2,1 Prozent der Gebäude in der Stadt wieder im Aufbau sind. Hier findet keine Fußballweltmeisterschaft statt, folglich braucht der Öffentlichkeit auch kein aufgeräumtes Stadtbild präsentiert zu werden. Der spärliche Wiederaufbau basiert auf privater Initiative. Die wenigsten haben das Geld dazu.

Seit Ende März 1986 kommen wieder Studenten in die



Notkrankenstation in Ciudad Guzman

Stadt. Für sie ist im achten Semester ein vierwöchiges Praktikum in »Salud Publica« (Public Health) eingerichtet worden, in dessen Rahmen sie in oben beschriebenen Pilotprojekt arbeiten werden. Ihre Tätigkeiten dort sind in Ausbildungszielen festgelegt worden und umfassen die Einrichtung von Ambulatorien, das Durchführen von Hygienemaßnahmen und das Erstellen von Ernährungsstudien ebenso wie die Organisation von Unterricht und den Versuch, Motivation und Vertrauen der Menschen in dieser medizinisch bisher schlecht versorgten Gegend zu steigern.

Die Medizinstudenten der Universität von Guadalajara sind Mitglied der internationalen Medizinstudentenorganisation IFMSA (International Federation of Medical Students Associations). Und hier bietet sich der Ansatzpunkt für Studenten anderer Nationalität, zum Beispiel aus der Bundesrepublik, zu lernen und zu helfen. In Zusammenarbeit mit den Mexikanern wurde in Guadalajara ein Projekt aufgebaut, das eine viermonatige Ausbildung in Public Health für Medizinstudentinnen und -studenten am Ende ihres Studiums und junge Ärzte und Ärztinnen vorsieht. Bestandteil der Ausbildung ist ein theoretischer Teil an der Fakultät für Salud Publica (Public Health) der Universität und ein längerer praktischer Anteil in oben beschriebenen Pilotprojekt in Ciudad Guzman.

Hinzugefügt wurden eine Einführungsphase (Land, Leute, Stadt, Problem etc.) am Anfang, sowie eine Auswertungsphase am Ende zur Durchsicht erhobener Daten und Statistiken und deren Um-

setzung in Konzepte und Aktionsvorschläge.

Voraussetzungen sind ausreichende Spanischkenntnisse, fünf oder sechs klinische Semester oder die Approbation, Interesse an Fragen und Problemen von dem, was auf neudeutsch mit »öffentlichem Gesundheitswesen« übersetzt, treffender wohl aber mit dem englischen Begriff »Public Health« bezeichnet wird, einiges an Idealismus und die Bereitschaft, sich mit dem Land und den Leuten auseinanderzusetzen. Dieses Ausbildungsprojekt mit dem Namen »Salud Publica« läuft im Oktober 1986 an und wird dann zweimal pro Jahr für etwa zehn bis fünfzehn »Internacionalistas« organisiert.

Die IFMSA zählt Mitglieder in über 45 Ländern der Welt und hält Kontakte zu Studentenorganisationen in weiteren 50 Staaten. Die organisierten Aktivitäten umfassen die Bereiche Ausbildung (Medical Education), Verhinderung eines Atomkrieges (Prevention of Nuclear War), Public Health, Famulaturaustausch (Professional Exchange) und Flüchtlinge (Refugees). Die IFMSA arbeitet mit einer Vielzahl von Organisationen zusammen und hat einen offiziellen Kontakt zur Weltgesundheitsorganisation (WHO). Die bundesdeutsche Vertretung liegt bei der Fachtagung Medizin in der vds und dem Westdeutschen Famulantenaustausch.

Klaus Berger

Klaus Berger war bundesdeutscher Vertreter der IFMSA. Zur Zeit macht er sein Praktisches Jahr in Bochum. Anfang dieses Jahres arbeitete er drei Monate lang in Mexiko. Interessenten an dem Projekt können sich an ihn wenden. Seine Adresse lautet: Drusenbergstr. 26, 4630 Bochum 1.



# Kampagne mit Wirkung

## Große Koalition gegen Pro Familia

Am 28. Mai wurde das Pro Familia Zentrum in Gießen offiziell eröffnet, ein Zentrum, das die Ausweitung des umfassenden Beratungsangebots der Pro Familia auf ambulante medizinische Leistungen ermöglicht, insbesondere Schwangerschaftsabbrüche und Vasektomien (Sterilisation beim Mann). Die Wogen der Erregung schlugen und schlugen hoch in der Region über das »Kinderschlachthaus«. Es ist kaum möglich, eine nüchterne Bestandsaufnahme über die Ziele des Projekts Familienplanungszentrum vorzunehmen.

Seitdem die Anregung aus Bremen kam, dem ersten Zentrum dieser Art in der Bundesrepublik, sind auch im hessischen Landeshaushalt Mittel für Familienplanungszentren vorgesehen. Entsprechende Einrichtungen arbeiten bereits in Rüsselsheim und Kassel unter dem Dach der Pro Familia, übrigens durchaus nicht unumstritten in diesem Verband, der sich der Beratung in Sachen Sexualität und Familienplanung verschrieben hat. Kernpunkt des Zentrums-Konzepts ist die Versorgung 'unter einem Dach'. Für ungewollt schwangere Frauen bedeutet dies, daß sie in ihrer schwierigen Lage nicht mehr wie bisher verschiedene Stellen aufsuchen und weite Strecken fahren müssen, sich nicht mehr Demütigung und Diskriminierung aussetzen müssen, um zu einem legalen Schwangerschaftsabbruch zu kommen. Sie können nunmehr im Pro Familia Zentrum Indikation und Schwangerschaftskonfliktberatung erhalten und sich nach der gesetzlich vorgeschriebenen Frist von drei Tagen auch ambulant medizinisch versorgen lassen, wenn sie sich für einen Abbruch entschieden haben.

Schwerpunktarbeit aber bleibt die Beratung, besonders im Bereich der Familienplanung (Empfängnisverhütung ebenso wie bei unerfülltem Kin-

derwunsch), bei Problemen mit Sexualität und Partnerschaft oder bei sozialrechtlichen Fragen. Jetzt will das Team (fünf Frauen, zwei Männer), das bis jetzt sehr beengt mit drei Räumen auskommen mußte, sich auf die Gruppenarbeit ausweiten, besonders im Bereich der Prävention, mit Jugendgruppen und Schulklassen, aber auch durch Gruppen für Männer, Frauen nach dem Abbruch, Seminare für Eltern und Erzieher zu Sexualität und Sexualerziehung. Auch Kurse zur Geburtsvorbereitung soll es nun geben.

Damit wird klar, was Pro Familia Zentrum für die Mitarbeiter auch heißt: Sie wollen damit die weit verbreitete Trennung aufheben zwischen 'guten' Frauen, die eine Schwangerschaft austragen und 'schlechten' Frauen, die eine Schwangerschaft abbrechen lassen. Tatsache ist, daß jede Frau in ihrem Leben mit einer ungewollten Schwangerschaft konfrontiert wird; daß Frauen, die irgendwann einen Schwangerschaftsabbruch haben, auch Kinder gebären; daß viele Frauen, die Verhütungsmittel anwenden, dennoch schwanger werden. Seit die konservative Gießener Allgemeine einen reißerischen Artikel mit dem Titel »1040 Abtreibungen geplant« veröffentlichte und die Gefahr heraufbeschwor, »daß Frauen – überspitzt formuliert – mal eben zwischen Einkaufsbummel und Nachmittagskaffee einen Abbruch vornehmen ... lassen ...« und das »quasi zu Discountpreisen«. Gleichzeitig begannen die Evangelische Allianz und andere Gruppierungen eine Kampagne für das ungeborene Leben. Unzählige Leserbriefe sprachen eine wenig fromme Sprache, von Massenmord und Holocaust war die Rede,

War es Prinzip der faschistischen Bevölkerungs- und Gesundheitspolitik, (nicht nur) den Frauen das Recht auf Selbstbestimmung über den eigenen Körper bis hin zur Ge-



»Seltsame Begegnung der Dritten Art«, schrieb die Alternativzeitung »Elefantenklo« zu diesem Foto.

bärflicht zu nehmen, so scheint den heutigen Abtreibungsgegnern diese Verbindungslinie bei ihrem Kampf für das ungeborene Leben nichts auszumachen. Sie erklären sich sogar, wie ihr Sühnegottesdienst in Hadamar am 10. Mai zeigte, selbst zu Antifaschisten.

Schlimm ist an dieser Kampagne besonders die Ausbeutung der Ängste und Zweifel der betroffenen Frauen, die Verunsicherung darüber, ob frau denn jetzt wieder nach Holland fahren müsse. Über 20.000 Unterschriften gegen die sogenannte Abtreibungsklinik hat die Evangelische Allianz in Mittelhessen gesammelt und öffentlich an Oberbürgermeister Manfred Mütz (SPD) und Sozialminister Armin Clauss (SPD) übergeben.

Trotz vieler Solidaritätsbekundungen und -aktionen, besonders von Frauengruppen, hat die Kampagne der Evangelischen Allianz Wirkung gezeigt: Die Mitarbeiter sind zwar umgezogen, doch die Räume können nicht eingerichtet werden, Rechnungen für den Umbau können nicht bezahlt werden, jeden Monat gibt es Probleme, die Miete zusammenzubekommen, denn die Auszahlung der Zuschüsse von Stadt und Kreis verzögert sich.

Sozialminister Clauss hat zwar Mitte März eine Förde-

rung von rund 93.000 Mark zur Finanzierung von Umbaumaßnahmen, Einrichtungsgegenständen und medizinischen Geräten bewilligt, doch die Auszahlung macht er nun plötzlich von einer Überprüfung der Arbeit und Konzeption durch das Regierungspräsidium Gießen abhängig – obwohl die beiden hessischen Pro Familia Zentren in Rüsselsheim und Kassel seit Jahr und Tag entsprechend arbeiten. Auch der ebenfalls rotgrün regierte Landkreis will die bereits bewilligten 21.000 Mark vorläufig nicht auszahlen.

Die Kampagne zeigt Wirkung. Auch in den politischen Gremien besteht die Gefahr, aufzuspalten in den 'guten' Bereich der Beratung, der gefördert werden soll, und den 'schlechten' der ambulanten Schwangerschaftsabbrüche, mit dem man nun – allen Wahlprogrammen zum Trotz – doch lieber nichts zu tun haben will. Jedes Kind hat ein Recht, erwünscht zu sein. Durch restriktive Maßnahmen werden weder Schwangerschaftsabbrüche verhindert, noch wird die Bereitschaft, mehr Kinder zu haben, stimuliert. Zu letzterem ist Hoffnung nötig. Hoffnung aber kann man weder lehren noch verordnen.

Wolfgang Schreiner

Wolfgang Schreiner ist Diplompädagoge und Familientherapeut. Er arbeitet bei der Pro Familia in Gießen.

# Mir geht's doch gut, oder?

## Nachtgedanken eines arbeitslosen Arztes

**Was für andere Beschäftigte seit Jahren bittere Realität ist, kommt nun auch auf Ärzte zu. Die Erfahrung, daß ihre Arbeitskraft nicht gebraucht wird.**

Es ist nachts um halb vier, und ich kann nicht schlafen. Das passiert mir sonst nie, deshalb lohnt es sich wohl, mal drüber nachzudenken; warum nicht. Immerhin können viele der 2,4 Millionen Arbeitslosen auch nicht schlafen, manchmal oder öfter. Also setze ich mich an meinen Schreibcomputer – so gut geht es mir, ich hab so was – und schreibe mir mal den Kram von der Seele:

Ich bin Arzt, also schon mal ganz deutlich privilegiert, oder? Und arbeitslos, na ja, gemeldet halt, da ich für einige Monate wissenschaftlich arbeite, was mir niemand bezahlt außer dem Arbeitsamt. Das finde ich noch nicht so schlimm, aber plötzlich kann ich nicht schlafen, wache nachts um drei auf, weil ich nicht das arbeiten kann, was ich will. Verdammt, schon wieder ein Privileg, viele Hunderttausende können überhaupt nicht arbeiten, und ich jammere, weil ich nicht meinen Traumjob finde?

Viele Ärzte verdienen recht gut an den Krankheiten, die die Arbeitslosen haben, an psychosomatischen Erkrankungen, auch Depressionen, Schlaflosigkeit, hoppla, da bin ich schon wieder, auch ich? Nur daß ich es gleich merke, mich zu wehren versuche, daß ich Menschen habe, bei denen ich mich ausheulen kann, mit denen ich was organisiere, streite, politisch arbeite. Nicht zuletzt Kontakte zu Zeitungen, die solche nächtlichen Seelenergüsse vielleicht drucken, so daß ich mir die Wut wegschreiben kann, daraus Kraft gewinne für die weitere Arbeit. Na, das klingt schon wieder recht optimistisch, aber ich fühle mich da nicht so sicher.

Ich wachte heute nacht auf mit einer Wut über die Arroganz der hiesigen Chefärzte, die ich bei der Stellensuche erlebt habe. Es ist schier unglaublich. Seit etwa einem halben Jahr bemühe ich mich um eine Arztstelle in einer inneren Klinik in Bremen. Ja bitte, ach, das ist an sich schon arrogant, so eingegrenzt zu suchen? Sich auf eine Stadt zu begrenzen, die mit Ärzten überlaufen ist? In einem bestimmten Fach arbeiten zu wollen, weil ich da noch Erfahrung sammeln möchte für meine spätere Gruppenpraxis?

„... empfehle Ihnen dringend überregionale Flexibilität...“ schreibt mir das Arbeitsamt Nürnberg. Vielen Dank für den Tip, ihr kennt Euch ja aus bei dem Markt. Ich will aber hier bleiben, noch leiste ich mir das Privileg, wissend, daß Tausende und Tausende schon ihre „Heimat“, ihre Freunde und gewohnte Umgebung verlassen haben, um irgendwo in der Bundesrepublik einen Job zu finden, zum Beispiel im gelobten Baden-Württemberg, wo es noch so viele Stellen geben soll.

Ich bin mir also meines Privilegs bewußt und möchte hier bleiben. Obwohl ich schon einmal schüchtern bei meinem

Freund, einem Rechtsanwalt, nachgefragt habe, ob das eigentlich zulässig ist. Also auch da Unsicherheit bei mir. Immerhin habe ich einen Rechtsanwalt als Freund.

Es gibt nicht viel, worüber ich mich beklagen will, nur diese Chefs: seit sechs Monaten habe ich bei etwa 50 Bewerbungen hier und erst in der näheren, dann auch in der weiteren Umgebung von Bremen versucht, einen dieser allmächtigen, alles entscheidenden Herren persönlich zu treffen. Ich habe fast zehn Jahre nach dem Examen gearbeitet, ich war lange in Afrika, Leiter eines Krankenhauses dort, rundum erfahren, psychosomatisch orientiert. Ein persönliches Gespräch finde ich sowieso gut, man spricht dann halt miteinander, aber das scheint ja eher eine afrikanische Angewohnheit zu sein, die hier nicht so beliebt ist.

Kurz und schlecht, ich habe erst einen einzigen dieser vielen Chefärzte gesehen. Ihm möchte ich danken für das Gespräch, dessen Ergebnis eine Absage war.

Drei haben bei einer jetzt wiederholten schriftlichen Bewerbung sogar etwas von Hand auf den meist photokopierten Ablehnungsbrief geschrieben:

„leider“ oder „die Chancen sind jetzt

auch nicht besser als im August“ oder „es ist wirklich zwecklos“ – das fand ich nett.

Die meisten lassen ablehnen: „Prof. Dr. XY, der sich für Ihre Bewerbung bedankt, läßt ausrichten, daß...“ Manche Chefarztsekretärinnen haben schon Chefarztsekretärinnen-Sekretärinnen, damit der dumme und ach so lästige Bewerber nicht sofort zur Chefarztssekretärin vordringen kann. Einen richtigen Chefarzt persönlich zu treffen, wünsche ich mir immer sehnlicher, je unwahrscheinlicher die Erfüllung dieses Wunsches wird.

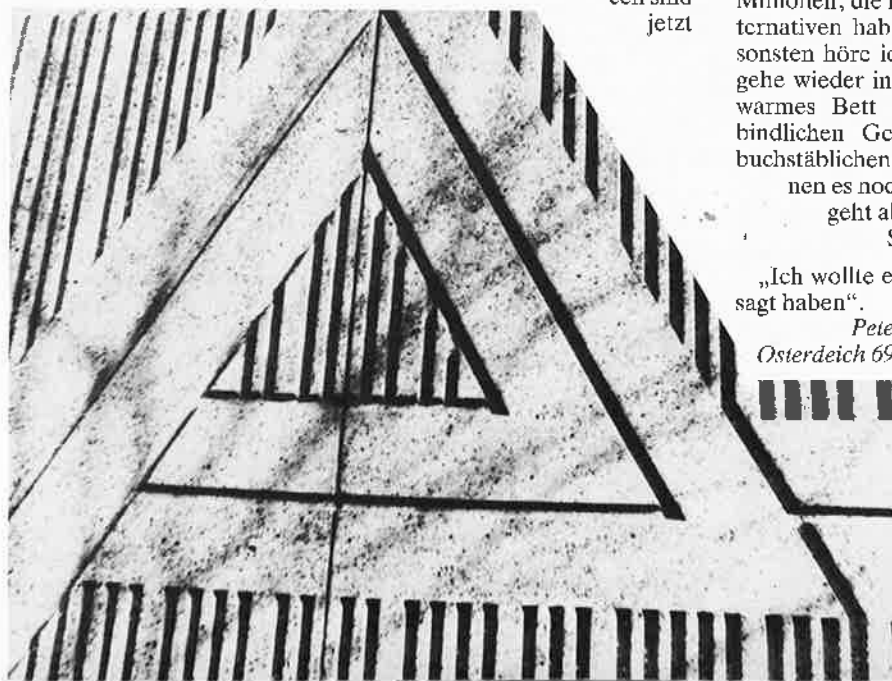
Nun denn, ich habe ja noch eine Beschäftigung, ich forsche über Tuberkulose in Afrika, ich habe sogar zwei Stellenangebote aus Tanzania und Botswana. Es tut gut zu wissen, daß jemand dort mich und meine Arbeitskraft braucht, auch wenn ich mich noch nicht entschließen kann, wieder auszuwandern. Ich fürchte, daß dann die Entfremdung in „diesem unserem Lande“ zu groß würde, um je zurückzukommen. Also suche ich weiter.

Schon morgen werde ich – zum wievielten Mal? – telefonisch versuchen, einen Gesprächstermin mit einem dieser „Herren“ zu bekommen. Nach stundenlangem Warten in einem Flur von der erwähnten Untersekretärin nach Hause geschickt zu werden, werde ich nicht mehr oft aushalten können.

Oder soll ich wegziehen von hier? Die Wohngemeinschaft aufgeben, deren Leute mir fehlen würden? Die gerade entstandenen Kontakte aufgeben? Ich beginne mich zu wundern, warum ich erst heute eine schlaflose Nacht habe. Und ich bin voller Sympathie für die 2,4 Millionen, die nicht so viele Alternativen haben wie ich. Ansonsten höre ich jetzt mal auf, gehe wieder in mein immerhin warmes Bett mit einem verbindlichen Gedanken an die buchstäblichen Millionen, denen es noch viel schlechter geht als mir und einem Satz Tucholskys:

„Ich wollte es nur einmal gesagt haben“.

Peter Schröder, Arzt  
Osterdeich 69, 2800 Bremen 1



**Eine Straße in Köln hieß bis zum 22. Mai nach einem der Architekten des Bündnisses zwischen Ärzten und Nationalsozialismus, nach Karl Haedenkamp. Es ist die Straße, in der die Bundesärztekammer ihren Sitz hat. Walter Wuttke verglich die Lebensläufe des alten und des neuen Namensgebers, Herbert Lewin, anlässlich der Feier zur Umbenennung. Ein Auszug aus seinem Vortrag.**

## **Das Schicksal jüdischer Ärzte in Deutschland Herbert Lewin**

Herbert Lewin wurde am 1. April 1899 in Schwarzenau, Bezirk Bromberg, geboren. Seine Eltern waren deutsche Juden. Über den Vater, der in Schwarzenau ein Geschäft für landwirtschaftliche Produkte und eine Landwirtschaft betrieb, schreibt Lewin, daß er sich, dem »orthodoxen Judentum« zugehörig fühlte, »das er still und leise befolgte, ohne auf uns Kinder Druck auszuüben«.

Die Entscheidung Arzt zu werden, ging auf zwei Motive zurück. Da Schwarzenberg nach dem verlorenen Krieg polnisch geworden war und der elterliche Grundbesitz zwangsweise verkauft werden mußte, erschien die Landwirtschaft nicht mehr als die gesicherte Berufsperspektive, die sie einmal war, zumal Lewin nach Schwarzenberg nicht zurückkehren konnte, da er sich geweigert hatte, in die polnische Armee einzutreten. Entscheidend war aber, daß er während eines landwirtschaftlichen Praktikums in Brandenburg mit den massiven antisemitischen Vorurteilen der dortigen Grundbesitzer konfrontiert wurde.

»Eines Abends«, schreibt Lewin, »kamen Gäste aus der Umgebung, die alles andere als einen kultivierten Eindruck machten. Sie schimpften auf die neue rote Regierung und behaupteten, daß an allem Unheil die Juden schuld seien, die Deutschland in den Krieg hineingetrieben, selbst aber an ihm nicht teilgenommen hätten.« Lewin widerspricht dem, nicht zuletzt aufgrund seines eigenen Beispiels, mit dem Ergebnis, daß er unter einem Vorwand entlassen wird.

Zwar hätte er schließlich die Ausbildung bei seinem ehema-

ligen Kompagnie-Chef, der selber Jude war, fortsetzen können, ein Onkel macht ihm aber klar, wie sinnlos für ihn angesichts des Antisemitismus unter den Grundbesitzern die Hoffnung auf eine landwirtschaftliche Laufbahn ist. Der Onkel, ein Berliner Medizinalrat, rät zur Medizin.

Vom Biographischen abgesehen, macht diese Episode ein wichtiges Konstruktionselement des deutschen Antisemitismus deutlich, nämlich seine Verzahnung mit dem Antisozialismus. Sie ist darüber hinaus ein weiterer Beleg dafür, daß die Konzentration der Juden in bestimmten Berufen nicht auf besonderen Begabungen oder Vorlieben beruht, sondern das Ergebnis eines gesamtgesellschaftlichen Verdrängungsprozesses ist. Die Möglichkeit, sich in bestimmten Berufen zu emanzipieren, hatte ihre dialektische Gegenseite in der Unmöglichkeit, daß sich die Juden überall frei entfalten konnten. Auch in der Weimarer Republik war die Medizin für Juden bestenfalls, wenn auch überspitzt formuliert, ein vergoldetes Ghetto, das dann zur lebensbedrohlichen Falle wurde. Nach Studium in Breslau, Greifswald, Leipzig und Berlin, legt er dort 1923 sein Staatsexamen ab und promoviert 1924.

Im Juli 1931 ließ sich Lewin als Facharzt für Frauenkrankheiten und Geburtshilfe nieder. Die Ausbildung hatte er am Wöchnerinnenheim der Heilsarmee und vor allem am Krankenhaus der Jüdischen Gemeinde erhalten.

Die berufliche Perspektive war für ihn aber nicht die freie Praxis, sondern eine ärztlich-wissenschaftliche Laufbahn. 1932 beendete er eine Habilitationsschrift mit dem Titel »Das Blutdruckproblem in der Gynäkologie und Geburtshilfe«, die über die Chefs des Jüdischen Krankenhauses bei der medizinischen Fakultät der Berliner Universität eingereicht wurde. Lewins Arbeit, die von seinen Lehrern positiv begutachtet worden war, wurde ohne Kommentar zurückgegeben; die Habilitation wurde aus rassistischen Gründen verweigert.

Neben Praxis und Wissenschaft bestimmte ein drittes Element Lewins ärztliche Tätigkeit: das politische Engagement. Bereits 1922 war er Mitglied der SPD geworden.

Lewin wurde Mitglied der





Gesundheitsdeputation und des Hebammenausschusses von Berlin und gehörte bis 1933 dem Hauptausschuß des »Reichsvereins Volksernährung« an.

Lewins Position in den sozialen Auseinandersetzungen am Ende der Weimarer Republik läßt sich an einem Aufsatz über »Arbeitslosigkeit, Ernährungsnot und ihre Einwirkung auf die Gesundheit der Frau« ablesen, der 1932 veröffentlicht wurde. Im Mittelpunkt steht das Dilemma, daß unzureichende Schutzbestimmungen die Gesundheit der Frauen, besonders in der Schwangerschaft, gefährden, daß Frauen aber oft die materielle Existenz der Familie sichern müssen. Ein Verbot der Frauenarbeit, wie es viele Konservative forderten, würde bedeuten, daß »das Gespenst der Ernährungsnot vor der Tür« steht. »Dann wird es immer knapper mit den Mahlzeiten, dann kommen Krankheiten hinzu und machen das Leben dieser Armen noch weniger lebenswert.«

Die Lektüre zeigt einen engagierten Arzt, ohne radikale Töne, auch hinsichtlich der Rolle der Frau, die Lewin eher traditionell definiert; es fehlt natürlich der übliche bevölkerungspolitische Chauvinismus, der die Gynäkologie sonst auszeichnete. So zurückhaltend sich das politische und soziale Engagement geäußert hat – gemessen an der Mehrheit der deutschen Ärzteschaft ist Lewin damit ein Außenseiter. Er ist es als Jude, er ist es als Sozialist, er ist es als Jude und Sozialist in besonderer Weise. Lewin war einer der sogenannten »Jüdisch-bolschewistischen« Ärzte.

Bis zum Ende der Weimarer Republik hatten sich in der deutschen Medizin alle wesentlichen Elemente entfalten können, die für ihre Entwicklung im Nationalsozialismus bestimmend werden sollten. Die Mehrheit der Ärzte war konservativ und antisozialistisch eingestellt; es gab starke antidemokratische und militaristische Strömungen. Damit bezogen die Ärzte keinen anderen politischen Standpunkt als das Bürgertum insgesamt, das in der Mehrheit die Republik ablehnte.

Für die Öffnung gegenüber dem Faschismus war entscheidend, daß sich dieses politische Profil der Ärzte nicht nur auf der Grundlage ihrer sozialen Zugehörigkeit zum Bürgertum ausbildete, sondern sich auch aus ihrer Berufstätigkeit heraus entfaltete. Kristallisationspunkt war ein seit der Jahrhundertwende sich stetig verschärfender Kampf gegen die Sozialversicherung und gegen die Patienten, soweit sie ihr angehörten.

Für nicht wenige Ärzte war die gesetzliche Krankenversicherung, zumindest in ihrer bestehenden Form, »Marxismus schlechthin«. »Sie ist vor allem undeutsch, weil sie ein Sozialrentnerium züchtet und die Selbstverantwortlichkeit im Menschen tötet.« schrieb einer ihrer Kritiker.

Gründe für diese Ablehnung des Sozialversicherungssystems sind:

1. Im Sozialversicherungssystem fiel den Ärzten die zunehmend wichtige Rolle der zentralen ökonomischen Verteilungsinstanz zu. Ihnen obliegt es, die Umverteilungs-Reformdynamik, die im Sozialstaatsprinzip liegt, einzudämmen und im Gleichgewicht des Grundsatzes von »Zuckerbrot und Peitsche« zu halten, nach dem es konstruiert ist. Dem dienen (übrigens bis heute) die Diffamierungen der Patienten.

2. In den Krankenkassen waren Organisationen entstanden, die die traditionelle, nur durch staatliche Aufsicht reglementierte Verfügungsgewalt der Ärzte über das Gesundheitswesen ernsthaft in Frage stellen konnten. Dazu kam, daß die Kassen »Hochburgen der Sozialdemokratie« geworden waren, daß sich der politische Gegner also im unmittelbaren Wirkungsfeld der Ärzte hatte organisieren können.

3. Obgleich die Sozialversicherung die Grundlage für den außerordentlichen Wohlstand der Ärzteschaft legte, war diese der Meinung, daß gerade die Kassen ihre ökonomische Sicherheit zerstört hätten. Objektiv war diese These so falsch, daß die Standesvertretungen schon längst aufgehört hatten, Einkommenszahlen zu veröffentlichen, die nur das Gegenteil bewiesen hätten. Man argumentierte zwar noch mit Zahlen, die aber leicht als Fälschungen nachgewiesen werden können.

Etwas schwieriger war die Lage der Jungärzte, weil sie keine Kassenzulassung hatten. Ihre Interessen wurden auf Kosten der jüdischen Kollegen befriedigt, denen sie schon in der Weimarer Republik entsprechend radikal gegenüber getreten waren.

Die Behauptung von der Krankenversicherung ökonomisch bedroht zu sein, erweist sich somit in erster Linie als taktisches Manöver zur Durchsetzung ständischer Interessen, das sich auch deswegen anbot, weil es auf der Linie des antisozialistischen Grundzuges der ärztlichen Politik lag.

Dem Kampf gegen die Sozialversicherung entsprachen medizinische Theorien und

kamp. ein gutes Verhältnis gehabt haben dürfte.

Haedenkamp wurde Hauptschriftleiter des gleichgeschalteten »Deutschen Ärzteblatts« sowie ehren- und nebenamtlicher Mitarbeiter des Reichsarbeitsministeriums. »Seine Aufgabe ist es, mitzuwirken an der Neugestaltung der Rechtsbeziehungen zwischen den Kas-

## **Lewin war Außenseiter, als Jude, als Sozialist, als Jude und Sozialist in besonderer Weise.**

Praktiken, die auf das Massenelement und die dadurch verursachten Krankheiten kaum adäquat reagieren. Zwar hatte sich in Deutschland eine international anerkannte Sozialmedizin entwickelt, sie blieb aber eine Medizin von Außenseitern. Das vorherrschende Paradigma wurde der Rassismus, der sich bereits vor 1933 in Konkurrenz zum sozialmedizinischen Modell mit breiter Unterstützung der Ärzte durchgesetzt hatte. Was damals noch fehlte, waren die terroristischen Zwangselemente, die der Nationalsozialismus dann hinzufügte.

Einer der Architekten dieses Bündnisses war Karl Haedenkamp. Haedenkamp, Jahrgang 1889, hatte am 1. Weltkrieg als Marinearzt teilgenommen. 1922 wurde er Generalsekretär des Hartmannbundes. Von 1924-1928 war er Reichstagsabgeordneter der großbürgerlichen, rechtsradikalen DNVP, deren Bündnis mit der NSDAP wesentlich zur Errichtung der Diktatur beigetragen hat. Ihr Antisemitismus entsprach nach der Einschätzung von George Mosse der NS-Politik bis etwa 1938.

## **Haedenkamp konnte als einziger hoher Standesfunktionär der Weimarer Republik auch nach 1933 seine Karriere fortsetzen.**

Haedenkamp wurde einer der einflussreichsten Standespolitiker der Weimarer Republik; er war der einzige Spitzenfunktionär, der seine Karriere im Nationalsozialismus fortsetzen konnte. Das gilt bis zum Tode des Reichsarztchefs Gerhard Wagner, mit dem Haeden-

senärzten« und den Krankenkassen, »an der Ausschaltung der jüdischen und marxistischen Ärzte aus der Kassenpraxis und an der Reform der deutschen Sozialversicherung«; so lautet die Beschreibung seiner Tätigkeit in einem Artikel, der 1939 anlässlich seines 50. Geburtstages im Deutschen Ärzteblatt erschienen war. Im selben Jahr wird er ausgebootet.

Es ist nicht richtig, daß er, wie es immer wieder heißt, »ein Zerwürfnis« mit dem neuen Reichsgesundheitsführer L. Conti »herbeigeführt« hat. Das »Zerwürfnis« mit Conti beruhte auf wechselseitiger persönlicher Abneigung und ist ein Beispiel für die zahllosen Widersprüche und Machtkämpfe, die das polykratische Herrschaftssystem des Nationalsozialismus kennzeichnen; so mußte sich auch Conti seinen Einflußbereich erheblich beschneiden lassen. Damit wurde er ebenso wenig zum »Widerstandskämpfer« wie Haedenkamp, der sich im übrigen ausbedungen hatte, »nach dem Krieg mit einem Posten, möglichst in einer deutschen Kolonie, entschädigt zu werden«.

Haedenkamp war also nicht der Prototyp des braunen Parteigängers unter den Nazi-Ärzten, sondern der des Bündnisgefährten. Ihm vor allem verdanken die Ärzte das, wie es in dem schon erwähnten Geburtsartikl heißt, »Zustandekommen der KVD als Körper-

# Herbert-Lewin-Str. Haedenkampstr.

schaft des öffentlichen Rechts, die aufgrund seiner Initiative bereits durch Verordnung im August 1933 errichtet werden konnte.

Die Berufsverbote kommunizierte Haedenkamp so »In der Krankenversicherung wurde der ärztlichen Jugend die Tür weit geöffnet, alles, den Kriegsteilnehmern gegenüber begangenes Unrecht gut gemacht und den Vorkämpfern der nationalen Erhebung der berufliche Aufstieg durch erleichterte Zulassung ermöglicht.«

Die Manövriermasse zur Befriedigung der ärztständischen Interessen bildeten die jüdischen und marxistischen, das heißt sozialdemokratischen, kommunistischen und demokratischen Kollegen. Daß Juden und »Marxisten« hier, wie anderswo, in Einem genannt werden, verdankt sich nicht nur der generellen Tradition des jüngeren deutschen Rassismus, die ohne ihr antisozialistisches Moment nicht verständlich ist. Die Bündelung von Antisemitismus und Antisozialismus hatte auch eine gesundheitspolitische Funktion, die über die ökonomische Befriedigung der Ärzte noch hinausging. Sie zielte auf die Ausschaltung der gesundheitspolitischen und medizinischen Reformen, die sich in der Weimarer Republik entwickelt hatten und der Verwirklichung der nationalsozialistischen Billig-, Leistungs- und Vernichtungs-Medizin im Weg standen.

Von den 9000 jüdischen Ärzten des Jahres 1933 konnten 6000 emigrieren. Die übrigen teilten das Schicksal der in Deutschland verbliebenen Juden. So auch Herbert-Lewin.

Lewin war zunächst in einer Situation, die es ihm erlaubte, unter der Verfolgung seine Identität als politisch engagierter Arzt und Wissenschaftler beizubehalten.

Zumindest zeitweise war er in einer sozialdemokratischen Widerstandgruppe aktiv. Seine

wichtigste Aufgabe sah er in der Organisation der jüdischen Arbeiterschaft, denen er über den bis dahin unbedeutenden »Bund jüdischer Arbeiter« (BJA) Einfluß auf die Politik der »Reichsvereinigung der Juden« verschaffen half. »Die jüdischen Arbeiter«, schreibt er,

»strömten zu uns. Sie hatten kein Vertrauen zu vielen Vertretern der Reichsvereinigung. Den Führern der Reichsvereinigung wiederum waren sie als Nicht-Bürgerliche und daher als Linkskreise [...] ein Dorn im Auge und für deren auf Loyalität abzielende Politik gefährlich. Wir aber, die wir den umgekehrten Standpunkt einnahmen und unsere guten Beziehungen zu den Widerstandskämpfern im deutschen Volk hatten, dachten gar nicht daran vor den Nationalsozialisten zu kriechen.« Der DJA konnte bis 1935 arbeiten; er wurde dann von Spitzeln verraten und von der Gestapo aufgelöst. Die Spitzenfunktionäre wurden verhaftet.

Zu Lewins relativer Bewegungsfreiheit, die er gegen den Nationalsozialismus ausnützen konnte, dürfte einmal die Tatsache beigetragen haben, daß er als Kriegsteilnehmer anfänglich einen gewissen Schutz vor direkter Verfolgung genoß.

Seit dem Mai 1933 hatte Lewin an verschiedenen jüdischen Krankenhäusern Arbeit finden können. 1935 wurde er Chefarzt der gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung des Berliner Jüdischen Krankenhauses, 1937 kam er nach Köln an das Krankenhaus des Israelitischen Asyls; er wurde hier Chef der Gynäkologie, stellvertretender Direktor und stellvertretender Chefarzt der chirurgischen Abteilung.

Es wäre aber völlig verfehlt, aus dieser relativen Sicherheit auf ein ruhiges Leben zu schließen. Lewin wurde mehrfach verhaftet und von der Gestapo vernommen. »Die Arbeitsbedingungen« in Köln »waren sehr schwer, besonders nach Verlust der Approbation«. Er hatte ständig darum zu kämpfen, auch nur die notwendigsten Heilmittel zu be-

kommen. Die aufs äußerste gespannte Lage im Jüdischen Krankenhaus konnte manchmal nur außerhalb der rassistischen Legalität mit Hilfe »arischer« Kollegen bewältigt werden.

1941 wurden Lewin und seine Frau in das Ghetto Lodz deportiert. Im Juli 1945 kehrt er nach Köln zurück. Dort erfährt er, daß seine Frau wie auch zwei seiner Geschwister ermordet wurden.

Lewin machte eine Karriere, die seine Hoffnungen nicht ganz erfüllt, aber auch nicht enttäuscht haben dürfte.

1948 Habilitation in Köln, 1950-1964 Chefarzt, dann Direktor der Städtischen Frauenklinik in Offenbach. 1952 apl. Professor an der Frankfurter Universität. 1965 Ernennung zum ordentlichen Professor, allerdings bei gleichzeitiger Emeritierung. Die Jahre bis zu seinem Tod am 21. September 1982 sind ausgefüllt mit ärztlicher Tätigkeit, wissenschaftlicher Arbeit und dem Engagement für die Interessen der Juden in Deutschland und Israel.

Aber diese Daten täuschen Normalität vor.

Die Wiedergutmachung für den erlittenen beruflichen Schaden zog sich bis 1975 hin, und auch hier wurde bezweifelt, daß die Habilitation 1933 allein aus rassistischen Gründen abgeblockt worden war; diesmal kamen die Verdächtigungen vom Land Hessen, das so die Forderungen Lewins abzuweisen hoffte. In dieses Bild paßt, daß nach seinem Tod keine medizinische Zeitschrift einen Nachruf veröffentlicht hat (soweit das mit den üblichen bibliographischen Hilfsmitteln feststellbar ist).

Lewins Berufung nach Offenbach im Jahr 1949 wurde von dem ersten großen antisemitischen Skandal der BRD überschattet. Darin verwickelt waren, mit Ausnahme der KPD und der Arbeiterpartei, alle politischen Parteien des Offenbacher Magistrats.

Bei der Besetzung der gynäkologischen Chefarztstelle hatte der Magistrat unter 5 Kandidaten zunächst Lewin den Vorzug gegeben. Gegen die Wahl hatte unter anderem ein Kollege gestimmt, der im Nationalsozialismus verfolgt worden war, unter anderem weil er »für Juden viel riskiert« hatte. Das hinderte ihn nicht, in »»aller Unschuld« sein Votum so zu begründen:

»Herr Dr. Lewin ist ein echter Volljude, mit allen Vorzü-

gen und Nachteilen. Die Art der Persönlichkeit von Dr. Lewin mit seinem umfangreichen Wissen und Können eignet sich nicht für die einfache, vornehm-bescheidene Gediegenheit der Abwicklung ärztlicher Tätigkeit im Stadtkrankenhaus Offenbach am Main.«

Nach der dennoch erfolgten Wahl Lewins gab der CDU-Bürgermeister die folgende Erklärung ab:

»Meine Herren, Sie sind sich doch darüber klar, daß es bei dieser Wahl unter keinen Umständen bleiben darf. Sie können den Offenbacher Frauen nicht zumuten, daß sie einem Mann wie Dr. Lewin ausgeliefert werden. Ganz abgesehen von seiner fachlichen Qualität, handelt es sich hier um einen Mann, der aus dem Konzentrationslager kommt, und dessen Familie . . . entweder vergast oder ermordet worden ist; der also mit den Ressentiments seiner Rasse und mit dem Rachegefühl des KZlers seine Arbeit antreten wird. Keine Frau könnte sich mit ruhigem Gewissen seiner Behandlung anvertrauen. Die Existenz der Frauenklinik stünde auf dem Spiel.«

Unterstützung fanden diese Bedenken beim sozialdemokratischen Oberbürgermeister. Er stellte fest: »Die durchgeführte Wahl kann nicht aufrecht erhalten werden. Sie können die Frauen Offenbachs und die Frauenklinik nicht einem Dr. Lewin anvertrauen.«

Das Ergebnis der Einsprüche war eine zweite Abstimmung. Statt Lewin wurde jetzt ein ehemaliger Nationalsozialist und Ostflüchtling gewählt, den eine ungehinderte Karriere im Dritten Reich auf den gynäkologischen Lehrstuhl in Danzig gebracht hatte.

Nachdem die Presse den Fall aufgegriffen hatte, gerieten zunächst die Magistratsmitglieder unter Beschuß, die die Informationen nach außen gegeben hatten. Erst die Intervention der vorgesetzten Behörden und ein weltweiter öffentlicher Protest veranlaßten den »Offenbacher Antisemiten-Magistrat«, wie er in den Zeitungen genannt wurde, sein Votum abermals, und wieder zugunsten Lewins, zu korrigieren. Die beiden verantwortlichen Bürgermeister traten zurück.

Die unbewältigten Folgen des Nationalsozialismus mußte

Lewin auch im privaten Bereich erleiden. Seine zweite Frau, die ebenfalls im KZ gewesen war, gehört zu den zahlreichen zunächst Überlebenden, die keine Möglichkeit fanden, mit ihren Erlebnissen fertigzuwerden; sie ging elend zugrunde und mit ihr die Tochter, die sich das Leben nahm. Obwohl sie den Nationalsozialismus nicht erlebt hatte, wurde sie in der zweiten Generation sein Opfer – kein Einzelschicksal in unserer Verdrängungsgesellschaft, die für die Motive der Täter viel, für die Probleme der Opfer sehr viel weniger Sensibilität entwickelt hat.

Mit den Nachwirkungen der NS-Verfolgung war Lewin auch als Arzt konfrontiert. In seine Klinik kamen wiederholt zwangssterilisierte Frauen, die die Unfruchtbarmachung rückgängig gemacht wissen wollten. Lewin hat die durchaus mögliche Operation in einigen Fällen durchgeführt, u.a. bei einer »Halbzigeunerin«. In vielen Fällen hatte er sie aber abgelehnt, weil er »bei den zurückgewiesenen 'Frauen' eine erhebliche geistige Minderwertigkeit erkannt« hätte, die ihm »von fachärztlicher Seite bestätigt« worden sei. Seine »Einstellung« bedeute aber keine »Stellungnahme zur Sterilisation«, schon gar nicht eine Befürwortung der »Zwangssterilisation«.

Hier stützt man. Gibt es tatsächlich Gründe, die es erlauben, die nationalsozialistischen Zwangssterilisierungen zumindest insoweit zu rechtfertigen, daß nicht alles unternommen wird, um diesen Eingriff rückgängig zu machen, wenn die Betroffenen das wünschen? Gibt er dann also auch Juden, die zurecht im KZ waren oder sogar ermordet wurden? Oder ist dies eine unverschämte Frage, ersteres aber ein zulässiges Diskussionsthema?

Unter dem vielen Verdrängten sind die Fragen, wer als Opfer des Nationalsozialismus Anerkennung verdient, und das Verhältnis der Opfer zueinander die am weitesten weggeschobenen Probleme.

Der NS-Rassismus speiste sich aus vielen Quellen. Trotz der dadurch bedingten Widersprüche und der Möglichkeit, subjektiv und taktisch begründete Schwerpunkte zu setzen, einzelnes sogar abzulehnen, war er ein einheitliches System. seine Elemente waren Antisemitismus, Antikommunismus,

elitäre Verachtung sozialer Rand- und Problemgruppen, nationaler Chauvinismus.

Es gehörte freilich auch zum Rassismus, daß die einzelnen Opfergruppen voneinander isoliert, ja gegeneinander ausgespielt wurden. Sinnfälliger Ausdruck dafür sind die unterschiedlichen Häftlingskategorien in den Konzentrationslagern mit ihren je unterschiedlichen Abzeichen.

Ohne Verständnis für den Gesamtzusammenhang des Rassismus, wurde dieses Prinzip der Entsolidarisierung nach 1945 übernommen, teilweise sogar verschärft. Für die meisten politischen und jüdischen KZ-Häftlinge blieb die Tatsache, daß sie mit »Asozialen«, Kriminellen oder Homosexuellen eingesperrt waren, ein unbewältigtes Trauma. Sie empfanden gerade das als besonders demütigend, auch wenn sie sonst durchaus in der Lage waren, die soziale Bedingtheit solcher Stigmatisierungen zu begreifen.

Die Herausbildung der einzelnen Verfolgungsgründe war nicht immer ein gleichzeitiger Prozeß, die Elemente behielten aber ihren Zusammenhang, oft auch zeitlich. So wurden 1935 nicht nur die »Nürnberger Gesetze« verabschiedet, sondern als nicht antisemitisches, aber gleichwohl rassistisches Gegenstück zum »Blutschutzgesetz« auch das »Ehegesundheitsgesetz«. Im selben Jahr wurden der § 175 und das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses verschärft.

Der Zusammenhang bestand auch im Organisatorischen. An einer Opfergruppe wurde oft nur durchgeprobt, was an der anderen dann umso reibungsloser vollzogen werden konnte. Kommandos für die Endlösung der Judenfrage sammelten ihre Erfahrungen bei den psychisch Kranken.

Nach dem Muster; rechts, mitte, links traten die politischen Häftlinge gegeneinander an. Besonders gehässig wurde der Streit zwischen Sozialdemokraten und Kommunisten geführt. Von Seiten der SPD wurde die Trennung bereits 1945 vollzogen und zwei Jahre später mit dem unseligen Unvereinbarkeitsbeschluß gegenüber der VVN besiegelt, was im Fall Lewins zur Folge hatte, daß er 1978 aus Parteiräson eine Ehrung dieser größten Verfolgtenorganisation ablehnen mußte.

Gemeinsam vergaßen die politischen und jüdischen Verfolgten die große Zahl der sogenannten »Asozialen«, der »Zi-

geuncr«, Homosexuellen, Zwangssterilisierten, der Sonderlinge und Querköpfe, die Opfer des Rassismus geworden waren. Sicherlich war dieses Vergessen nicht total, aber es reichte aus, um diesen Menschen die gesellschaftliche Anerkennung und die gleichberechtigte materielle Entschädigung ihrer Leiden zu verweigern, ohne daß dadurch für die eigene Position etwas gewonnen war. Die hingennommene oder bewußt betriebene Ausgrenzung schwächte alle.

Das haben vor allem die Juden erfahren müssen, die in der Kalkulation des Neo-Rassismus als Beweisstücke für Lernfähigkeit und tätige Reue ohnehin eine besondere Rolle spielten. Die Äußerungen des CDU-Abgeordneten Fellner über ihre besondere Nchmefreudigkeit haben hier ihre Grundlage. Indem v.a. die Juden als Opfer des Rassismus anerkannt und entschädigt wurden, wurden sie gleichzeitig erneut als Aggressionsobjekte bloßgestellt. Zumindest insoweit ist die Widergutmachungspraxis die Widerspiegelung, nicht die Überwindung der in den KZ angewandten Herrschaftstechnik des »Teilen und Herrschen«.

In einer Zeitschrift der Schüler-Union wurde vor kurzem der folgende Witz abgedruckt: »Wann geht es wieder aufwärts mit uns? Wenn in Deutschland das Zweischichtensystem eingeführt wird – eine Schicht Kommunisten, eine Schicht Erde, eine Schicht Kommunisten, eine Schicht Erde ...«

Ich glaube, daß es eine gefährliche Selbsttäuschung wäre, in diesem Witz nur die antikommunistische Polemik zu sehen. Er ist so konstruiert, daß er genauso gut über Türken, Homosexuelle oder die Juden erzählt werden könnte. Daß sie diesmal nicht genannt werden, schließt nicht aus, daß sie das nächste Mal an der Reihe sind.

Und genau dies ist der »Witz« am Rassismus, auch wo er nur einige seiner Opfer ausdrücklich nennt, meint er im Prinzip alle. Darüber sollten sich zumindest die einig sein, die von ihm bedroht werden. Das ist nicht das Schlechteste, was man von Herbert Lewin lernen kann. □

Walter Wuttke ist Medizinhistoriker und arbeitet zur Zeit in Ulm.



# Hoechst erfreulich Aktionswoche der BUKO-Pharmakampagne



Die BUKO-Pharmakampagne zeigte deutlich, was sie von der Hoechster Firmenpolitik hält



Mit viel Tam Tam begrüßte Hoechst seine Aktionäre zur Jahreshauptversammlung



Kritische Aktionäre informieren ihre 'Kollegen'...



... was nicht überall auf Gegenliebe stößt. Jener freundliche Herr zerriß die Informationschrift ...

Hoechst tötet mehr als den Schmerz. Das hatten 200 Dritte-Welt-Gruppen, die sich im Bundeskongreß entwicklungs-politischer Aktionsgruppen (BUKO) zusammengeschlossen haben, in ihrer Aktionswoche vom 26. Mai bis zum 3. Juni zeigen wollen.

Ihre Argumente: Fast die Hälfte der Arzneimittel, die der weltgrößte Medikamentenexporteur in der Dritten Welt verkauft, ist überflüssig oder zu gefährlich. Nur ein Drittel der Hoechster Pillen kann von der pharmakologischen Zusammensetzung her als uneingeschränkt positiv beurteilt werden. Auch für die eigentlich positiv zu beurteilenden Medikamente »erfindet« Hoechst in großem Maßstab neue Anwendungsgebiete für die Dritte Welt und verschweigt Nebenwirkungen und Risiken. Selbst vor dem Verkauf von Arzneimitteln, die in der Bundesrepublik verboten sind, schreckt Hoechst nicht zurück.

Vorstandsvorsitzender Wolfgang Hilger zeigte sich moderat, als die Gruppe »Kritischer Aktionäre« die Vorwürfe auf der Jahreshauptversammlung des Konzerns vortrug. Es sei sehr zu begrüßen, wenn sich Gruppen für die Dritte Welt engagieren. Hoechst sei an guten Beziehungen zu ihnen sehr interessiert. Man sieht's.



# Hoechst grüßt seine Aktionäre

Hoechst 



Foto: Linie 4/M. Bauer



... um dann, ertappt,  
dem Photographen auf den  
Leib zu rücken

# Keine Spur von Demokratie

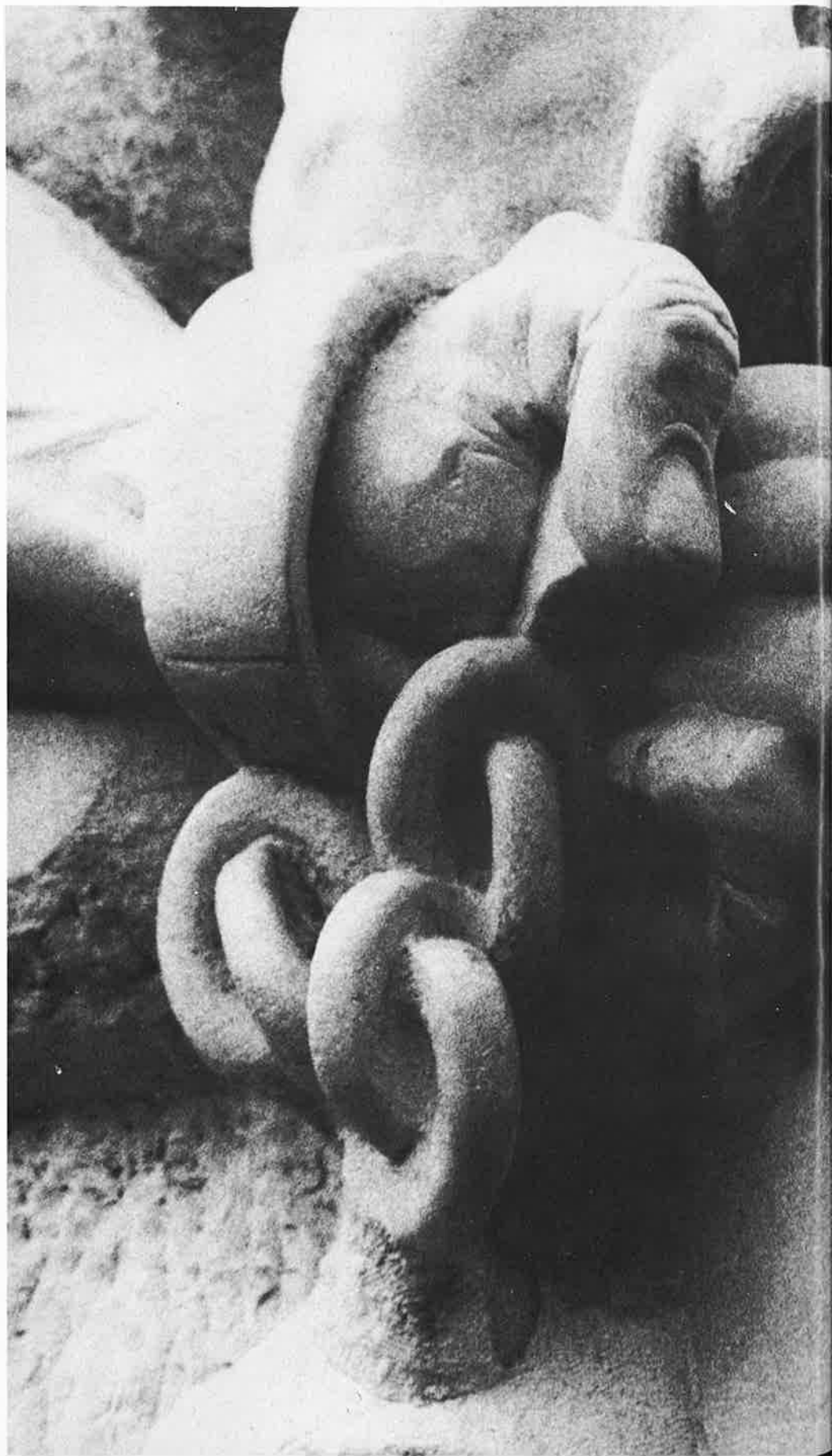
## Proteste gegen Folter in der Türkei

**Seit dem Militärputsch 1980 sind in der Türkei Folter und Hinrichtungen an der Tagesordnung. Die bundesdeutsche Ärztekammer hält sich mit Protesten zurück.**

Seit dem Militärputsch in der Türkei am 12. September 1980 sind Folter, Todesurteile und Hinrichtungen an der Tagesordnung. In den letzten 5 Jahren sind 500 Todesurteile gefällt worden; zusätzlich zu den bereits vollstreckten sind 88 davon kürzlich vom Obersten Gericht bestätigt worden, zum Vollzug dieser Hinrichtungen fehlt nur noch die – gesetzlich vorgeschriebene – Zustimmung des Parlaments.

Der von der türkischen Regierung verkündete Demokratisierungsprozeß ist eine bloße Farce. Dies geht aus dem Bericht über die Menschenrechte in der Türkei des ehemaligen dänischen Justizministers und jetzigen sozialdemokratischen Abgeordneten Ole Espersen an die zuständigen Behörden Dänemarks und des Europarats hervor.

Ole Espersen hatte, vom 5. bis 12. April 1986 die Städte Istanbul und Ankara besucht. Im Gegensatz zu offiziellen Behauptungen, daß Vorwürfe der Folter zumeist von Nationen und Personen eingebracht wurden, die der Türkei nicht freundschaftlich gesonnen seien, habe er äußerst glaubwürdige Berichte zahlloser Folterungsfälle erhalten. Zwar werde in der Türkei die Folter offiziell bestraft, verglichen mit der vorgebrachten Zahl der Anklagen sei die der Verurteilungen jedoch äußerst klein. Erwähnt werden müsse auch, so der Abgeordnete in seinem Bericht, daß sich die Angeklagten in der Regel weder während des Prozesses noch während ihrer Revision in Haft befänden. Die Menschenrechtssituation in der Türkei lasse für ihn keinen Zweifel daran offen, daß die Türkei zur Zeit für die Mitgliedschaft im Europarat ungeeignet sei.





Kritik an der Folterpraxis und der Todesstrafe übt bereits seit einiger Zeit auch die Zentrale Türkische Ärztekammer. Im Herbst 1985 übergab sie an Staatspräsident K. Evren, Ministerpräsident T. Özal und an das Parlament eine Resolution, in der sie die Abschaffung der Todesstrafe fordert (siehe Ka-

sten). Sie bezieht sich dabei auf die ärztliche Berufsethik und auf den Beschluß der 34. Zentraltagung des Weltärztebundes.

Auch an anderer Stelle wird die Opposition der Ärztekammer gegen das Militärregime deutlich. Am 15. März 1986 wurde die Öffentlichkeit von der Istanbuler Ärztekammer aufgefordert, an Folterungen beteiligte Ärzte, die namentlich bekannt sind, bei der Ärztekammer anzudeuten. Gegen 30 Ärzte sind von der Ärztekammer wegen Beteiligung an oder Duldung und Verheimlichung von Folterungen Disziplinarverfahren eingeleitet worden (Cumhuriyet 12.4.). 25 dieser Ärzte gehören zum Gerichtsmedizinischen Institut der Universität Istanbul, in dem versucht wurde, den Foltertod von Mustafa Hayrullahoglu zu vertuschen. Aus dem gleichen Grund wurden Verfahren gegen 3 Ärzte aus Kirsehir eröffnet. In diesem Fall handelte es sich um zehn gefälschte gerichtsmedizinische Gutachten über an Folter gestorbene Gefangene.

Der Einsatz gegen Todesstrafe und Folter, wie er von den Ärztekammern geleistet wird, stellt für die Machthaber eine strafbare Tat dar. Nach einem noch andauernden Prozeß gegen den Friedensverein und einem intellektuellen-Prozeß (Manifest der 1260 Intellektuellen über die Unterdrückung der Demokratie in der Türkei, Mai 1984) gibt es jetzt auch Ärzteprozesse.

Auf Betreiben des Staatsanwaltes wurde neben den Strafprozessen gegen die für Menschenrechte eintretenden Ärzte ein Verwaltungsprozeß eröffnet, der die Auflösung des Vorstandes der Ärztekammer zum Ziel hat. Der Staatsanwalt hat in den 6 Prozessen gegen die an der Resolution beteiligten Ärzte Freiheitsstrafen von bis zu 2 Jahren und Berufsverbot beantragt. Er beruft sich dabei auf ein Gesetz, das es Berufsorganisationen verbietet, außerhalb ihres eigentlichen Tätigkeitsbereiches aktiv zu werden.

Während diese Prozesse noch andauern, wurde auch gegen Prof. Hüsnü Göksel, Mitglied des Ehrenvorstandes der türkischen Ärztekammer, wegen seines Cumhuriyet-Artikels vom 24. Januar 1986, in dem er gegen die Todesstrafe auftritt, ein Prozeß angestrengt, ebenso wie gegen den Chefredakteur der Zeitung. Prof. Göksel hat

bereits als einer der Unterzeichner des Manifestes der Intellektuellen vor Gericht gestanden. Dieser Prozeß, in dem er freigesprochen wurde, und die anschließende Verwarnung durch die staatliche Universitätsaufsichtsbehörde konnten ihn und viele seiner Kollegen, die teilweise durch Haftstrafen unter noch stärkerem Druck gestanden haben, nicht veranlassen, ihr Engagement für die Verwirklichung der Menschenrechte in der Türkei aufzugeben. Zitat aus dem Cumhuriyet-Artikel: »Die Folter ist eine Menschenrechtsverletzung. Die Todesstrafe ist auch eine Menschenrechtsverletzung. Für den Vollzieher ist sie eine Erniedrigung. Der Richter könnte zwar als Anwender des Gesetzes gezwungen werden, das Todesurteil zu fällen, aber ist denn jeder Vollzug dieser Strafe nicht eine Erniedrigung der Gesellschaft?«

Daß es durchaus nicht angebracht ist, so beharrlich wie die

bundesdeutsche Ärztekammer zu diesen Vorgängen zu schweigen, beweist die Verbindung Schweizer Ärzte (FMH), die in einer offiziellen Stellungnahme und in einem Brief an den türkischen Ministerpräsidenten die Prozesse verurteilt und die Forderung nach Abschaffung der Todesstrafe unterstützt hat. Der Brief an Özal wurde im März in der Schweizer Ärztezeitung veröffentlicht. Entsprechend reagiert hat auch der Weltärztebund, der ähnlich lautende Briefe wie die FMH an den Ministerpräsidenten und an den Justizminister N. Eldem geschickt hat.

Im Mai dieses Jahres war Bundespräsident Weizsäcker auf Staatsbesuch in der Türkei. Auch er bescheinigte seinem Gastland – wie zuvor schon Kohl und Genscher – große Fortschritte im Demokratisierungsprozeß. *Helga Langen*

Helga Langen, ehemalige Mitarbeiterin im Düsseldorfer Gesundheitsladen, ist Kinderärztin und zur Zeit arbeitslos.

## Resolution der türkischen Ärztekammer

Die Zentrale Ärztekammer hat auf ihrer Sitzung am 28. September 1985 das Thema »Todesstrafe«, das in den letzten Tagen in der Öffentlichkeit lebhaft diskutiert wird, unter dem berufsethischen Aspekt untersucht. Die Sitzungsteilnehmer haben einstimmig beschlossen, es der Öffentlichkeit bekannt zu machen, daß die Ärzte aus zwei unter näher erläuterten Gründen die Todesstrafe ablehnen, weiterhin, daß die Ärztekammer sich mit der Forderung nach der Abschaffung der Todesstrafe im Strafgesetzbuch der Türkei an das Parlament der Türkei, den Ministerpräsidenten und den Staatspräsidenten wendet.

1) Töten durch Hinrichtung ist vielmehr Befriedigung eines primitiven Rachegefühls als Strafe. Es widerspricht dem unantastbaren Recht auf Leben. Deshalb streichen die entwickelten Gesellschaften die Todesstrafe aus ihren Gesetzbüchern. Die erste Regel der ärztlichen Berufsethik ist, dem Menschen das Leben zu erhalten. Dementsprechend ist es natürlich, daß die Ärzte jeden Eingriff ablehnen, der das Leben eines Menschen beendet.

2) Die geltenden Gesetze weisen den Ärzten bei der Vollstreckung der Todesstrafe bestimmte Aufgaben zu. Die Stellungnahme der Berufsverbände hierzu ist, daß diese Praxis gegen die ärztliche Berufsethik verstößt. Ein Arzt darf sich nicht an einem Tötungsakt beteiligen, sein »Erlaubnisgeber« und der passive Wärter auf das Ergebnis sein. Der Weltärztebund hat bei seiner 34. Zentraltagung eine Resolution verabschiedet, nach der es der ärztlichen Berufsethik widerspricht, Aufgaben im Rahmen von Hinrichtungen zu übernehmen.

Die Mitglieder einer Gesellschaft, in der immer noch Blutrache vorkommt, könnten unter dem sozio-kulturellen Druck für die Todesstrafe eintreten. Unter Berücksichtigung der Entschlossenheit der Türkei, das höchste Entwicklungsniveau zu erreichen, müssen sich die Abgeordneten unseres Parlaments vom Druck der Traditionen befreien und die Todesstrafe aus unserem Strafgesetzbuch streichen. Wir wünschen und erwarten, daß unser Staatspräsident diese Initiative unterstützt.

# Psycho-Drama

## Frustrationsabbau durch Balintgruppe?

**sts – Häufig klagen Schwestern und Pfleger, daß es im Klinikalltag kaum möglich ist, über ihre Probleme zu sprechen. Balintgruppen wollen da eine Hilfe sein.**

Bereits Ende der fünfziger Jahre bildeten sich in London Gruppen von Ärzten, denen es nicht mehr genügte, die Probleme, die sie mit Patienten hatten, für sich allein zu klären. Die Vorstellungen des Arztes und Psychotherapeuten Michael Balint aufgreifend, trafen sie sich in regelmäßigen Abständen, wobei ein Arzt zunächst ein Problem aus seiner Praxis aus seiner Sicht darstellte und erzählte. Anschließend wurde der Fall von allen Anwesenden erörtert; der Psychotherapeut hatte hierbei eher begleitende als leitende Funktion. Ziel war es, auf Dauer die eigene Unzufriedenheit bei immer wieder auftretenden Problemen abzubauen und so zu einer befriedigenderen und dem Patienten gerechter werdenden Berufstätigkeit zu gelangen.

Aus dieser Initiative in London haben sich im Laufe der letzten 25 Jahre in ganz Europa und Nordamerika die sogenannten »Balintgruppen« gebildet. Sie wollen nicht mehr nur niedergelassenen Ärzten helfen, sondern finden ihren Platz auch abteilungsintern oder fachübergreifend in Krankenhäusern.

In der Berufsgruppe der Krankenschwestern und Krankenpfleger gibt es bisher kaum die Möglichkeit, in Gruppen außerhalb des Arbeitsplatzes Probleme im Umgang mit Patienten zu besprechen, obwohl gerade Pflegekräfte häufig viel mehr mit den einzelnen Patienten zu tun haben als die Ärzte.

Konkret auftretende Probleme können häufig nicht am Arbeitsplatz gelöst werden, nicht nur aus Zeitmangel, sondern weil viele Schwestern und Pfleger es nicht gelernt haben, ihre Probleme offen anzusprechen. Wenn sie es tun, werden sie oft nicht einmal ernstgenommen.

In der Bundesrepublik ist die Krankenpflegeausbildung praktisch-technisch und medizinisch-theoretisch orientiert. Die Ausbildung der eigenen Persönlichkeit kommt hierbei entschieden zu kurz. Die Krankenpflegeschüler werden vom ersten Tage der praktischen Ausbildung an nicht nur mit den Patienten und den übrigen Mitarbeitern, sondern auch auf vollkommen neue Art mit sich selbst konfrontiert. Es wird von ihnen erwartet, sich in das Bild einer medizinisch orientierten Krankenpflege einzuordnen, wo sie zu Handlangern von Ärzten werden und funktionieren



sollen. Sie bilden das letzte Rad am Wagen, stets werden Forderungen und Bitten an sie herangetragen.

Die zukünftigen Schwestern und Pfleger müssen schon im Laufe der Ausbildung große Abstriche von den Zielen machen, die sie ursprünglich bewogen haben, diesen Beruf zu ergreifen. Aus dieser Tatsache heraus ist es unerlässlich, daß sich schon die Krankenpflegeausbildung neu orientiert und somit ein Fundament für ein eigenständiges Berufsbild schafft.

Wie soll jemand in der Lage sein, Probleme und Bedürfnisse des Patienten ernst zu nehmen, wenn er sich selbst nicht ernstgenommen fühlt? Niemand ist in der Lage, die Bedürfnisse anderer nachzuvollziehen, wenn er seine eigenen nicht kennt. Verschiedene Krankenpflegeschulen gehen deshalb dazu über, die naturwissenschaftlichen Unterrichtsinhalte durch psychosoziale Aspekte zu ergänzen – ein derartiger Ausbildungsschwerpunkt existiert seit einigen Jahren an der Krankenpflegeschule des Johannesspitals in Bonn. Die Schüler haben dort während der Ausbildung die Möglichkeit, sehr intensiv an ihrer Persönlichkeit zu arbeiten. Kurz vor Ende der Ausbildung tauchte im letzten Oberkurs die Frage auf, wohin die zukünftigen Schwestern und Pfleger mit ihren Problemen nach dem Examen gehen sollten. Einige von ihnen entschlossen sich, eine eigene Gruppe zu gründen.

### **Nach Ende der Ausbildung wollten einige Schwestern und Pfleger nicht darauf verzichten, ihre Arbeit kritisch zu beobachten. Sie treffen sich seitdem in einer eigenen Gruppe unter fachlicher Anleitung weiter.**

Diese Gruppe trifft sich alle 14 Tage unter der Supervision der Leiterin der Krankenpflegeschule und eines Diplom-Psychologen. Die Arbeit läuft ähnlich wie in Balintgruppen ab, ist jedoch nicht auf rein verbale Auseinandersetzungen beschränkt, sondern es werden auch Elemente aus Gestaltungstherapie und Psychodrama verwandt.

Beim letzten Treffen klagte Christof, ein Mitglied der Gruppe darüber, daß er sich völlig ausgelaugt fühle, kraftlos sei und keine Energie mehr habe. Seine Freizeit benötige er fast ausschließlich, um sich vom Dienst und für den nächsten Dienst zu erholen.

Auf die Frage, ob er den Grund hierfür kenne, erzählte er folgendes: ein Patient auf seiner Station, auf der vor allem akut psychiatrische Patienten liegen, reiße das gesamte Geschehen an sich. Er prüfe ständig, wo die Schwachpunkte der anderen liegen und verteile dann »seine Schläge« gleichmäßig gegen Pflegepersonal und Mitpatienten. Nachts habe der Patient einer Kollegin mit Vergewaltigung gedroht, so daß er ihr zu Hilfe kommen mußte. Im Tagesraum mache er ständig die Musik so laut, wie es ihm gerade passe. Neulich habe der Patient ein Messer aus dem Tagesraum mit in sein Zimmer genommen, so daß Christof selbst sich bedroht fühle. Außerdem reize er Christof damit, daß er ihn »Marzipangesicht« nenne, und ihn damit bloßstelle.

Zur Geschichte des Patienten bemerkte Christof, daß dieser wegen Schizophrenie in der Klinik in Behandlung sei. Früher sei er wohl Privatlehrer gewesen. An sich lebe er alleine bei sich zu Hause.

Auf Nachfragen des Psychologen und anderen Gruppenmitgliedern stellt sich heraus, daß Christof sich absolut nicht in der Lage sieht, auf die Agres-

sionen des Patienten angemessen zu reagieren. Er würde den Patienten gerne herausdrängen aus dem Stationsalltag, am liebsten wäre ihm, der Patient wäre gar nicht mehr da. Da das aber nicht möglich ist, fühlt er sich dem ganzen Stationsablauf gegenüber hilflos und gelähmt. Dieser Zustand wird von Tag zu Tag schlimmer.

Beate schlägt ihm daraufhin vor, einfach den Kontakt zu dem Patienten zu vermeiden. Christof hat aber das Bedürfnis, sich mit dem Patienten weiterhin auseinanderzusetzen, sieht sich als einzeln jedoch überfordert. Der Therapeut übernimmt schließlich die Rolle des Patienten und fordert Christof zum offenen Streit heraus in dessen Verlauf Christof sehr wütend wird und laut schreit.

Bei der Aufarbeitung mit der gesamten Gruppe, die sehr betroffen und auch ängstlich auf Christofs Wut reagiert, stellte sich heraus, daß er schon in der Ausbildungszeit nicht in der Lage war, Wut und Ärger aus sich herauszulassen, viele jedoch den Eindruck hatten, daß Christofs Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit sich selbst zugenommen habe und er jetzt ehrlicher auf sie wirke.

Zwei Dinge standen am Ende: Die Angriffe, die Christof von seiten des Patienten erfährt, sind vor allem deshalb so schlimm für ihn, weil er noch nicht gelernt hat, mit seinen eigenen Aggressionen umzugehen. Christof soll sich daher noch einmal überlegen, ob die Psychiatrie für ihn im Moment der richtige Arbeitsplatz ist.

Zunächst war geplant, die Gruppe für ein halbes Jahr sozusagen im Übergang aus der Schulzeit in den Beruf bestehen zu lassen. Die Gruppenmitglieder wünschten jedoch eine Fortsetzung der Arbeit, da sie einen regelmäßigen Erfahrungsaustausch für ihre tägliche Arbeit als wertvoll erachteten, und darauf nicht verzichten möchten. Es falle ihnen so auch leichter, die während der Ausbildung gesteckten Ziele nicht aus den Augen zu verlieren. Sie lernen, sich besser durchzusetzen, ihre Stärken kennenzulernen, aber auch ihre Schwächen zu sehen und zu akzeptieren. Sie verstehen diese Gruppenarbeit als eine Möglichkeit, offener und ehrlicher zu werden und dadurch zu mehr Eigenständigkeit und beruflicher Zufriedenheit zu gelangen. □



## Klaus Traube u.a. Nach dem Super-GAU



aktuell  
roro

**Klaus Traube u.a.:**  
**Nach dem Super-GAU.**  
**Tschernobyl und die Konsequenzen,**  
**Hamburg 1986,**  
**rororo Aktuell, 8,80 Mark.**

Meistens muß man bei den Schnellschüssen der Verlage anlässlich aktueller Ereignisse vorsichtig sein. Dieses Buch macht eine Ausnahme. Wo täglich in den Zeitungen neue Aussagen stehen und man krampfhaft nach einfachen Einführungen ins Thema sucht, bietet das vorliegende Buch einige Hilfen, die man sich sonst erst mühsam zusammensuchen muß.

Daß verschiedene Autoren dazu beigetragen haben, ist nur gut. Die ersten Beiträge befassen sich mit dem wahrscheinlichen Ablauf der Katastrophe in Tschernobyl. Ebenfalls beleuchtet wird die Informationskatastrophe in der Bundesrepublik. Vier Beiträge befassen sich mit den medizinischen Folgen. So wird noch einmal die Diskussion über Strahlendosisgrenzen und Schwellenwerte aufgerollt. Ein grundsätzliches Kapitel findet sich zu Radioaktivität als physikalischer Größe. Da findet man auch mal etwas zum Dosisfaktor bei Jod 131. Ein eigenes Kapitel ist weiterhin den voraussichtlichen Spätschäden gewidmet.

Besonderen Wert gewinnt das Buch nicht zuletzt durch den Beitrag von

Klaus Traube, der – gestützt auf recht fundierte Zahlen – nachweist, daß der Ausstieg aus der Kernenergie jetzt machbar und auch finanzierbar ist.

Angereichert ist das Buch mit einer Zusammenstellung ausgesuchter Zeitungsartikel aus der Zeit nach der Katastrophe. »Nach dem Super-GAU« ist ein Buch, das fürs erste Fragen beantwortet und für Diskussionen Grundlagen liefern kann. Auch wenn man nicht alles brauchen kann – so wäre es sinnvoller gewesen, ein eigenes Kapitel dem Atomprogramm der Bundesrepublik zu widmen statt dem der UdSSR –, empfehlenswert ist das Buch allemal.

–wp–

**Gena Corea:**  
**Muttermaschine, Berlin 1986,**  
**Rotbuch Verlag, 335 Seiten,**  
**39 Mark.**

»Embryo West AG, Ovotrans International Corporation, Portable Embryonics – vielleicht wird es in ein paar Jahren Firmen mit solchen Namen geben, und sie werden mit Eiern handeln – nein, nicht von Kühen, sondern von Frauen. Denn die Embryotransfertechnologie wird längst auch auf uns angewandt.«

Was heute in der Viehzucht gang und gäbe ist, soll bald auch Frauen blühen. Gena Corea zeigt, daß es Verflechtungen der Industriezweige heute schon gibt. Im April 1983

wurde in Kalifornien der erste Embryo aus dem Körper einer Frau in den einer anderen transferiert. Die Finanzierung des Experiments besorgte eine Firma, die seit 1970 Embryotransfer in der Viehzucht betreibt. Ein Dr. John Buster hat es der Autorin ganz sachlich erklärt: »Wissen Sie, so etwas wird in der Viehzucht schon die ganze Zeit gemacht. Da ist gar nichts Neues dran. Alles sehr praktikabel. Man muß es nur einrichten.«

Immer wenn die Kritikerinnen der Gen- und Reproduktionstechnologien gewisse, durchaus realisierbare Konsequenzen der Einführung dieser Techniken aufzeigen, werden sie von den Vorantreibern der Entwicklung als Phantasten zurückgewiesen. Gena Corea nimmt sie beim Wort. Viele Jahre, fast von Geburt des ersten »Retortenbabies« an, hat sie die Forscher und Entwickler, voran Steptoe und Edwards, die »Väter« der künstlichen Befruchtung, nach ihren Motivationen und Zielvorstellungen gefragt. Aus den Ergebnissen dieser Untersuchungen ist sie auch zu dem Untertitel des Buches gekommen: Von der künstlichen Befruchtung zur künstlichen Gebärmutter.

Es offenbart sich, daß die Technik der künstlichen Befruchtung, deklariert als »Hilfe« für die unfruchtbaren Frauen, schon jetzt in der Praxis ihrer Anwendung enorm ausgeweitet worden ist. Die Anwendung von Embryotransfer, Leihmutterchaft geht längst über dieses eng begrenzte Gebiet hinaus, eugenische und bevölkerungspolitische Aspekte gewinnen in den Einzelaussagen eine große Bedeutung.

In einer auch für Nichtmediziner verständlichen Sprache wird der derzeitige Stand der Entwicklung und die technische Durchführung quasi nebenbei erläutert. Das zentrale Thema, die Reproduktionstechnologien, wird eingerahmt von einem kurzen Abriss der Geschichte des Darwinismus und Sozialdarwinismus wie auch der Geschichte von wissenschaftlicher Forschung und Anwendung im Reproduktionsbereich in Männerhand. Ein Beispiel ist die künstliche Besamung, die es ja schon viele Jahre gibt. Ein empfehlenswertes Buch für alle, die den Reproduktionstechnikern immer schon die übelsten Absichten unterstellt haben und den Beweis dafür gerne schwarz auf weiß in der Hand haben wollen.

–kk–

**Helmut Schoeck: Der Arzt zwischen Politik und Patient.**  
**Wiesbaden 1983, Verlag Medical Tribune GmbH, 208 Seiten,**  
**19,80 Mark.**

Sehr viel braucht man zu diesem Buch nicht zu sagen: Es gleißt literarische Öle auf die Wunden der gebeutelten Ärzteschaft. Der Autor und sein Verlag haben da eine für sie lukrative Lücke entdeckt. Statt Kritik, wie ein Großteil der Ärzteschaft sie zu Recht in den letzten Jahren gewohnt ist, wird hier ärztliches Selbstmitleid gepflegt. Konservative und reaktionäre Auffassungen, die an Ärztestammtischen die Runde machen, werden hier auf ein pseudowissenschaftliches Niveau gehievt. Etwas Neues hat der Autor dabei nicht produziert. Es sind seine alten und ständig wiederholten rechtskonservativen Theorien, die er aus der Tasche zieht.

Der Vorspann seines neuen Buches ist auch schon die ganze Inhaltsangabe: »Erfolgsbeglückungsdrang bei Politikern, Kassenfunktionären und Gewerkschaftsführern verquickt sich mit der Anspruchsmentalität vom Patienten. In diesem Spannungsfeld muß der Arzt nach bestem Wissen und Können handeln. Er ist grundsätzlich nicht weisungsgebunden, aber für jede Therapie, für jede Unterlassung, für jeden Kunstfehler haftet er in einem früher nicht gekannten Umfang... Der Wissenschaftsspektivismus, die Technikfeindschaft, Chemieangst und Hinterfragungsmanie – kurz alle modernistischen Ängste, Verunsicherungen und Ressentiments aus der lukrativen literarischen Katastrophenindustrie treffen gebündelt den ärztlichen Beruf und belasten das Arzt/Patientenverhältnis täglich neu.«

Da kommen einem selbst als Arzt die Tränen. Das ist schon fast mehr Bauchpinselei, als einem sich unverständlichen fühlenden Mediziner gut tun kann. Helmut Schoeck hat es nicht mit der wissenschaftlichen Argumentation, lieber erzählt er Döneskes aus seinem Leben, die er dann aber mit einem Mischmasch aus Kaffeesatz und Statistik zu unwiderlegbaren Lehrweisheiten aufbaut.

So wie Bud Spencer sich die üblen Halunken erst so richtig zurechtlegt, um sie dann mit einem Schlag von der Platte zu putzen, philosophiert sich Schoeck eine böse Umwelt aus. Helmut Schoeck ist in einschlägigen Kreisen wohl bekannt. Seine Bücher »Ist Leistung unanständig?« oder »Der Neid« stehen im Bücherschrank jedes sich gut und anständig fühlenden Deutschen. Schoeck

hat mit Vorliebe immer den in die Enge getriebenen Konservativen Rückendeckung gegeben; wohl nicht zuletzt, weil ihm dies auch gutes Geld eingebracht hat.

Gewerkschaften, unfähigen Linken, neidischen Arbeitern und einer faulen Bevölkerung zusammen, die dem armen, armen Arzt ans Leder wollen. Garniert wird das Ganze mit dosiert eingestreuten – im übrigen schlecht übersetzten – soziologischen Termini aus Schoecks Lehrzeit in Amerika.

So amüsant die ganze Abhandlung mit ihrer Kunst aus Verdrehung und Demagogie zu lesen ist, so abgegriffen wirkt sie letztlich doch. Schoeck hat seinen konservativen Freunden mit diesem Buch keinen guten Dienst erwiesen; die Argumente sind einfach abgelutschte Karamellen. So haben die Honoratioren mit aufmüpfigen Studenten Anfang der siebziger Jahre geredet. Heute bringt damit kein Konservativer mehr ein Bein auf den Boden. Der Verlag hat das Buch auf aktuell getrimmt, aber kaum ist man vom Schutzumschlag zum Inneren vorgedrungen, hat man schon den Marsch zurück in die frühen siebziger Jahre angetreten. Da wird Ivan Illich in der Luft zerrissen, so als habe er gestern und nicht vor mehr als zehn Jahren seine Thesen gegen die etablierte Medizin formuliert.

Die neuere gesundheitspolitische Diskussion scheint am Autor völlig vorbeigegangen zu sein. Stattdessen präsentiert er – aus Unverfrorenheit oder mangels neuer Argumente – in jedem Kapitel seitenweise die Ausführungen seiner bisherigen Bücher. Nicht nur diese ständigen Wiederholungen erinnern an eine alternde Plattendiva, die nichts Neues mehr zu sagen hat. Es tritt auch ein gewisses Maß an Selbstüberschätzung des Autors hinzu. Dies äußert sich nicht nur darin, daß er sich ständig selbst zitiert. Der Leser muß sich darüber hinaus über Seiten hinweg belehren lassen, daß Schoeck mit seinem Buch »Der Neid« auch den Marxismus/Leninismus philosophisch gesehen aus den Angeln gehoben hat. Gemerkt hat dies außer Schoeck selbst bislang noch niemand. Spätestens hier zeigt sich, wo der philosophische Höhenflug des Soziologieprofessors angesiedelt ist: auf Stammtischniveau.

**Michael Kasten, Walter Popp:**  
**Bunkerrepublik Deutschland,**  
**Dortmund 1986.**  
**Weltkreis Verlag, 213 Seiten,**  
**14,80 Mark.**

Ein Zitat aus dem Buch von Michael Kasten und Walter Popp hat mich beim Lesen am meisten erschreckt: »Wir leben in einer Vorkriegs- und

nicht in einer Nachkriegszeit« erklärte schon 1982 Eugene Rostow, damals Leiter der amerikanischen Rüstungskontroll- und Abrüstungsbehörde. Wenn man sich diesen Satz immer wieder in Erinnerung ruft, dann werden viele Rüstungs- und innenpolitischen Entscheidungen der letzten Jahre im Zusammenhang verständlicher, gegen die Friedensbewegte Menschen seit Ende der sechziger Jahre mit Verabschiedung der Notstandsgesetze Sturm laufen.



Aktueller Anlaß für das Buch war sicherlich der Entwurf eines Zivilschutzgesetzes für die Bundesrepublik Deutschland im Februar 1985 durch die derzeitige Bundesregierung. Dieser Gesetzentwurf geht ganz offensichtlich davon aus, daß die Folgen eines zukünftigen Krieges für die Zivilbevölkerung planbar und bei genügend staatlicher Vorbereitung auf den Ernstfall auch aushaltbar und überlebbar sind. Ganz in Übereinstimmung mit der derzeitigen politischen Doktrin der Reagan-Regierung in den USA, die einen zukünftigen Atomkrieg für nicht nur machbar, sondern auch gewinnbar hält mit einer ausreichend großen Zahl überlebender Bevölkerung, wenn nur genügend Vorsorge getroffen wird.

Die möglichst komplette Erfassung des medizinischen Personals soll dann Gesetz werden, gegen die sich zur Zeit noch viele Kollegen zusammen mit der ÖTV erfolgreich wehren. Die Ärztekammern werden dann gesetzlich verpflichtet, bei der Durchführung des Zivilschutzgesetzes mitzuarbeiten und zum Beispiel Fortbildungen in Katastrophenmedizin inklusive Triageübungen dann verbindlich für jeden Arzt verlangen können.

Nach der Lektüre des Buches habe ich endlich verstanden, welchen Sinn verkehrspolitisch unsinnige Autobahnabschnitte in der Bundesrepublik haben, die in den letzten Jahren gegen alle Proteste von Umweltschützern betoniert wurden, weshalb die Startbahn West in Frankfurt und andere gewaltige Flugplatzweiterungen gegen alle Proteste durchgesetzt wurden: sie wurden von Militärplanern und Politikern erzwungen zur optimalen Anbindung von Munitions- und Waffenlagern, Truppenübungsplätzen, Militärlugplätzen usw.

Friedenspolitisch aktive Leser werden im Buch etliche bekannte Einzelheiten (siehe Startbahn West) wiedererkennen, aber die Zusammenfassung so vieler aus öffentlichen Quellen zugänglicher Fakten zur inneren Militarisierung der Bundesrepublik Deutschland wird auch sie noch erschrecken.

Michael Kasten und Walter Popp haben ein wichtiges, und angesichts des ernüchternden Themas recht gut lesbares Buch herausgegeben.

—ee—



**J. Collatz, E. Kürsat-Ahlers,**  
**J. Korpöral: Gesundheit für alle.**  
**Die medizinische Versorgung**  
**türkischer Familien in der**  
**Bundesrepublik Deutschland,**  
**Hamburg 1985. E.B. Verlag Ris-**  
**sen, 466 Seiten, 39,80 Mark.**

»Rahmenbedingungen, Möglichkeiten und Grenzen der medizinischen Versorgung von Arbeitnehmern aus der Türkei und ihren Familien« lautete der Titel der Arbeitstagung der Akademie für Sozialmedizin Hannover e.V., die Grundlage für das vorlie-

gende Buch ist. Die Überarbeitung der Tagungsbeiträge und die Erweiterung des Autorenteams finden Ausdruck in dem breit angelegten Spektrum des Buches.

Erfreulicherweise findet hier keine Reduktion auf den medizinischen Bereich statt; kulturelle und soziale Lebensbedingungen in der Türkei (natürlich auch die Gesundheitsversorgung) und die Welt der türkischen Familien in der Bundesrepublik werden aufgezeigt, sozusagen als Hintergrund für die Informationen über das Gesundheits- und Krankheitsverhalten der türkischen Familien.

»Der unsichere rechtliche Status der ausländischen Beschäftigten, die staatliche und betriebliche Ausländerpolitik in der Bundesrepublik Deutschland sind Voraussetzungen für eine Perpetuierung dieser Unterprivilegierung der Ausländer hinsichtlich vieler Aspekte ihrer Lebens- und Arbeitsbedingungen, die gleichzeitig ihre physische und psychische Gesundheit verschleifen.«

Dieser Rückgriff auf die allgemeinen Bedingungen führt in Verbindung mit der Analyse der bestehenden Situation, die exemplarisch in sechs Bereichen durchgeführt wird, zu der Einsicht, daß auch im Gesundheitswesen keine einfache Lösung der Probleme von Ausländern in der Bundesrepublik denkbar ist, vor allem nicht durch staatliches Eingreifen, das auf den Widerstand der Betroffenen stoßen würde: »Ein Mehr an medizinischer Kontrolle ist immer auch soziale Kontrolle, die in der rechtlichen ungesicherten Situation der ausländischen Bevölkerung problematisch werden kann.«

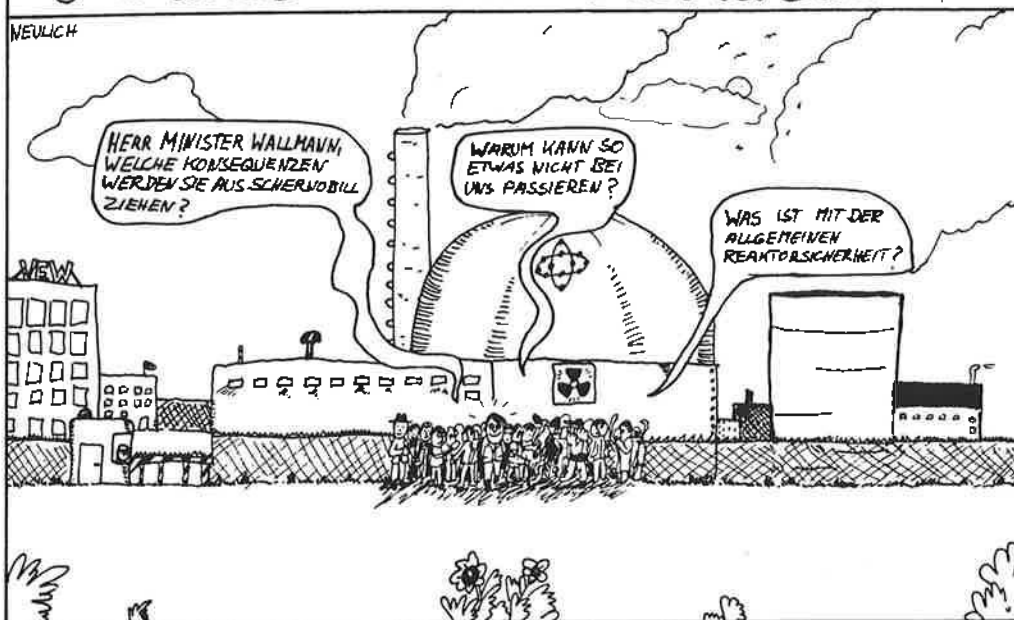
In verschiedenen Beiträgen wird die Einstellung der türkischen Bevölkerung zu Gesundheit und Krankheit diskutiert. Dabei werden die Unterschiede zu den Maßstäben der Deutschen deutlich, ohne daß die Probleme des Verständnisses und des Umgangs den ausländischen Patienten angelastet werden. Ganz im Gegenteil: Die Autoren fordern einen veränderten Umgang der Ärzte mit der spezifischen Klientengruppe.

Im Schlußteil werden medizinische Versorgungsmodelle und die Erfahrungen niedergelassener Ärzte mit türkischen Patienten dargestellt. Die Quintessenz der Tagung und des Buches: Über Modelle und individuelle Problemlösungsversuche muß die grundsätzliche Veränderung der Situation von Ausländern, die im medizinischen Bereich nur eine Ausdrucksform findet, Handlungsziel bleiben.

Michaela Emmerich

# Alles unter Kontrolle

NEULICH



\* ORIGINALZITAT

## IMPRESSUM

Herausgeber

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

**Anschrift der Redaktion:** Demokratisches Gesundheitswesen, Siegburger Str. 28, 5300 Bonn 3, Tel. 0228 / 468208 (8.30 Uhr bis 12.30 Uhr, montags 19.00 Uhr bis 21.00 Uhr)

**Anzeigenleitung:** Walter Beiken, c/o dg, Siegburger Str. 28, 5300 Bonn 3

**Redaktion:**  
Chefredaktion: Ursula Daalman (ud)  
(V.i.S.d.P.), Joachim Neuschäfer (jn)

**Aktuelle Gesundheitspolitik:** Walter Popp (wp); **Gesundheitsversorgung:** Gregor Weinrich (gw), Uli Menges (um), Joachim Gill (gg); **Arbeits- und Lebensverhältnisse:** Norbert Andersch (na); **Pharma- und Geräteindustrie:** Uli Raupp (urp); **Umwelt:** Peter Walger (pw); **Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen:** Matthias Albrecht (ma), Edi Erken (ee); **Ausbildung:** Brigitta Mews (bm), Eckard Müller (em), Peter Liebermann (pl); **Internationales:** Günter Gempel (gst), Stephan Schölzel (sts); **Frauenprobleme:** Ulla Funke-Verhasselt (ufv), Karin Kieseyer (kk); **Pflegeberufe:** Kirsten Jung (kj); **Historisches:** Holmut Koch (hk); **Kultur und Subkultur:** Holmut Copak (hc)

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

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

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

Nachdruck nur nach Zustimmung der Redaktion.

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

**Die Zeitschrift „DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN“ erscheint monatlich bei:**

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

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

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

Redaktions- und Anzeigenschluß für das Septemberheft: 15. August 1986.

**Graphik:** Christian Paulsen, Michael Westermöller

**Titelblatt:** laif

**Layout:** Norbert Andersch, Edi Erken, Yogi Neuschäfer, Ursula Daalman

**Satz und Druck:** Farbo Druck-Graphik Team GmbH Köln, Bischofsweg 48-50, 5000 Köln 51

**JSSN: Nr. 0172-7091**



## Debakel

Zu einem mittleren Debakel wurde der 1. Deutsche Umwelttag. dg-Redakteur Peter Walger hatte Donnerstagabend noch versucht, den Transport der Arbeiten aus dem dg-Kunstwettbewerb nach Würzburg zu organisieren. Die beiden Studenten, die alles mühsam eingepackt und hingefahren hatten mußten dann leider feststellen, daß die Veranstalter uns ein paar falsche Angaben gemacht hatten. Die Ausstellung konnte nicht aufgebaut werden.

Ursula Daalman hatte auch nicht viel mehr Glück. Mit einem geliehenen Auto angereist, dessen Auspuff unterwegs den Geist aufgegeben hatte, konnte sie sich allein hinter den Stand stellen. Weitere dg-Redakteure hatten den Weg nach Würzburg nicht gefunden. Aber zum Glück halfen Freunde der Redaktion ein bißchen aus.



Foto (5): Linie 4/M. Jung

Nach einer Nacht im regendurchweichten Zelt verlor sie dann auch noch den Autoschlüssel. Der edle Autoverleiher mußte sich sein Auto aus dem 400 Kilometer entfernten Würzburg selbst abholen, sonst wäre es mit dem neuen Heft wohl nichts geworden. Trotz all dem Ungemach: Das Tschernobyl-Heft fand reißenden Absatz.

## Publizität

Peter Walger hatte es etwas besser. Der Autor des Tschernobyl-Reports aus dem Juniheft vertrat dg auf mehreren Foren des Umwelttags, unter anderem auf einer Veranstaltung mit dem Atomwissenschaftler Traube, die vom Westdeutschen Fernsehen übertragen wurde.

## Endlich

Mittlerweile ist auch das Bonner dg-Büro wieder komplett. Yogi Neuschäfer, früher Redakteur beim Studentenmagazin »frontal«, trat am 8. Juni seine Arbeit an. Für Ursula Daalman das langersehnte Ende der monatelangen Ein-Frau-Arbeit.

## Glückwunsch

Zehn Jahre alt wird »Dr. med. Mabuse«, die ältere Schwester von dg und neben ihr die (leider) einzige fortschrittliche Zeitschrift im Gesundheitswesen. Aus früheren Konkurrentinnen sind inzwischen solidarische Schwestern geworden – immer noch Ausnahmeerscheinungen in einer konservativ beherrschten Medizinermedienlandschaft. Wir gratulieren herzlich und wünschen den Mabuses das, was auch uns gut tut: viel mehr Abonnenten und Leser. Also: auf die nächsten zehn Jahre.

## Sommerloch

Nicht nur Sie haben Urlaub verdient, auch wir. Der lange Weg, den Sie bis zu dieser letzten Seite zurückgelegt haben, hat einen Grund: Dies ist ein Doppelheft. Keine Panik also, wenn kein dg im August kommt. Zu Ihrer Beruhigung: Das Septemberheft ist schon in der Mache.

## dg-kontakte

**Aachen:** Erhard Knauer, Maria-Theresia-Allee 59, 5100 Aachen, Tel. (0241) 754 59; **Ansbach:** Birgitta Eschenbacher, Am Heimweg 17, 8800 Ansbach, Tel. (0981) 144 44; **Berlin:** Hermann Dittich, Grunewaldstr. 28, 1000 Berlin 41, Tel. (030) 822 63 28; **Bonn:** Edl. Erken, Eckenerstr. 28, 5205 St. Augustin 2 (Hangelaar), Tel. (02241) 2 91 78; Stefan Schölzel, Bergstr. 8, 5300 Bonn 1, Tel. (0228) 23 35 26; Kurt Straß, Reuterstr. 121, 5311, Tel. 21 26 96; Gregor Weinrich, Schumannstr. 30, 5311, Tel. 21 97 78; **Bremen:** Cornelia Selke, Clausenitzstr. 25, 2800 Bremen 1, Tel. (0421) 23 43 71; **Bremerhaven:** Gunar Stempel, Virchowstr. 34, 2850 Bremerhaven-Geestemünde, Tel. (0471) 2 72 72; **Darmstadt:** Jürgen Frohmert, Neutscher Weg 3, 6101 Modautal-Ernsthofen; **Dortmund:** Matthias Albrecht, Am Kühlenweg 22, 4600 Dortmund 50, Tel. (0231) 75 38 80; Detlev Uhlenbrock, Droste-Hülshoff-Str. 1, 4611, Tel. 42 17 68; **Düsseldorf:** Joachim Gill, Fruchtstr. 2, 4000 Düsseldorf, Tel. (0211) 34 92 04; **Duisburg:** Thomas Wellig, 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. 96, 6000 Frankfurt 90, Tel. (069) 70 54 49; **Gießen:** Claudia Göttemann, Bismarckstr. 6, 6300 Gießen, Tel. (0641) 7 52 45; **Göttingen:** Barbara Wille, Ostlandweg 23, 3400 Göttingen, Tel. (0551) 3 37 10; **Hamburg:** Robert Pfeiffer, Kurfürstenstr. 45, 2000 Hamburg 70, Tel. (040) 6 58 48 45; **Hanau/Maintal:** Hans See, Südring 12, 6457 Maintal 1, Tel. (06181) 4 72 31; **Hannover:** Martin Walz, Tlostr. 19, 3000 Hannover 1, Tel. d: (05132) 90 65 57/p: (0511) 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, 7600 Karlsruhe 1, Tel. (0721) 84 99 48; **Kassel:** Matthias Dippel, Walzstr. 2d, 3500 Kassel, Tel. (0561) 5 49 25; **Kiel:** Ralf Cüppers, Saarbrückener Str. 1765, 2300 Kiel 1, Tel. (0431) 68 63 97; **Kleve:** Ulla Funke-Verhasselt, Steinbergen 33, 4182 Uedem, Tel. (02825) 84 24; **Köln:** Peter Liebermann, Garthestr. 16, 5000 Köln 60, Tel. (0221) 76 38 44; Eckard Müller, Säckinger Str. 4, 5141, Tel. 43 29 19; Helmut Schaaf, Rhöndorfer Str. 16, 5141, Tel. 42 87 26; **Langerich:** Jan Hendrik Herdtlass, Niederringel 3, 4540 Langerich; **Lübeck:** Angela Schürmann, Stadtweide 99, 2400 Lübeck, Tel. (0451) 50 33 55; **Mannheim:** Werner Weinhold, Friedrichstr. 57, 6800 Mannheim, Tel. (0621) 85 54 05; **Marburg:** Hanna Koch, Alter Ebsdorfer Weg 18, 3550 Marburg; **Minden:** Volker Happpmann, 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. (08261) 97 33; **Münster:** Helmut Copak, Geisstr. 67a, 4400 Münster, Tel. (0251) 79 46 88; Barbara Halbeisen-Lehnert, Hoyastr. 11, Tel. 28 74 31; Uli Menges, Davensberger Str. 10a, Tel. 78 63 99; Ulli Raupp, Peter Walger, Wilh.-Hörscher-Weg 7, Tel. 780 14 37; **Oldenburg:** Helmut Koch, Saarstr. 11, 2900 Oldenburg, Tel. (0441) 8 38 56; **Recklinghausen:** Petra Voss, Am Lohr 4, 4350 Recklinghausen, Tel. (02361) 154 53; **Reutlingen:** Helmut Jäger, Ganghoferstr. 12, 7410 Reutlingen, Tel. (07121) 24 02 36; **Riedstadt:** Harald Skrobilas, Freih.-v.-Stein-Str. 9, 6086 Riedstadt, Tel. (06158) 61 61; **Siegburg:** Richard Beltzen, Hagebuttenweg 24, 5200 Siegburg-Kaldauen, Tel. (02241) 38 35 90; **Siegen:** Michael Regus, Zur Zinsenbach 9, 5900 Siegen, Tel. (0271) 7 68 60; **Solingen:** Heinrich Recken, Basaltweg 15, 5650 Solingen, Tel. (02122) 4 78 85; **Tübingen:** Elke Schön, Jacobgasse 19, 7400 Tübingen, Tel. (07071) 21 27 99; **Ulm:** Wolf Schleinzer, Ringstr. 22, 7900 Ulm-Lehr, Tel. (0731) 6 65 44; **Viersen:** Sebastian Stierl, Gladbacher Str. 94, 4056 Schwalmatal 1, Tel. (02163) 41 91; **Wuppertal:** Michael Sünner, Nornenstr. 20, 5660 Wuppertal 2, Tel. (0202) 50 38 45.

# Aktion fünf Prozent

Nachrichten vom Wasserleitungsprojekt  
in Matiguás in Nikaragua

PAHL-RUG.GOTTESW.54 5000KOELN  
G 2961 E 394711 350

KARL BOEKER  
WERTHERSTR. 89

4800 BIELEFELD 1



Managua, 27. Mai 1986

## Liebe Freunde von dg!

Mit einiger Verspätung von jeweils mehreren Monaten erhalte ich inzwischen Eure Zeitung, hier also mein letzter Bericht:

Das Spendengeld der Leser, aufgerundet durch die Partnerstadt Saarlouis, ist am 20. Mai in Matiguás angekommen. Es wurde für uns auch langsam sehr dringend, denn die Wasserversorgung in Matiguás ist inzwischen katastrophal: Seit etwa einem Monat sind beide Pumpen defekt, fast das gesamte Dorf ist ohne Wasserversorgung. Lediglich der Ortsteil »Rufino Lopez« erhält über die neue Leitung ausreichend Wasser (dg berichtete im April 86 über das fertige Projekt). Alle anderen Häuser liegen oberhalb der Pumpstation, ohne die kein Tropfen läuft.

Einige Häuser haben zwar noch Brunnen, aber jetzt am Ende der Trockenzeit geben sie nichts mehr her, wenn sie von der Qualität des Wassers überhaupt brauchbar waren. Der Fluß ist zur Zeit total ausgetrocknet, die kleinen Wasserreste in Löchern im Flußbett sind nicht mal zum Wäschewaschen zu gebrauchen. Für das Krankenhaus muß das Wasser per Auto von einem Fluß geholt werden, weil auch der Brunnen des Krankenhauses fast nichts mehr fördert. Die Situation wird sich jetzt bald etwas entkrampfen, weil am letzten Donnerstag die Regenzeit begonnen hat, in einigen Wochen werden der Fluß und auch die Brunnen wieder Wasser liefern.

Nach den ersten Erfahrungen mit der fertigen neuen Leitung ist jetzt klar, daß wir eine zweite Leitung bis zum Rio Cusiles in acht Kilometer Entfernung legen müssen, um die inzwischen größer gewordene Bevölkerung versorgen zu können. Dazu brauchen wir als erstes einen Plan. Aber alle im Land verfügbaren Spezialisten sind auf längere Sicht ausgebucht und können diese Arbeit nicht zusätzlich übernehmen.

Wir brauchen also einen Helfer aus dem Ausland, der für uns die notwendigen Untersuchungen und Berechnungen durchführen kann, er müßte aber seine Vermessungsinstrumente mitbringen. Er braucht kein Spanisch sprechen zu können, wir dolmetschen. Das müßte aber noch vor Ende der Regenzeit etwa November abgeschlossen sein, damit wir dann bei passierbaren Straßen Arbeitsvorbereitung und Materialbeschaffung erledigen können. Wenn man hier einmal was angefangen hat, muß es angesichts des enormen Bedarfes möglichst sofort geschafft werden.

Genauere Angaben, was wir mit Eurem Spendengeld geschafft haben, kann ich Euch erst etwas später schreiben, weil ich wegen einer Hepatitis seit einer Woche in Managua zur Erholung bin. Vielleicht kann Euch José Santos auch darüber berichten, wenn er voraussichtlich im Herbst auf Einladung der Stadt Saarlouis in die Bundesrepublik fährt?

Die letzten Meldungen aus Nikaragua kennt Ihr ja sicher: Am Samstag fuhr ein baskischer Medizinhelfer auf eine Mine, als er mit seinen Mitarbeitern zu einer Impfkaktion fuhr – acht Tote! Wer wird der nächste sein? Die acht Deutschen sind seit zehn Tagen entführt, eine internationale Brigade verläßt am Donnerstag Managua, um deren Arbeit fortzusetzen. Bis demnächst

Euer Klaas.