

dg

DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN

ZEITSCHRIFT FÜR GESUNDHEITS-
UND SOZIALBERUFE



Lust? Last?
Vom stillen Wandel der Sitten

VdÄÄ-Gründungskongreß

Auswahlgespräche verfassungswidrig?

Matthias Albrecht ist Kinderarzt an einem Dortmunder Krankenhaus.



Wetten, daß?

Nun ist es passiert: Am 7. November hat der Bundesrat die neuerliche Novelle der Approbationsordnung für Ärzte mit der Einführung des „Arztes im Praktikum“ beschlossen. Zum 1. Juli 1988 wird die Änderung wirksam. Für diese praktische Ausbildungsphase nach dem Studium werden 1989 18 000, später für die zweijährige Ausbildung 24 000 Stellen für AiPler benötigt. Gesundheitsministerin Rita Süßmuth hatte im September dieses Jahres den AiP um ein Jahr ausgesetzt, wohl wissend, daß die erforderlichen Stellen nicht vorhanden sind.

Die Leser dieser Zeitschrift konnten in den letzten Jahren verfolgen, daß die Zahl der ablehnenden Stimmen gegenüber dem AiP immer größer wurde: Studenten, Krankenkassen, Gewerkschaften, oppositionelle Ärztelisten, Hochschullehrer. Dagegen schmolz die Gruppe der Befürworter immer weiter zusammen: heute steht im wesentlichen nur noch die Ministerialbürokratie aus Bund und Ländern und von den Landesverbänden der Marburger Bund hinter dem AiP.

An dieser Stelle muß nicht gebetsmühlenartig wiederholt werden, daß praktische Ausbildungsverbesserungen mit der AiP-Regelung nicht verbunden sind. Klar ist auch: die erforderlichen Ausbildungsstellen werden nicht zustande kommen. Gerechnet wird mit etwa 5000 freiwerdenden Assistenzarztstellen im Krankenhaus, die auf drei AiPler aufgeteilt wer-

den sollen – „kostenneutral“ versteht sich. Macht im besten Fall: 15 000 Stellen. Bleiben 9 000 Fehlstellen.

Unter den niedergelassenen Ärzten, den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen gibt es bis zum heutigen Tage nicht die Spur einer Bereitschaft, diese 9 000 Stellen im ambulanten Bereich zu schaffen. Das ist auch Rita Süßmuth bekannt. Warum sollte der ambulante Bereich, die Kassenärzte also, auch für die AiPler ausbildend tätig werden, wo sie noch nicht einmal die Ärzte in der Weiterbildung zur Allgemeinmedizin nehmen.

Auch das ist Rita Süßmuth bekannt, von der doch viele sagen, daß sie CDU-Politik intelligenter verkaufen könnte.

Doch damit nicht genug. Unzweifelhaft ist die AiP-Phase ein Teil der Hochschulausbildung und fällt damit in die öffentliche Verantwortung, hier der Länder. Also auch die Vermittlung der Ausbildungsstellen für die – rechnerisch ermittelten – 12 000 AiPler jährlich, doch die Approbationsordnungs-Novelle sieht nichts dergleichen vor. Ein Rattenschwanz juristischer Auseinandersetzungen vom Amtsgericht bis Karlsruhe ist absehbar, mit denen Medizinstudenten oder AiPler ihren AiP-Platz einzuklagen versuchen. In Numerus-Clausus-Verfahren erfahrene Rechtsanwälte reiben sich schon die Hände.

Keineswegs ein Beitrag zur Aufklärung der Situation war auch die Vorstellung von Rita Süßmuth, durch die Einführung des „Diplom-Mediziners“ den Arbeitsmarkt für AiPler und spätere Assistenten zu entlasten. Sie zog zwar ihre Pläne schnell zurück, will sie aber über die Länder doch wieder aufwärmen.

Von welcher Seite man auch immer den Arzt im Praktikum betrachtet, man kommt immer zu dem gleichen Schluß: er ist nicht zu realisieren. Ist die intelligente Rita Süßmuth auch noch ehrlich, wird sie zu dem gleichen Schluß kommen. Doch vor der Bundestagswahl soll die CDU-Klientel nicht beunruhigt werden. Deshalb wagen wir einfach an dieser Stelle die Prognose: Rita Süßmuth wird nach den Wahlen klüger sein und die AiP-Regelung zumindest aussetzen. Wetten, daß?



Manches an der Debatte um die „sexuelle Befreiung“ ruft im Nachhinein Schmunzeln hervor. Ein Jux war sie nicht. Helmut Copaks persönliches Andenken an die Pille auf Seite 12



Ob man guten Eindruck beim Professor schinden kann, entscheidet seit diesem Semester über die Vergabe eines Teils der Medizinstudienplätze. Dagegen gibt es Bedenken – auch juristische Seite 30



Wo Protest gegen Übungen für Triage laut wird, muß Katastrophenschutz eben anders geübt werden. In Gelsenkirchen sondert die Verwaltung vorab aus. Seite 36

dg-Aktion: Fünf Prozent
Wasser für Matiguás
vom Weihnachtsgeld

dg

Inhalt

12/86

dg-Report

Lust? Last? 12
Der stille Wandel der Sitten

Frieden

Es gibt keine Alternative 18
Neue Erkenntnisse über die Folgen eines Atomkriegs
Makabres Spiel 36
Katastrophenschutzübung in Gelsenkirchen

Frauen

Alles anders nach Tschernobyl? 17
Eine Polemik
Zuckerbrot und Peitsche 23
Der neue Mutterpaß

Standespolitik

Unternehmer mit ärztlicher Nebentätigkeit 24
Ärztzeinkommen in der Bundesrepublik
Eindrücke 26
Stimmen vom Gründungskongreß des VdÄÄ

Ausbildung

Kokoloeres 30
Sind Auswahlgespräche verfassungswidrig?

Gen-Technologie

Die Wacht am Gen 32

Patientenversorgung

Sparprogramm dank Methadon? 34
Internationales Symposium über Drogensatzstoffe

Kultur

Absage an die Aufklärung 28
Irrationalität, Vernunftfeindschaft und Romantik in der Sexualität von Ernest Bornemann

Dokumente

Gesundheitspolitik, Ärztepolitik und Gesundheitsbewegung 19
von Hans-Ulrich Deppe
Zum Listenunwesen im Pharmabereich 21
von Gerd Glaeske

Rubriken

Leserbriefe 4
Aktuelles 5
Termine 8
Kleinanzeigen 9
Buchkritik 36
Comic 38
Wir über uns 39

Beschränkte Auskunft

dg/11/86: Zwickmühle
Wenn Linke sich niederlassen

Die Arbeit „Zwickmühle“ von Ulli Raupp weist darauf hin, daß die angegebenen Durchschnittseinkommen der Kassenärzte nicht erreicht werden. Ich zitiere Herbert Ehrenberg und Anke Fuchs „Sozialarbeit und Freiheit“, Suhrkamp 1980, Seite 144: „Außerdem geben insbesondere die Durchschnittseinkommen nur sehr beschränkt Auskunft über die Verteilungssituation einzelner sozialer Gruppen, weil weit mehr als die Hälfte aller Haushalte ein Einkommen hat, das unter dem Durchschnittseinkommen liegt und weil wenige sehr gut Verdienende den Durchschnitt beträchtlich in die Höhe ziehen können.“ Das gilt natürlich auch bei den Kassenärzten!

Mir ist nur eine Veröffentlichung bekannt, in der wirklich klare Zahlen genannt werden. „Der deutsche Arzt im sozialen Netz“, J. L. Hadrich, Berlin 1976, S. 68:

„Eine KV schüttete an nur 24 Ärzte bis zu einer Million aus, an 13 Kassenärzte über eine Million Mark. Unter 200 000 DM – 53,10 % der Ärzte

200 bis 300 000 DM – 25,3 % der Ärzte

300 bis 500 000 DM 17,6 % der Ärzte
über 500 000 DM – 4,1 % der Ärzte

Der Autor beschreibt dann die Sache folgendermaßen auf derselben Seite weiter:

1. Unternehmer 37 Mio DM – 37 Ärzte
2. beati possidentes 380 Mio DM – 1 440 Ärzte
3. Modestumschicht 506 Mio DM – 1 680 Ärzte
4. Miserumschicht 359 Mio DM – 3 980 Ärzte.

DR. GERHARD GRUHN
Berlin

Erfahrungsaustausch

Arbeitsgruppe „Nephrologische Krankenpflege“

Am 23.10.86 trafen sich erstmals 6 Kollegen/-innen aus dem Bereich Dialyse. Es fand ein reger Meinungsaustausch ohne Themenvorgabe statt. Der Erfahrungsaustausch soll auch künftig der inhaltliche Schwerpunkt der Gruppenarbeit sein. Fortbildungen will die AG nur anbieten, wenn dabei ausschließlich pflegerische Themen zur Sprache kommen. Medizinisch-technisch orientierte Fortbildungen gibt es für Dialysepersonal in ausreichender Menge. Um

das inhaltliche Spektrum zu verbreitern, wäre es schön, wenn sich künftig auch Kollegen/-innen aus Transplantationsabteilungen an der AG beteiligen würden.

Das nächste Treffen findet am 8.1.87 wieder in der Krankenpflegeschule der Krankenanstalten Gilead in Bethel statt. Wir wollen Informationen über die verschiedenen Trägerschaften von Dialyseeinrichtungen zusammen tragen und gemeinsam überlegen, welche unterschiedlichen Probleme sich daraus für das Pflegepersonal ergeben. Da noch sehr viele Themen angeschnitten wurden, sollen nur die kurz erwähnt werden, mit denen sich die AG in nächster Zeit befassen wird: – Literaturliste, – Tätigkeitskatalog, – Pflegeorganisation. Über eine rege Beteiligung würden wir uns sehr freuen.

JÖRG-M. MEUDT
Kukenshove 17
4800 Bielefeld 13

Richtigstellung

dg 7/8/86: Die Mühen der Ebene –
Gewerkschaftsarbeit im Krankenhaus

Bezugnehmend auf den Artikel „Mühen der Ebene“, dg Juli/August 86, möchten wir auf einen gravierenden „Druckfehler“ hinweisen, der sich in folgendem Passus eingeschlichen hat:

„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.“

Von dieser Aussage müssen wir uns stark distanzieren. Der Betriebsrat ist die Vertretung der angestellten, sogenannten „freien“ Schwestern bei der DRK-Schwesternschaft Essen e.V. (Die DRK-Schwesternschaft Essen e.V. stellt das weibliche Pflegepersonal am Klinikum Essen). Der Betriebsrat hat keine Möglichkeit, sich für die Konventswahlen aufstellen zu lassen.

Am Klinikum Essen existieren mehrere Arbeitnehmervertretungen nebeneinander. Wir bitten, genau zu recherchieren, wer an den Konventswahlen auf einer Liste mit gegnerischen Organisationen kandidiert hat.

Da die mühevolle Arbeit des Betriebsrates durch eine solche Aussage unter Umständen untergraben werden kann, müssen wir auf einer Richtigstellung in ihrer Zeitschrift bestehen.

BETRIEBSRAT
bei der DRK-Schwesternschaft
Essen e.V.
i.A. Dorothea Hamacher
Betriebsratsvorsitzende

Keine Anzeige

Lieber Fisch

Es wird Dir guttun, daß die chemische Industrie die organische Belastung der Gewässer in den letzten 20 Jahren um mehr als 90% gesenkt hat.



Text: Anzeige der chemischen Industrie in der „Zeit“ von 6.11.86; Foto: dpa

Es gibt nichts zu beschönigen. Wir haben alle miteinander noch genug zu tun, die Abwasser-Sünden der Vergangenheit aufzuarbeiten. Aber es wäre unredlich, zu übersehen, wieviel wir gemeinsam schon geschafft haben.

Dazu hat die chemische Industrie entscheidend beigetragen. Denn sie wendete für den Gewässerschutz in den letzten 10 Jahren allein 14 Milliarden DM auf. Und das wirkt sich aus: So hat sich der Zustand fast aller Oberflächengewässer seit 1975 um ein bis zwei Güteklassen (innerhalb des Systems von sieben Klassen) verbessert. (...)

So manches Problem haben wir in der Chemie also schon gelöst. Die noch nicht bewältigten Aufgaben werden wir uns mit Verantwortungsbewußtsein und Energie vornehmen.

**Natur ist Chemie
Chemie ist Leben
Leben ist Verantwortung**

Kongreß zum passiven Rauchen

Der „Komplizenschaft“ mit der Tabakindustrie angeklagt wurde die Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin auf ihrem Toxikologenkongreß zu den Gefahren des Passiv-Rauchens am 23. Oktober in Essen. Der Präsident des Arbeitskreises „Rauchen und Gesundheit“, der Heidelberger Krebsforscher Professor Ferdinand Schmidt, warf den Veranstaltern vor, daß ein Drittel der Vortragenden Forschungsinstituten der Tabakindustrie angehöre. Für den Veranstalter wies der Essener Arbeitsmediziner Professor Klaus Norpoth den Vorwurf zurück. Der Kongreß sei für alle Wissenschaftler offen gewesen, und Schmidts Vortrag sei nur deshalb zurückgewiesen worden, weil es ihm an Wissenschaftlichkeit gemangelt habe. Allerdings mußte auch Norpoth zugestehen, daß der Nebenstromrauch eine Anzahl gesundheitsschädlicher Verbindungen in weit höherer Konzentration als der vom Raucher eingeatmete Hauptstromrauch enthält. Zu einheitlichen Ergebnissen oder Forderungen nach gesetzgeberischen Maßnahmen kamen die Kongreßteilnehmer nicht.



Foto: Döhm

BGH zu Selbstmord

Begeht ein Patient während eines Krankenhausaufenthalts einen Selbstmordversuch, so hat der Krankenhausträger seine gesetzlichen Schutzpflichten gegenüber dem Patienten verletzt. Dies entschied kürzlich der Bundesgerichtshof (BGH). Grundsätzlich kann sich ein Träger laut geltender Rechtsprechung auf ein Mitverschulden des Patienten berufen, wenn dieser sich selbst einen Schaden zufügt. Bei einem Suizidversuch aber sei ein Mitverschuldenseinwand nicht begründet, wie das BGH jetzt befand. Die dem Patienten zumutbare Mitwirkungspflicht bezwecke grundsätzlich nicht die Unterlassung eines Selbstmordversuchs. Stehe im Zentrum des Anlasses der Behandlung, den Patienten vor sich selbst zu schützen, so handle es sich dabei nicht um eine das Behandlungsverhältnis lediglich begleitende Nebenpflicht. Im konkreten Fall hatte eine Ersatzkasse gegen einen Krankenhausträger auf Erstattung von Leistungen geklagt, die die Kasse für einen Versicherten erbracht hatte. Der Patient, der mit der Diagnose „Verdacht auf beginnende schizophrene Entwicklung“ eingeliefert worden war, hatte sich in einen Treppenhassschacht gestürzt. Gegenüber den Ansprü-

chen der Krankenkasse hatte der Träger der Klinik ein Mitverschulden des Patienten geltend machen wollen.

AiP vom Bundesrat bestätigt

Der Bundesrat hat am 7. November der Änderung der Approbationsordnung zugestimmt, nach der die Einführung des „Arztes im Praktikum“ (AiP) vorgesehen ist. Abgelehnt wurde die Änderung durch die SPD-regierten Länder. Zur gleichen Zeit demonstrierten in mehreren Universitätsstädten Medizinstudenten und forderten die ersatzlose Streichung des AiP. Neben der Einführung des AiP beschloß der Bundesrat die vor allem von Bayern und Niedersachsen geforderten Prüfungsverschärfungen. Ab 20. Januar 1989 werden danach in der ärztlichen Vorprüfung und im zweiten Abschnitt der ärztlichen Prüfung mündliche Prüfungsabschnitte eingeführt. Im dritten Abschnitt wurde der mündlich-praktische Teil erweitert, wogegen die schriftliche Prüfung entfällt.

Tschernobyl: Immer noch

Die neuesten Meßwerte zeigen, daß nach wie vor Lebensmittel radioaktiv belastet sind.

Um das Strahlenrisiko möglichst gering zu halten, nimmt die Verbraucher Initiative folgende Einteilung der Belastungswerte vor: Nahrungsmittel mit weniger als 10 Becquerel pro Kilogramm werden als strahlenarm bezeichnet. Nahrungsmittel, die eine Belastung zwischen 10 und 30 Becquerel pro Kilogramm aufweisen, sind für Schwangere, Stillende und Kleinkinder nicht unbedenklich. Von einem stärkeren Verzehr ist diesen Risikogruppen abzuraten. Nahrungsmittel mit 30-100 Becquerel pro Kilogramm müssen als stark

belastet bezeichnet werden. Für Schwangere, Stillende und Kleinkinder sind sie nicht geeignet, andere Bevölkerungsgruppen sollten den Verzehr dieser Lebensmittel einschränken.

Befürchtungen, daß die radioaktive Belastung von Milch und Milchprodukten ansteigt, finden sich zum Teil bestätigt. Ähnlich wie bei anderen Lebensmittelgruppen läßt sich auch hier ein Nord-Süd-Gefälle beobachten.

Gemüse zeigt Werte unter 5 Becquerel pro Kilogramm und kann somit auch in größeren Mengen unbedenklich verzehrt werden.

Nebenstehend eine Liste mit aktuellen Werten, die nach Angaben verschiedener Untersuchungsämter und nicht-staatlicher Meßstellen zusammengestellt wurde.

Aktuelle Belastungswerte sind auch telefonisch erhältlich bei:

Die Verbraucher Initiative
Kölnstraße 198
5300 Bonn 1
Tel.: (02 28) 65 90 44

Werte aus Radioaktivitätsmessungen Cäsium in bq/kg bzw. bq/l

Nahrungsmittel	Datum	Herkunft	Meßwert Ø	Höchstwert
Äpfel	28.08.86	Bremen	14	
	30.09.86	NRW	6	
	19.10.86	Hessen	10	25
Trauben	30.09.86	Rheingau	1,5	
	20.10.86	Griechenland	16	

Wein

Messungen von Weintrauben aus unterschiedlichen deutschen Anbaugebieten weisen alle Werte unter 5 bq/kg auf. Der Wein aus diesjährigen Trauben wird also so gut wie nicht belastet sein.

Gemüse sämtliche Sorten aus allen Regionen sind kaum belastet; Höchstwerte unter 5 bq/kg.

Milch

(Frischmilch)	30.10.86	Vita (Köln/Bonn)	1,2	
	01.11.86	Hessen	unter 5	
	04.11.86	Hansa-Meierei (Hamburg)	5,8	
	05.11.86	Milch-Union (Ingolstadt)	1	
	05.11.86	Meyer-Milch (Süddeutsch.)	15	
	05.11.86	Deller-Milch	12	
Kaffee-Weißer	01.11.86		525	
	01.11.86	Hessen	290	
	01.11.86	Demeter-Milch	12	
Milchpulver	01.11.86		3	
	01.11.86	Türkei	3	
	01.11.86	Bulgarien	3	
Schafskäse	01.11.86	Griechenland	5	
	01.11.86	Hamburg	14	
	01.11.86	Hessen		78
Rindfleisch	01.11.86	Hessen	83	217
	01.11.86	Bayern	1800	4200
	01.11.86		265	
Rehfleisch	16.10.86	Türkei	328	
	01.11.86	Hessen	33	
	01.11.86	NRW	5	
Haselnußkerne	16.10.86	NRW	5	
	16.10.86	NRW	5	
Eßkastanien	16.10.86	NRW	5	
	16.10.86	NRW	5	
Walnüsse	16.10.86	NRW	5	
	16.10.86	NRW	5	

Ärzttekammer: Innenminister zahlt für Triageübungen

Das Bundesinnenministerium beteiligt sich finanziell an der Fortbildung von Ärzten in der Katastrophenmedizin. Dies bestätigte jetzt die Bundesärztekammer. Das Ministerium sei für die Fahrt- und Aufenthaltskosten von Referenten auf internationalen Kongressen aufgekommene. Vertreter der Listen Demokratischer Ärzte in Westfalen-Lippe hatten eine entsprechende Anfrage gestellt, nachdem das Bundesamt für Zivilschutz die Mitfinanzierung in einer Broschüre reklamiert hatte.

Uni Lübeck gegen AStA

Per Gerichtsbeschluss hat der Allgemeine Studentenausschuss der Medizinischen Universität Lübeck eine Veranstaltung in den Räumen der Universität durchsetzen müssen. Am 3. November konnten Vortrag und Diskussion über den größten Drittmittelgeber der Universität, die Firma Dräger, gehalten werden. Bereits vor einem Jahr hatten die Studenten das „zweite Gesicht“ der Firma aufdecken wollen. Dräger produziert nämlich nicht nur medizinische Geräte, sondern auch militärische. Auch die berühmte „Volksgasmaske“ wurde im Hause Dräger hergestellt. Noch vor 1933 hatte das Werk den Ausbau des Luftschutzes propagiert und übernahm später die Ausbildung von Luftschutzhelfern und SA-Verbänden. Häftlinge des Konzentrationslagers Neuengamme mußten für die Drägerwerke arbeiten.

Die Universitätsleitung hatte die Veranstaltung nicht nur wegen „Wahrnehmung des allgemein politischen Mandats“ verbieten wollen, sondern auch mit der Begründung, der AStA betreibe „Firmenwerbung“. In zwei Instanzen wurde die Auffassung der Studenten, das Thema „Dräger“ sei hochschulpolitisch relevant, bestätigt.

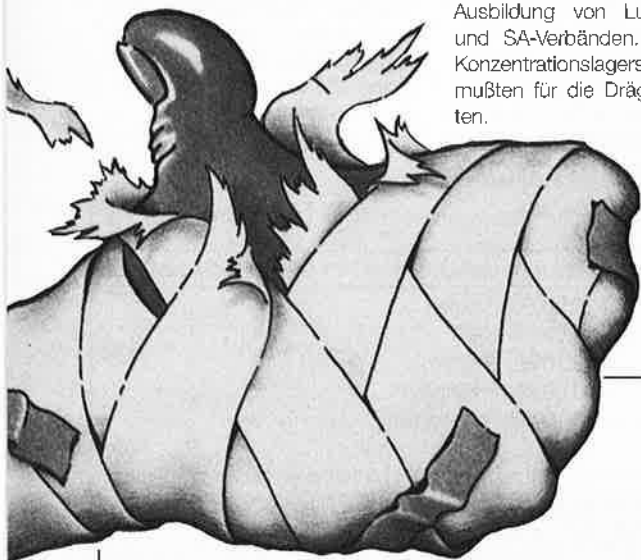
Hessen: Kein Methadon

In hessischen Drogenberatungsstellen wird auch in Zukunft kein Methadon als Ersatzstoff für Drogenabhängige ausgegeben werden, wie der hessische Sozialminister Armin Clauss (SPD) Ende Oktober erklärte. Seiner Auffassung nach müßten die psychischen und sozialen Ursachen der Sucht bekämpft werden. Wer Suchtkranke von der illegalen Droge auf ein vermeintlich verträglicheres Medikament umstelle, schaffe nur neue Probleme. Hessen bemühe sich, den jeweiligen Problemen der Süchtigen entsprechend mit breitgefächerten Therapieangeboten zu begegnen. Clauss nahm damit indirekt Stellung zu Überlegungen im nordrhein-westfälischen Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Drogenpro-

gramme mit Methadon einzuführen. Erst kürzlich hatte das Ministerium dazu ein internationales Expertenhearing in Düsseldorf durchgeführt (dg berichtet ausführlich auf Seite 34).

Weiterbildungs- ordnung

Eine Veränderung der Weiterbildungsordnung der Ärzte plant der Arbeitsausschuß der Ständigen Konferenz „Ärztliche Weiterbildung“ der Bundesärztekammer. Auf dem nächsten Ärztetag in Karlsruhe soll die Regelung so geändert werden, daß das letzte Jahr der Weiterbildung grundsätzlich unter der Leitung eines zur vollen Weiterbildung ermächtigten Arztes abgeleistet werden muß. Bislang schreiben die meisten Kammern nur vor, daß mindestens ein Jahr unter der Leitung eines Arztes absolviert werden muß, der im vollen Umfang zur Weiterbildung ermächtigt ist. Der Ausschuß begründete seine Pläne damit, daß die Qualität der Weiterbildung angesichts der hohen Zahlen junger Ärzte erhalten werden müsse. Die Pläne bedürfen noch der Genehmigung durch die Ständige Konferenz des Vorstands der Bundesärztekammer, bevor sie im nächsten Jahr dem Ärztetag vorgelegt werden können.



Berliner Kammerwahlen: Frischer Wind

yn – In Berlin (West) wird im Dezember die Delegiertenversammlung der Ärztekammer neu gewählt. Die oppositionelle Fraktion Gesundheit strebt die absolute Mehrheit an.

Obwohl mit knapp 40 Prozent stärkste Gruppierung in der Berliner Ärztekammer, konnte die Fraktion Gesundheit bislang nicht allzuviel gegen die Mehrheit konservativer Standesfunktionäre ausrichten. Darüber kann auch nicht hinwegtäuschen, daß viele „Erfolge“ des bisherigen Kammervorstands wie zum Beispiel die Zusammenarbeit mit der Deutschen Herz-Kreis-

lauf-Präventionsstudie oder die Auseinandersetzung mit der Medizin im Nationalsozialismus auf Initiative der Fraktion Gesundheit zurückzuführen sind, wie deren „Wahlkampf-Manager“ Thomas Elkeles feststellt.

Es geht den oppositionellen Ärzten um eine grundsätzlich andere Kammerpolitik. „Wenn wir 50 Prozent kriegen, macht die Kammer endlich Gesundheits- statt Standespolitik“, heißt es in einem Wahlaufdruck der Liste 3, auf der, im Gegensatz zu anderen, Krankenhausärzte, Niedergelassene, Arbeitslose sowie Wissenschaftler und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes gemeinsam kandidieren. Für eine ganzheitliche Medizin, ärztliche Beiträge zur Friedensarbeit, Ausbau der Umwelt-, Arbeits- und Sozialmedizin, gegen Stellenabbau, aber auch für den

Erhalt der Niederlassungsfreiheit, das Programm ist weit gefaßt.

Gerade um die Belange der Krankenhausärzte habe sich bislang die Ärztekammer nicht gekümmert, hieß es auf dem Kandidatentreffen, obwohl Überstunden, 32-Stunden-Dienst und mangelnde Zuwendung zum Patienten an der Tagesordnung seien. Hier müsse die Ärztekammer die Öffentlichkeit informieren und die zuständigen Stellen dazu veranlassen, eine bedarfsgerechte Personalausstattung zu gewährleisten.

Im Interesse einer „ganzheitlichen Medizin“ fordert die Ärzte-Opposition eine Änderung des Abrechnungsverfahrens, das zur Zeit den Arzt bestraft, der seine Anamnese gründlich aufnehme. Die Folge: Was nicht bezahlt wird, werde auch nicht gemacht. Um Mißbrauch bei der Einführung zusätzlicher Abrechnungspositionen auszuschließen, sollen Patientenkontrollen eingebaut werden.

Gesprächsorientierte Medizin soll nach Vorstellung der Fraktion Gesundheit auch durch eine Änderung der Weiterbildungsinhalte, für die die Ärztekammer zuständig ist, durchgesetzt werden. Das Ge-

wicht der Weiterbildung auf nur im Krankenhaus einsetzbaren Operations- und Untersuchungstechnik müsse auf die Erfordernisse der ambulanten Medizin verlagert werden. Der Patient soll Subjekt seiner Krankheit und nicht Objekt des Therapeuten sein. Soweit eine solche Umorientierung nicht von den zur Weiterbildung ermächtigten Ärzten erfolgt, will die Fraktion Gesundheit entsprechende Angebote durch die Akademie für ärztliche Fortbildung aufbauen.

Die Umsetzung einiger Forderungen der Fraktion Gesundheit dürfte sich jedoch als schwierig erweisen. Die Ärztekammer hat keinen direkten Einfluß auf die Politik der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung. Ohne geänderte politische Mehrheiten in Bundestag und Senat scheint ein anderes Krankenhausfinanzierungsgesetz, ein anderes Landeskrankenhausgesetz nicht durchführbar zu sein.

Doch Thomas Elkeles ist da optimistisch: „Hier wird es darauf ankommen, inwieweit es gelingt, mit Hilfe entsprechender Öffentlichkeitsarbeit der zukünftigen Ärztekammer einen indirekten Einfluß auszuüben.“

IPPNW-Kongreß 1987

Vom 6. bis zum 8. November 1987 wird in Essen der 7. Medizinische Kongreß zur Verhinderung eines Atomkrieges stattfinden. Im Rahmen ihrer Vorbereitungen bitten die Organisatoren des Kongresses um Mithilfe. Neben der Werbung für die Veranstaltung wünscht sich die Essener Vorbereitungsgruppe vor allem Vorschläge für die inhaltliche Gestaltung, zum Beispiel Themen und Teilnehmer für Podien, Themen und Referenten für Vorträge und Arbeitskreise sowie Vorschläge für das Kongreßmotto.

Kontaktadresse: 7. Medizinischer Kongreß zur Verhinderung eines Atomkrieges, Postfach 101843, 4300 Essen 1.

Bedarfsplanung

Der Bundestag berät zur Zeit an einem Gesetzentwurf zur Verbesserung der kassenärztlichen Bedarfsplanung. Zunächst befristet soll die Niederlassung von Kassenärzten in Ballungsgebieten begrenzt werden. Dies sei ein mehr oder minder getarnter Konkurrenzschutz, so die Arbeitsgemeinschaft der Listen demokratischer Ärzte, mit dem die sogenannte Ärzteschwemme abgewehrt werden solle. Letztlich diene diese Form der Bedarfsplanung aber nur der Sicherung der Pflichten von Kassenärzten.

Nach Ansicht der Listen demokratischer Ärzte stellt die vorgesehene Regelung das Prinzip der Freiberuflichkeit grundsätzlich in Frage. Da von einer Überversorgung keine Rede sein könne, müßten in Ballungsräumen Alternativen zur ausschließlichen Freiberuflichkeit möglich sein. Die „Demokratischen Ärzte“ fordern vom Gesetzgeber, die Grundlage dafür zu schaffen, daß Kassen und Kommunen Ärzte anstellen, um eine medizinisch qualifizierte und volkswirtschaftlich vertretbare ambulante Krankenversorgung sicherzustellen. Als Modelle böten sich kommunale Gesundheitszentren, kasseneigene Ambulanzen und Polikliniken an.

Grüne: Entwurf für Pflege-schaftsgesetz

Den Vorwurf der Verletzung von Menschenrechten in Altersheimen und in psychiatrischen Einrichtungen hat die Bundestagsfraktion der Grünen auf einer Anhörung am 14. Oktober in Bonn erhoben. Sie legte gleichzeitig einen Gesetzentwurf vor, der die Beistandschaft für behinderte Men-

schen neu regeln soll. Die Grünen fordern, daß die Entmündigung, vor allem die zwangsweise Unterbringung, rechtlich so hoch angesetzt werden müsse wie möglich. So müsse zum Rechtsschutz der Betroffenen schon bei der Einleitung des Verfahrens ein Rechtsbeistand bestimmt werden. Entmündigung und Pflegschaft sollten nach Auffassung der Grünen nicht mehr umfassend gelten, vor allem aber alle zwei Jahre richterlich neu überprüft werden müssen. Ziel jeder Vormundschaft und Pflegschaft solle es sein, den Patienten zu rehabilitieren.

Pestizide in Wundsalben

Acht von 14 vom Bremer Umweltinstitut untersuchte Wundsalben sind stark mit Pestiziden belastet, wie die Zeitschrift öko-test in ihrer Novemberausgabe berichtete. Zurückgeführt wird die Belastung auf die Tatsache, daß die Salbengrundlage, das Wollfett (Lanolin), Giftstoffe enthält. Die Pestizide würden nicht bei der Herstellung in die Mischung gelangen, sondern gerieten über die verwendeten Rohstoffe in das Produkt.

Selbst kleinste Mengen könnten das zentrale Nervensystem beeinträchtigen, Leber und Nieren schädigen und zu chronischen Schäden bei der Blutbildung führen, wie öko-test angab.

Zu den am meisten belasteten Präparaten zählen Raderma Salbe, Fissan Lebertran-Salbe, Mitosyl, Swan-sol Wundsalbe, Calendula Salbe von Weleda, Bepanthen, Panthenol und Denitin Salbe. Als empfehlenswert bezeichnete das Bremer Umweltinstitut die Wundcreme Penaten Medical.

Anzeige:



Institut für
analytische Psychotherapie
Zürich-Kreuzlingen

Psychoanalyse im Rahmen der Demokratischen Psychiatrie

Althea Verlag
Zürich

Termine

1.-5.12.

Marl

Seminar: „Ausländische Patienten in deutschen Krankenhäusern“

Kontakt: Allgem. Krankenpflege-Verband, Lucy-Romberg-Haus, Wiesenstraße 55, 4370 Marl, Tel.: (0 23 65) 3 46 66.

3.12.

Hannover

Vortrag: „Modelleinrichtung Sterbehospiz für ein humaneres Sterben?“
Kontakt: Akademie für Sozialmedizin Hannover e.V., Konstanty-Gutschow-Straße 8, 3000 Hannover 61, Tel.: (05 11) 5 32 54 08.

4.-6.12.

Osnabrück

Seminar: „Frauengesundheitsbewegung und Frauengesundheitsarbeit“
Kontakt: Universität Osnabrück, Geschäftsstelle der Arbeitsgruppe Wei-

terbildendes Studium für Lehrpersonen des Gesundheitswesens (LGW), An der Katharinenkirche 8b, 4500 Osnabrück.

5.-7.12.

Göttingen

Seminar: „Integrierter Pflanzenschutz/-bau – eine Alternative für die Dritte Welt?“
Kontakt: Pestizid Aktions-Netzwerk (PAN), Nemstweg 32-34, 2000 Hamburg 50, Tel.: (0 40) 39 39 78.

9.12.

Bonn

Informationsveranstaltung über das Krankheitsbild Neurodermitis.
Kontakt: Arbeitsgemeinschaft Allergikerkrankes Kinde, c/o Jürgen Strecker, Rosenrotstraße 5, 5204 Lohmar 1, Tel.: (0 22 41) 38 44 55.

9.12.

Stuttgart

Vortrag: „Mittelalterliche Drogenkunde: Quelle moderner Therapie?“
Kontakt: Robert Bosch Stiftung GmbH, Institut für Geschichte der Medizin, Straußweg 17, 7000 Stuttgart 1, Tel.: (07 11) 48 30 13, 48 30 17.

10.12.

Hannover

Vortrag: „Tod und ärztliches Selbstverständnis“
Kontakt: Akademie für Sozialmedizin Hannover e.V., Konstanty-Gutschow-Straße 8, 3000 Hannover 61, Tel.: (05 11) 5 32 54 08.

10.-13.12.

Osnabrück

Seminar: „Tod und Sterben in der Krankenpflegeausbildung“
Kontakt: Universität Osnabrück, Geschäftsstelle der Arbeitsgruppe LGW, An der Katharinenkirche 8b, 4500 Osnabrück.

12.-14.12.

Köln

Kongreß: „Fünf Jahre Behindertenbewegung“
Kontakt: AG SPAK, Kistlerstraße 1, 8000 München 90.

16.-18.1.

Rotenberg/Heidelberg

Seminar: „Der Kreislauf des Giftes – die Folgen des Pestizidexports in Länder der Dritten Welt am Beispiel Brasiliens“
Kontakt: Pestizid Aktions-Netzwerk (PAN) Heidelberg, c/o Elio Scheffler, Wolfgangstraße 10, 6900 Heidelberg, Tel.: (0 62 21) 78 14 00.

17.12.

Hannover

Vortrag: „Zum Umgang mit Suizidpatienten“
Kontakt: Akademie für Sozialmedizin Hannover e.V., Konstanty-Gutschow-Straße 8, 3000 Hannover 61, Tel.: (05 11) 5 32 54 08.

Anzeige:

Institut für
analytische Psychotherapie
Zürich-Kreuzlingen

ISBN 3-905045-01-X

Psychoanalyse
im Rahmen der
Demokratischen Psychiatrie
in sechs Bänden

mit Beiträgen von Norman Elrod, Uwe Friedrich, Patrick Haemmerle-Braegger, Hedi Haffner-Marti, Dorothee Jüngst, Dagmar Kötscher, Hans Red, Hartmut Rostek, Roberto Schöllberger, Paolo Tranchina sowie vom Institut für analytische Psychotherapie

I N H A L T

- Band 1: Zur Bestimmung der Psychoanalyse im Rahmen der Demokratischen Psychiatrie ISBN 3-905045-02-8
- Band 2: Ausgewählte Vorarbeiten zur Psychoanalyse im Rahmen der Demokratischen Psychiatrie — Einige Wegbereiter der Psychoanalyse im Rahmen der Demokratischen Psychiatrie ISBN 3-905045-03-6
- Band 3: Einige Aspekte der Psychiatrie aus der Sicht der Psychoanalyse im Rahmen der Demokratischen Psychiatrie — Die Verwirklichung der Menschenrechte: Ein Grundanliegen der Psychoanalyse im Rahmen der Demokratischen Psychiatrie ISBN 3-905045-04-4
- Band 4: Zur Erläuterung des Einsatzes für die Unterdrückten ISBN 3-905045-05-2
- Band 5: Zur Ausrichtung der Psychoanalyse im Rahmen der Demokratischen Psychiatrie ISBN 3-905045-06-0
- Band 6: Veröffentlichungen — Register ISBN 3-905045-07-9

Subskriptionspreis bis 1.7.1987 je Band bei geschlossener Abnahme sFr. 18.-- (später sFr. 22.--)

Ich nehme das Subskriptionsangebot an ja nein
(Bitte Zutreffendes unterstreichen)

Ich bestelle ☐ Ex. Band 1
☐ Ex. Band 2
☐ Ex. Band 3

Name: _____

Strasse: _____ PLZ Ort: _____

Durch die Buchhandlung: _____ Unterschrift: _____

Althea Verlag Zürich

Postzustelladresse: K. Amann
Krombach 1
CH-9100 Herisau

Kleinanzeigen

Der Gesundheitsausschuß des Deutschen Kinderschutzbundes sucht dringend fachwissenschaftliche Beratung, Referate und anderes Material zu aktuellen gesundheitspolitischen Fragestellungen

– Gesundheitsgefährdung durch Schadstoffe in Nahrung, Wasser, Boden, Luft
– Nahrungsmittelallergien, auch Phosphat-Allergie
– Pro und Kontra Fluor-Medikation

– Ernährung
– Forderungen nach einer neuen Chemie-Politik

– Tschernobyl und die Folgen insbesondere auf den kindlichen Organismus

Außerdem erbitten wir Adressen von Selbsthilfegruppen und Elterninitiativen aus allen Bereichen.

Adresse: DKSB-Bundesgeschäftsstelle

Bundesgesundheitsausschuß
Drostestr. 14-16
3000 Hannover 1

Im Rahmen der Internationalen Bayer-Coordination gibt es jetzt eine **Pharma-Projektgruppe**, die sich mit dem gesamten Pharmabereich des Bayerkonzerns auseinandersetzen wird.

Unser erstes Ziel ist es, eine Übersicht über die Pharmaprodukte und deren Problematik zu erhalten. Falls irgendwo schon etwas derartiges existiert, hoffen wir, daß wir dieses Material mit verwenden können. Wir freuen uns über jede Rückmeldung, da sie uns eventuell eine Menge Arbeit ersparen kann, die wir dann effektiver nutzen können.

Im übrigen suchen wir **Mitarbeiter/innen**, die sich mit Interesse und eventuell mit Fachkenntnis zusammen mit uns durch den Pharma-Dschungel des Bayer-Konzerns schlagen wollen.

Kontakt: Ulrike Elbers, Stolberger Str. 3, 5180 Eschweiler.

Projektgruppe Pflegeplanung im Klinikalltag lädt ein zum 1. Workshop am 20. Februar 1987

Tagungsort: Städtische Kliniken Duisburg

Zielgruppe: Alle interessierten Pflegekräfte die bereits über praktische Erfahrungen in der Pflegeplanung verfügen.

Kontaktadresse:

Lorenz Ackermann
Krankenpflegeschule der Städt. Kliniken Duisburg
Zu den Rehwiesen/Kalkweg
4100 Duisburg 1
Tel.: (0203) 733 2263

Achtung Friedensärzte!

Wer hat Lust, nächstes Jahr eine Reise als IPPNW-Gruppe (nicht nur Mitglieder) nach Moskau mitzumachen? Der Internationale IPPNW-Kongreß findet bekanntlich dort Ende Mai statt. Den könnten wir besuchen, und anschließend würden wir uns noch weitere 8 Tage in Moskau aufhalten, um dann Kontakt mit der Moskauer Sektion der IPPNW aufzunehmen; ein konkreter Erfahrungsaustausch könnte dabei herauskommen, und die Kollegen lernt man auch ein bißchen besser kennen. Weiter ließe sich noch organisieren: Besichtigungen des Gesundheitswesens, Diskussion mit der Gewerkschaft (z.B. Arbeitsbedingungen, Bezahlung oder hat sich wirklich etwas geändert seit der Ära Gorbatschow? Tschernobyl: wie konnte diese Katastrophe mit den bestehenden Gesundheitseinrichtungen bewältigt werden?)

Daneben, ganz klar: Bolschoi-Theater, Kremlbesichtigung, Revolutionsmuseum.

Termin: Anreise Himmelfahrt: Donnerstag, 28. Mai ab Berlin-Schönefeld

Freitag – Sonntag: Teilnahme am IPPNW-Kongreß; alle können teilnehmen, brauchen aber nicht.

1. – 6. Juni 87 Aufenthalt in Moskau: Das Programm können wir uns selbst gestalten: deshalb sollte jeder Interessent mit seiner Anmeldung auch gleich seine Wünsche mit aufschreiben.

Rückreise: 7. Juni, Pfingstsonntag nach Berlin-Schönefeld.

Kosten für den gesamten Aufenthalt im Zweibettzimmer mit Vollpension: 1200,- DM.

Anmeldung bei:

Inge Zeller
Neuer Graben 73
46 Dortmund 1
Tel.: 0231/10 45 84

Sozialarbeiter grad., 37, mit Zusatzausbildung als Dipl.-Soziologe, mehrj. Berufserfahrung in der Psychiatrie und Forschung, bis Nov. 1986 Heimleiter einer Wohnstätte, z.Zt. arbeitslos,

sucht sozialarbeiterische Tätigkeit im Bereich Psychiatrie. Kontaktaufnahme unter 0 52 31-34 992 oder Chiffre 01 12 86 an dg, Siegburger Str. 26, 5300 Bonn 3

*** Wegen anhaltender
US Bedrohung *****

***** verstärkt sich die
Notwendigkeit mehr Gesundheits
brigadisten/innen nach
Nicaragua zu schicken.

Diese Form der Unterstützung
wird ausschliesslich
aus Spenden finanziert *****

**GESUNDHEITS
BRIGADE**



**Spendenkonto
'Nicaragua'**

**Ktnr.: 385 13-105
PschA. Bln. W.**

Blz.: 100 100 10

Gesundheitsladen Berlin e.V.

Gneisenaustraße 2 1 Berlin 61

Tel. 030/693 20 90

Ich möchte als **Krankengymnastin** (Bobath) in e. interdisziplinären Team arbeiten mit den Schwerpunkten **Sozialpädiatrie und Entwicklungsneurologie**.

Meine Idealvorstellung wäre eine **Gemeinschaftspraxis** mit Kolleginnen/-en der Bereiche Medizin, KG, Logopädie, BT, Pädagogik, Psychomotorik, Psychologie ... Wo gibt es das? Wer hat sich auch schon Gedanken über die Gründung und Finanzierbarkeit einer Praxis in dieser oder ähnlicher Form gemacht?

Bitte schreibt mir unter Chiffre 021286 an: dg, Siegburger Str. 26, 5300 Bonn 3.

Suche für die Zeit vom 12. – 21. Januar **Übernachtungsmöglichkeit** in Frankfurt (Fortbildungsveranstaltung in Bad Nauheim).

Kurt Straif, Reuterstr. 121, 5300 Bonn 1, Tel.: (02 28) 21 26 96 (abends).

Suche **ZDL-Stelle als Arzt** z. 1.7.87 mit der Möglichkeit der Notarztausbildung u. d. Arbeit in Ambulanz u. Intensivstat. Interessant Chirurgie ebenf. Innere u. Anästhes. Approbat. Frühj. 87, keine Ortsbindung
Klaus Berger, Drusenbergsstr. 26, 4630 Bochum, Tel.: 0234/31 19 65



dg-Aktion: Fünf P Wasser f

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

einfach den Hahn aufdrehen, wenn man Wasser braucht, für uns eine Selbstverständlichkeit. Wir bitten Sie, fünf Prozent Ihres Weihnachtsgelds für den Bau einer Wasserleitung in Matiguás, einer Stadt im Norden Nikaraguas zu spenden. Denn dort ist die Versorgung mit Wasser ungleich schwieriger.

Das Wasser aus den Brunnen hat keine Trinkwasserqualität, Tiefbohrungen sind wegen der hohen Bohrkosten und auf Grund der kaum Wasser führenden Vulkanite im Untergrund keine zu verwirklichende Lösung.

Dieses Jahr wurde zwar, wie dg berichtete, eine Wasserleitung von einem Fluß in der Nähe Matiguás erneuert und erweitert, die etwa 2800 Menschen versorgt, die Stadt ist aber mittlerweile auf über 8000 Einwohner angewachsen. Bis 1990 sollen es 13 000 sein. In der Trockenzeit führt der Fluß außerdem nicht genügend Wasser, um in die Leitung eingespeist zu werden. Auch ein Erbe der Diktatur, in der für eine Rinderfarm des Somoza-Clans die Wälder des Quellgebiets abgeholzt wurden. Durch Aufforstungen soll jetzt der natürliche Wasserspeicher des Waldes regeneriert werden.

Prozent vom Weihnachtsgeld für Matiguás

Probleme gibt es auch, wenn die Pumpen ausfallen. Es gibt keinen Techniker, der sie betreut, Ersatzteile sind auf Grund des Handelsembargos der USA kaum zu bekommen. Dann muß das Wasser mit Kannistern vom Fluß oder aus lehmigen Wasserlöchern geholt werden. Die Folgen machen sich unmittelbar bemerkbar. „Immer wenn das Wasser aus der Leitung ausblieb“, berichtet Jochen Killing, der als Krankenpfleger in Matiguás gearbeitet hat, „grassierten vier Tage später Epidemien. Das Krankenhaus war überfüllt mit Kindern, die an Darminfektionen, Wurmkrankheiten oder Amöben-Ruhr litten. Häufig hatten sie wegen der Durchfallerkrankungen und der mangelnden Wasserversorgung schwerste Dehydratationen; einige sind daran gestorben.“

Der Wassermangel stellt auch das Krankenhaus vor große Probleme. Wenn die Förderpumpe des eigenen Brunnens ausfällt, muß das Wasser mit Lastwagen über mehrere Kilo-

meter vom Fluß geholt werden. Umgefüllt in ein gemauertes Becken, muß dies für alle Belange des Krankenhauses reichen. Die OP-Wäsche wird im Fluß gewaschen, da die Waschmaschinen alle defekt sind. Ersatzteile sind nicht zu bekommen. „Ich habe nie so bewußt mitbekommen“, sagt Jochen, „wie wichtig Wasser für ein Krankenhaus ist.“

Der Aufbau einer umfassenden Wasserversorgung ist für Matiguás von oberster Priorität. Durch sie könnten immense Mittel eingespart werden, die jetzt noch für die Parasitenbekämpfung aufgewendet werden müssen.

In der Diskussion sind in Matiguás zur Zeit ein Kanal vom Aqua frio zum Rio Cusiles (7 Kilometer von Matiguás), um dessen Wasserführung zu stabilisieren; außerdem zwei Leitungen vom Cusiles zur Stadt, wovon eine mit Pumpen arbeiten soll, während die andere nur durch die Höhenunterschiede mit genügen-

dem Druck in das städtische Wassernetz eingespeist werden soll.

Zur Zeit werden in Matiguás die bereits vorhandenen hydrologischen und geologischen Gutachten zusammengestellt. Ein Hydrologe soll noch dieses Jahr nach Nicaragua fahren, um weitere Untersuchungen bis zum Ende der Trockenzeit im Mai abzuschließen. Auf Grund der Ergebnisse wird dann eines der Projekte in Angriff genommen werden.

Sicher ist jetzt schon, daß die „große Lösung“, die die ganze Stadt mit Wasser versorgen soll, immense Kosten bringt, die von Matiguás alleine nicht aufgebracht werden können. Fünf Prozent vom Weihnachtsgeld sind ein hoher Betrag. Aber von Ihrer Spende hängt es auch ab, wie schnell die Wasserversorgung in Matiguás sichergestellt werden kann.

Ihre dg-Redaktion

Bitte überweisen Sie Ihre Spende an die **Stadtkasse Saarlouis** auf das Konto **174** bei der Stadtparkasse Saarlouis (Bankleitzahl 593 500 00). **Auf keinen Fall vergessen:** Unter Verwendungszweck eintragen: Weiterleiten an: Verein Projektpartnerschaft 3. Welt, Kto.-Nr. 43-10244-1, Kreissparkasse Saarlouis, Wasser für Matiguás/dg-Aktion.

Die Spendenquittung wird Ihnen nach Eingang Ihrer Spende von der Stadtkasse Saarlouis zugesandt.



Foto: Linle 4/M. Jung, M. Bauer (4), Döhm

Sexuelle Befreiung in einer konsum-orientierten Gesellschaft – eine Revolution konnte daraus ohnehin nicht werden, auch wenn manch einer dieser Illusion aufsaß.

Das Subversive der Sexualität wurde zur Marktshow umfunktioniert und durch technische Regieanweisungen domestiziert. Vor allem für Frauen ließ das Spektakel die Lust zur Last werden.

Helmut Copaks persönliches Album zur „sexuellen Revolution“.

st? Last?

Wandel der Sitten



Wenn man Vögeln nicht zu einer Prestigefrage macht und sich nicht auf ein Preisficken einläßt, so schafft man eine wesentliche Voraussetzung für eine langanhaltende Potenz.“ So stand es damals in der populärsten Sexfibel für all die ratlosen Studentinnen und Studenten, die das Schicksal der zufälligen Geburt in die Bataillone der Sexfront gestellt hatte. Die Pille war erfunden. Die Pharmavertreter hatten ihre Überzeugungsarbeit glücklich abgeschlossen. Sie ahnten noch nicht, daß man sie später noch mehrmals in die Arztpraxen schicken würde, um die Sorgenfalten der lieben Kollegen zu glätten, die verstörte Patientinnen hervorgerufen hatten. Stichwort Nebenwirkungen.

Von dieser seligen Zeit schwärmen sie heute noch manchmal, die Altsechziger. Wie einfach sah das Sexualleben doch damals aus. „Liebe, Arbeit und Wissen sind die Quellen unseres Lebens. Sie sollten es auch beherrschen.“ Wilhelm Reich, Die Entdeckung des Orgons. „Die Funktion des Orgasmus“ wurde als Raubdruck vor der Mensa der FU verkauft, während am Posterstand Frank Zappa mit heruntergelassenen Hosen von seinem Klo herab auf die Massen der Studenten herabgrinste. „Wer heute studiert, hat nichts kapiert.“ Tausendfach klebten solche kleinen Zettel an den Bäumen. Und Tausende ließen sich gerne dazu verlocken, Arbeit und Wissen zurückzustellen: Die Formel „Spannung – Ladung – Entladung – Entspannung“, von Wilhelm Reich 1942 als finaler Todesschuß gegen den faschistischen Terror konzipiert, hatte schon damals wahnhaftige Züge, war Teil des unbegriffenen Wahnsystems der Gesellschaft. Diese Formel wurde in kleinen verschworenen intellektuellen Kadern spitzfindig in die „Blaue Bände“ eingearbeitet. Denn, so lautete die Begründung: Das hatten Marx und Engels ja noch nicht wissen können.

Während sich über den Sinn oder Unsinn solcher „Rekonstruktionsmühen“ die Intelligenz müde redete, hatten die Massen „draußen“ schon die Parolen der vergessenen und nun zum Glück wieder ausgegrabenen Strategen der Sexfront als Aufforderung zum Preisficken mißverstanden. Versprachen die selbsternannten Sexingenieure doch zugleich: Die Sexualstauung – Energiequelle der Neurose! Nur Ficken macht gesund!

Heute umgibt eine Aura von Bildersturm diese Etappe. Längst durchschaut als Teil eines gigantischen Anpassungsprozesses. Mit Begriffen wie „Produktionsmitteln“ und „Produktionsverhältnissen“ allein schon lange nicht mehr zu fassen. Wie sich bei den

putschenden Wiedertäufern mit ihrem „Utopia! Jetzt!“ schließlich die Waffen des Bischofs und damit des durch ihn repräsentierten Herrschaftssystems durchsetzten, wurden die modernen Ketzer der Sechziger mühelos vom System besiegt. Nicht auf die altmodische Art mit den rostigen Waffen, oder mit Keuschheitsgürteln oder Zensur, sondern andersherum: Die von der Kirche immer noch mit hochgehaltenen sexualfeindlichen Normen wurden Stück für Stück für mehr oder weniger unverbindlich erklärt. Die Sexfront, von manchen als Befreiungsfront verklärt, konnte ihren ersten großen Sieg feiern. Ohne Mühe fielen die wichtigsten Widerstände des scheinbar so unendlich lustfeindlichen Systems, das man im Begriff war, endgültig totzuficken – bevor man überhaupt ernsthaft damit angefangen hatte.

Im gleichen Verlag, in dem 1970 Günther Amendt seine „subversiven“ Strategien zur persönlichen sexuellen Befreiung („Wir müssen immer bereit sein, den Partner zu wechseln . . .!“) veröffentlichte, schreibt Professor Gunter Schmidt 16 Jahre danach: „Warum sollte . . . Sexualität unterdrückt werden? Eher gehört sie ausgeplündert, eingesetzt zur Werbung, um den Absatz der Waren zu steigern.“

Wer sich von der Euphorie der Sex-Guerilla nicht anstecken ließ und sich über die heißen Seminardiskussionen der kritischen Soziologen auf dem Laufenden hielt, der wußte es schon damals besser. Blühender Kapitalismus und sexuelle Prüderie, das paßt nicht zusammen. Denn die riesigen Berge von Waren wollen abgesetzt werden. Die hart arbeitenden und früh ins Bett kriechenden Bausparer vom Typ Heinz Erhard waren dem gewinnbringenden Massenkonsum im Wege. „Der Sozialcharakter des angepassten Menschen in den westlichen Gesellschaften ist schon deshalb durch sexuelle Freizügigkeit gekennzeichnet.“

Ein anderer Grund für die Lockung der Moral, so referiert Gunter Schmidt weiter, wird man in dem verschärften „Freizeit“-Problem zu suchen haben. Gemeint ist die freie Zeit derjenigen Bevölkerungsgruppen, die noch nicht oder nicht mehr in einem Lohnarbeitsverhältnis stehen. Arbeitslose und die immer größer werdenden Massen von Unbeschäftigten, die auf überlangen Ausbildungsschienen hin- und hergeschoben werden. „Vielleicht werden es bald ein Drittel Arbeitslose sein und wir in einer Zweidrittel-Gesellschaft . . . leben.“ Und wo so viel freie Zeit ist, da wäre ein Moral-kodex, wie er in Heinz Erhards kleinbürgerlicher, aufgeräumter Wohnküche paßte, lächerlich. Vielleicht versteht man nun, warum man „die Sexualität als eine der viel-

fachen Befriedigungsstrategien wie auf einem silbernen Tablett angeboten“ bekam. „Eine Verzichtsmoral also unzeitgemäß, ja den Interessen des ‚Systems‘ sogar entgegenge- richtet“ sein konnte.

Das war also der wahre Grund dafür, daß die Sexfront wie auf roten Läufern mitten ins Herz des Systems rennen konnte, ohne daß etwas passierte, was auf einen Zusammenbruch des Systems hinwies. Stattdessen hatte sich schnell eine blühende Industrie zur „Anregung“ und „Regulierung“ der losgelassenen Sexualität entwickelt, die das Sprichwort vom Tier im Menschen wörtlich nahm und den ratsuchenden Kunden wie Kleintierhändler bediente: So wie man dem einsamen Wellensittich einen Spiegel andreht, dient man dem einsamen Menschen bunte Bilder oder Gummipuppen an. Der Plastikknöchel für den Hund, die Gummipuppe für den Mann, den Massagestab für die Frau. Und auch die wissenschaftliche Behebung von Sexualstörungen braucht ihre Ähnlichkeit mit Tierarztmethoden gar nicht erst verbergen. Sogar die ausufernde Forschungstätigkeit der langsam in Schwung kommenden Sexualwissenschaft ging nicht selten mit der Sensibilität von fröhlichen Käfersammlern in die Schlafzimmer und untersuchte alles, was ihr unter die Finger kam. Wunderbare Tabellen zum Beispiel über Küssen, Bruststimulation, Genitalstimulation, fein säuberlich aufgelistet nach dem Ort der ersten Betätigung, wie Wohnung der Eltern, im Freien, an der Haustür, geben jetzt Aufschluß über das sexuelle Verhalten junger Leute.

„Wie bereits bemerkt, wird der erste Kuß meist an der Haustür, im Freien oder im Kino ausgetauscht. Das intensive Petting dagegen wird in privater Umgebung praktiziert, in der häufig auch ein Koitus praktiziert werden könnte“, erfährt man aus einer in der Reihe rororo Sexologie veröffentlichten englischen Studie im trockenen Polizeideutsch. Kein Wunder, Auftraggeber war die internationale Union gegen Geschlechtskrankheiten und Treponematosen.

Wer zu feige oder zu doof war, selbst life mit dem anderen Geschlecht in Kontakt zu treten, konnte sich in Büchern nun auch genau über die Anatomie und Physiologie der Sexualapparate informieren, sozusagen einen Theoriekurs vorher oder stattdessen. Die Generation der damaligen Anfänger war vielleicht die erste, die, ausgestattet mit dem know how der platten amerikanischen Sexualempiristen, nachdrücklich den Anspruch auf die volle sexuelle Befriedigung einzuklagen begann. Es mußte alles dabei sein. Vorspiel. Synchroner Orgasmus. Multipler Orgasmus der Frau. Genau, wie es Masters und Johnson in ihren Laborversuchen beobachtet und gemessen hatten. Und selbstverständlich erwarteten die Männer, daß es erstens immer und überall klappte, und daß es zweitens den Frauen auch immer Spaß machte.

Wie die Entwicklung weiterging, dürfte bekannt sein. Was für viele Männer schon das Paradies schien, stellte sich einer immer größer werdenden Gruppe von Frauen bald

als Hölle dar. Neben Wilhelm Reich stand jetzt Simone de Beauvoir in den Bücherregalen der Studentinnen. Und es formierte sich zunächst zögernd, dann aber immer selbstbewußter ein breiter Widerstand, die Frauenbewegung.

Ab da wurde es kompliziert. Für die Männer. Für die Frauen. Für alle. Die sexuelle Revolution, erst ein Mittel des Klassenkampfes, dann ein Trick des Systems (Marcuse: „Repressive Entsublimierung“ – hieß das unter den gebildeten Linken) – und zu guter letzt wichtigster Teil der Herrschaftssicherung des Patriarchats. Wer da ein bißchen zu furchtsam war und zu nah am Zeitgeist, der durfte erstmal einige Lebensrunden aussetzen und Sex und Liebe wieder im Theoriekurs büffeln. Nachsitzen und Erich Fromm lesen.

Die Kunst des Liebens war zugleich die Kunst, Erich Fromm zu verstehen. Viele scheiterten schon auf den ersten Seiten. Ließen sich von dem drohenden Motto des Buches von Paracelsus: „Der, der nichts weiß, liebt nichts“ einschüchtern, blättern in einem anderen Bestseller, zum Beispiel in dem viel praktischeren Ratgeber von Alex Comfort „Joy of Sex“. Da war die Welt der auf kultivierten genitalen Genuß hinstrebenden Sexualität noch in Ordnung. Da war Liebe keine Kunst, sondern eine Technik. Da gab es Tips zum Anmachen, Tips zum richtigen Umgang mit der anschließenden Trennung, wie man seine Potenz wieder flott kriegt und was es sonst noch an nützlichen Informationen für den Alltag des naiven Genußmenschen gibt.

Vielleicht kann man hier besser als an anderen Erscheinungen illustrieren, wie wenig geschlossen die Entwicklung der sexuellen Verhaltensweisen immer schon ablief. Denn während auf der einen Seite der

Glückstechniker Comfort in den Buchläden stapelweise wegging und das über Monate, wurde das ungleich anspruchsvollere Buch des skeptischen Moralisten Erich Fromm ebenfalls ein Bestseller. Und während die Sanften noch für die jahrtausendlange Unterdrückung der Frauen ihre Strafnächte im Einzelbett verbrachten, lief nebenan der Puff immer noch auf vollen Touren und unter ihm vielleicht ein brutaler Familienstreit. Der manchmal spöttisch als Geschlechterkrieg titulierte Diskurs zwischen, über und durch die Geschlechter hindurch, über Sexualität und über die Neuordnung des Zusammenlebens wurde immer unübersichtlicher.

Die kleinen, glänzenden Pillen mit ihrer unerhört zuverlässigen Wirksubstanz – „nur gar kein GV ist sicher“ – hat offenbar sehr viel mehr bewirkt, als die bisher gebräuchlichen Verhütungsmethoden um eine neue Variante zu bereichern. Zunächst wurde die Pille von Männern und Frauen begrüßt. Nur die der Zeit hinterherhinkenden, traditionell konservativen Kräfte, die „Männerorganisationen“ – beschworen den „Sittenverfall“. Die ka-





angstfreien sexuellen Umgang mit ihrem Freund, aber die helle Freude war das Liebespiel doch nicht. Vor allem fühlten sich diejenigen der Frauen von ihren Männern übers Ohr gehauen, die im Zuge der Chancengleichheit in Ausbildung und Beruf mehr Selbstbewußtsein entwickeln konnten als ihre ewig in Abhängigkeit gehaltenen Mütter. Das ging nicht nur gegen den eingangs um ein bißchen mehr Mäßigung angegangenen Preisficker (Stichwort: Potenzverschleiß), sondern gegen den ganzen Hokus Pokus der Männer, ihren naiven Phantasien von der ewig bereiten Traumfrau, den superlangen vibrierenden Orgasmen und dergleichen mehr.

Anzeige:

Lateinamerika 1976-1986

Zum 100. Mal!

Lateinamerika den Lateinamerikanern! Unsere erste dreistellige Nummer nehmen wir zum Anlaß, in erweiterter Form auf die entscheidenden Vorgänge einzugehen, die in den letzten zehn Jahren - seit Bestehen des *ila-info* - die Wirklichkeit dieses Kontinents geprägt haben. Diktaturen und ihre Folgen, Verschuldungskrise, Technologieabhängigkeit, Kirche und christliche Bewegungen, Gewerkschaften, Interventionen bzw. Interventionsdrohungen, Befreiungsbewegungen an und vor der Macht usw., usw. ...

an der Nr. 100 arbeiten mit:
Osvaldo Bayer, Kuno Füssel, Eduardo Galeano, Gaby Gottwald, Brigitte Heinrich, Jochen Hippler, José Lutzenberger, Angelica Meza, Fernando Mires, Werner Olle, Michael Rediske, Horst Rogmann, Helmut Schaaf, Dietrich Schulze-Marmeling, Peter B. Schumann, Carlos Tello, *ila-Mitarbeiter/innen u. v. a. m.*

Die Nummer 100 hat doppelten Umfang, dennoch kostet sie wie immer DM 3,50 zuzügl. Porto (bei Bestellung bitte Bargeld, Briefmarken oder Verrechnungsscheck direkt beilegen)

ila-info erscheint 10 x im Jahr

Informationsstelle Lateinamerika (*ila*) e. V. Römerstr. 88, 5300 Bonn 1, Tel.: 0228-658613

tholische Kirche zum Beispiel, die nach wie vor den Geschlechtsverkehr auf die Ehe beschränkt wissen wollte und nur unter heftigem Bauchgrimmen zu bewegen war, wenigstens die Kalendermethode oder den *Coitus interruptus* als Hilfe für allzu gierige Eheleute zuzulassen, ließ sich auch von katholischen Ärzten nicht beeindrucken, die glaubhaft versicherten, die Pille sei keine Mini-Abtreibung. Von den älteren, erfahrenen Frauen hörte man fast nur Lob. „Endlich keine Angst mehr vor einer unerwünschten Schwangerschaft. Kein banges Abzählen der Tage bis zur überfälligen Regel.“ Das kann man auch heute noch von vielen Frauen hören. Ehrliche Erleichterung. Allenfalls über die Nebenwirkungen wird man einen längeren Kommentar über sich ergießen lassen müssen. „Aber da gibt es inzwischen so viele unterschiedliche Präparate mit ganz wenig Hormonen“. Die teure und intelligente Public-Relations-Arbeit der Pharma-Industrie hat ihre Wirkung nicht ganz falsch eingeschätzt.

Aber in anderen Kreisen sieht man den Nutzen der Pille überhaupt nicht so eindeutig positiv. Zwar genossen viele auch den

Abgesehen davon, daß der natürliche Zyklus der Frau den Appetit auf Sex auf komplizierte Weise verändert, so daß von einer ständigen heißen Phase überhaupt nicht die Rede sein kann, wurden die Regeln des Beischlafs in den allermeisten Fällen immer noch von den Männern bestimmt. Und von den Sexualwissenschaftlern, sollte man ergänzen. Wunschphantasien der Männer und scheinobjektive wissenschaftliche Beweise gingen eine schlüpfrige Verbindung ein, ordneten die sexuellen Aktivitäten männlichen Diktaten unter. Was falsch und was richtig war, darüber befanden die Männer. So sahen es jedenfalls die zahllosen unzufriedenen Frauen, denen die ersehnte Befreiung nichts als neue Last und Unglück gebracht hatte.

Last, weil sie sich einem ständigen sexuellen Hunger ihres Partners ausgesetzt fühlten, den sie auf Dauer nicht befriedigen konnten, und Unglück, weil sie sich als Versagende erlebten. Denn die seriösen Sexualwissenschaftler waren extra für ihre unwissenden Klientinnen und Klienten unterwegs gewesen, um alles über die normale Frau und den normalen Mann in Erfahrung



**Was für viele Männer schon
das Paradies schien, stellte
sich für immer mehr Frauen
als Hölle dar.**

zu bringen. Und die hatten es schwarz auf weiß: Der Mann ist so und so gebaut. Und die Frau so und so. Und wenn man sie beide in die Position A bringt, dann können sie mit einem bißchen guten Willen und ein wenig Übung die herrlichsten Orgasmen erleben. Und wenn's nicht klappt, dann haben sie was falsch gemacht.

Kinsey zum Beispiel hatte kurz nach dem Krieg zwei dicke Bücher auf den Markt geworfen, aus denen man haarklein erfahren konnte, wie es die Amerikaner in ihren Schlafzimmern trieben. Da konnte man nachlesen, wie verbreitet vorhehlicher Geschlechtsverkehr schon Ende der dreißiger Jahre war, wie wenig die Moralapostel gegen Masturbation oder Mundverkehr ausgerichtet hatten und wie weit verbreitet Homosexualität war. Die erdrückenden Beweise befreiten viele von ihren Sorgen, irgend etwas könnte mit ihnen nicht stimmen. Nach der Devise, wenn es viele genauso machen, dann wird es schon o.k. sein, bekamen sie wieder Oberwasser. Aber gleichzeitig wuchs auch das Mißtrauen gegen all diejenigen Menschen, die dem neu zusammengesetzten Einheitsstyp (frühe und viele sexuelle Kontakte, reiche Masturbationserfahrungen und so weiter) nicht entsprochen.

Die Sexualwissenschaften sind nicht die ersten, die sich ernsthaft darüber Gedanken machen müssen, ob sie nicht im ersten Schritt Krankheiten erfinden, um sie im zweiten Schritt mit viel Brimborium zu heilen. Sie leisten den über sich selbst grübelnden Psychiatern und Psychologen Gesellschaft.

Ganz von der Hand zu weisen sind solche Anschuldigungen nicht. Der erste umfassende Report über das sexuelle Verhalten der Frauen, der endlich die Frauen rehabilitiert, die früheren Untersuchungen zu Folge noch als anormal, behandlungsbedürftig eingestuft wurden, der Hite-Report, spricht jedenfalls dafür. Die Variationsbreite weiblicher sexueller Reaktionen ist wirklich breiter als sich die cifrigen Vorturner der Sexschulen vorgestellt haben.

Manches, was im Zuge der Frauenrevolte mit viel Lärm als die Endlösung des

Geschlechterkriegs dem ratlosen weiblichen Publikum auf den Tisch geknallt wurde, wird jetzt schon so belächelt wie das Papier, mit dem zehn Jahre vorher die Männer ihre bizarren Gegenvorstellungen zu Opas Sex begründeten. Dennoch wäre es sicher unangemessen, alles was inzwischen an Auseinandersetzungen gelaufen ist, rückblickend zu einer Komödie zu erklären, zu einem Jux, den sich die Gesellschaft selbst gemacht hat und von dem sie sich jetzt nach dem Aids-Aus langsam erholt. Freier Sex ist out – Monogamie ist in.

Ein Jux war es sicher nicht, eher schon ein Trauerspiel, denn vieles, was da als allseligmachendes Rezept verkauft wurde, setzte statt der erhofften Diskussion nur Angst frei: „Hilfe, ich bin nicht bi!“ – „Hilfe, ich habe Eifersucht!“ – „Hilfe, ich bin einem Mann hörig!“ Kein Wunder, denn der Stil mit dem Sexualität angegangen wurde, äh-



nelt mehr dem eines Tribunals denn dem eines Denk- und Probiertprozesses. Jetzt, wo ungewollt etwas Ruhe eingekehrt ist, wäre es angebracht zu sichten, was nach den kriegsgerischen Zeiten übriggeblieben ist. Und wie man der allseits prophezeiten Prüderie etwas Besseres entgegensetzen kann. Dazu ist es höchste Zeit, denn schon formieren sich wieder die Scharfmacher, die ihre folg-samen Truppen aufeinander loshetzen wollen. □

P.S. Also, ich kann Euch nur sagen, daß ich mir Satz für Satz aus meinem tobenden Klassenzimmer im Kopf herausschmuggeln mußte. Denn die, die da oben diskutieren, wollen kein Ende finden, weil ständig unterschiedliche Einwände kommen. Da gibt es einige, die rufen dazwischen: „Gewalt gegen Frauen“ und „Nieder mit der Gentechnik“ oder „Wir wollen endlich eine Lösung der Abtreibungsfrage“ – „Sex mit Kindern, dagegen oder dafür?“ – „Ich will's nicht abgestimmt haben“, antwortet ein blasser Studienrat, der spürt, daß er sich eine Niederlage einhandelt. Er will bloß diskutieren. – Eine Frau schnippt laut mit den Fingern und schreit: „Pornographie ist Gewalt“. Ein Mann zieht seine Hose runter, dreht sich rum, so daß die Frau ihn mit seinem Gemäch sehen muß und fragt zornig zurück: „Ist das Pornographie? Ich will's jetzt endlich wissen. Jetzt auf der Stelle!“

Ich schlage die Tür zu. Erschöpft. Es wird ewig weitergehen. Hier also die Papiere, die ich als mein persönliches Album zum Andenken an die Pille und ihre Nebenwirkungen vollgeschrieben habe. Nicht ganz ernst, aber auch nicht ganz verrückt. Unvollständig, wie das Leben nun einmal ist.

Anzeige:

Betrifft: Frauen

Evert Ketting, Philip van Praag

SCHWANGERSCHAFTSABBRUCH Gesetz und Praxis im Internationalen Vergleich

TÜBINGER REIHE 5

Tübingen 1985, 264 Seiten, br. DM 21,80. ISBN 3-922686-66-4

Die internationale Untersuchung enthält alles Wissenswerte zum Thema Schwangerschaftsabbruch und belegt es umfassend mit einer Fülle von Daten und Fakten. Gängige Vermutungen werden entkräftet und alte Vorurteile widerlegt.

Alexa Franke, Ingrid Jost (Hrsg.)

DAS GLEICHE IST NICHT DASSELBE

Zur subkutanen Diskriminierung von Frauen

FORUM 10

Tübingen 1985, 124 Seiten, br. DM 15,80. ISBN 3-922686-74-5

Ein Buch über jene leise, versteckte Form von Diskriminierung, die sich für Frauen ergibt, obwohl die objektiven Bedingungen für sie anscheinend (oder doch nur scheinbar?) die selben sind – untersucht in Bereichen der Sozialpolitik, des Gesundheitswesens und auf dem Arbeitsmarkt.



Bitte fordern Sie unseren Gesamtprospekt an.

Alles
anders
nach
Tscher-
nobyl?

Kinderlosigkeit wird als Krankheit definiert, die künstliche Befruchtung verhilft zum „Recht auf Kinder“, Gebärprämiem sollen die Abbruchraten senken. So die staatlichen Maßnahmen, um die unwilligen Frauen zur Fortpflanzung zu bringen. Raum ohne Volk – so die derzeitige Parole der Bevölkerungspolitiker in einem der dichtbesiedeltsten Gebiete der Erdkugel.

Mutterglück nach Tschernobyl oder „Kinderwunsch im sauren Regen“ – so die Parole – ja von wem denn? Unter diesem vielversprechenden Titel kann die Frau schon im Kursbuch 72 von 1983 in einem Interview nachlesen: „Ich sehe immer deutlicher den Zusammenhang zwischen dem Mitleiden mit der kranken Natur ... und dem Wunsch nach Heilung von dieser Krankheit, indem man sich ablöst, wächst, ein Kind bekommt. So wie die Tannen, die sterben, ja auch unglaublich viele Tannenzapfen in die Welt setzen...“. Entnervter Kommentar der Interviewerin: „Den Tannen hilft das aber auch nicht zu überleben!“

Worum geht es hier? Um den resignativen Rückzug ins Private? Um die Verlagerung der enttäuschten politischen, emanzipatorischen und ökologischen Hoffnungen in den eigenen Ableger, die „Tannenzapfen“? Oder machen sich einzelne hier unbewußt den Gedanken der Arterhaltung à la Darwin zu eigen – „wenn wir keine Kinder kriegen, sterben wir ja aus“? Renommierete Feministinnen mit Kind gar erkennen: „Tschernobyl hat unser Leben verändert“ und „Nach Tschernobyl ist alles anders“. Sie begründen dies über die Erfahrung ihrer „besonderen Verantwortlichkeit“ gegenüber dem Kind.

Zugegeben: Wir sind immer noch nicht im Besitz aller Rechte über uns und unseren Körper, siehe Paragraph 218, siehe die Vergewaltigungsprozesse. Aber sind wir denn so außer uns, daß wir, unbeeindruckt von den sich immer weiter verschlechternden Lebensbedingungen, unbeeindruckt von den steigenden Selbstmordraten Jugendlicher, unsere „Tannenzapfen“ in die Welt setzen, um dadurch eine „besondere Betroffenheit“ zu empfinden? Hat sich denn tatsächlich etwas geändert? Es ist doch nur das eingetroffen, was wir schon lange gesagt haben, uns durch Harrisburg und Bhopal nur bestätigt wurde.

„Tschernobyl und die Enteignung der Erziehung“ heißt ein weiterer Titel der neuen posttschernobylen Mütterpublikationen. Hat denn die Erziehung vor Tschernobyl in einem Raum stattgefunden, der frei war von Entfremdung, von kapitalistischer Ausbeutungs- und Profitmentalität, ein idyllischer Freiraum der Gleichheit im Patriarchat? Wenn Verantwortlichkeit erst über den Besitz von Kindern erfahrbar sein soll, was heißt das für die Politik der Mütter vor ihrem Muttersein? Was heißt das für die Politik all der Nicht-Mütter und -Väter? Sie muß dann nichtverantwortlich, egoistisch (gewesen) sein. Hier macht das Private dem einst universal gedachten Politischen den Garaus. Verantwortung, die ihre Existenz aus Besitz ableitet, ist einfach die vollständige Verinnerlichung der bürgerlich – kapitalistischen Normen. Und solange wir weiterhin Kinder in die Welt setzen und darüber vergessen, was unsere Politik gewesen ist oder sein sollte (im Sinne einer nicht – besitzenden Verantwortlichkeit), sind wir dem System willfährig.



Es gibt keine

Neue Erkenntnisse über

die Folgen eines

Atomkriegs

Alternative

der größte Teil davon in die unterentwickelten Länder. Damit wird klar, daß ein eventueller Nuklearkrieg auf der Nordhalbkugel genauso heftig die Südhalbkugel treffen muß.

Die Auswirkungen eines nuklearen Winters sind bekannt: aufgewirbelter Staub würde das Sonnenlicht abhalten, die Temperaturen würden abfallen. Ein längerer Temperaturabfall um zwei Grad Celsius in der Wachstumszeit würde die gesamte Weizenenernte Kanadas vernichten, haben nun Experten errechnet. Ein Abfall um vier Grad Celsius würde auch alle Gerste zerstören. Dazu kämen Zerstörungen der Ozonschicht in der Stratosphäre durch große Kernwaffen. Dadurch würde vermehrt ultraviolettes Licht zur Erde gelangen. Neben vermehrter Auslösung von Hautkrebs würde dies auch erhebliche Auswirkungen für die landwirtschaftliche Produktion haben. Auf der anderen Seite würden kleinere Kernwaffenexplosionen zu einem vermehrten Ozongehalt in der tiefer gelegenen Troposphäre führen. Dieses Ozon würde direkt die Pflanzen in ihrem Wachstum schädigen.

Ergebnis wäre in beiden Fällen ein erheblicher Rückgang der Nahrungsmittelproduktion, was vor allem für die Menschen in den unterentwickelten Ländern mörderische Auswirkungen hätte.

Leaf führt in seinem Artikel eine Fülle weiterer neuer Erkenntnisse an, zum Beispiel über psychische Auswirkungen und über Einwirkungen der Strahlung. Auch hier zeigt sich, daß „die Zahl der Akuttoten durch Verbrennungen, Druck und Strahlung viel höher liegen würde als in früheren Schätzungen“.

Die Folgerungen, die aus Leafs Artikel in dem einleitenden Beitrag im „New England Journal“ gezogen werden, sind bemerkenswert. Es wird gefordert, Leafs Artikel zur Pflichtlektüre für alle Ärzte zu machen; die Bewegung der Ärzte gegen den Nuklearkrieg müsse noch stärker ihrer erzieherischen Aufgabe in der Öffentlichkeit und bei den Politikern nachkommen. „Wir Ärzte müssen unserer Regierung und unseren Mitbürgern sagen, daß bereits ein Prozent (oder weniger) des gesamten Zerstörungspotentials im Besitz der Supermächte genug ist, unsere Länder zu verdammen und dem Rest der Welt unvorstellbaren Schaden zuzufügen. Da die meisten Experten glauben, daß keine denkbare weltraumgestützte Verteidigung mehr als 99 Prozent effektiv wäre . . . , ist die einzige vernünftige Alternative die gemeinsame Abrüstung.“ □

vom International Council of Scientific Unions – sind bedrückend: „Das bisherige Bild des nuklearen Holocausts, wie wüst auch immer, war wahrscheinlich zu zurückhaltend“, wird in einem Einleitungsartikel zu Leafs Arbeit in dem führenden medizinischen Weltblatt festgestellt.

Insbesondere die Auswirkungen auf die weltweite Nahrungssituation sind erschütternd. Laut Weltbank gab es 1980 in den unterentwickelten Ländern 800 Millionen Menschen – etwa 60 bis 70 Prozent der heutigen Bevölkerung –, die unterernährt waren. 436 Millionen, etwa zwanzig Prozent der gesamten Weltbevölkerung, bekommen gerade so viel Nahrung, daß sie überleben können. Für produktive Arbeit reicht ihre Ernährung nicht aus. Nach Angaben der WHO leiden 450 Millionen Kinder unter verschiedenen Eiweißmangelkrankungen... Und die Unterernährung nimmt immer noch zu.

Viele Menschen sind auf Nahrungs- und vor allem Getreideimporte angewiesen. Allein die Länder Afrikas importieren ein Viertel ihres Getreidebedarfs. Ein Drittel der gesamten Getreideproduktion der USA geht in den Export,

wp – Das bisherige Bild vom nuklearen Winter war wahrscheinlich noch zu harmlos. Egal, wo er stattfände, die unterentwickelten Länder wären mit betroffen.

„Die Entwicklungsländer wären in der Tat die hauptsächlichsten Opfer des Hungers“, wie er nach einem großen Nuklearkrieg auftreten würde. Nach einem Nuklearkrieg – wenn auch nur im Norden der Erdhalbkugel geführt – würden weltweit Hungersnöte ausbrechen; würden mehr Menschen sterben als durch die direkten Auswirkungen des Krieges selbst. Dies ist die Quintessenz eines Artikels von A. Leaf im „New England Journal of Medicine“ vom 2. Oktober 1986, in dem aktuelle Studien zu den Auswirkungen eines Atomkrieges zusammengefaßt werden. Die Ergebnisse der Arbeiten – vorzugsweise

Gesundheitspolitik, Ärztep Politik und Gesundheitsbewegung

Von Hans-Ulrich Deppe

Die Analyse und Kritik der aktuellen gesundheitspolitischen Situation wurde von unserem Mitherausgeber als Eröffnungsreferat auf dem Gründungskongreß des Vereins demokratischer Ärztinnen und Ärzte am 8. November in Frankfurt gehalten. Sie ist Erich Wulff zum 60. Geburtstag gewidmet.

Wenn wir heute die öffentliche Gründungsveranstaltung des Vereins Demokratischer Ärztinnen und Ärzte (VDÄ), der Ende vergangenen Jahres ins Vereinsregister eingetragen wurde, nachholen, kann ich mit Freude feststellen, daß sich viele der Anwesenden kennen: Aus den Anfängen der kritischen Medizin, der alternativ-ökologischen Gesundheitsbewegung, aus gewerkschaftlichen Zusammenhängen, aus dem Umkreis der Zeitschriften Demokratisches Gesundheitswesen, des Dr. med. Mabase, des Arguments, aus Friedensinitiativen und nicht zuletzt der IPPNW. Ich gehe davon aus, daß dies kein Zufall ist, sondern daß wir mit der Gründung des Vereins „Demokratischer Ärztinnen und Ärzte“ ein Thema angesprochen haben, das wichtig und gesundheitspolitisch notwendig ist, daß wir damit einen Schritt gewagt haben, der weitere Möglichkeiten zur Entfaltung der demokratischen Ärzteopposition eröffnet.

Bei der Analyse müssen wir allerdings etwas tiefer eindringen und uns fragen:

- Wie sehen die großen Entwicklungszusammenhänge der Gesundheitspolitik aus?
- Welche Funktion erhält Gesundheitspolitik in einer Gesellschaft, die sich zunehmend polarisiert?
- Welche Interessen bestimmen den Verlauf und die Resultate?
- Welche Rolle spielt dabei die ärztliche Standespolitik? Und:
- Wo sieht die Gesundheitsbewegung ihre Aufgaben?

Um Antworten auf solche Fragen geben zu können, ist zunächst ein kurzer Rückblick recht hilfreich.

1. Die gesundheitspolitische Reformpolitik zu Beginn der sozialliberalen Koalition, die noch strukturelle Verbesserungen – wie den Ausbau der Präventivmedizin, das klassenlose Krankenhaus oder die Integration des Gesundheitssystems – zum Ziel hatte, kam Mitte der 70er Jahre zum Stillstand. Die anhaltende und tiefgreifende Wirtschaftskrise seit 1974 mit steigender Massenarbeitslosigkeit und sinkenden Reallohneinkommen wirkte sich in der Sozialversicherung mit deutlichen Einnahmeverlusten bei gleichzeitigen Ausgabezuwächsen aus. Diese scherenartige Entwicklung führte dazu, daß geplante Reformen fallengelassen und durch die Politik der Kostendämpfung im Gesundheitswesen ersetzt wurden. In dieser Zeit entstand das Schlagwort von der „Kostenexplosion im Gesundheitswesen“. Wir wissen heute, daß es schon für die damalige Zeit nicht zu treffend war, denn die Gesamtausgaben für Gesundheit in der Bundesrepublik sind seit 1975 prozentual zum

Sozialprodukt gleich geblieben. Was erheblich angestiegen ist – und das ist von nicht minderer Bedeutung –, sind die Krankenversicherungsbeiträge als Reaktion auf die wirtschaftliche Situation der Sozialversicherten sowie die angestiegenen Preise und Mengen der Kassenleistungen. Der Staat reagierte darauf mehrfach mit Kostendämpfungsgesetzen:

- es wurde versucht, die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung durch Druck auf die Inanspruchnahme der Sozialversicherten (Patienten) einerseits und durch Druck auf Ärzte, Krankenhäuser, Pharmazeutische Industrie usw. (Leistungsanbieter) andererseits einzudämmen.
- Öffentlich kontrollierte Teilbereiche des Gesundheitswesens wurden privatisiert und rationalisiert.
- Die sogenannte Selbstbeteiligung der Patienten wurde ausgeweitet, die Beiträge zur Krankenversicherung erhöht.
- Und innerhalb des Sozialversicherungssystems kam es zwischen der Kranken-, Renten- und Arbeitslosenversicherung zu erheblichen finanziellen Verschiebungen; es fiel das Wort vom „Verschiebepahnhof“.

Die Kosten bzw. Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung wurden dadurch allerdings nicht gesenkt, sie stagnierten allenfalls kurzfristig, da die kostenreduzierenden Strukturen und Ursachen unberücksichtigt blieben. Die Staatseingriffe wurden vielmehr dazu benutzt, die öffentlichen Budgets und die Haushalte der Unternehmen zu entlasten. Der Staat zog sich aus der Finanzierung und Garantierung sozialer Leistungen zurück und versuchte gleichzeitig über globalsteuernde Maßnahmen – wie die einnahmenorientierte Ausgabenpolitik, die konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen und die Berücksichtigung wirtschaftlicher Eckdaten bei den Kassenausgaben – seinen Einfluß zu wahren. Die Vorstellungen von „sozialer Symmetrie“ und der Ausgewogenheit der Eingriffe, wie sie vom sozialdemokratischen Teil der damaligen Bundesregierung vertreten wurden, um Verständnis für ein vermeintliches gemeinsames Verzicht zu gewinnen, konnten nicht aufrecht erhalten werden und erlitten Schiffbruch. Der in der Nachkriegszeit an der Oberfläche entstandene Sozialpartnerschaftliche Grundkonsens, der den Ausbau der Sozialpolitik ohne größere Widerstände ermöglicht hatte, entpuppte sich als eine Schönwettererscheinung bei anhaltendem wirtschaftlichem Wachstum. Dies veranlaßte schließlich den DGB, der bis 1982 die sozialliberale Gesundheits- und Sozialpolitik zwar kritisierte aber doch auch tolerierte, für Oktober desselben Jahres zu bundesweiten Demonstrationen gegen den Sozialabbau zu mobilisieren.

2. Mit Beginn der 80er Jahre kam es seitens des konservativen Blocks – der rechten Parteien, Verbände und Kommunikationsmedien – zu massiven Angriffen auf den Sozialstaat. Ihre Kampagne der Sozialstaatskritik konzentrierte sich auf Schlagworte wie „Mißbrauch von Sozialleistungen“, „Anspruchsinflation“, „Hemmung der Leistungsbereitschaft“, „Stärkung der Eigenverantwortung“, „Luxusmedizin“, und die deutsche Ärzteschaft ergänzte den Kanon um das Wort vom „Sozialbarock“. Der Vorwurf der mißbräuchlichen Inanspruchnahme hatte in der Debatte hervorgehobene Bedeutung. Im Bundestag verstieg sich sogar ein CSU-Abgeordneter zu der Aussage: Das soziale Netz ist für viele eine Hängematte – man möchte sogar sagen eine Sänfte – geworden (Riedl). Einzelfälle wurden verallgemeinert und unzulässig als exemplarisch ausgegeben, obwohl die empirische Datenlage dafür keinerlei Anlaß gab. Es wurde damals auf dem Hintergrund dieser maßlosen Kampagne der Sozialstaat selbst als Ursache ausgedeutet, der Mißbrauch provoziere und sich seine eigene

Krise schaffe. Er produziere und fördere die Ausdehnung und Erschleichung von Leistungen, Fehlverhalten und Anspruchsmentalität. Solche Äußerungen standen in krassstem Widerspruch zur realen sozialpolitischen Wirklichkeit, die gekennzeichnet war:

- durch einen konstanten und sogar absinkenden Krankenstand,
- den Rückgang von Kuren und längeren Krankenhausaufenthalten insbesondere älterer Arbeitnehmer,
- lediglich 2/3 der registrierten Arbeitslosen erhielten Arbeitslosenunterstützung und
- ein großer Teil der Anspruchsberechtigten nahm die Sozialhilfe nicht in Anspruch.

Insgesamt also Merkmale, die heute das Phänomen der „neuen Armut“ kennzeichnen. Dennoch erfüllte die Debatte über „Mißbrauch“ und „Anspruchsmentalität“ in der sozialen Sicherung eine unübersehbare Funktion. Diese bestand darin, die von den sozialen Risiken und Gefährdungen der kapitalistischen Wirtschafts- und Gesellschaftsordnung am härtesten Betroffenen, also die eigentlichen Opfer, zu Schuldingen abzustempeln und ihre soziale Lage als Ausdruck eigenverantwortlichen Handelns darzustellen. Es standen also nicht die Ursachen der Massenarbeitslosigkeit oder von Massenerkrankungen – wie die Wirtschaftskrise oder die gesundheitsverschleißenden Arbeits- und Umweltbedingungen – zur Diskussion, sondern die Arbeitslosen und Kranken selbst. Mit dieser Kampagne wurden die atmosphärischen und legitimatorischen Voraussetzungen geschaffen, auf deren Grundlage später nach dem Regierungswechsel im Oktober 1982, ein Schub konservativer Sozial- und Gesundheitspolitik durchgesetzt werden konnte.

3. Der Wechsel von der Bonner SPD/FDP-Regierung zur Koalition von FDP und Unionsparteien stand unter der Parole von der wirtschafts- und sozialpolitischen „Wende“. Zunächst verschiebte sich jedoch die neue Rechtsregierung eine konzeptionelle Atempause, denn die sozialpolitische Betätigung der CDU war bislang eher aus der Frontstellung als Oppositionspartei zur Sozialliberalen Koalition, denn durch ein eigenes realisierbares Konzept geprägt. Sie schien sich nicht von vornherein auf das neoliberale Streichprogramm des Lambsdorff-Papiers, das Anlaß für den Regierungswechsel war, einlassen zu wollen. Angesichts der Unsicherheiten der ersten Monate knüpfte die neue Koalition nahtlos an den letzten Beschlüssen der Sozialliberalen Koalition an. Mit einer Vielzahl von Detailänderungen in nahezu allen sozialpolitischen Bereichen tastete sie den Spielraum ihrer Durchsetzungsfähigkeit einerseits und die Opferbereitschaft der Bevölkerung andererseits für längerfristige Strukturveränderungen ab.

Das Bett für die neue konservative Regierung war jedoch schon vor dem Regierungswechsel gemacht. Die erste Wende der Sozial- und Gesundheitspolitik war bereits vor der propagierten Wende erfolgt!

4. Nach der Bundestagswahl vom März 1983, aus der die konservative Koalition gestärkt hervorging, bekamen jene Kräfte Auftrieb, die den Grundlagen der Marktwirtschaft – wie Wettbewerb, Marktsteuerung, Unternehmerfreiheit, Eigenverantwortung und Risikobereitschaft – wieder zu größerer Bedeutung verhelfen wollten. Es zeigte sich, daß die Rechtskoalition das Instrument der Kostendämpfung bzw. Kostenverschiebung genauso souverän beherrschte wie die vorangegangene. Sie unterschied sich lediglich darin, daß sie den Abbau sozialer Leistungen beschleunigte und verstärkte. Die Jahre 1983/84 waren durch eine massive soziale Demontage gekennzeichnet, obwohl die ge-

samtwirtschaftliche Lage dafür keinen Anlaß mehr bot, da sich seit 1983 die Konjunktur bereits wieder aufwärts bewegte. Auch hier zeigt sich, daß der wirtschaftliche Aufschwung, der im Prinzip Möglichkeiten zur Verbesserung der Finanzlage der sozialen Sicherung eröffnet, vor allem zugunsten der Unternehmerinteressen aus- schlug und sogar mit einer zusätzlichen Belastung der Sozialversicherten einherging. In den Haushaltsbegleit- gesetzen wurden dafür deutliche Zeichen gesetzt:

- Es kam zur Ausweitung und Erhöhung der sogenann- ten Selbstbeteiligung bei Krankenhausaufenthalten, Kuren, Rehabilitationsmaßnahmen und Arzneimitteln.
- Der registrierte Krankenstand wurde massiv nach unten gedrückt. In den Jahren 1983/84 verzeichnen wir seit Bestehen der Bundesrepublik den niedrigsten Kran- kenstand. – Dies war keineswegs Resultat einer verbes- sertten Gesundheit der Bevölkerung oder einer effekti- veren Krankenversorgung, sondern vielmehr das Er- gebnis sozialen Drucks. Angst vor Arbeitslosigkeit und die neue eingeführte Möglichkeit, Kranke, Arbeitsunfä- hige und Kassenärzte seitens der Unternehmer schärfer kontrollieren zu können, haben dazu geführt, daß Kranke trotz Fieber und Schmerzen oder sogar gegen den Rat von Ärzten zur Arbeit gegangen sind.

- Weiter sind die Erhöhung der Beiträge zur Arbeitslo- senversicherung und die Staffelung der Leistungen nach Dauer der Beitragszahlung zu nennen,
- die Beteiligung der Rentner an den Kosten ihrer Kran- kenversicherung oder
- die volle Einbeziehung des Krankengeldes in die Bei- tragspflicht zur Renten- und Arbeitslosenversicherung.

Es wird davon ausgegangen, daß allein durch diese Maßnahmen in zwei Jahren die Sozialversicherten zu- sätzlich durch knapp 7 Mrd. DM belastet wurden.

Hinzu kam die Neuordnung der Krankenhausfinanzie- rung. Diese sieht vor, das öffentliche Krankenhaus stärker dem betriebswirtschaftlichen Kosten-Nutzen-Kalkül zu unterwerfen und an den Vorstellungen eines „eigen- verantwortlich wirtschaftenden Krankenhauses“, also ökonomischen Grundsätzen der Privatklinik, zu orien- tieren. Im selben Atemzug soll durch staatliche Hilfe die „wirtschaftliche Sicherung freigemeinnütziger und priva- ter Krankenhäuser“ verbessert oder subventioniert wer- den. Und schließlich ist in diesem Zusammenhang auch die inzwischen verschobene Einführung des vom Mar- burger Bund propagierten AIP zu erwähnen, mit dem man sich „Billig-Ärzte“ im Krankenhaus erhofft.

Bis 1985 wurden die größten Brocken des Sozialab- baus mittels der Haushalts- und Begleitgesetze über die Bühne gebracht. Seitdem hat kein neuer größerer Schub stattgefunden. Es wäre allerdings blauäugig zu meinen, Sozialabbau sei infolgedessen nur von histori- scher Bedeutung. So wirken die unsozialen Folgen der Haushaltsoperationen 82-84 sich auch weiterhin aus, und die Privatisierungs- und Vermarktungstendenzen haben einen immer größeren Umfang angenommen. Dies hat keineswegs – wie immer wieder als Begrün- dung für solche Maßnahmen angeführt wird – eine fi- nanzielle Entlastung der Sozialversicherten gebracht. Bereits in den nächsten Tagen, wenn die Verhandlun- gen der Krankenkassen mit den KVen beginnen, wer- den wir deutlich zu hören bekommen, daß sich die Bei- tragssätze schon wieder erhöhen.

Aus dem Gemenge durchaus widersprüchlicher Stand- punkte innerhalb der Rechtskoalition lassen sich fol- gende Positionen herausarbeiten – wie:

- die autoritär-staatliche Position, die sich gegenwärtig vor allem in der Innenpolitik und gegenüber den Ge- werkschaften austobt,
- die Vorstellungen, die sich deutlich an die katholische Soziallehre anlehnen und
- der wirtschaftliche Liberalismus, der die Wiederher- stellung marktradikaler Grundsätze einklagt.

Aus diesem Gemenge haben sich zwei Begriffe heraus- kristallisiert, die als Schlüssel für das neue konservative sozial- und gesundheitspolitische Konzept angesehen

werden können. Es handelt sich dabei um den Begriff der sogenannten Selbstbeteiligung und das Prinzip der „Subsidiarität“. Mit ihnen soll der soziale Abbau durch Umbau des Sozialversicherungssystems fortgesetzt und stabilisiert werden. Auf das, was mit Selbstbetei- ligung und Subsidiarität gemeint ist, brauche ich sicher in diesem Kreis nicht ausführlich einzugehen. Nur so viel:

- Unter Selbstbeteiligung – übrigens ein völlig irrefüh- render Begriff – versteht man den Sachverhalt, daß So- zialversicherte, die durch ihre monatlichen Kassenbei- träge bereits selbst für die Finanzierung ihrer Kranken- betreuung vorsorgen, im Krankheitsfall – also in der Stunde der Not – zusätzlich zur Kasse gebeten werden,
- Und das Prinzip der Subsidiarität, ein überkommener Begriff aus der katholischen Soziallehre, der als Kampf- begriff gegen die sich organisierende Arbeiterbewegung schon in der Weimarer Republik entwickelt wurde, dient dazu, den Rückzug des Staates aus der sozialen Sicher- ung zu legitimieren. Danach hat der Staat nämlich erst dann Hilfe zu leisten, wenn Verarmte, Kranke, Alte, Ar- beitslose und deren Familien bis auf den Boden unserer Gesellschaft abgesackt sind. – Es ist das Prinzip, nach dem heute bereits bei uns in der Sozialhilfe verfahren wird.

Nun – Selbstbeteiligung und Subsidiarität sind freilich keine miteinander rivalisierenden Strömungen, sondern beschreiben lediglich zwei Seiten ein und derselben Me- daille. Während die Selbstbeteiligung als der marktkö- nomische Hebel gilt mit dem Ziel, die Inanspruchnahme sozialer Leistungen zu senken, bildet die subsidiäre So- zialethik allenfalls die Begleitmusik für jene, denen die harten Gesetze des Marktes im Gesundheits- und So- zialwesen zu rauh erscheinen. Denn in der Praxis – und ich denke dabei besonders an das Experimentierfeld West Berlin – hat sich gezeigt, daß die Subsidiaritätspo- litik mit ihrer Propagierung von Selbsthilfe und Eigenver- antwortung als rigoroses Sparinstrument eingesetzt wurde. Mit diesen Vorstellungen steht die konservative Gesundheits- und Sozialpolitik allerdings nicht allein, sondern es besteht eine deutliche Interesseneinheit mit den konzeptionellen Forderungen des Kapitals in unse- rer Gesellschaft. Darüber brauchen wir keineswegs lange zu spekulieren, sondern wir brauchen nur im Pro- gramm der Unternehmensverbände (1985) zu blättern. Hier heißt es dazu: „Zur Bewältigung der Konsolidie- rungsaufgaben sollte in der gesetzlichen Krankenver- sicherung stärker auf das Subsidiaritätsprinzip abgestellt und die Eigenverantwortung des Menschen für seine Gesundheit betont werden. Das erfordert, daß der Lei- stungsrahmen auf das gesundheitspolitisch Notwen- dige zugeschnitten wird... Das kann durch Heraus- nahme von Leistungen aus der Leistungspflicht der Krankenversicherung wie durch Selbstbeteiligungsre- gelungen der Versicherten geschehen, die Steuerungs- funktion bei der Inanspruchnahme haben. Selbstbetei- ligung kann eine überdurchschnittliche Kostenehtwick- lung allein nicht bewältigen. Sie kann aber einen wesent- lichen Beitrag dazu leisten.“

An dieser Stellungnahme ist richtig, daß mit der Selbst- beteiligung die Finanzierungsprobleme der Krankenver- sicherung und die schwerwiegenden Probleme des Me- dizinsystems sich zweifellos nicht lösen lassen. Die greifbaren Ergebnisse der konservativen Sparpolitik durch eine solche Strukturumbildung sind auch bisher eher spärlich ausgefallen. Der Schwerpunkt lag unbe- stritten auf der „Herausnahme von Leistungen“ oder deren Einschmelzung. Gleichwohl muß man sich fragen, warum diese Latitinen dennoch immer wieder in den Vordergrund geschoben werden. Als Erklärung dafür bietet sich an, daß damit ein marktkonomischer „Brük- kenkopf“ (Rosenbrock) gebildet, eine Operationsbasis geschaffen werden soll, von der aus zu gegebener Zeit eine „Amerikanisierung“ unseres Gesundheitswesens durchgesetzt wird. Und der Zeitpunkt dafür scheint vor allem dann erreicht, wenn es den Unternehmern in Ko- alition mit dem politischen Rechtsblock gelingen sollte, die Organisationen der Sozialversicherten inklusive der Gewerkschaften wie in den USA oder England weichzu- klopfen und noch weiter zu schwächen. Allgemeiner ausgedrückt heißt das: Die Zeit ist dann gekommen, wenn nicht mehr die politische Notwendigkeit besteht, durch Integration und Kompensation auf die Forderun-

gen der Unterprivilegierten in unserer Gesellschaft ein- gehen zu müssen. Wir sollten uns darüber im klaren sein, daß das Konzept von Selbstbeteiligung und Subsidiarität mit dem Ausbau marktkonomischer Elemente in der Krankenversorgung Klassencharakter hat. Es ist das ideologisch verbrämte gesundheitspolitische In- strument des Kapitals zur Sicherung und zum Ausbau seiner politischen Herrschaft.

Auf diesem Hintergrund ist von Bedeutung, daß ange- sichts der anhaltenden Massenarbeitslosigkeit mit ihren Auswirkungen auf die Finanzierung der Krankenversor- gung und das Verhalten der Kranken der unmittelbare Druck der Unternehmer auf das Gesundheitswesen dort nachläßt, wo es darum geht, die arbeitsunfähigen Erkrank- ten wieder insgesamt für den Arbeitsprozeß zu quali- fizieren. Es deutet sich eine Entkoppelung von Kranken- versorgung und Beschäftigungssystem an. In den Vor- dergrund schiebt sich vielmehr das Interesse an einer verschärften Differenzierung und Auslese zwischen Kranken mit akuten Gesundheitsstörungen, die kurzfris- tig geheilt werden können und solchen, deren volle Ar- beitsfähigkeit infolge chronischer Leiden nicht wieder herzustellen ist. Es verstärkt sich die generelle Tendenz, die medizinische Versorgung chronisch Arbeitsunfä- higer weiter zu vernachlässigen und ihnen sowie ihren Fa- milien nachhaltigere finanzielle Belastungen aufzuerlegen. Mit der Ausweitung des Kreises der armen Kranken werden jedoch zusätzlich verhaltenssteuernde Maß- nahmen erforderlich, da diese das gesellschaftliche Un- ruhopotential erhöhen und zu einer Gefährdung des so- genannten sozialen Friedens werden können. Solche verhaltenssteuernde Maßnahmen sind in den von der Rechtskoalition eingeführten Kontrollmöglichkeiten sei- tens der Unternehmer zu sehen. Diese reichen jedoch nicht aus. Darüber hinaus werden vom Staat verstärkte Rechtfertigungen verlangt, die einerseits davon ablen- ken, daß ein großer Teil des bestehenden Gesundheits- verschleißes durch Arbeit und Umwelt verursacht wird und andererseits darauf hinwirken, daß krankheitsbe- dingte Arbeitslosigkeit individuell akzeptiert wird, ohne das loyale Verhalten gegenüber dem Staat aufzukündi- gen. In diesem Zusammenhang von Qualifikation, Se- lektion, Kontrolle und Legitimation haben Ärzte eine wichtige Funktion als medizinische Helfer, Gutachter, unmittelbare Kontaktperson zu den Kranken und politi- sche Meinungsbilder. Insofern hat diese Gruppe für Un- ternehmer und Staat traditionell einen hohen Stellenwert in ihren gesundheitspolitischen Strategien.

5. Sehen wir uns als nächstes an, wie die Ärzteschaft mit ihren Organisationen auf diese Entwicklung reagiert hat. Ihr Verhalten orientiert sich vor allem daran, wie politisch mit ihren gesellschaftlichen Privilegien, die sie im Lauf der Zeit durchgesetzt haben, umgegangen wird. Im Mit- telpunkt steht dabei die Freiberuflichkeit mit ihren unter- nehmerischen und kommerziellen Funktionen, die Si- cherstellung und Zulassung zur kassenärztlichen Ver- sorgung sowie Probleme der ärztlichen Honorierung. Die führenden ärztlichen Interessensvertreter hatten stets ein positives Verhältnis zu den beherrschenden Machtzentralen unserer Gesellschaft. Sie fanden dafür unter ihren Mitgliedern auch meist den nötigen Rück- halt, obwohl ein nicht unerheblicher Teil der Ärzte mit der Standespolitik unzufrieden ist und ihr skeptisch, teil- weise sogar ablehnend gegenübersteht. Dies geschieht jedoch eher hinter vorgehaltener Hand als in der offenen Auseinandersetzung. Hinzu kommt, daß es in der Ärz- teschaft selbst eine Fülle miteinander rivalisierender Grup- pen gibt, wie Krankenhaus- und Kassenärzte oder Fa- chärzte und Allgemeinpraktiker. Die hier auftretenden Konflikte und Spannungen werden gelegentlich ganz deftig ausgetragen. Ich erinnere in diesem Zusammen- hang nur an das Kassenarzt-Urteil von 1960, mit dem erst das Bundesverfassungsgericht die freie Berufsaus- übung für alle Ärzte herstellen mußte. Charakteristisch für diese Rivalitäten jedoch ist, daß es sich dabei um Fa- milienstreitigkeiten handelt, bei denen es darum geht, wer den besten Platz am wohl gedeckten Tisch der so- zialen Krankenversicherung bekommt. Die Verteidigung und Aufteilung sozialer und beruflicher Privilegien ist der Kern dessen, was wir als einzelne Standespolitik be- zeichnen und kritisieren. Der Einfallstreum seitens der ärztlichen Standesorganisationen, diesen Kern zu ver- schleieren, ist bewunderswert groß. Es wird dabei als

probates Rezept immer wieder tief in die Öffentlichkeits-wirksame Kiste des Helfersyndroms gegriffen.

Zur Verdeutlichung dieses Zusammenhangs werde ich im folgenden näher darauf eingehen, wie sich die ärztlichen Interessenorganisationen zur sogenannten Selbstbeteiligung, zum Subsidiaritätsprinzip und zu den Sparmaßnahmen in der Krankenversorgung verhalten haben.

a) Die Debatte um die Selbstbeteiligung hat eine lange Tradition. Schon in den Auseinandersetzungen um die Reform der Sozialversicherung in den 50er Jahren hatte sie einen hohen Stellenwert. Sie wurde von der damaligen CDU/CSU-Regierung in den Vordergrund geschoben und sollte nahezu alle Bereiche der Krankenversorgung betreffen. Davon setzten sich damals die ärztlichen Ständesorganisationen deutlich ab. Allerdings lehnten sie nicht generell die direkte Eigenbeteiligung der Versicherten ab, sondern lediglich eine Inanspruchnahmegebühr bei ärztlicher Behandlung. Keine Bedenken bestanden indessen gegenüber direkten Kostenbeteiligungen bei Arznei- und Heilmitteln, der Krankenhauspflge und bei den besser verdienenden Sozialversicherten an den Arztkosten. Der Deutsche Ärztetag (1958) stand deshalb auch unter dem Motto: „Gegen Eintrittsgeld – für Selbstbeteiligung“. In den 60er Jahren verstummte diese Diskussion – nicht zuletzt, weil die Auswirkungen der Wirtschaftsentwicklung auf die Krankenversicherung dafür kaum noch Anlaß gaben. 1973 begrüßte sogar der Deutsche Ärztetag, daß die „1970 eingeführte Beteiligung der Versicherten an den Kosten für Medikamente... gestrichen“ und die Kosten für Heil- und Hilfsmittel voll von den Kassen übernommen werden sollen. (Gesundheitspolitische Vorstellung, 1973, S.

128) Erst mit dem Aufkommen der Kostendämpfungs-debatte ab Mitte der 70er Jahre wurde dieses Thema erneut aktualisiert, als sich abzeichnete, daß die Auswirkungen der Wirtschaftskrise Verteilungskämpfe zwischen verschiedenen Ärztesgruppen provozieren können. Der Weg, der aus diesem Dilemma herausführen und selbstzerstörerische Aktionen vermeiden sollte, wurde u.a. in dem Ausbau der „Selbstbeteiligung“ gesehen. Das Problem sollte von der Seite der Leistungsanbieter weg auf die andere Seite, die der Beitragszahler, geschoben werden. Und zwar so, daß man damit nicht den Unternehmern, die ja auch an den Beiträgen beteiligt sind, ins Gehege kommt. Das ist nämlich der Fall, wenn die Beträge insgesamt ansteigen. Denn die Beitragsanteile der Unternehmer sind ja bekanntermaßen indirekte Lohnkosten. Man kommt sich jedoch nicht ins Gehege, wenn die Versicherten allein und zusätzlich im Krankheitsfall zur Kasse gebeten werden. Der Hartmannbund hatte diese Lösung schon 1976 in seinen „Thesen zur Sozial- und Gesundheitspolitik“ grundsätzlich gefordert. Vom Deutschen Ärztetag wurde sie dann 1980 ausformuliert. Auch hier gab es lediglich gegen eine Selbstbeteiligung in der ambulanten Versorgung bei der Erstanspruchnahme die bereits erwähnten Bedenken. Die Kassenärzte befürchteten – sicher nicht zu unrecht – eine Beschädigung ihres Ansehens in der Bevölkerung, wenn man das „Klingeln der Registrierkassen in den Arztpraxen“ hört. Im darauf folgenden Bundestagswahlkampf setzten sich die ärztlichen Ständesorganisationen geradezu stürmisch für die Selbstbeteiligung ein. Nach dem Wahlsieg von SPD und FDP (1980) wurde diese Diskussion allerdings schlagartig eingestellt, als sich in den Koalitionsverhandlungen abzeichnete, daß selbst entsprechende Modellversuche nicht

erprobt werden sollten. Seit dieser Zeit gehört die sogenannte Selbstbeteiligung jedoch zum festen Bestandteil der „Gesundheits- und sozialpolitischen Vorstellungen der Deutschen Ärzteschaft“.

b. Mit dem Subsidiaritätsprinzip hat die gesundheitspolitische Programmatik der Bundesärztekammer keine nennenswerten Probleme. Seit 1973 gehört es zum Kern ihrer Leitsätze. Unkritisch wird der „Vorrang der gesundheitlichen Verantwortung des Einzelnen vor der Verantwortung der Gesellschaft und des Staates“ aus der katholischen Sozialethik übernommen, ohne die realen Auswirkungen, die sich aus der Vereinzelung von Kranken ergeben können, zu hinterfragen.

Zu denken ist dabei insbesondere an die unwürdigen bürokratischen Verfahren zum Nachweis der Bedürftigkeit, die von den Einkommens- und Vermögensverhältnissen der Betroffenen und ihrer Familien abhängt. Viele, die eigentlich ein Recht auf öffentliche Hilfe haben, werden durch solche Prozeduren von der notwendigen Inanspruchnahme abgehalten. – Keineswegs ausgeklammert und verarmlost werden soll in diesem Zusammenhang der von den Konservativen immer wieder betonte negative Einfluß staatlicher Kontrolle. Allerdings läßt sich diese staatliche Kontrolle mit Hilfe des Subsidiaritätsprinzips nicht demokratischer gestalten. Es zeigt sich vielmehr dort, wo subsidiäre Vorstellungen in die Praxis umgesetzt werden, daß staatliche Kontrolle nicht minder präsent ist. Zusätzlich dienen sie als ökonomisches Instrument, Sozialkosten zu Lasten der Betroffenen und der im Sozialwesen Beschäftigten zu reduzieren.

Zum Listenunwesen im Pharmabereich

Von Gerd Glaeske

Gerd Glaeske, Leiter der Abteilung Arzneimittelenpidemiologie am Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin, zu den Versuchen, Transparenz auf dem Pharmamarkt zu schaffen.

Die Intransparenz unseres Arzneimittelmarktes ist deutlich, die Zahlen sprechen für sich: 145 000 Arzneimittel in ihren unterschiedlichen Darreichungsformen waren bereits vor 1978 auf dem bundesdeutschen Arzneimittelmarkt und gelten im Rahmen von Übergangsbestimmungen, die entsprechend den Formulierungen des Arzneimittelgesetzes bis 1989 gesetzt wurden, als „zugelassen“. Weitere 5 564 Arzneimittel hat dann noch das Bundesgesundheitsamt in der Zeit von 1978 bis 1985 auf der Basis des geltenden Arzneimittelgesetzes zugelassen, so daß sich die Gesamtzahl der auf dem Arzneimittelmarkt verfügbaren Produkte auf mehr als 150 000 addiert. Übersteigt schon alleine die Zahl der Neuzulassungen von 5 564 den Umfang vieler Arzneimittelfamilien, wie zum Beispiel in Dänemark, Großbritannien, Finnland, Island, Niederlande, Norwegen, Schweden, Schweiz (zitiert nach W. Döller und U.

Schwabe: Ist Transparenz auf dem Arzneimittelmarkt möglich?, Internist 27, 21-31 (1986)), so wird erst recht deutlich, wie irrational ein Arzneimittelmarkt mit mehr als 150 000 Arzneimittel-Variationen zu bewerten ist.

Da das Bundesgesundheitsamt sich offensichtlich nicht in der Lage sieht, durch ein Anheben der Zulassungsschwelle den Zugang zum Arzneimittelmarkt zu erschweren, sondern mit immer neuen jährlichen Zulassungs-„Rekorden“ glänzen möchte (im Jahre 1979 waren es noch 362, im Jahre 1985 bereits 1296), kann es nicht verwundern, daß aus völlig unterschiedlichen Bereichen über strukturierende Maßnahmen nachgedacht wird: wenn schon die Vormarktkontrolle, in der als zentrales Ereignis die Zulassung eines Arzneimittels steht, nicht funktioniert, so soll wenigstens im sogenannten Nachmarkt, also im Bereich der Anwendung dieser zugelassenen Arzneimittel, Ordnung, sprich Transparenz geschaffen werden. Dies vor allem unter dem Aspekt, daß Intransparenz die Arzneimitteltherapie für den Arzt unsicherer, qualitativ fragwürdiger und unwirtschaftlicher machen kann.

Seit langer Zeit gibt es daher Listen, Listen von so unterschiedlicher Art wie die „Rote Liste“ oder die „Gelbe Liste“ einerseits als Produktsammelwerk der pharmazeutischen Hersteller oder die „Weiße Liste“ andererseits, genauer das „transparenz-telegramm“, das in Berlin von W. Becker und U. Möbius als industriekritisches Pendant herausgegeben wird. In diesem Beitrag sollen nun kurz die Eigenschaften oder auch Eigenarten von solchen Listen vorgestellt werden, auf die der Arzt in seiner Verordnungstätigkeit zurückgreifen kann.

– **Transparenzlisten der Transparenzkommission**
Die Transparenzkommission ist als unabhängige Sach-

verständigenkommission zu verstehen, die beim Bundesgesundheitsamt eingerichtet worden ist. Sie hat die Aufgabe, „für Arzneimittel eine pharmakologisch-therapeutische und preisliche Transparenz herbeizuführen. Zu diesem Zweck erstellt sie für Teilmärkte, die durch Anwendungsgebiete abgegrenzt sind, Übersichten (Transparenzlisten), die Arzneimittel nach Stoffen und Stoffgruppen geordnet auflisten und Aussagen zu ihren Wirkungen treffen. Die Transparenzlisten enthalten einen Vergleich der Therapiekonzepte, die der therapeutischen Wirksamkeit von Arzneimitteln gleicher Anwendungsgebiete zugrunde liegen, und weisen die therapiegerechte Verordnungsmenge und ihren Preis bezogen auf einen Behandlungstag oder eine andere den Vergleich ermöglichende Basis sowie die Preise der Pakungen oder Einzelgaben aus. Sie richten sich an die Heilberufe und werden im Bundesanzeiger veröffentlicht“. Dieses Zitat entstammt dem § 39b des 2. Gesetzes zur Änderung des Arzneimittelgesetzes, wie er in der Drucksache 302/86 vom 27.6.1986 veröffentlicht worden ist.

Ein Rechtsstreit hatte nämlich lange Zeit die Tätigkeit der Transparenzkommission in Zweifel gezogen, da die Arbeit dieser Kommission auf eine Entschleißung des Bundestages und einen Kabinettsbeschuß der Bundesregierung zurückging. Diese Grundlage hatte jedoch offensichtlich nicht ausgereicht, jedenfalls bekam ein Arzneimittelhersteller Recht, der sich durch die Veröffentlichung der Transparenzliste beziehungsweise der dort nachlesbaren Qualitätsmerkmale seines Arzneimittels in seiner freien unternehmerischen Betätigung eingeschränkt fühlte. Dieses Urteil vom 18.4.1985 hätte die gesamte Arbeit der Transparenzkommission blockiert, wenn nicht innerhalb des Arzneimittelgesetzes eine nun

gesetzliche Grundlage für die Arbeit der Transparenzkommission geschaffen worden wäre. Beteiligt an der Transparenzkommission sind fünf Sachverständige aus dem Bereich der Krankenversicherungen, fünf Sachverständige aus der Ärzteschaft, drei Sachverständige aus dem Bereich der Arzneimittelhersteller, zwei Sachverständige aus der Apothekerschaft. Die Mitglieder dieser Kommission und ihre Stellvertreter werden vom Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung und dem Bundesminister für Wirtschaft für die Dauer von vier Jahren berufen.

Es liegen zur Zeit zehn Transparenzlisten vor, von denen sieben Arzneimittel aus dem kardiovaskulären und drei Arzneimittel aus dem Bereich von Stoffwechselstörungen behandeln. Die Tatsache, daß die Ergebnisse jedoch ausschließlich im Bundesanzeiger veröffentlicht werden, schränken den Verbreitungsgrad erheblich ein. Zudem sind die Formulierungen der pharmakologisch-therapeutischen Hinweise offensichtlich aus Gründen der Konsensfähigkeit der beteiligten Sachverständigen oftmals wenig klar und damit wenig benutzerfreundlich. Die Anwendung von Transparenzlisten im täglichen Verordnungs- „Geschäft“ ist damit meines Erachtens wenig hilfreich.

Viel diskutiert wird zur Zeit die Preisvergleichsliste des Bundesausschusses der kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Bundesverbände der Krankenkassen. Innerhalb der Kostendämpfungsbestrebungen war am 27. Juni 1977 den Paragraph 368p der Reichsversicherung folgender Satz angefügt worden: „Die Richtlinien über die Verordnung von Arznei- und Heilmitteln haben Arznei- und Heilmittel so zusammengestellt, daß dem Arzt der Preisvergleich und die Auswahl therapiegerechter Verordnungsmengen ermöglicht wird.“ Im Zusammenhang mit dem übrigen Wortlaut des genannten Paragraphen, in dem darauf hingewiesen wird, daß für die Wirtschaftlichkeit einer Arzneimittelverordnung vor dem Preis der therapeutische Nutzen entscheidend sei, gewinnt damit die Preisvergleichsliste eine andere Charakteristik als die Transparenzlisten: die Preisvergleichslisten sind als Teil der „Arzneimittel-Richtlinien“ innerhalb der Reichsversicherungsordnung anzusehen und sollen den Kassenarzt über einen wirtschaftlichen Einsatz von Arzneimitteln beraten. Die Wirtschaftlichkeit einer Verordnung setzt dabei jedoch voraus, „daß das verordnete Arzneimittel in seiner handelsüblichen Zubereitung hinsichtlich seines therapeutischen Nutzens durch den Hersteller ausreichend gesichert ist.“

Die laute Diskussion um die gerade fertiggestellte Preisvergleichsliste kommt dadurch zustande, daß nun erstmals alle Fertigarzneimittel eines bestimmten Anwendungsbereiches in drei verschiedene Gruppen unterteilt worden sind, um dem Arzt dezidierte Hinweise zur therapiegerechten Auswahl zu geben. Die Gruppen wurden mit A, B und C bezeichnet, wobei die Einteilung folgendermaßen strukturiert ist:

- A Mittel, die allgemein zur Behandlung im entsprechenden Indikationsgebiet geeignet sind.
- B Mittel, die in besonderen Fällen zur Behandlung im entsprechenden Indikationsgebiet geeignet sind. Dabei handelt es sich um Fertigarzneimittel, — die insbesondere wegen der Dosierung der jeweiligen Wirkbestandteile, ihrer besonderen Nebenwirkungsrisiken und/oder ihrer Darreichungsform nicht oder nicht ohne Bedenken im gesamten Therapiebereich der Indikationsgruppe eingesetzt werden sollten
 - die nur bei einem Teil der Patienten die erwartete therapeutische Wirkung zeigen
 - die neu zugelassen sind, wenn über ihre Wirkweise bzw. über die Gefahr auftretender unerwünschter Wirkungen noch keine hinreichenden Erfahrungen vorliegen und keine Einordnung in die Gruppe C geboten ist.
- C Mittel, bei deren Verordnung besonders Aufmerksamkeit geboten ist. Dabei handelt es sich um Kombinationspräparate,
 - bei denen weder durch die einzelnen Komponenten noch mit deren Synergismus eine Steigerung des therapeutischen Nutzens oder eine Verminderung von unerwünschten Wirkungen verbunden ist
 - die unnötige Bestandteile enthalten
 - bei denen die Wirkungen und Nebenwirkungen wegen mehr als 3 Bestandteilen nicht mehr hinrei-

chend abschätzbar sind
— deren Anwendungsgebiete eine individuelle Dosierung der Einzelkomponenten erfordern.

Monopräparate sind in diese Gruppe aufzunehmen, wenn der Wirkstoff in seinem therapeutischen Nutzen nicht ausreichend gesichert ist bzw. die Schwere der unerwünschten Wirkungen eine besondere Nutzen-Risiko-Abwägung erfordert.“

So das Zitat aus den Grundsätzen des Entwurfs der Preisvergleichsliste, wie sie nun den pharmazeutischen Herstellern zur Kommentierung vorgelegt worden ist.

Das Problem, das die pharmazeutischen Hersteller mit dieser Liste haben dürften, ist die Einstufung entsprechend dem therapeutischen Nutzen dieser Mittel. Ob schon von dem gemeinsamen Bundesausschuß ausschließlich als Informationsmittel und nicht als Regreßinstrument gedacht, führte eine Anwendung der Preisvergleichsliste durch die verordnenden Ärzte sicherlich zu einer erheblichen Umstrukturierung am Markt. Ärzte würden nämlich sicherlich eher Arzneimittel der Gruppe A verordnen, da sie sich somit auf der sicheren Seite fühlen, als eines aus der Gruppe C, weil hier erhebliche Bedenken hinsichtlich des therapeutischen Nutzens angemeldet werden. Bei den Analgetika sind zum Beispiel bei solchen mit vorwiegend peripherer Wirkung nur Acetylsalicylsäure, Diflunisal und Paracetamol in die Gruppe A eingestuft. In der Gruppe C sind — im übrigen völlig problemgerecht — all die Arzneimittel zu finden, die heute aber noch den weit höheren Umsatz aufweisen wie beispielsweise Thomapyrin, Tegal, Vivimed, Eumed, Spalt-Tabletten — um nur einige zu nennen. Mit den Preisvergleichen würden also zusätzlich pharmakologisch-therapeutische Kriterien angewendet, die in kurzer Form begründet, dem Arzt eine wesentliche Hilfestellung in der Auswahl der jeweiligen Arzneimittel geben könnten.

Zur Zeit liegt diese Preisvergleichsliste für folgende Arzneimittelgruppen vor: Analgetika, Antidiabetika, Antihypertonika, Antirheumatika, Kardiaka, Koronarmittel, Hirnleistungsstörungen im Alter, Schlafstörungen und Tranquillanzien. Der Anteil dieser Arzneimittelgruppen am Gesamtmarkt beträgt um 45 Prozent.

Die Preisvergleichsliste zeigt zudem noch etwas anderes: es ist unter Anlegung von vorher diskutierten Kriterien möglich, im Arzneimittelmarkt die Spreu (Gruppe C) vom Weizen (Gruppe A und — bedingt — Gruppe B) zu trennen und damit zugelassene Arzneimittel mit weitergehenden Kriterien als sie in der Zulassung angelegt werden in ihrem therapeutischen Nutzen zu differenzieren. Dieses ohne Umwege und Anstrengungen weiter gedacht, wäre natürlich ein Schritt hin zur Kriterienfindung für eine Positivliste, meiner Meinung nach dem einzigen sinnvollen Instrument, das dem „Durchleuchten“ auf den Arzneimittelmarkt als Reaktion angemessen wäre.

Unterstützt durch ein Gutachten von Prof. E. Denninger aus Frankfurt, der im besonderen in dieser Gruppeneinteilung einen Widerspruch zum Verfassungsgebot der Normenklarheit und -bestimmtheit sieht und auch eine mittelbare Steuerung der ärztlichen Berufsausübung durch Motivationslenkung und damit eine Berührung der unternehmerischen Betätigungsfreiheit vermutet, überlegen pharmazeutische Hersteller seit langem, juristisch gegen diese Preisvergleichsliste vorzugehen. Dabei gehen die pharmazeutische Hersteller sicher richtigweise von dem Gedanken aus, daß alle in die Gruppe A eingestuften Arzneimittel mit weniger Zurückhaltung von den Ärzten verordnet werden als zum Beispiel Arzneimittel aus der Gruppe B, ganz zu schweigen von solchen aus der Gruppe C. Die Firma Bristol Myers aus Neu-Isenburg hat zum Beispiel „gegen die willkürliche Einstufung des Präparates „Bespar“ in die Gruppe B“ geklagt. Bespar hat als Inhaltsstoff das Buspiron, das in seinen Wirkungen den Benzodiazepin-Tranquilizern vergleichbar sein soll, allerdings nicht mit dem Risiko der Abhängigkeitsentwicklung belastet sei. Ein zweiter Streitfall deutet sich mit dem Präparat Godamed der Firma Pfizer an, die die Einstufung dieses Präparates in Gruppe C ebenfalls überprüfen lassen will.

Die Liste enge die Therapiefreiheit des Arztes in unzulässiger Weise ein, so heißt es im Bundesverband der pharmazeutischen Industrie (BPI). Daß jedoch diese so oft und beliebig zitierte „Therapiefreiheit“ im besonderen

Maß durch Intransparenz eingeengt ist, die durch eine Unzahl Nachahmerpräparate, Pseudoinnovationen auf der Basis minimaler Molekül-Variationen oder durch eine geradezu unsinnig hohe und therapeutisch meist nutzlose Kombinationspräparatepalette zustande kommt, wird natürlich vom BPI nicht problematisiert. Dabei hört meines Erachtens die Zulässigkeit der Argumentation mit Begriffen wie freie unternehmerische Tätigkeit da auf, wo auch nur möglicherweise ein Gut wie „Volks Gesundheit“ zum Beispiel durch unzweckmäßig zusammengesetzte Kombinationspräparate oder durch Arzneimittel mit nicht nachgewiesenem therapeutischen Nutzen tangiert ist.

Neben diesen beiden wichtigen Listen gibt es eine Reihe anderer, die kurz in Stichworten vorgestellt werden sollen:

Der bewertende Arzneimittel-Index, der vom Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin herausgegeben wird, bietet dem Arzt für jedes einzelne Arzneimittel einer bestimmten Indikationsgruppe durch Literaturzitate begründete Bewertungen und Beurteilungen. Anders als bei den Transparenzlisten oder bei der Preisvergleichsliste wird also hier für jedes Einzelarzneimittel ein Bewertungskommentar abgegeben. Bisher sind folgende Indikationsbereiche bearbeitet worden: Herzinsuffizienz, Koronarinsuffizienz, Herzrhythmusstörungen, Hypnotika, Sedativa und Psychopharmaka, Antihypertensiva und Diuretika, Antibiotika und Chemotherapeutika. In der Bearbeitung sind zur Zeit noch Analgetika, Antirheumatika, Migränemittel und Mittel zur Behandlung von Durchblutungsstörungen. auf wirtschaftliche Gesichtspunkte oder Preisvergleiche wird in diesem Arzneimittel-Index nicht eingegangen.

Die wohl am meisten benutzte Liste mit Arzneimittel-Bewertungen ist wahrscheinlich das „transparenz-telegramm“, herausgegeben von W. Becker und U. Möbius in Berlin. Dieses „transparenz-telegramm“ eine erweiterte Zusammenfassung aller erschienenen Arznei- bzw. Chemotherapie-Telegramme, ist aus der noch 1977 relativ „dünnen“ Version (288 Seiten) zu einem im Jahre 1985/86 umfangreichen Wälzer gewachsen (1055 Seiten). Dieses „transparenz-telegramm“ vereinigt eine ganze Reihe von wünschenswerten Forderungen an derartige Listen, da es sowohl auf pharmakologisch-therapeutische als auch auf wirtschaftliche und preisvergleichende Gesichtspunkte eingeht. Im Bereich der Monopräparate stellt sich das „transparenz-telegramm“ mehr oder weniger vollständig dar, bei den Kombinationspräparaten findet eine Beschränkung auf die für die Pharmakotherapie wesentlichen Arzneimittel statt.

Der Vollständigkeit halber seien auch noch die Rote Liste beziehungsweise die Liste pharm-index genannt, die jedoch reine Produktlisten sind und dem Arzt allenfalls Hinweise auf Packungsgrößen und Preise geben können. Die Rote Liste ist nach Indikationen geordnet, die Liste pharm-index alphabetisch. Beide enthalten jedoch keinerlei Bewertungen, auch die notwendigen Informationen zu den Arzneimitteln sind oftmals nicht ausreichend.

Fazit: Die Listenvielfalt ist unübersehbar, die Kritik, daß es sich dabei um ein „Listenunwesen“ handelt, liegt nicht weit. Die einzelnen Listen sind charakterisiert durch die jeweiligen Interessen derjenigen, die sich am Zustandekommen solcher Listen beteiligen: an pharmakologisch-therapeutischen, an wirtschaftlichen oder an produktpolitischen Gesichtspunkten. Was dem verordnenden Arzt nach wie vor fehlt, ist ein Kompendium in Taschenformat, in dem er vor allem die Arzneimittel wiederfindet, deren therapeutischer Nutzen nachgewiesen und deren Wirtschaftlichkeit gegeben ist, kurzgefaßt eine Positivliste. Eine derartige Liste wäre durch ihre Marktstrukturierenden Einflüsse nicht nur Transparenzfördernd, sondern könnte vor allem qualitätssichernd wirken und zudem auch das Gebot der Wirtschaftlichkeit in ihren Kriterien berücksichtigen. Und auch für die Therapiefreiheit wären in diesem Rahmen ausreichende Möglichkeiten geboten — es kann doch wohl nur eine falsch verstandene Therapiefreiheit sein, wenn diese auch eine Behandlung mit therapeutisch kritikwürdigen Arzneimitteln einschließen soll.

Dr. Gerd Glaeske ist Leiter der Abteilung Arzneimittel-Epidemiologie am Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin.

Ungerufen, undiskutiert ist er da. Zwei Verantwortliche beschlossen ihn im Alleingang ohne Fachverband und Öffentlichkeit: den neuen Mutterpaß. Äußerlich groß und gewichtig – zu groß für die Handtasche, zu unhandlich für das vorgesehene Durchschreibverfahren – wes Geistes Kind ist er?

Ein Novum, das vielleicht den Müttern neben dem Umfang die Wichtigkeit der Vorsorge begreifbar macht: der heraustrennbare Vordruck zur Bestätigung regelmäßig wahrge nommener Vorsorge; der Gegenwert von 100 Mark ist auf der Rückseite vermerkt. Ein zweites Novum: der heraustrennbare Dokumentationsbogen für die Kassennärztliche Vereinigung nach der letzten Untersuchung. Für die Schwangere bleibt leider unklar, was da do-

kumentiert und weitergegeben wird. Im Mutterpaß selbst wird allerhand gefragt und angekreuzt, was dem schutzwürdigen persönlichen Bereich angehört und Arzthelferinnen, Hebammen, den Kinderarzt und die Krankenschwester ohne entsprechendes Vertrauensverhältnis nichts angeht.

Die wissenschaftliche Verlässlichkeit dieser Ankreuz-Daten ist höchst zweifelhaft: „Besondere psychische Belastung – z.B. familiär, beruflich“ – „Besondere soziale Belastung – „Integrations- und wirtschaftliche Probleme“ – „Abusus“ – „Zustand nach Abortus“. So zum Dokumentationsobjekt gemacht zu werden, muß das Vertrauen in den Frauenarzt beeinträchtigen und die Motivation zur Vorsorge schmälern. Ein einfühlsamer Arzt, der seine Patientinnen als Persönlichkeiten

ernst nimmt, wird daher nur selten bei den genannten Punkten „Ja“ ankreuzen können – wider besseres Wissen und wider die kassennärztliche Verpflichtung.

Noch problematischer ist die detaillierte Risikofaktorenliste mit 53 Ziffern – verunsichernd und angsterregend für die werdenden Eltern, die das wirkliche Risiko für sich und das Kind nicht abschätzen können und denen jedesmal zu vermitteln ist, daß dennoch eine normale Geburt und ein gesundes Kind wahrscheinlich sind, sofern – ja, sofern Angst und Spannung nicht selbst zum Risikofaktor werden. – Und letzterer beeinträchtigt heute sicher mehr Geburten als beispielsweise die EPH-Gestose.

Eigene Beiträge der Schwangeren – beispielsweise Teilnahme an Schwangerschaftsgymnastik und Geburtsvorbereitungskursen – sind zur Dokumentation nicht vorgesehen. Die einzig sinnvolle Zielsetzung, die ein neuer Mutterpaß haben könnte, nämlich einen Anstoß zu liefern zur Verbesserung von Inanspruchnahme, Qualität und wissenschaftlicher


Auswertung der Vorsorge, erfüllt dieser neue Mutterpaß nicht. Vorliegen haben wir ein Zuckerbrot- (100 Mark) und Peitsche- (Risikokatalog)- Dokument mit Anspruch auf pseudowissenschaftliche statistische Erkenntnismöglichkeiten.

Ein Aufruf von niedergelassenen Bremer und Osterholz-Scharmbecker Frauenärzten (Ausschnitte unten) fordert die kompromißlose Abschaffung des neuen Mutterpasses in dieser Form. Würde man die werdenden Eltern vom Objekt der Dokumentation zum Subjekt der Vorsorge werden lassen, müßte sich die Vorsorgepraxis in ganz anderer Weise verändern. Nötig wäre die Verbesserung einiger medizinischer Standards wie häufigere Ultraschalluntersuchungen, die Beteiligung und Eigenverantwortlichkeit der Eltern an Befunderhebung und Dokumentation (möglich unter anderem bei Kindsbewegungen, Senkwehen, Geburtsvorbereitungskursen) sowie die verpflichtende Einführung ausführlicher Beratungsgespräche.

Renate Schepkes

Zuckerbrot und Peitsche

Der neue Mutterpaß



Allerhand soll im neuen Mutterpaß angekreuzt werden, was eigentlich keinen angeht. Hilft das, die Vorsorge zu verbessern?

„Wir fordern die Abschaffung“

Die Einführung des neuen Mutterpasses erfolgte unter Ausschluß der Öffentlichkeit, sogar unter Ausschluß der fachinteressierten Öffentlichkeit. Herausgekommen ist eine für Arzt und Mutter zur Pflicht erhobene Dokumentation, die inquisitorisch ziemlich alles anbohrt, was zur Intimsphäre auch einer Schwangeren gehört. Damit ist eine Kritik herausgefordert, die nicht nur mit dem Ziel einzelner Korrekturen geführt werden kann. (A)

Wirklich wichtige Daten verlieren sich in der Unübersichtlichkeit mikroskopisch kleiner Fragekästchen, vorausgesetzt sie erliegen nicht ohnehin einer resignierenden Generosität.

Der vollständige Text des Aufrufs an den Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen kann angefordert werden beim: Frauenärztlichen Arbeitskreis Bremen-Nord, c/o Dr. Edith Bauer, Reeder-Bischoff-Str. 28, 2820 Bremen 70

Unternehmer mit ärztlicher Neb

Ärzteeinkommen in der Bundesrepublik

na – Das Abendland ist in Gefahr: Ärzte verdienen nur noch fünfmal soviel wie jeder durchschnittliche Arbeitnehmer. Dank des Abrechnungssystems ist in der Praxis immer noch weniger der Arzt als der gewiefte Kleinunternehmer gefragt.

„Wer nach dem ärztlichen Einkommen fragt, der hat keine Kinderstube.“ Das sagte noch 1970 Chefchirurg Voßschulte, Universität Gießen. „Und wer auf solche Fragen antwortet, der muß ja irrsinnig sein. Man spricht nicht darüber, weil dieses Thema in den Bereich des Ethischen fällt.“ Gerade diese Geheimniskrämerei um ärztliche Einkommen war wohl mit ein Grund dafür, daß heute jeder über das spricht, was der gute Chefarzt noch verborgen wissen wollte. Eine Prozeßwelle um Betrügereien in Arztpraxen hat ein übriges dazu getan.

Was der Debatte fehlt, sind bislang Zahlen, Fakten und Daten. Hier konnte jeder wie am Stammtisch spekulieren. Die Ärztelobby selbst straute von Zeit zu Zeit wohl dosierte Meldungen über den wirtschaftlichen Niedergang in die Tages- und Fachpresse. Ein Arbeitspapier der Abteilung Soziologie der Universität Frankfurt bringt jetzt etwas mehr Licht ins Dunkel. Die Ergebnisse sind durchaus anders als erwartet.

Wer kennt nicht das ständige Gerede vom Marktmechanismus auch bei den Arztpraxen: Mehr Ärzte förderten eine bessere Grundversorgung. Kon-

kurrenz in Ballungsgebieten zeige als Effekt eine Abwanderung in bisher unversorgte Regionen. Die Jagd nach Scheinern zwinge den Arzt, sich wieder mehr um seinen Patienten zu kümmern.

Alles Pustekuchen. Den höchsten Profit machen nach wie vor die mit hohem Investitionsvolumen eingerichteten, mit Apparaten vollgestopften, mit Hilfspersonal gut bestückten, mit medizinischer Grundversorgung nicht belasteten, vom Zwang zur Kommunikation unbedarften Edelpraxen von Orthopäden und Sportmedizinern, Urologen und Augenärzten; von Labormedizinern und Röntgenologen nicht zu reden. Die niedrigsten Umsätze tätigen wie eh und je die mit der Grundversorgung belasteten Disziplinen, die einfachen Praktiker, die Allgemeinmediziner, die Kinder- und Frauenärzte.

Ein weiterer Trend: Der Teufel schießt weiterhin auf den größten Haufen. Vom „Marktmechanismus“ einer Versorgungsneivellierung ist weit und

breit nichts zu spüren. Die besten Profite lassen sich in den „überversorgten“ Ballungszentren machen. Die Randgebiete, ländliche Regionen und Arbeiterviertel bleiben wie bisher unterversorgt. Nicht die Gesundheit des Patienten, sondern seine kassentechnische Auslastung steht im Mittelpunkt. In der Praxis wird weniger der Arzt, als ein geschickter mittlerer Unternehmer gefordert. Alle Erfahrungen zeigen, daß so der Ausgabenanstieg in der ambulanten medizinischen Versorgung nicht zu bremsen sein wird.

Am Hungertuch nagt bei den Niedergelassenen (von einzelnen Fällen abgesehen) noch niemand. Die Praxisumsätze haben sich zwischen 1963 und 1983 mehr als vervierfacht, wobei die technisch-apparativ ausgerüsteten Arztgruppen höhere, die primär-ärztlich tätigen

Arztgruppen niedrigere Steigerungsraten zu verzeichnen hatten. Die Umsatzschere zwischen „armen“ und „reichen“ Fachdisziplinen hat sich weiter geöffnet. Die höchsten Praxisumsätze werden in Disziplinen erzielt, die dem Bedarfsplan zufolge schon seit langem zu den sehr gut versorgten Fachgebieten gehören. In diesen vermeintlich überfüllten Fächern sind statt Umsatzeinbrüchen weiterhin Umsatzsteigerungen zu verzeichnen.

Die absolut goldenen siebziger Jahre sind allerdings vorbei. Wenn auch die Umsätze noch nicht sinken, so sinken doch die Steigerungsraten. Die Umsatzrentabilität sinkt, die Praxiskosten haben mit 54 Prozent im Jahr 1983 ihren bis dato höchsten Anteil an den Umsätzen erreicht. Die Reinerträge in einzelnen Fachdisziplinen zeigen gar wieder sinkende Ten-

Kein neuer Trend: Der Teufel schießt weiterhin auf den größten Haufen.

Zwingt die Konkurrenz den Arzt, sich mehr um seine Patienten zu kümmern? Alles Pustekuchen.

entätigkeit

denz. Das Bruttoeinkommen vor Steuern liegt beim Durchschnitt aller Arztpraxen mit 157 000 jährlich gleichwohl noch dreimal höher als 1963. Damit verdient der durchschnittliche Doktor immer noch fünfmal soviel wie der durchschnittliche abhängige Arbeitnehmer. Die Lobbyisten der Niedergelassenen sehen hier schon das Abendland in Gefahr: Verdienten sie doch Mitte der goldenen 70er gar das Sechseinhalbfache eines normalen Lohnabhängigen.

Der Zwang zum hohen Umsatz läßt medizinische Aspekte zunehmend in den Hintergrund rücken. Die hohen Vorlaufkosten für die apparatetechnische Einrichtung, für das zum Teil

umfangreiche Personal, für Ausstattung, Raummieten und so weiter lassen zum Beispiel bei den profitablen Disziplinen, wie Röntgen- und Labormedizin in Einzelfällen die Praxisko-

sten auf über 65 Prozent der Umsätze in die Höhe schnellen. Die Konsequenz ist der Zwang zu absoluten Spitzenumsätzen, zu überflüssigen Rundum-Untersuchungen von Patienten und zu massiven Kostensteigerungen für die Krankenkassen.

Das Märchen vom endlos zu steigenden Umsatz hat auch die Einrichtungs- und Investitionskosten der Praxen zusätzlich in die Höhe getrieben. Die Zinsaufwendungsquote steigt. Früher nicht gekannte Risiken werden eingegangen. Die Hoffnung auf ein schnelles Hereinwirtschaften vorgelegter Kosten bestimmt den Arbeitsrhythmus und den Umgang mit dem Patienten. Vorgeschossenes Fremdkapital, insbesondere von einschlägig tätigen Banken, aber, wie man im einzelnen hört, auch von Pharmafirmen und Geräteverkäufern, lassen neben einer ständigen Kommerzialisierung der Praxistätigkeit auch zusätzliche neue Anhängigkeiten dieser wirtschaftlichen Mittelständler von Großkapital und Banken erkennen.

Abgedrängt aus den Zentren der Profitmacherei finden sich, wie auch sonst im Gesundheitswesen, die Frauen in den Disziplinen der Grundversorgung wieder. Als Kinderärztinnen, Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und im öffentlichen Gesundheitswesen sind sie zu mehr als 40 Prozent vertreten. Sämtliche lukrativen Disziplinen wie die chirurgischen Fächer, aber auch Nuklearmedizin, Orthopädie, Pharma- und Toxikologie weisen hingegen jeweils weniger als fünf Prozent Frauen aus.

Die primärärztliche Versorgung bleibt, auch wenn ihre Vertreter noch genug verdienen, das Stiefkind der ärztlichen Einkommensentwicklung. Das Gespräch und die Auseinandersetzung mit dem Patienten wird nach wie vor diskriminiert und schlechter bezahlt als die apparative Leistung, die in der Regel nicht einmal vom Arzt selbst, sondern von einer Vielzahl zum Teil recht schlecht bezahlter Hilfskräfte ausgeführt wird.

Die Einzelleistungsabrechnung macht's möglich. Jenes Prinzip, das es den Ärzten auch in Krisenzeiten erlaubt, die Profite hochzuhalten und dabei all jene Nachteile einer angeblich humanen marktgerechten Versorgung mit sich bringt: Umsatz rangiert vor Gesundheit; Apparat rangiert vor Gespräch; teure Spezialleistung rangiert vor notwendiger Grundversorgung; Managementqualitäten sind mehr gefragt als ärztliche Kenntnisse. Eine Entwicklung, die zu denken gibt und die die Forderung der Autoren der Studie nach einer Diskussion zum Beispiel über Leistungskomplex-Honore mehr als verständlich macht. □

Die Materialien zur Entwicklung der ärztlichen Einkommen in der Bundesrepublik sind das Arbeitspapier Nr. 2/86 der Abteilung für medizinische Soziologie der Johann-Wolfgang Goethe Universität in Frankfurt. Die Autoren sind Klaus Priester und Hans-Ulrich Deppe. Auch der erste Band der Reihe (dg berichtete im Heft 5/86), der sich mit Aspekten der Arbeitsmarktsituation von Ärzten in der Bundesrepublik beschäftigt (Autoren: Walter Baumann, Hans-Ulrich Deppe) kann empfohlen werden. Was nur kurz angerissen werden konnte, ist in den umfangreichen Arbeiten mit allen Differenzierungs- und Polarisierungsmomenten im einzelnen aufgeführt. Für 10 Mark können sie bei der Abteilung für medizinische Soziologie, Theodor-Stein-Kai 7, 6000 Frankfurt/Main 70 bestellt werden.

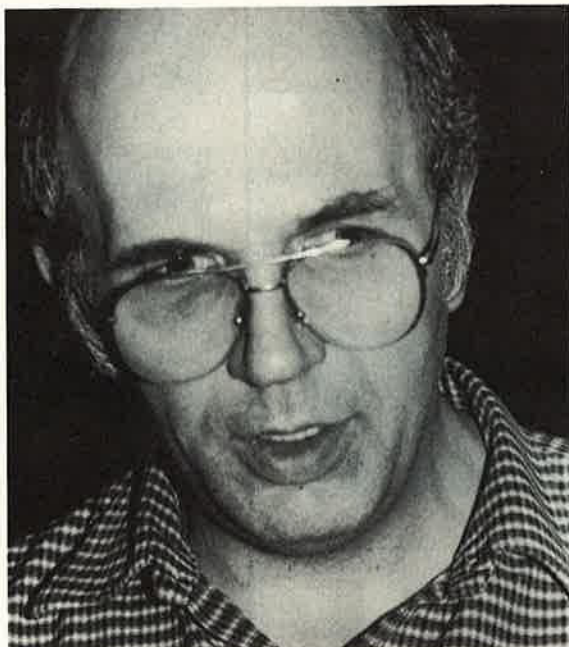
Am Hungertuch nagt bisher noch kaum ein Niedergelassener.



Ingeborg Kothe-Richter, Ärztin in einer Gemeinschaftspraxis auf dem Land in Bockenem bei Hildesheim

Ich komme hierher aus ganz persönlicher Betroffenheit, weil ich in der Berufstätigkeit erfahren habe, daß man gerade als Frau schnell ins Hintertreffen gerät. Das gilt nicht nur für Kliniken, sondern auch für den Umgang mit den Kassenärztlichen Vereinigungen. Als einzelne und Frau kann man da wenig ausrichten, und so suche ich hier eigentlich Verbündete, um konkret in den KVen andere Interessen durchzusetzen.

Gegengewicht zu den konservativen Standesverbänden, aktive Basis für eine fortschrittliche Politik in den Ärztekammern und Forum für die Entwicklung gesundheitspolitischer Alternativen – das alles will der am 9. November bundesweit gegründete „Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte“ sein. Für diesen Anspruch stehen der neu-gewählte 1. Vorsitzende, Winfried Beck, und seine Stellvertreterinnen, Beate Schücking und Birgit Drexler-Gormann. Zum erweiterten Vorstand von 22 Vertretern aus der gesamten Bundesrepublik und Berlin, gehört übrigens auch dg-Redakteur Gregor Weinrich.



Jürgen Tempel, Allgemeinarzt in München-Milbertshofen, Stadtteil der BMW-Werke

Für mich ist die Hauptaufgabe, unter den Ärzten eine Front gegen die seit Jahren betriebene Kostendämpfungspolitik aufzubauen. Da die Kammern und insbesondere die Kassenärztlichen Vereinigungen sich an solcher Front bislang nicht beteiligt haben, höchstens nur in dem Bereich, wo ihr eigener Geldsack betroffen war, ist es notwendig, selbständige Initiativen zu entwickeln.

Marianne Speck, praktische Ärztin in Ludwigshafen

Es gibt sicherlich mehr fortschrittliche Ärzte als hier sind; es gibt aber auch unter den praktischen Ärzten genug solche, die nicht nur an ihr Geld denken, sondern Spaß daran haben, wenn die Leute gesund werden.





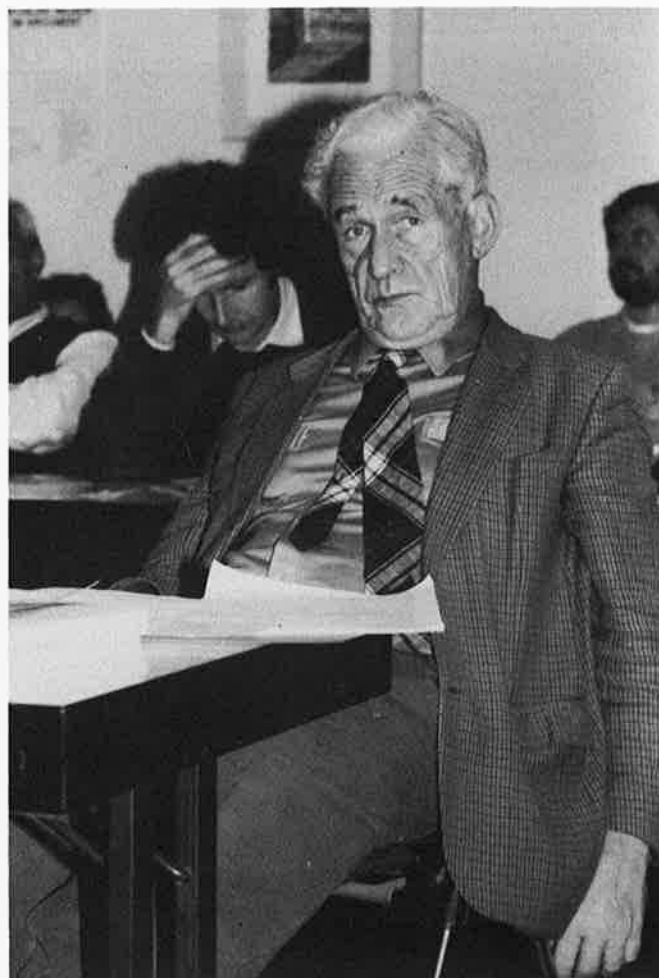
Eindrücke

Matthias Albrecht und Ulli Raupp befragten einige der 200 Teilnehmer beim Gründungs-Kongreß des VdÄÄ.

Heinrich Huebschmann, Arzt für Innere Medizin und Psychotherapie aus Heidelberg, seit vielen Jahren engagiert in der Wiedergutmachung von Opfern des Faschismus

Mir gefällt an dem Programm, daß man unter Demokratisierung der Medizin versteht, den Dialog zwischen Patient und Arzt zu führen. Da ist noch sehr viel zu tun. Der Patient wird von der Medizin im allgemeinen als Objekt angesehen, das zu beurteilen eigentlich nur der Arzt zuständig ist. Vorschub leistet dem die rein naturwissenschaftliche Ausbildung des Arztes. Hier kam zur Sprache, daß auch der Patient ausdrücklich zu Wort kommen muß, sich klar werden muß über seine gesundheitliche und soziale Lage und unter Umständen mit Hilfe des Arztes in den Stand gesetzt wird, Veränderungen seiner Lage herbeizuführen.

Ich bin durch meine Arbeit mit Nazi-Opfern sensibilisiert worden für Machtverhältnisse in der Medizin, also auch im Patient-Arzt-Verhältnis, ohne daß sich die Betroffenen dessen immer hinreichend bewußt sind. Jede ärztliche Handlung hat deshalb eine politische Dimension, auch wenn die Beteiligten es nicht merken.



Wolfgang Kroh, Gewerkschaftssekretär der ÖTV im Bezirk Rheinland-Pfalz, im Auftrag des Hauptvorstandes Beobachter beim Gründungskongreß

Die Diskussionsbeiträge zeigen, daß man sich hier intensiv mit den Problemen befaßt, die uns als Gewerkschaft ÖTV genau so bewegen. Ich muß feststellen, daß in den Grundzügen hinsichtlich der Gesundheitspolitik mit unseren gewerkschaftlichen Vorstellungen weitestgehende Übereinstimmung besteht. Dabei möchte ich den Programmentwurf, den ich sehr sorgfältig studiert habe, noch in dem Sinne erweitert sehen, daß er noch in einigen konkreten Fragen mit Leben gefüllt werden muß. Aber ich habe keine Sorge, daß der hier anwesende Sachverstand dies nicht gewährleisten wird. Ich führe als Beispiel die Prävention und die arbeitsmedizinische Betreuung an, die Einrichtung von überbetrieblichen Zentren zur Untersuchung krankmachender Faktoren in den Betrieben, daß wir also nicht immer nur an den Symptomen herumdoktern, sondern wirklich präventiv tätig werden können.

Anzeige:

AIB-Sonderheft 4/1986

Wahlen '87



Bundesrepublik und Dritte Welt

Themen:

- Neuorientierung der Entwicklungspolitik
- Wem nutzt die Entwicklungshilfe?
- Der bundesdeutsche Anteil
- an der wirtschaftlichen Ausbeutung
- an der Schuldenkrise
- am NATO-Interventionismus
- Fallbeispiele: Nicaragua und Südafrika
- Anliegen der Solidaritätsbewegung
- Alternativen der Opposition
- Dokumente, Rezensionen

Exklusiv

Interviews mit

- Uwe Holtz (SPD)
- Annemarie Borgmann (Die Grünen)
- Karl-Heinz Hansen (Friedensliste)

32 Seiten (DIN A 4), 2,50 DM

Bezugsbedingungen: 33% Rabatt ab 10 Expl. - Vorauszahlung in Briefmarken oder per Verrechnungsscheck. Porto: 1 Heft 0,60 DM; 5 Hefte 1,15 DM; 10 Hefte 1,90 DM; 20 Hefte 3,- DM. Abonnement: 12 Nummern im Jahr. 33 DM.

Coupon/Bitte einschicken an:

AIB, Liebigstr. 46, D-3550 Marburg

Ich bestelle:

- ☐ Expl. AIB-Sonderheft 4/1986
☐ ein kostenloses AIB-Probeheft

Name: _____

Adresse: _____

dg

AIB
 DIE DRITTE-WELT-ZEITSCHRIFT

Liebigstraße 46, 3550 Marburg 1

Arm in Arm mit der „Trendwende“, Hand in Hand mit der „Postmoderne“ und dem „Neokonservativismus“ wandelt die „neue Sexualität“, jene schielende Venus, die mit dem einen Auge zur „neuen Romantik“ und dem anderen zur „neuen Enthaltsamkeit“ hinüberblinzelt. Ihre Zielsetzung ist anti-rational und anti-empirisch. Sie huldigt der Gegenauflklärung und der Gegenreform. Sie ist angeberisch und feige, hintertückisch und faul.

Das hat seine Gründe. Die Dynamik des Frühkapitalismus hat sich erschöpft. Eine imitationswürdige sozialistische Gesellschaft ist noch nicht geboren. Alles, was wir seit der Oktoberrevolution an realisierten sozialistischen Modellen erlebt haben, wirkt auf die Mehrzahl der Menschen diesseits und jenseits des „eisernen Vorhangs“ eher abschreckend als nachahmenswert. Jedes sinnvollen, zu-

cher Feministinnen zur „neuen Mütterlichkeit“ und der „neuen Durchbruch mancher „neuen“ Männergruppen zur „neuen“ Männlichkeit.

Dabei ist nichts von all diesen Neuigkeiten neu. Alles, was von der „neuen“ Romantik angehimmt wird, stammt von gestern – aus der deutschen Romantik von 1798 – 1830, aus der Welt Ludwigs II. und Napoleons III. („Carmen“ erschien 1845, Mérimée war Ghostwriter Napoleons III.), aus den „goldenen“ zwanziger und dreißiger Jahren, aus dem Blutmythos des Tausendjährigen Reichs, aus den „Rocking Sixties“. Das Auge der heutigen Modemacher schielt zurück auf die Moden von gestern, die Dessous, Schnürkorsetts, Bändchen, Schleifen und Rüschen hervorgebracht hatten. Die Filme von heute befassen sich nicht mit den Machos und Vamps von heute, sondern

mit denen von gestern und vorgestern. Selbst die Boxer in den Boxerfilmen boxen im Kostüm, und die Trickfilmmonster von morgen handeln nach der Moral von gestern.

Diese Filme befassen sich zwar mit dem Kampf der Geschlechter, aber sie tun das in hypokritischer* Weise. Sie reduzieren den Geschlechterkampf, genau wie den Klassenkampf, zu einem warnenden Modell. Was ist so toll an Carmen und Don José, daß wir in-

nerhalb weniger Jahre ein halbes Dutzend Varianten ihrer Lebensgeschichte über uns ergehen lassen mußten? Nicht daß Carmen so sexy und so emanzipiert ist, sondern daß sie als „ewiges Weib“ den ewigen Mann ins Verderben lockt und dafür mit ihrem Leben zahlt. Die Moral von der G'schicht: „Stolzer Spanier, bleib bei deinen Leisten! Verlieb dich nicht in Fremde, Juden oder Zigeuner. Hätt'st du nur eine gute spanische Hausfrau geheiratet, so lebtest du heute noch!“

Carmen, Don José und „Elke Haller“, ihr Beispiel predigt dem Bürger, der sich Leidenschaft ersehnt, das Lied von der Enthaltsamkeit. Den Abgesang an die Traditionen der Aufklärung kritisiert der Sexualwissenschaftler Ernest Borneman. Und auch Kollegen kommen nicht ungeschoren davon.

Absage an die Aufklärung

Irrationalität, Vernunftfeindschaft und Romantik in der Sexualität

kunststrächtigen Vorbildes beraubt, reagiert der westliche Bürger mit Angst und flüchtet in sexuelle Tagträume, die das hoffnungslose Gesicht des Alltags verschleiern und erträglich machen sollen. Es fällt schwer, sich des Eindrucks zu erwehren, daß das heutige sexuelle Angebot den Zweck erfüllt, sexuelle Süchte zu erzeugen, die den Bürger beherrschen sollen, wie der Dealer den Fixer beherrscht.

Auch Keuschheit ist eine sexuelle Sucht, die den Rausch der Opferbereitschaft, des Verzichts und der moralischen Überlegenheit ermöglicht. Sie läßt sich an die wachsende Zahl masochistischer Bürger mit Gewinn verkaufen. In diesem Sinne speist sich die neue Enthaltsamkeit aus der gleichen Quelle wie die neue Legitimierung des Sadomasochismus in der Frauenbewegung (Pat Califia, Angela Carter), die neue Rehabilitierung der Pornographie unter „Emanzipierten“ und „Linken“, die neue Rechtfertigung des Geschlechterkampfes bei den „Aufgeklärten“, das neue Bekenntnis man-

Foto: H. Koelbl, Männer-Bucher-Verlag



Die implizite Warnung, daß Leidenschaft sich *rächt*, steht im Gegensatz zu der radikalen Courage der Romantik des 19. Jahrhunderts, die den Tod vergötterte und kein Hehl daraus machte. Die „neue“ Romantik dagegen ist bestenfalls eine pfäffische Warnung vor den Folgen fleischlicher Lust.

Ein schönes Beispiel liefert die Serie „Neue Weiblichkeit“ in der „Quick“. Da spricht eine unter dem Pseudonym „Elke Haller“ vorgestellte Frau von 25 über „Mein wildes Leben bis zur Liebe“. Ihre Lebensgeschichte stellt sie als „Bilanz meiner Fehlentwicklung“ dar. Denn früher waren die Männer für sie „nur Liebhaber für eine Nacht“. Die Redaktion beschreibt diese Zeit: „16 war die junge Kölnerin, als Mitte der siebziger Jahre die Sexwelle ihren Höhepunkt erreichte. Das Wort Liebe galt in jenen Jahren als spießig, zumindest als altmodisch. Nicht von Zärtlichkeit wurde gesprochen, sondern vom Recht auf Orgasmus“. Jetzt aber hat Elke ihren Dieter kennengelernt, und seitdem „weiß ich, wie ich wirklich bin, was eine richtige Frau, was Liebe ist. Ein Mann hat es mir gezeigt. Ich kann plötzlich richtig lieben. Vor Eifersucht toben – und treu sein.“

Kommentar der Redaktion: „Elke Haller war eine Suchende. Sie hat die Liebe gefunden – und sich selbst dabei als Frau entdeckt“. Das wird allerdings ein wenig durch folgende Beobachtung der Redaktion relativiert: „Die Räume, in denen eine Frau lebt, zeigen ihre Seele. Und die Wohnung von Elke Haller zeichnet das Bild einer romantischen Frau, einer zärtlichen Frau, einer Träumerin, die Sehnsucht nach Geborgenheit hat.“

Also trotz Dieter keine *wirkliche* Geborgenheit, sondern nur *Sehnsucht* danach. Selbstauferlegter Frust. Die transparente Selbsttäuschung, die Hypokrisie* dieses Traums von der gesunden Ehe in einer kranken Gesellschaft, enthüllt hier ganz besonders ihren volksverdummenden Charakter.

Zur gleichen Tradition der neuen Hypokrisie gehören aber auch die von manchen Linken als Gegengewicht sowohl zu den bürgerlichen Illustrierten wie zu den kommerziellen Pornosteifen hochgelobten Heftchen der Reihe „Konkret-Sexualität“. Denn dort wird das umgekehrte Rezept gepflegt: Zuerst werden grausame, unzärtliche, frauenfeindliche Sexualpraktiken lustvoll geschildert, um dann mit scheinheiliger Entrüstung als Abfallprodukte des Kapitalismus angeprangert zu werden.

Der Frankfurter Sexualwissenschaftler Volkmann Sigusch, Herausgeber der Reihe „Konkret-Sexualität“, hat sich in seinen eigenen Schriften zur „Liebe“ in peinlichster Weise mit der neuen Romantik und der „neuen“ Liebe assoziiert. Wenn ein Sexualforscher im Jahre 1984 einem Buch den Titel „Vom Trieb und von der Liebe“ gibt und darin Aufsätze mit Titeln wie „Das gemeine Lied der Liebe“, „Vom Ende der Perversion“ und „Prostitution tut not“ veröffentlicht, so ist das viel schlimmer, als wenn Laien solche frohen Botschaften von sich geben. Denn hier wird jede empirische Sexualforschung als „Oberflächenmassage“ abgelehnt, „Leidenschaft“ und „Genuß“ aber werden gepriesen, und von der „Idee der Liebe“ (merke: nicht von der Liebe als solcher, sondern nur von ihrer „Idee“) sagt der Idealist Sigusch: „Gerade darum geht es mir.“

Und dann weiter, zur Selbstrechtfertigung: „Es ist wirklich verrückt: Ein Sexualforscher,

der auf dem insistiert, was noch immer das Salz der Sexualität ist, Trieb und Reiz und Erregung und Liebe, und darauf, daß unser Triebleben anarchisch und irrational, unwillkürlich, unzuchtig, unsauber ist, fällt aus dem Rahmen seiner eigenen Branche, ist obszön, „anständig“, wie mein Lehrer Hans Giese gesagt hätte. Das gemeine Lied der Liebe oder das Lob des Triebes, das ich hier zu singen suche, würden die Herausgeber der internationalen Fachblätter mit großer Mehrheit teils empört, teils amüsiert zurückweisen.“

Mit Recht. Denn diese Verhöhnung der Wissenschaft und der Ratio, diese Deifizierung** des Irrationalen, geht Hand in Hand mit der neuen Gegenre-

auf andere zicht, dann beschreibt er keine objektiv gültige Realität, sondern subjektiv erlebtes Elend – oder allenfalls etwas, das heute, in einem Zeitalter totalen moralischen Verfalls, von den Verfallenen „Liebe“ genannt wird.

Mir scheint jedenfalls, daß diese neue Sado-Maso-Welle, die aus den sexuellen Erfahrungen unserer Gattung die negativen herausfiltert und diese dann als Essenz der Sexualität anbietet, der Kompliziertheit des menschlichen Geschlechtslebens nicht gerecht wird, sondern regressive Begierden in provokatorischer Weise als Normen zu servieren sucht.

Was sich da als fortschrittlich anbietet, ist die rationalisierte

„Wenn Sigusch das, was er hier als 'Liebe' beschreibt, am eigenen Leib erfahren hat, dann tut er mir leid.“

form, mit der neuen Absage an die klassische Aufklärung, mit dem Verfall der großen französischen Tradition des klaren Denkens, mit der nostalgischen Nietzsche-Wagner-Hitler-Welle, mit der „poetischen“ Unterwanderung des Verifizierbaren und Falsifizierbaren in der „neuen“ französischen Philosophie.

Rechtfertigung des Rückschritts.

Wer, wie Sigusch, den „Trieb“ als etwas „Natürliches, Archaisches, von Anfang an Dagewesenes und deshalb auch niemals Sozialisierbares hinstellt, legt sich ins gleiche Bett mit jenen Romantikern, die da meinen, es habe irgendwann,

Selbst die Trickfilmmonster von morgen handeln nach der Moral von gestern – Leidenschaft lockt ins Verderben.

Sie geht aber auch Hand in Hand mit einer neuen Rechtfertigung der Folter, der Tortur, der Menschenquälerei: „Unsere Liebe ist eine Orgie gemeinster Quälereien. Sie ist voll raffinierter Erniedrigung, wilder Entmächtigung, bitterer Enttäuschung, boshafter Rache und gehässiger Aggression. Sie ist gierig, klebrig, verschlingend, maßlos, kurzatmig, empfindlich, heuchlerisch, unstillbar.“

Eine derart persönliche Deklaration verlangt eine ebenso persönliche Antwort, und mit dieser Antwort will ich meinen Diskurs beenden: Ich habe geliebt und bin geliebt worden. Aber nicht ein einziges Mal in 70 Jahren mit Quälerei, Erniedrigung, Rache, Haß, Neid, Heuchelei oder eifernder Sucht. Wenn Sigusch das, was er hier als „Liebe“ beschreibt, am eigenen Leibe erfahren hat, dann tut er mir leid. Wenn er aus dieser Erfahrung Schlüsse

irgendwo eine originäre Sexualität gegeben, zu der wir nur zurückzukehren brauchen, um allgemeine sexuelle Befriedigung zu ermöglichen. Wir brauchen bloß den Ballast der Zivilisation abzuwerfen, um zur Zeit vor dem Sündenfall zurückzukehren, zur paradiesischen Nacktheit, zur romantischen Unschuld.

Dieses ahistorische Konzept scheitert an der Erkenntnis, daß die Menschwerdung des Menschen ein gesellschaftlicher Prozeß war. Unsere Sexualität war bereits zu Zeiten des Homo habilis keine triebhafte, sondern eine gesellschaftsbedingte. Unsere sexuellen Wünsche wurden gesellschaftlich erzeugt und gesellschaftlich kanalisiert. Sie wurden gesellschaftlich verwirklicht und gesellschaftlich eingeschränkt. Wer sie als biologisches Primat darstellt, verliert seine politische Glaubwürdigkeit. □

Kokolores

Sind Auswahlgespräche verfassungswidrig?



Zum ersten Mal wurden zu diesem Semester Medizinstudienplätze durch Auswahlgespräche vergeben. Im September versuchte ein Student, das Verfahren gerichtlich zu stoppen – bisher ohne Erfolg. Doch nicht nur gegen die Auswahlgespräche richten sich die verfassungsrechtlichen Bedenken.

Am 17. September erschreckte eine kurze Meldung der Deutschen Presseagentur die ärztliche Standespresse: „Das Verwaltungsgericht Hannover hat der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) untersagt, Studienbewerber nach einer auf Grundlage eines Auswahlgesprächs getroffenen Entscheidung im Studiengang Humanmedizin zuzulassen“ wie es in der „Neuen Ärztlichen“ hieß. Die einstweilige Anordnung trat jedoch nicht in Kraft, da die MHH beim Oberverwaltungsgericht Lüneburg dagegen Beschwerde einlegte, der stattgegeben wurde.

Grundlage des Verfahrens war, daß Verwaltungsgerichte berechtigt sind, einstweilige Maßnahmen zu Vorgängen zu treffen, wenn sie sie für offen-

sichtlich verfassungswidrig halten und zu warten für den Verfahrensbetreiber nicht zumutbar ist. Der Betreiber dieser Sache war ein Medizinstudienplatzbewerber, der mit seiner Wartezeit so dicht an der Grenze lag, daß er einen Studienplatz erhalten hätte, wenn die Quote der Auswahlgespräche zurück zur Zentralen Vergabestelle für Studienplätze (ZVS) gegangen wäre und somit zur Wartezeitquote geschlagen worden wäre.

Was aber macht die Auswahlgespräche für das Verwaltungsgericht Hannover „offensichtlich verfassungswidrig“? Da ist erst einmal ein Urteil des Bundesverfassungsgerichts (BVG) vom 18. Juli 1972. „Danach ist es bei hartem Numerus Clausus geboten, die Studien-

plätze zentral zu vergeben, um objektiv eine Akzeptanz er-möglichende Rangordnung zur Erreichung der Chancengleichheit zustande zu bringen. Wenn sich bundesweit die Leute alle in der selben Konkurrenzsituation befinden, kann ja auch nur die Konsequenz sein, eine Bundesliste zu bilden. Und das Auswahlgespräch steht dem diametral entgegen!“ erläutert der Marburger Rechtsanwalt Hauck, der den Studenten vertritt. Die einzige Begründung für die dezentrale Vergabe: Die Professoren sollen sich ihre Studenten selbst aussuchen können. „Da fragt sich der Verfassungsrechtler: Wo haben denn die Professoren die Legitimation her, über Lebenschancen zu entscheiden? Das ist eine ganz grundsätzliche Fragestellung.“

In dem Anhörungsverfahren, das der Gesetzgebung vorausging, trat als Experte die Psychologin Professor Lehr auf. Sie setzte sich damals schon klar davon ab, was heute praktiziert wird. Auswahlgespräche seien nur unter drei Bedingungen vertretbar: Erstens müsse anhand von sogenannten Halbstukturierten Gesprächsleitfäden vorgegangen werden, die eine gewisse Objektivierung ermöglichen. Zweitens müsse gesprächsführende Person entsprechend geschult sein und drittens solle in jeder Auswahlgesprächssgruppe entspre-

chend versierter Psychologe sein.

Keines der drei Kriterien ist in den Auswahlgesprächen, so wie sie heute laufen, realisiert. Es gibt zudem an jedem Ort mehrere Kommissionen, die jeweils nur einen Teil der Studienbewerber sehen, so daß selbst an ein und derselben Hochschule eine einheitliche Rangliste nicht aufstellbar ist. Bei den Gesprächen werden überwiegend formale Dinge protokolliert, jedenfalls nicht der genaue Gesprächsverlauf. Das steht der Nachvollziehbarkeit der Ergebnisse entgegen – „und die Juristen verlangen Nachvollziehbarkeit“, so Peter Hauck.

Wegen all dieser groben Mängel, die sicher nicht vollständig aufgelistet sind, ist seiner Auffassung nach das Auswahlgespräch verfassungsrechtlich nicht haltbar. Und das hat auch Konsequenzen für die Verfassungsmäßigkeit des gesamten neuen Auswahlverfahrens, wie es zum Wintersemester 1986/87 erstmalig praktiziert wurde. Das alte Vergabeverfahren sah eine Quote von 60 Prozent nach Abiturdurchschnittsnote und eine von 40 Prozent nach Wartezeit vor. Das BVG hat es in einem Urteil von 1977 für verfassungswidrig erachtet, weil erstens die Abiturdurchschnittsnote ungeeignet sei, die Eignung für Beruf und Studium festzustellen, und zweitens die Wartezeitquote zu gering sei, da sich für Studienbewerber, die sich lange Wartezeiten nicht leisten können, das Abiturergebnis zu einer echten Selektionsentscheidung entwickele.

Wenn man sich das neue Auswahlverfahren anschaut, so kommt man zu dem interessanten Ergebnis, daß an den Kritikpunkten des BVG im Grunde nichts geändert worden ist: Die Quote Testbeste und Abiturnote/Test-Ergebnis sind offenbar Eignungsauswahlkriterien – wie früher die reine Abiturdurchschnittsnote. Nach ihnen werden rund 60 Prozent der Studienplätze vergeben. In der Testerprobungsphase wurde lediglich geprüft, wie sich Studenten, die über den Test ihren Platz bekommen haben, im Physikum bewähren, nicht aber nach Berufseignung gefragt. Der Test ist also nicht geeignet, Berufseignung und -motivation zu prüfen – was das BVG ja gefordert hatte. Außerdem fand man eine hohe Korrelation zwischen Testergebnis

und Abiturnote. Da hätte man sich den Test auch sparen können.

Die Abiturdurchschnittsnote war abgesehen davon wegen des sogenannten Fallbeileffekts kritisiert worden – mit einer Durchschnittsnote von 1,5 war man drin, mit 1,6 war man draußen. Die neuen Kriterien bringen den „Fallbeileffekt“ in neuer Form: An die Stelle der Durchschnittsnote tritt nun die Gesamtpunktzahl. Hier ist keine Verbesserung des alten Systems erkennbar. Die Quote „Wartezeit“ liegt jetzt nur noch bei 22 Prozent – noch weniger als früher – nach dem BVG-Urteil war sie zu niedrig bemessen. Und schließlich kann das Auswahlgespräch wegen seiner oben aufgeführten groben Mängel nicht „Retter des Systems“ sein.

Wie geht das Verfahren nun weiter? Mit der Entscheidung des Oberwaltungsgerichts Lüneburg, so Hauck, sei das Wintersemester 1986/87 gelaufen. Denn damit wurde der Weg für die Universitäten frei, sie haben die Bescheide verschickt und die über das Auswahlgespräch zugelassenen Bewerber haben

sich eingeschrieben. Er hält es für müßig, im Nachhinein darüber zu streiten, ob das Verbot der Auswahlgespräche zulässig war. „Das ist etwas für die Wissenschaftler, aber nichts mehr für den konkreten Mandanten, der ja ein Interesse daran hat, auf diesem Weg an seinen Studienplatz zu kommen.“

Der nächste Schritt wird nun die Verfassungsbeschwerde gegen den ZVS-Beschcheid sein. Bei der Gelegenheit wird laut Hauck auch die Verfassungsmäßigkeit dieses Verfahrens geprüft werden. Die Studenten, die jetzt aufgrund der Auswahlgespräche ihren Studienplatz erhalten haben, haben nichts mehr zu befürchten. „Wir haben ja auch gar kein Interesse daran, irgendwelchen Leuten anschließend ihren Platz wieder streitig zu machen – wenn der Betreffende sich erst eingeschrieben hat, ist das nicht mehr rückgängig zu machen. Da kann der Zulassungsbescheid auf noch so rechtswidrige Weise zustande gekommen sein.“ Das sei das Ergebnis zahlreicher Prozesse, die schon vor Jahren gegen die ZVS geführt worden seien.

Bei all den rechtlichen Bedenken gegen die bisher angewendeten Zulassungsverfahren stellt sich die Frage, wie denn ein verantwortbares Verfahren aussehen könnte. Denn, wenn das BVG das jetzige Verfahren verwirft und da zeigt sich Dr. Hauck optimistisch („Wir waren selten von der Verfassungswidrigkeit einer Sache so überzeugt“), muß ja ein anderes Verfahren praktiziert werden: „Früher waren wir eigentlich der Auffassung, es müsse ein reines Losverfahren her. Davon sind wir abgerückt, weil das Losverfahren einen ganz verhängnisvollen Nachteil hat: Man kann sich nicht darauf einrichten. Und das löst einen ganz unwahrscheinlichen Defätismus bei allen Betroffenen aus. Da sind wir auf die Wartezeit gekommen. Aber es muß die Wartezeit allein sein. Denn der ganze Kokolores mit der Eignungsmessung – da sind wir doch inzwischen so schlau geworden, daß wir sagen: Die läßt sich nicht optimieren. Einerseits ist es bedenklich, wenn man an das Messen der Berufseignung denkt, andererseits so aussichtslos, das man die Finger davon lassen sollte. Bleiben wir

bei dem System, das sagt: Die Eignung zum Studium wird durch die Hochschulzugangsberechtigung begründet und erweist sich im Laufe des Studiums.“

Wenn man die Daten der ZVS aus den letzten Jahren betrachtet, so stellt man fest, daß die Zahl der neu hinzukommenden Bewerber ungefähr der Zahl der zu vergebenden Studienplätze entspricht. Und mit der Bevölkerungsentwicklung verglichen ergibt sich, daß die Sache in etwa fünf bis sieben Jahren erledigt sein wird – der NC wäre dann überflüssig. Zur Zeit betrüge, wenn nach reiner Wartezeit verfahren würde, die Wartezeit etwa sechs Semester, und sie würde in Zukunft ständig abnehmen.

„Und da wird man erst richtig bitter und erbost, wenn man sieht, was für ein Schwachsinn jetzt mit dem neuen Vergaberecht praktiziert wird! Das können sich nur Bürokraten ausgedacht haben, die nicht in der Lage sind, auch mal ein bißchen perspektivisch zu denken“ kommentiert Dr. Hauck.

Georg Raspe

Georg Raspe ist Medizinstudent und lebt in Marburg.

Anzeige:

Ausgewogen, unabhängig, überparteilich...

„Ausgewogen, unabhängig, überparteilich“ – das ist der Nebel, den Rundfunk, Presse und Fernsehen verbreiten.

Wer den Nebel durchblickt, stellt fest, daß die Medien einseitig, abhängig und parteilich sind.

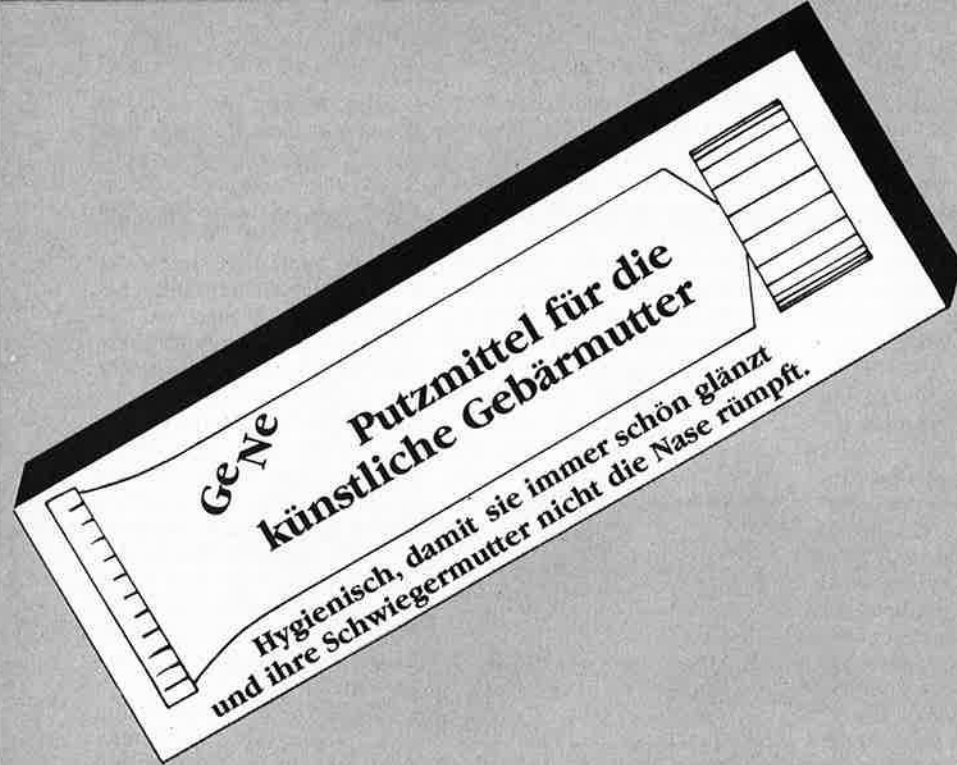
Die **UZ** ist anders. Als Zeitung der DKP hat sie einen klaren Standpunkt: Im Interesse der arbeitenden Menschen und aller demokratischen Kräfte unseres Landes. Gegen Kohl und Kapital. Täglich.



Die **UZ** können Sie probieren. 14 Tage kostenlos und unverbindlich. 021 01/59 03 21, Kollege Duisberg. Oder schicken Sie uns diesen Coupon.

011101DEMGES01286

Coupon ausschneiden und einsenden an: Plambeck & Co. Postfach 1010 53, 4040 Neuss 1



Die Wacht am Gen

kk – Da wird nicht nur die Wacht gehalten, da wird gezwickelt und gebissen. Eine Gruppe Berliner Künstlerinnen hat das Bilder- und Lesebuch „Die Wacht am Gen“ zusammengestellt. Eigenen Photographien, Collagen und Texte – versetzt mit nichtfiktionalen Texten jüngster bundesrepublikanischer Vergangenheit – zum Beispiel Artikel aus dem Deutschen Ärzteblatt zur künstlichen Befruchtung und die Stellungnahme der Bundesregierung zu einer Anfrage der Grünen zur Gentechnologie – spiegeln in allen Abstufungen humoristischer Böswilligkeit die derzeitige Debatte um die Gentechnologie wider. Nur: die Realität hat den feinsinnigen Humor schon überholt, so daß die Realsatire nicht immer auf Anhub von der Fiktion zu unterscheiden ist. Um mit den Autorinnen zu sprechen: „Das Wahre vom Erfundenen zu trennen, bleibt die ständige Aufgabe des Lesers, denn der Anteil von Science Fiction am Alltag hat sich zunehmend verringert.“

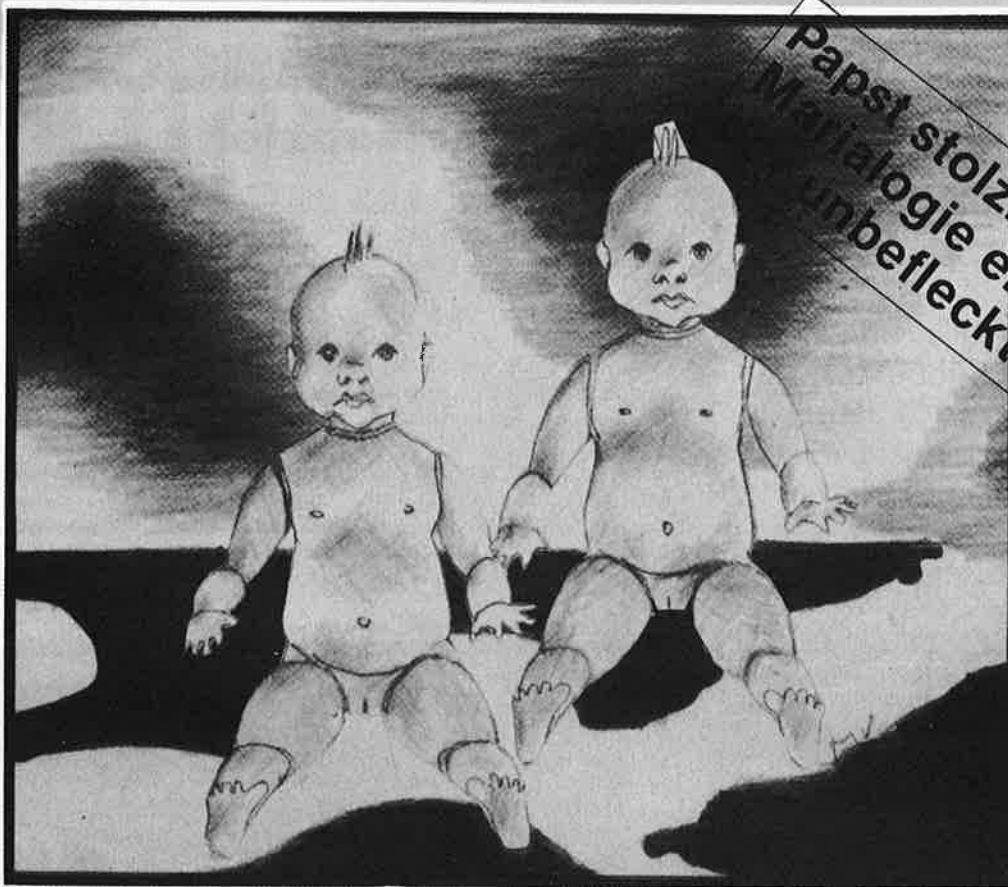
Erschienen ist der Band „Die Wacht am Gen“ im Verlag Das Kunstwesen Berlin (West) erschienen.

● Praxiseröffnung ●

Psychologen-Team behandelt zuverlässig in-vitro-Psychosen bei Kindern und Jugendlichen.



Stromausfall bei Esser-Miesheim. 900 menschliche Embryonen verdarben. Hält Papst die Messe?



Papst stolz: Erste Erfolge in der
Marialogie erzielt - Erforschung
unbefleckten Empfängnis

Holsteinische Kuh wohlauf

Man wird nicht jünger!

Der junge Samen ist der beste. Für alle, die sich in reifen Jahren ihren Traum vom Wunschkind erfüllen möchten, bieten wir Stickstoffbehälter für das eigene Samendepot.

INSEMI-FROST BEHÄLTER verhelfen zu hochwertigem Lagersamen.

Bald nur noch Lust im Labor?

Deutsche Ehemänner beklagen zunehmende Prüderie bei ihren Frauen. Herr Herbert K. kachelt in seiner Freizeit das Schlafzimmer.

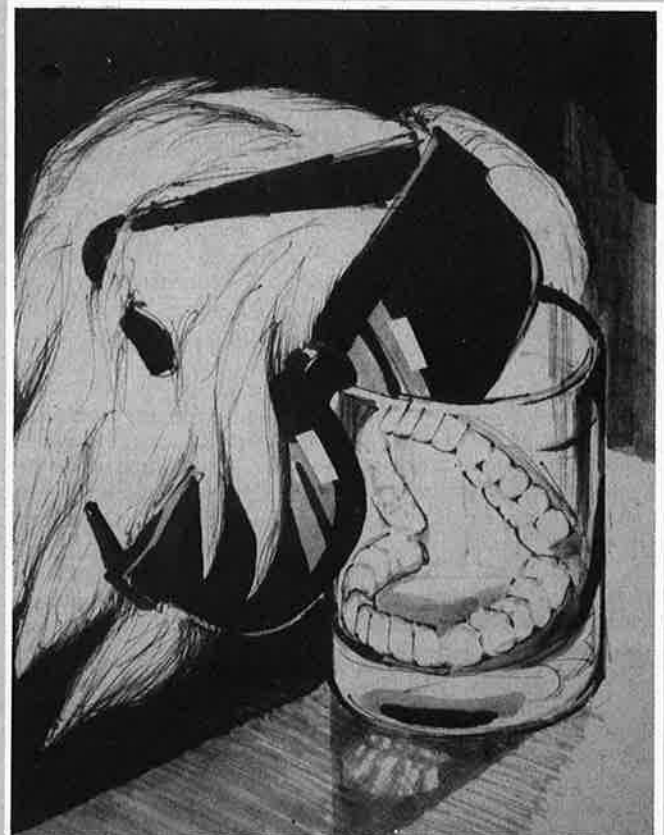
Dieser Sänger gesteht:

„Ich war das erste Retortenbaby.“

Erfüllen Sie sich Ihren Kinderwunsch jetzt!

Preiswerter Spendersamen aus EG-Beständen so lange der Vorrat reicht! ➔ aus unserem Angebot: Samen von *Nobelpreisträgern, Rennfahrern, Diskjockeys* und vielen anderen mehr...

Fordern Sie unseren Katalog und die Preisliste an!
BIG SPENDER KG, 5000 Köln 1



Sparprogramm dank Methadon?

Internationales Symposium über Drogensersatzstoffe

ig – Ein international besetztes Podium diskutierte am 16. und 17. Oktober in Düsseldorf über Nutzen und Schaden von Methadonprogrammen in der Drogenarbeit. Eingeladen hatte das nordrhein-westfälische Gesundheitsministerium nur deren Befürworter.

Für pressewirksame Aufregung sorgte im Juli 1986 die Verhaftung von Hannes Kapuste, der wegen Verstoßes gegen das Betäubungsmittelgesetz angeklagt worden war. Kapuste hatte bereits in den siebziger Jahren in Eigenregie Drogenabhängige mit Methadon behandelt. Das erste Verfahren gegen ihn, das 1979 stattfand, endete mit einem Freispruch. Nach der Novellierung der Betäubungsmittelverordnung wurde er im Juli 1986 verhaftet und sitzt seither in Untersuchungshaft.

Am 16. und 17. Oktober veranstaltete nun das nordrhein-westfälische Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales ein internationales Symposium über „Therapie und Rehabilitation bei Drogenabhängigen – Möglichkeiten und Grenzen medikamentengestützter Rehabilitation“. Vorausgegangen war diesem Kongreß ein heftiger Meinungsstreit zwischen Minister Hermann Heinemann (SPD) und verschiedenen Vereinigungen und Verbänden. Die Ärztekammern von Nordrhein und Westfalen-Lippe hatten Mitte des vergangenen Jahres die Verwendung von Methadon, einem selbst suchterzeugenden Drogensersatzstoff, zunächst kategorisch abgelehnt. Im Laufe dieses Jahres lenkten sie ein: Therapieprogramme seien zwar abzulehnen, gegen eine Behandlung besonders schwerwiegender Einzelfälle gebe es jedoch keine Einwände mehr.

Auch der Fall Kapuste wurde auf dem Symposium diskutiert, nicht zuletzt weil seine Verhaftung rund 400 Drogenabhängige in arge Nachschubprobleme gebracht hatte.

Der Bundesdrogenbeauftragte, Professor Peter Franke, und die Drogenbeauftragten sämtlicher Bundesländer – außer dem von Nordrhein-Westfalen – lehnten die Verwendung von Methadon bei Drogenabhängigen ab. Franke war deshalb demonstrativ dem Düsseldorfer Symposium ferngeblieben. Ablehnend hatten auch andere reagiert, und zwar Vertreter unterschiedlichster ideologischer Schattierung. Die konservative Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Neuroheilkunde ebenso wie der in Frankfurt ansässige Fachverband Drogen und Rauschmittel (FDR), der mehrere heftige Stellungnahmen veröffentlichte und davor warnte, daß durch Methadonprogramme die drogenfreien Therapieprogramme zurückgedrängt werden würden.

Minister Heinemann beklagte die breite Ablehnung in Fachkreisen der Bundesrepublik und betonte immer wieder, auch für sein Ministerium stellten die drogenfreien Lösungen die erstrebenswerte Lösung dar. Allerdings würden zu viele Abhängige nicht von dem bisherigen Angebot erreicht, oder die Bemühungen blieben ohne Erfolg. Trotz der Möglichkeit, bei Antritt einer therapeutischen Behandlung vom Strafvollzug verschont zu bleiben, stiege die Zahl der inhaftierten Drogenabhängigen kontinuierlich an. Dabei sei gerade die berufliche und soziale Integration Voraussetzung zur Drogenfreiheit. Dies, so Heinemann, habe die „Bielefelder Studie zur Therapie und Rehabilitation Drogenabhängiger“ gezeigt.

Auf die Ergebnisse dieser Studie über das Hammer Mo-

dell bezog sich auch der Soziologe Professor G. Raschke in seinem Beitrag. Der Tatsache, daß die ambulante Drogenhilfe den Großteil der Abhängigen nicht erreiche, sei nur mit neuen Konzepten wie etwa den „niederschweligen Angeboten“ oder der „nichtbevormundenden Drogenarbeit“ zu begegnen. Erfolge würden sich häufig erst lange nach der Therapie ergeben – durch soziale Betreuung und die Entfernung aus dem Drogenkontext. Das

Ziel des drogenfreien Lebens werde oft erst gemeinsam mit einer „heilenden Lebenspraxis“ erreicht. Zwar würden rund 45 Prozent der Drogenabhängigen nach der Therapie wieder rückfällig, aber die Therapie gehe eben oft verschlungener Wege, als es auf den ersten Blick erscheint. Therapiepessimismus hielt Raschke nicht für angemessen.

Dennoch gehe die Therapie an einem erheblichen Teil der Drogenabhängigen spurlos vor-



Foto: dpa

über. Es seien vor allem die, wie Raschke sie nannte, „perspektivlosen Weitermacher“, häufig Dauerarbeitslose, die befangen in einer Problemspirale aus Krankheiten, Inhaftierungen, Psychiatrisierungen und suizidalen Krisen keinen Ausweg aus der Droge fänden. Für sie befürwortete Raschke den Einsatz medikamentengestützter Rehabilitationsprogramme.

Gegen Programme mit Methadon sprach sich dagegen Professor Peter Schönhöfer, jetziger Senatsdirektor beim Bremer Gesundheitssenator aus. Nachteile seien, daß es heute kaum noch Fixer gebe,

die ausschließlich von Heroin abhängig seien und daß die Verweildauer im Programm oft mehrere Jahre betragen müsse. Negative Auswirkungen auf drogenfreie Programme seien nicht auszuschließen und die Entstehung eines schwarzen Methadonmarktes wohl kaum zu vermeiden. Schönhöfer bezog sich auch auf die Auswertung eines Methadonprogramms in Niedersachsen von 1972 bis 1975, das gezeigt habe, daß Methadon die Angstgefühle, die Leere und die depressiven Anteile bei den Drogenabhängigen verdecke und sie der notwendigen psychotherapeutischen Bearbeitung unzugänglich mache.

Quasi als lebensrettende Maßnahme wollte Schönhöfer allerdings die Versorgung mit Methadon zugelassen sehen. Von den Beratungsstellen streng getrennt müsse Methadon in besonderen Einrichtungen oder in Gesundheitsämtern abgegeben werden. Sein Plädoyer für Methadon beruhte schließlich vorwiegend auf der Überlegung, daß die zunehmende Kriminalisierung stark bedrohter „Altfixer“ bekämpft und erst einmal ihr Überleben gesichert werden müsse.

Gegen das Rechnen mit einer festen „Restgröße“ von Therapieplätzen sprach sich Dr. G. Bühringer vom Münchener Max-Planck-Institut für Psychiatrie aus. Auch mit den „heiligen Kühen“ der ambulanten Drogenhilfe ging Bühringer hart ins Gericht. Das Personal sei häufig zu wenig qualifiziert, die Personalbemessung ungenügend. Dadurch seien sowohl die Nachsorge als auch die Angehörigenarbeit völlig unterentwickelte Bereiche, ohne die aber kein Therapieerfolg erzielt werden könne. Trotz der Unzulänglichkeit der traditionellen Drogenprogramme seien Methadonprogramme in den USA und in anderen europäischen Ländern in keinerlei Weise erfolgreicher.

Die Berichte der Professoren Uchtenhagen aus Zürich und Ladewig aus Basel bestätigten die Vorbehalte der Gegner von Methadonprogrammen. Die wenig strikte Indikationsstellung in der Schweiz hat ihrer Aussage nach mittlerweile dazu geführt, daß die drogenfreien Programme weniger stark gefragt sind als die Methadonprogramme. Uchtenhagen verhehlte nicht, daß er aufgrund dieser Erfahrungen in einem

Land mit einer Ausgangssituation wie in der Bundesrepublik – also einem vergleichsweise niedrigen Drogenmißbrauch – keine Methadon-Erhaltungsprogramme einführen würde.

Die Referenten aus den USA machten deutlich, daß man sich wegen der unvergleichlich größeren Drogenproblematik und der sehr viel schlechteren psy-

Wohl wies Heinemann in der abschließenden Podiumsdiskussion noch einmal darauf hin, daß an eine flächendeckende Entwicklung von Methadonprogrammen in Nordrhein-Westfalen nicht gedacht werde. Nach den Diskussionen im Vorfeld des Symposions dürfte allerdings damit zu rechnen sein, daß der Minister nach der Bundestagswahl in einigen Städten

Schon jetzt haben manche Suchtkranke Schwierigkeiten, eine Langzeitrehabilitation bezahlt zu bekommen.

chosozialen Versorgung bereits in den sechziger Jahren für Methadon entschieden habe. Anfang der siebziger Jahre habe man dort in ganzen fünf ambulanten Einrichtungen einer Anzahl von jährlich 22 000 Klienten gegenübergestanden. Er stellte fest, daß nur Methadon als massenwirksame Behandlungsform einsetzbar sei. Freinach dem Motto, daß Verhältnisse, die als nur schwer veränderbar angesehen werden, wenigstens verwaltet werden müssen. Kritische Stimmen aus dem Publikum merkten dann auch zu Recht an, daß die Situation tatsächlich kaum vergleichbar sei – zumal man im Ministerium nicht auf die Idee gekommen war, Kritiker aus den USA, die es reichlich gibt, zu dem Symposium einzuladen.

Einrichtungen zur Abgabe von Methadon an Drogenabhängige ermächtigen wird.

Doch bereits jetzt haben arbeitslose Suchtkranke immer mehr Schwierigkeiten, die Kostenübernahme einer Langzeitrehabilitation bewilligt zu bekommen, worauf aus dem Publikum hingewiesen wurde. Methadonprogramme – mit Sicherheit billiger als eine drogenfreie Rehabilitation, die nicht nur helfen, sondern heilen will – könnten in der jetzigen gesundheitspolitischen Lage gefährlich werden. Methadonprogramme als Variante sparsamer Gesundheitsversorgung? Die Situation vieler Drogenberatungsstellen, die für den Erhalt ihres Personalbestands kämpfen müssen, legt die Be-

In der Schweiz hat der Einsatz von Methadon dazu geführt, daß drogenfreie Programme weniger gefragt werden.

In der niederländischen Drogenarbeit spielt Methadon ebenfalls eine große Rolle. Dr. C. Bunin von der Amsterdamer Universität hielt es für nicht mehr wegzudenken. In Amsterdam etwa sei es gelungen, dadurch regelmäßigen Kontakt zu einem großen Teil der Drogenabhängigen zu halten und schwere chronische Schäden durch Heroin zu vermeiden. Überraschend war seine Mitteilung, daß jetzt mehr Teilnehmer an drogenfreien Programmen gezählt werden, überraschend vor allem, weil die Abhängigen fast mit Methadon überschwemmt werden, wie es ein Diskussions Teilnehmer aus dem Publikum bezeichnete. In dünn besiedelten Regionen etwa wird Methadon mit ausrangierten Linienbussen zu den Abhängigen gebracht.

fürchtung nahe. Vielleicht sollte Heinemann sich doch lieber ein Beispiel an seinem hessischen Parteifreund Armin Clauss nehmen, dessen Etat für die ambulante Drogenhilfe in Relation zur Bevölkerungszahl doppelt so hoch ist wie in Nordrhein-Westfalen.

Nicht einmal 40 Prozent der Drogenabhängigen werden vom heutigen Angebot der Drogenhilfe überhaupt erreicht. Dringlicher als die Einführung von Methadon in die Drogenarbeit wäre die Entwicklung von attraktiven Angeboten für die Mehrheit der Abhängigen. Die Einführung von Methadon aber – billig für die Kostenträger und zunächst einmal angenehmer für die Süchtigen – könnte genau dem entgegenstehen . . . □

Makabres Spiel

Während Ärzte und Rettungssanitäter sich in Notfallmedizin übten, hatte die zentrale Einsatzleitung anderes im Sinne: Triage auf dem Verwaltungsweg.

11. Oktober 1986: Katastrophenschutzübung im Gelsenkirchener Parkstadion. Sowohl die Logistik wie auch erstmals die Sichtung der Verletzten im Schadensgebiet sollten erprobt werden. Damit war der Schritt von früheren Stabsrahmenübungen zur Einsatzübung nun auch in Gelsenkirchen getan.

Simuliert werden sollte ein Flugzeugabsturz über dem vollbesetzten Fußballstadion, bei dem etwa 65 Leicht- und 25 Schwerverletzte anfielen.

Als Verletzte waren Einheiten des Technischen Hilfswerks (THW) geschminkt, sie, die Rettungseinheiten des Deutschen Roten Kreuzes (DRK) und andere unterstanden der zentralen Einsatzleitung (ZEL), eines Stabes aus Feuerwehr und Zivilschutzamt. Die Planung der Übung war von einer Arbeitsgruppe aus Verwaltungsbeamten, Zivilschützern und Medizinern der Kammer, der Kassenärztlichen Vereinigung, der Ärztevereine und des Gesundheitsamts erstellt worden.

Der Beginn der Übung verzögerte sich etwas, da Unbekannte die Schließzylinder der Zufahrtstore mit Draht verstopft hatten. Mit dem Eintreffen des – übrigens hochqualifizierten – Notarztes Dr. Gude nahm die Katastrophe dann ihren Lauf. Eine Triage im Schadensgebiet in die bekannten vier Kategorien fand nicht statt. Stattdessen versuchten die schon anwesenden Ärzte und Rettungssanitäter verzweifelt – nach Intubationen und Infusionen –, Transportmöglichkeiten für ihre 25 Schwerverletzten zu bekommen. Die gab es zwar, aber – wie sinnig – sie transportierten die Leichtverletzten ab. Die Rettungswagen für die Liegendtransporte waren durch Demonstrationen im Stadtge-



Foto: Bomholt

biet aufgehalten worden – so die Planspielregel.

So geschah, was geschehen mußte, die Schwerverletzten starben nach optimaler ärztlicher Notfallversorgung am Ort der Katastrophe. Dieser Vorgang war selbstredend von der ZEL jederzeit überschaubar.

So bleibt als tatsächliche Bilanz dieser Übung: 65 gefähige Leichtverletzte aus den Randzonen optimal verbunden und in die Krankenhäuser transportiert; 25 bestversorgte Schwerverletzte, die wegen Behinderung der Logistik durch Demos noch am Unfallort verstarben.

Nun werden sich kritische Mediziner über ein derart makabres Spiel kaum wundern, und die Übung bedürfte eigentlich kaum der Erwähnung, wenn nicht die Vorgeschichte, die Rahmenbedingungen und das Datum (Demonstration in Hasselbach) hellhörig machen müßten. Ein Jahr vorher waren Gelsenkirchener niedergelassene Ärzte von einem obskuren Gremium aus Zivilschutzbeamten und Ärztevertretern für den Notfalleinsatz im Katastrophenfall (friedlich, versteht sich) eingeteilt worden. Angeblich auf der Basis des Katastrophenschutzgesetzes von Nordrhein-Westfalen. Dies aber sieht solche Formen der Kollaboration nicht vor.

Nachträglich hat sich auch bei einer Stellungnahme des Landesdatenschutzbeauftragten gezeigt, daß bei der Einteilung der niedergelassenen Kol-

legen in die Einsatzbereiche widerrechtlich personenbezogene Daten weitergegeben worden sind. Die Katastrophenschutzübung sollte unter anderem der praktischen Anwendung der Sichtung im Schadensgebiet dienen.

Es drängt sich daher der Eindruck auf, daß die Übung dieses Ziel erreicht hat, indem die Zentrale Einsatzleitung sämtliche notfallmedizinischen Maßnahmen ad absurdum geführt hat – in der Absicht, die Randgebiete der Katastrophe zu versorgen und den Schwerpunkt seinem Schicksal zu überlassen – auch ohne Sichtung durch die Ärzte. So äußerte auch Dr. Gude, man habe ihm nicht mitgeteilt, daß es sich um eine Sichtungübung handeln solle, er habe dementsprechend nach notfallmedizinischen Kriterien gehandelt, aber er glaube, die dort oben (ZEL) hätten eine andere Übung gemacht als er...

Daher muß man die Frage stellen, ob die Gelsenkirchener Verwaltung wirklich so vollkommen unfähig ist, oder ob sich hier eine neue Tendenz zeigt, nämlich Triagierung unter Ausschaltung der Ärzte im Schadensgebiet sozusagen auf kaltem Verwaltungswege nach „übergeordneten Kriterien“ abzuwickeln.

Hans-Josef Bomholt

Der Autor ist Arzt für Allgemeinmedizin in Gelsenkirchen.

Dörte von Drigalski, Blumen auf Granit, Berlin (West) 1982, Ullstein-Verlag, 300 Seiten, 12,80 Mark

Eine offene, schonungslose Abrechnung über 686 fehlinvestierte Analysesunden. Die Analysandin endete als „unanalysabel“. Das Buch geizt nicht mit Feinheiten, macht voyeuristische Gefühle. Gerade deshalb ist es einzigartig: es leuchtet die Subkultur der deutschen psychoanalytischen Vereinigungen undistanziert von innen her aus. Es beschreibt die absolute Abhängigkeit vom Analytiker, die allmähliche Reduzierung sozialer Kontakte auf gleichbetroffene Analysanden, die Übernahme mystifizierender analytischer Erklärungen als Ideologie (auch durch die Autorin), die Entfernung von gesellschaftlichem Denken und Handeln.

Leider bleibt offen, was die Autorin mit ihrem Buch beabsichtigt. Es bietet zum Schluß über die Auseinandersetzung mit zweifelsfrei groben technischen Fehlern der Analytiker hinaus nur einige bescheidene feministische Statements, die Einordnung der konservativen Analyse-Institute in die Wende-Politik und das Betrauen der mangelhaften Auseinandersetzung mit den Schäden durch den Faschismus. (Letzteres trifft heute glücklicherweise nicht mehr auf die Gesamtheit der „deutschen Psychoanalyse“ zu)

Eine darüber hinaus gehende wissenschafts- und gesellschaftstheoretische Diskussion über die Psychoanalyse und ihre Ausbildung, in der sich seit dem alten Siegmund laut Anna Freud „bis auf die Dauer der Lehranalysen nichts geändert“ hat, und die eine wissenschaftliche Betrachtung der Arbeit der Analytiker meist nicht nötig zu haben glaubt, wäre vorwärtsweisender gewesen. (Hierzu sei auf das bereits 1977 erschienene Buch „Psychologische Therapie und politisches Handeln“ von M. Kappeler hingewiesen.)

So bleibt das Buch nur ein hingeworfener Fehdehandschuh.

Renate Schepker

Rolf Rosenbrock, Aids kann schneller besiegt werden. Mikroben machen keine Geschichte, sondern: Der Umgang mit Mikroben ist Politik. Hamburg 1986, 16,80 Mark, 190 Seiten.

Der Pessimismus in Sachen Aids greift um sich. Jede neue Studie gibt scheinbar schlechtere Prognosen.

buchkritik

Die jüngste, wenn auch sehr zweifelhafte Studie aus Frankfurt etwa behauptet, daß nach fünf Jahren HIV-Infektion (HIV bedeutet Human Immundeficiency Virus) bereits die Hälfte der Betroffenen das Vollbild Aids erreicht hätte. Genährt aus den täglichen Zuwachsmeldungen nehmen die Stimmen zu, die nach Zwangstest, Meldepflicht und seuchenpolizeilichem Aktivismus verlangen. Auch die Tatsache, daß die Suche nach einem Impfstoff auf absehbare Zeit unbefriedigend bleiben wird – Ursache ist die chameleonhafte Variationsfreudigkeit des Aids-Virus –, läßt eher Resignation aufkommen. Die bislang katastrophalen Therapieansätze tun ihr übriges.

Aids ist eine Krankheit, die bei dem gegenwärtigen Stand der Erkenntnisse medizinisch nicht heilbar ist, die es auch zumindest mittelfristig nicht sein wird. Klingt da nicht der Titel von Rolf Rosenbrocks neuem Buch „Aids kann schneller besiegt werden“ wie ein verzweifelter Ruf nach Zweckoptimismus, der die Machtlosigkeit der Medizin nicht wahrzunehmen scheint? Oder handelt es sich dabei um ein neues Produkt aus der Serie der Hoffnungsversprechen, die sich bislang durchweg als Versager entpuppten? Nichts von alledem trifft zu.



Rolf Rosenbrock, der seit fast zehn Jahren als Politik- und Sozialwissenschaftler am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung arbeitet, ist einem seiner wichtigsten Forschungsschwerpunkte treu geblieben und hat ein Buch über präventive Medizin und Aids geschrieben.

Vorbeugen ist besser als heilen, so banal diese Volksweisheit auch immer sein mag, sie konkurriert nicht nur bei Aids mit der allgegenwärtigen Dominanz des Gegenteils, der absoluten Dominanz des Heilens, beziehungsweise Heilen-Wollens

vor dem Vorbeugen. „Virologie, Immunologie und klinische Forschung haben in bemerkenswert kurzer Zeit den Verlauf der Infektion und den Ursprung der Aids-bezogenen Krankheiten entdeckt, aber ihr wichtigstes Ergebnis ist, daß die wissenschaftliche Medizin kein denkbare Modell aktiver Intervention hat“, schreibt Dieter Eichenlaub, Mediziner und Aids-Experte, im Vorwort.

Dieses Modell „aktiver Intervention“ in Form einer präventiven Gesundheitsstrategie entwickelt und formuliert zu haben, ist ein Verdienst Rolf Rosenbrocks, der im allgemeinen Dschungel gegenwärtiger Aids-Forschung nicht hoch genug bewertet werden kann. Auf der Grundlage einer breiten und soliden Darstellung des gegenwärtigen Kenntnis- und damit auch Unkenntnisstandes über Aids entwickelt Rosenbrock aus der Kritik der kurativen Einseitigkeit die nötigen und logischen Schritte gegen Aids. Eine Präzisierung bislang unterbelichteter Forschungsfragen gelingt ihm dabei genauso wie die nur allzu berechnete radikale Kritik an den Aids-Tests sowie den moralisauren, unscharfen Globalanforderungen der Safer-Sex-Kampagne.

Ausgangspunkt ist dabei die grundlegende Frage, wie das menschliche Verhalten so beeinflusst werden kann, daß potentiell riskante Situationen vermieden werden können. Drei Punkte werden von Rosenbrock als die vordringlichen Aufgaben von Forschungs- und Gesundheitspolitik genannt:

- Die Identifikation der risikoreichsten Übertragungssituation,
- der Entwurf von Strategien, die Anzahl riskanter Situationen so weit wie wir möglich zu verringern,
- die Unterlassung all dessen, was die Wirksamkeit solcher präventiver Strategien gesellschaftlich und individuell beeinträchtigen könnte.

Herleitung und Begründung sind plausibel und überzeugend. Aids kann schneller besiegt werden, der Titel verliert nach der Lektüre des Buches seinen voluntaristischen Beigeschmack und wird sowohl als Zusammenfassung wie auch als Handlungsaufforderung verständlich.

– pw –

Hilde Steppe, Franz Koch, Herbert Weisbrod-Frey: Krankenpflege im Nationalsozialismus, Verlag Dr. med. Mabuse e.V., Mainzer Landstraße 147, Frankfurt 1986, 15 Mark. Ab zehn Be-

stellungen gibt es für Krankenpflegeschulen 30% Rabatt.

„Anders ist es bei den Fällen gewesen, wo ich die Tötung nicht für notwendig oder angebracht hielt. Wenn ich mich bei diesen Tötungen doch beteiligt und somit gegen meine innere Einstellung und Überzeugung handelte, so geschah es deswegen, weil ich es gewohnt war, die Anordnungen und die Befehle der Ärzte unbedingt auszuführen. Ich bin so erzogen und auch ausgebildet worden. Als Schwester oder Pflegerin besitzt man nicht den Bildungsgrad eines Arztes und kann daher nicht werten, ob die vom Arzt getroffene Maßnahme oder Anordnung richtig ist. Die ständige Übung, den Anordnungen eines Arztes zu folgen, geht so in Fleisch und Blut über, daß das eigene Denken ausgeschaltet wird.“

Was das vor über vierzig Jahren bedeutete, was es noch heute bedeutet, ist dem Buch „Krankenpflege im Nationalsozialismus“ zu entnehmen.

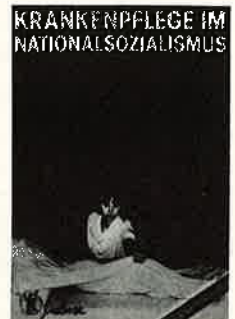
Es ist das, was den Beruf zu dem gemacht hat, was er heute ist. Und Autorin und Autoren zeigen, wie in der Zeit des Nationalsozialismus inhaltliche Werte umgedeutet werden konnten. Die Begriffe aus der Krankenpflege – Dienen, Helfen, Gutes tun – wurden beibehalten. Es änderte sich lediglich deren Bedeutung und damit zwangsläufig ihre konkrete Umsetzung. Kranken etwas Gutes zu tun, konnte deshalb auch deren Tötung bedeuten, weil dies als Erlösung definiert wurde. Gehorsam und Verzicht wurden endgültig furchtbare Ideale.

Das unmenschliche Gesetz vom 14. Juli 1933 zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, die absurden, zynischen Perversitäten damals hochgeachteter medizinischer Kapazitäten wie A. Hoche, Psychiater während der Weimarer Republik (der zum Beispiel von leeren Menschlüssen und Balastexistenzen sprach, wenn es um seine Patienten ging), führten zur Pervertierung der medizinischen Versorgung und der Krankenpflege, zur Entwürdigung, Verstümmelung und Ermordung damaliger Patienten. Wie die ausführenden Pflegekräfte ihre Skrupel gegenüber einer sprachlosen Welt von Anordnung und Ausführung zurückstellten und welche Wurzeln dieses Verhalten hat, wird in diesem Buch ebenso deutlich.

Ein erschreckendes Beispiel der Kontinuität ist die Geschichte von Fritz Niemand, der als Psychiatriepatient zwangssterilisiert wurde, nur

mit Glück der Ermordung durch die Spritze entging. Nach der Befreiung wurde er erneut ausgesondert, diesmal durch die Bundesbehörden als nicht anerkannter Verfolgter.

„Krankenpflege im Nationalsozialismus“ ist ein aufklärendes Buch, das auch Menschen nachdenklich macht, die nicht in der Krankenpflege tätig sind, weil die fatale Wirkung von Sekundärtugenden wie Gehorsam und Fleiß offenbar wird, wenn kritische Reflexion und eine solidarische ethische Orientierung erst einmal fehlen.



Und obwohl die Autoren betonen, das Thema nicht umfassend behandelt zu haben, das Buch ist auch wegen der Fülle von Fakten bemerkenswert. Eine ausführliche Chronologie der Krankenpflege von 1933 bis 1945 und eine Auflistung der Aufgabenbereiche der Krankenpflege im Nationalsozialismus zeigen das Maß der Verstrickung der Krankenpflege mit der faschistischen Gewalt, mit ihrem Terror. Das fängt bei der Volksgesundheitspflege an, geht über die Kriegskrankenpflege bis zur nationalsozialistischen Krankenpflege in den eroberten Gebieten. Die Beteiligung an der Euthanasie ist 'nur' der schlimmste Teil dieser furchtbaren Geschichte.

„Krankenpflege im Nationalsozialismus“ sollte fester Bestandteil im Unterrichtsplan zur Krankenpflege sein – es wäre ein bedeutender Schritt zur Emanzipation der pflegerischen Berufe, es wäre ein wichtiger Baustein für die kommende Auseinandersetzung mit den Wünschen der Kriegsmediziner, mit den Entwicklungen in der Gentechnologie. Und auch die Auseinandersetzung über Euthanasie wird wieder aufleben, selbst wenn der Begriff tabuisiert ist.

Schließlich noch eine kleine Empfehlung. Bei der nächsten Auflage sollte das erste Kapitel 'Krankenpflege in der Weimarer Republik' aktualisiert werden um einige wenige, aber wichtige Hinweise über Arbeitszeitregelungen und Tarifbewegungen im Bereich der Krankenpflege heute.

Michael Kasten

IMPRESSUM

Herausgeber

Heinz-Harald Abholz (West-Berlin), Hans-Ulrich Deppe (Frankfurt), Heiner 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. 26, 5300 Bonn 3, Tel. 0228 / 468206 (8.30 Uhr bis 12.30 Uhr, montags 19.00 Uhr bis 21.00 Uhr)

Anzeigenleitung: Walter Beilken, Steinstr. 73, 6300 Gießen, Tel. 066 41 / 3 80 86.

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

Aktuelle Gesundheitspolitik: Walter Pupp (wp); **Gesundheitsversorgung:** Cregor Weinrich (gw), Uli Menges (um), Joachim Gill-Rode (jg); **Arbeits- und Lebensverhältnisse:** Norbert Andersch (na); **Pharma- und Geräteindustrie:** Uli Raupp (urp); **Umwelt:** Peter Walger (pw); **Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen:** Matthias Albrecht (ma), Edi Erken (ee); **Ausbildung:** Urigitta Mews (bm); **Eckard Müller (em), Peter Liebermann (pl); Internationales:** Gunar Stempel (gst), Stephan Schölzel (sts); **Frauenprobleme:** Ulla Funke-Verhasselt (ufv); **Karin Kieseyer (k-k); Pflegeberufe:** Kirsten Jung (kj); **Historisches:** Helmut Koch (hk); **Kultur und Subkultur:** Helmut Copek (hc)

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

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

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

Nachdruck nur nach Zustimmung der Redaktion.

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

Die Zeitschrift »DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN« erscheint monatlich bei:

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

Abonnementrechnungen 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 Anzeigen-schluß für das Januarheft: 10. Dezember 1988.

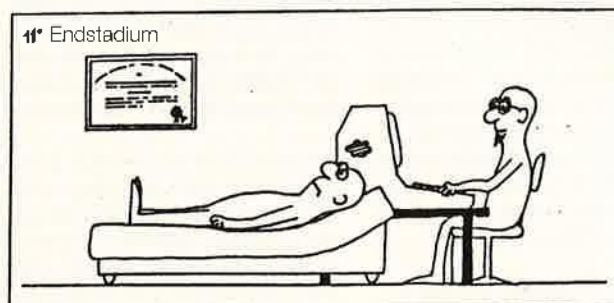
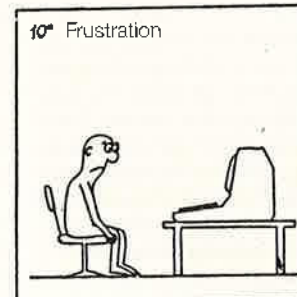
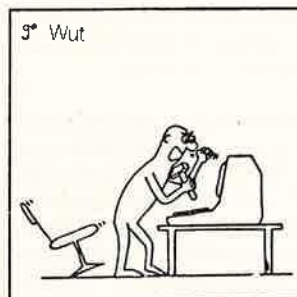
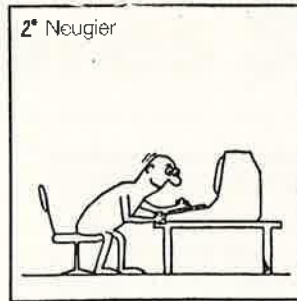
Graphik: Christian Paulsen,

Titelblatt: Linie 4

Layout: Karin Kieseyer, Joachim Neuschäfer, Ursula Daalman

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

JSSN: Nr. 0172-7091



Wir über uns

Leserumfrage

Gefreut hat uns vor allem eins: Fast genauso viele Schwestern und Pfleger haben sich an unserer Leserumfrage beteiligt wie Ärztinnen, Ärzte und andere sogenannte Intellektuelle. Gesundheitspolitik betrifft alle, die im Gesundheitswesen arbeiten, und daher richtet sich dg auch an alle. Wir sind zufrieden, wenn es uns gelingt, beide – sonst leider scharf getrennte – Berufsgruppen anzusprechen. Daß dg auch für Menschen interessant ist, die mit Gesundheit beruflich nichts zu tun haben, beweist die Tatsache, daß uns auch eine Reihe Fachfremder geantwortet haben. Sogar ein Bäcker war dabei. Bei der Verteilung „Männlein – Weiblein“ sieht es schon etwas anders aus. Da haben die Männer

doch noch die Mehrheit. In gewisser Weise spiegelt das die Situation in unserer Redaktion wider: Wir haben zu wenig Frauen, die über Themen schreiben, die für Frauen interessant sind. Also, liebe Leserinnen, helfen Sie uns. Schreiben Sie!

Die Renner im Heft sind – man höre und staune – die langen Texte, der Report und die Dokumente. Wir meinen, daß das etwas über die hohen Ansprüche unserer Leser aussagt, weniger darüber, daß die kurzen Artikel nicht gefragt wären. Die Länge der Texte hielten nämlich fast alle im allgemeinen für richtig.

Unser Sorgenkind ist der Comic. Von überschwenglicher Begeisterung bis „Setzen. Sechs.“ waren alle Reaktionen drin. Wir versprechen Besserung. Auch die Titelbilder reißen offensichtlich nicht gerade zu Begeisterungstürmen

hin. Nur die Hälfte der Leser, die geantwortet haben, finden sie gut. Vom nächsten Heft an gibt es nicht nur ein neues Layout, sondern auch ein neues Titelblatt. Wir hoffen, es hat etwas mehr Pep. Ansonsten möchten wir uns noch einmal herzlich für Ihre Mühe bedanken. Die zahlreichen Themenanregungen werden wir uns bemühen aufzugreifen.

Computer

Erfreuliche Resonanz hat das dg-Seminar von Klaus Stahl zum Thema „Computer im Krankenhaus“ gefunden. Sogar aus Berlin und den Niederlanden kamen Nachfragen. Über 30 Personen, die meisten aus der Krankenpflege, nahmen an dem Erfahrungsaustausch teil. Im Frühjahr soll die Diskussion fortgeführt werden mit dem Schwerpunkt „Manuelle Dokumentationssysteme“.

Glückwunsch

Drei Geburtstage möchten wir zum Abschluß würdigen: Den ersten von Joel Menges und Julius Weinrich und den 60. von unserem Herausgeber Erich Wulff. Ihnen und ihren Angehörigen die besten Wünsche der Redaktion.



dg-Kontakte

Aachen: Erhard Krauer, Maria-Theresa-Allee 59, 5100 Aachen, Tel. (0241) 75459; **Ansbach:** Birgitte Eschenbacher, Am Helmweg 17, 8600 Ansbach, Tel. (0981) 14444; **Berlin:** Hermann Dittich, Grunewaldstr. 28, 1000 Berlin 41, Tel. (030) 8226328; **Bonn:** Edi Erken, Eckenstr. 28, 5205 St. Augustin 2 (Hangelar), Tel. (02241) 29178; Stefan Schölzel, Bergstr. 8, 5300 Bonn 1, Tel. (0228) 233528; Kurt Stralf, Reuterstr. 121, 5311, Tel. 212698; Gregor Weinrich, Schumannstr. 30, 5311, Tel. 219778; **Bremen:** Cornelia Selke, Clausewitzstr. 25, 2800 Bremen 1, Tel. (0421) 234371; **Bremerhaven:** Gunar Stempel, Virchowstr. 34, 2850 Bremerhaven-Geestemünde, Tel. (0471) 27272; **Darmstadt:** Jürgen Frohnert, Neutscher Weg 3, 6101 Modautal-Ernsthofen; **Dortmund:** Matthias Albrecht, Am Kühlenweg 22, 4600 Dortmund 50, Tel. (0231) 753880; Detlev Uhlenbrock, Droste-Hülshoff-Str. 1, 4611, Tel. 421768; **Düsseldorf:** Joachim Giff-Rode, Fruchtstr. 2, 4000 Düsseldorf, Tel. (0211) 349204; **Duisburg:** Thomas Weilig, Prinz-Albert-Str. 42, 4100 Duisburg 1, Tel. (0203) 342188; **Essen:** Christian Peulsen, Overbeckstr. 16, 4300 Essen 1, Tel. (0201) 743731; Norbert Andersch, Pollerbergstr. 22, Tel. 747131; Walter Popp, Sunderholz 32, 4311, Tel. 441630; **Flensburg:** Ralf Cüppers, Apenrader Str. 3, 2390 Flensburg, Tel. (0461) 47263; **Frankfurt:** Klaus Priester, Schloßstr. 96, 6000 Frankfurt 90, Tel. (069) 705449; **Gießen:** Claudia Göttmann, Bismarckstr. 6, 6300 Gießen, Tel. (0641) 75245; **Göttingen:** Barbara Wille, Ostlandweg 23, 3400 Göttingen, Tel. (0551) 33710; **Hamburg:** Robert Pfeiffer, Kurfürstenstr. 45, 2000 Hamburg 70, Tel. (040) 6564845; **Hannover/Maintal:** Hans See, Südring 12, 6457 Maintal 1, Tel. (06181) 47231; **Hannover:** Martin Walz, Tieststr. 19, 3000 Hannover 1, Tel. d: (05132) 906557/p; (0511) 818968; **Hattingen:** Wolfgang Münster, Marxstr. 19, 4320 Hattingen, Tel. (02324) 67410; **Heidelberg:** Michael Gerstner, Burgstr. 44, 6900 Heidelberg, Tel. (06221) 474101; **Karlsruhe:** Claudia Lehner, Schillerstr. 54, 7500 Karlsruhe 1, Tel. (0721) 849948; **Kassel:** Matthias Dippel, Weitzstr. 2d, 3500 Kassel, Tel. (0561) 54925; **Kleve:** Ulla Funke-Verhasselt, Steinbergen 33, 4162 Uedem, Tel. (02825) 8424; **Köln:** Peter Lieberman, Gartheistr. 16, 5000 Köln 60, Tel. (0221) 763944; Eckard Müller, Säckinger Str. 4, 5141, Tel. 432919; Helmut Schaaf, Berenrath Str. 369, 5141, Tel. 443918; **Lübeck:** Angela Schümann, Stadtweide 99, 2400 Lübeck, Tel. (0451) 503956; **Mannheim:** Werner Weindorf, Friedrichstr. 57, 6800 Mannheim, Tel. (0621) 865405; **Marburg:** Hanna Koch, Alter Ebsdorfer Weg 18, 3550 Marburg; **Mühlacker:** Helmut Jäger, Hermann-Hesse-Str. 43, 7103 Mühlacker, Tel. (07041) 15399; **München:** Margret Lambardt, Billrothstr. 7, 8000 München 70, Tel. (089) 781504; **Mindelheim:** Thomas Melcher, Beethovenstr. 4, 8948 Mindelheim, Tel. (08261) 9733; **Münster:** Helmut Copak, Geleistr. 67a, 4400 Münster, Tel. (0251) 794688; Barbara Halbelsen-Lehnert, Hoyastr. 11, Tel. 287431; Uli Menges, Davenberger Str. 10a, Tel. 788399; Ulli Raupp, Peter Welger, Will-Hölscher-Weg 7, Tel. 7801437; **Oldenburg:** Helmut Koch, Saarstr. 11, 2900 Oldenburg, Tel. (0441) 83856; **Recklinghausen:** Petra Voss, Am Lohtor 4, 4350 Recklinghausen, Tel. (02381) 15453; **Riedstadt:** Harald Sikroblies, Fröh.-v.-Stein-Str. 9, 6086 Riedstadt, Tel. (06158) 6161; **Siegburg:** Richard Beltzen, Hagebuttenweg 24, 5200 Siegburg-Kaldauen, Tel. (02241) 383590; **Siegen:** Michael Regus, Zur Zinsbach 9, 5900 Siegen, Tel. (0271) 76880; **Sollingen:** Heinrich Flecken, Basaltweg 15, 5650 Sollingen 1, Tel. (02121) 47885; **Tübingen:** Elke Schön, Jacobgasse 19, 7400 Tübingen, Tel. (07071) 212798; **Ulm:** Wolf Schleinker, Reschweg, 12, 7900 Ulm-Lehr, Tel. (0731) 66088; **Viersen:** Sebastian Stierl, Gladbacher Str. 94, 4056 Schwalmatal 1, Tel. (02163) 4191; **Wuppertal:** Michael Sünner, Normenstr. 20, 5600 Wuppertal 2, Tel. (0202) 503845.

Das goldene Wort

„Mit dem Beginn der Kamevalssaison ist mit einem erhöhten Auftreten von Gonorrhoe zu rechnen (Stichtag 11.11. plus zwei bis 14 Tage Inkubationszeit).“

Aus: Epidemiologischer Wetterbericht der Münchner Medizinischen Wochenschrift, 7.11.1986.

PAHL-RUG.GOTTESW.54 5000KOELN
G 2961 E 394711 369

KARL BOEKER
WERTHERSTR. 89

4800 BIELEFELD 1

Postvertriebsstück
Gebühr bezahlt

E.S.B. & friends

ALLE ATOMANLAGEN ABSCHALTEN — JETZT!

VOLKSENTSCHEID

Atomanlagen sind unverantwortbar — in Ost und West. Nach einer Atomkatastrophe gibt es kein Entkommen!

Die Wende hin zu einer ökologisch und sozial orientierten Energiepolitik ist notwendig und möglich.

„Alle Staatsgewalt geht vom Volke aus. Sie wird vom Volke

ICH WILL,

in Wahlen und Abstimmungen ... ausgeübt“ (Grundgesetz, Art. 20, Abs. 2). Wir fordern unser demokratisches Recht: Selbst zu entscheiden! Deshalb: Volksentscheid gegen Atomanlagen — jetzt!

daß alle Atomanlagen abgeschaltet werden! Ich will, daß zu diesem Zweck und mit dieser Forderung ein bundesweiter Volksentscheid durchgeführt wird. Alle Bürger/innen sollen mit Ja oder Nein verbindlich abstimmen können. Hierzu muß vom Bundestag ein entsprechendes Gesetz verabschiedet werden, das die Abstimmungsmöglichkeit der Bürger/innen verbindlich regelt. Dieses Gesetz muß sicherstellen, daß

1. die von der Initiative vorgelegte Forderung unverändert zur Abstimmung gestellt wird,
2. die Initiative vor der Abstimmung in allen Medien ausreichend informieren kann und
3. der Volksentscheid eingeleitet wird, sobald 1 (eine) Million Unterschriften erreicht sind.

.....
(Name)

.....
(Vorname)

.....
(Strasse)

.....
(PLZ & Ort)

.....
(Datum)

.....
(Unterschrift)

Bitte ausschneiden & einsenden an: **VOLKSENTSCHEID GEGEN ATOMANLAGEN**,
Friedrich-Ebert-Allee 120, 5300 Bonn 1, Telefon (0228) 23 44 32

- ZUSÄTZLICH: ☐ Bitte senden Sie mir weitere Unterschriftenlisten & Informationsmaterial
☐ Ich möchte gerne aktiv mithelfen; sagen Sie mir bitte wie
☐ Ich überweise eine Spende (Volksent., Ktnr. 140, SPARDA-Bk., Köln)