

Der Beruf eines Diplom-Mediziners

Zweifellos sind zwischen den Tätigkeitsbereichen der sogenannten Heilhilfsberufe und denjenigen der Ärzte Aufgabengebiete entstanden, für die es an geeigneten Berufsbildern und Kräften fehlt. Die Lücke nach dem Vorschlag des Wissenschaftsrates durch den Beruf eines „Diplom-Mediziners“ zu schließen ist unzweckmäßig und unpraktisch. Man muß der Bundesärztekammer beipflichten: Es würde ein akademisch ausgebildeter Zwitter entstehen, der noch kein Arzt ist, aber es gern sein möchte. Die neuen Aufgaben bestehen vorwiegend in der Ausübung überwachender und leitender Funktionen im technisch-pflegerischen Bereich der Humanmedizin. Hierzu bedarf es einer praxisbezogenen, nicht aber einer theoretisch-akademi-

Frankfurter Allgemeine
ZEITUNG FÜR DEUTSCHLAND

schen Vorbildung. Abitur II und dreijähriges Universitätsstudium sind nicht erforderlich. Damit wären auch die Oberstufen der Gymnasien und die Universitäten entlastet.

Eine Anregung der Vereinigung der Ärzte der Medizinaluntersuchungssämter bestand darin, die Lehranstalten für medizinisch-technische Assistenten (und ebenso die Krankenpflegesschulen), deren Besuch das Abitur I (mittlere Reife) zur Voraussetzung hat, so auszubauen, daß nach dreijährigem Lehrgang und Abschlußprüfung die Fachhochschulreife erlangt wird. Diesem Vorschlag ist seinerzeit der Bundesrat bei der Verabschiedung des MTA-Gesetzes bedauerlicherweise nicht gefolgt. Diejenigen Absolventen, die leitende Aufgaben übernehmen wollen, können ein Studium an einer Fachhochschule (Ingenieurschule) anschließen, die über geeignete Lehrkräfte und

Einrichtungen verfügt. Sie werden dann Ingenieure (grad.) in den Zweigen „Medizin-Labor“, „Medizin-Pflege“ und „Medizin-Technik“. In Gießen und Hamburg ist bereits damit begonnen worden, unter den derzeit üblichen Voraussetzungen graduierte Ingenieure auf dem Gebiet der medizinischen Technik auszubilden. Sie können alsbald diejenigen Aufgaben übernehmen, die der Wissenschaftsrat dem Diplom-Mediziner (Technik) zuge-dacht hat.

Dr. Joachim Albrecht
Medizinaldirektor, Trier
(Leserbrief)

Werkärzte sind umstritten

„Die FDP lehnte hinsichtlich der Betriebsärzte ein . . . personelles Mitbestimmungsrecht des Betriebsrats ab, da ein Arzt auf Grund seiner besonders gelagerten Tätigkeit und Schweigepflicht nach allen Seiten hin unabhängig sein und nicht von der Belegschaft als Vollzugsorgan – und zwar weder des Arbeitgebers noch des Betriebsrats – betrachtet werden dürfe. Der Ablehnung schließen sich auch die CDU/CSU sowie die Bundesärztekammer an. Wie aus parlamenta-

Frankfurter Rundschau

rischen Kreisen jetzt verlautet, besteht bei beiden Koalitionsfraktionen wenig Neigung, ihre unterschiedlichen Auffassungen bei den Ausschüßberatungen auszutragen.

Voraussichtlich werden sich SPD und FDP zuvor darauf einigen, daß dem Betriebsrat lediglich für die Bestellung des Betriebsarztes das Mitbestimmungsrecht zugesprochen werden soll.“

Ingeborg Jahn

Euthanasie: Neues Thema in den Funk- und Fernseh-Studios

Im offenen und öffentlichen Gespräch über die Euthanasie, über das gnädige Sterben des Schwerkranken und über den Tod schlechthin liegt Bereicherung und Gefahr. Eine Bereicherung, weil das neue Thema in die monotonen Diskussionsschlachten um die „Beuteverteilung“ in der Konsumgesellschaft einen Hauch Innerlichkeit und Besinnung bringt. Eine Gefahr insofern, als das Thema droht, „in“ zu werden, in die Nähe der „Selbstbestimmung des Patienten“ und der modistischen Vokabeln zu rücken. Die Gesprächsrunde am 15. Juli im ZDF mit dem Freiburger Internisten Professor von Lutterotti, dem Moraltheologen Boeckle, Pfarrer Kropp und dem Journalisten Moore setzte sich tapfer und unsentimental mit diesem Thema auseinander. Doch schon drohen uns auch hier solche Mode-Soziologen, die ein „Recht“ und „Bedürfnis“ auf alles ableiten, auch das „Recht“ auf einen gefälligen Tod. Der moderne Mensch, ach so schmerzempfindlich, soll vom Ende so wenig wie möglich spüren, und die Kliniken und Ärzte haben eben dafür zu sorgen.

Diese Gefahr zeigte sich in der sachlich aufgebauten Sendung vor dem ZDF-Gespräch, als Peter Berg über den Gnadentod der 78jährigen Holländerin Margina Grevelink aus der Hand bzw. aus der Morphiumspritze ihrer Arzt-Tochter berichtete, deren Pro-Forma-Verurteilung auch in Deutschland viel Staub aufgewirbelt hat und die Initialzündung für die gegenwärtige Diskussion lieferte: Mit Stolz erzählte in der Reportage die Frau Nachbarin, daß bei der Unterschriftenaktion für das umstrittene Arztehepaar die „Leute lange Schlange bis auf die Straße standen“. Man kann darüber denken, wie man will, das Thema ist zu schade für die Straße oder für die Schickleria, die in der

Bundesrepublik „Paragraph 218“ und „Sexualstrafrecht“ für sich ausbeutet.

Die Fachleute, Ärzte und Theologen, waren sich kaum uneins über das „Daß“; sehr strittig war aber das „Wie“. Dr. Rudolf Krapp, Theologe und Mediziner aus der EKD-Kirchenkanzlei: „Ich befürworte keineswegs eine krampfhaft, künstliche Verlängerung des Lebens eines Todkranken, die ohne mitmenschliche Verantwortung praktiziert wird.“ Und der katholische Moraltheologe Professor Johannes Gründel: „Es ist“ – bei einem dem Tod ausgelieferten Schwerkranken – „die ethische Pflicht zur Erhaltung des Lebens nicht absolut zu sehen, auch nicht für den Arzt“. Selbst der strenge Professor Boeckle: „Aber im Grundsatz läßt sich sagen, daß der Arzt nicht verpflichtet ist, das Leben um jeden Preis zu verlängern“. Gründel hob auch das Problem der Pflegeökonomie hervor, wenn bei Gerätemangel und wenigen Behandlungsplätzen Schwerkranke aufgegeben werden müssen, um noch hoffnungsvolleren „Fällen“ Chancen zu geben.

Alle in diesen Sendungen zu Wort gekommenen Kenner waren sich darüber einig, wie unbeholfen das Begriffsvokabular noch ist, mit dem man über den Tod redet, wie schwer es ist und sein kann, Grenzen zu ziehen und in Drucksituationen Entscheidungen zu fällen. Die in der Literatur – vor allem in den Arbeiten der amerikanischen Ärztin und C. G. Jung-Schülerin Kübler-Ross – aufgezeigten Schicksale und im Film erwähnten Situationen Schwerstkranker und Sterbender erschienen, so abscheulich der Ausdruck klingt, „klare Modellfälle“, die für ein Helfen beim Sterben sprachen. Diesen „Modellfällen“ stehen aber unzählige Grenzfälle gegenüber, wo die Entscheidung sehr schwer ist. Und wie steht es mit der „Mit- und Selbstbestimmung“ eines in Krisensituationen nicht zurechnungsfähigen Patienten und seines Angehörigen? Ist es überhaupt möglich, zwischen

aktiver und passiver Euthanasie genau zu unterscheiden, was für ein Unterschied besteht schließlich zwischen Gnadentod und Sterbenlassen?

In zwei aufschlußreichen Studien arbeiteten der Theologe Franz Boeckle und der Funkautor Norbert Schneider heraus, wie die Leidensfähigkeit des Zivilisationsmenschen abgenommen hat, seine Unfähigkeit, Verzicht zu üben, zunimmt, wie auch seine Zivilcourage immer mehr zerfällt, dem Leben und auch dem Tod in selbständiger Entscheidung die Stirn zu bieten. Der moderne Zivilisationsmensch sieht den Tod als biologischen Abstieg und nicht als Vollendung. Boeckle sinngemäß: Wenn es gelänge, den Tod nicht als sinnlosen Abbruch, sondern als aktive Vollendung zu sehen, gelänge es, das Gespräch über Euthanasie und Tod weniger hysterisch zu führen. Und das Ende wäre leichter zu ertragen.

Dagegen in harter Antithese der polnische Philosoph Leszek Kolakowski: „Der Kult des Leidens... war jahrhundertlang ein Werkzeug, das unsagbar schamlos von den Kirchenfürsten zur Rechtfertigung des Unrechts und der Unterdrückung benutzt wurde und der den privilegierten Klassen in maßloser Weise in ihrer Sorge um die Zementierung ihres Privilegs gedient hat... Der christliche Leidenskult... erlischt in unserer Zivilisation so gründlich, daß er heute schon fast aus dem Christentum verschwunden scheint“.

Entspricht also die Euthanasie-Diskussion dem Wunsch nach der Absicherung vor dem Leiden um jeden Preis? Die bisherige Diskussion bietet Denkansätze; unter den hier besprochenen Sendungen ragen unter diesem Aspekt die von Schneider und Boeckle heraus. Nicht verkannt werden hier auch die Gefahren, daß Euthanasie wieder schamlos ausgebeutet werden kann. Schneider: „... Sonst wird der Tod von morgen in einer immer mehr überalterten und vom Egois-

mus angefressenen Gesellschaft schließlich ein Teil eines ‚sozialen‘ Programmes und zum Signal einer trotz aller Beteuerungen inhumanen Gesellschaft“.

Eine Diskussion hat begonnen, die zu Erkenntnissen führen kann. In der aber auch die Gefahr einer neuen Hemmungslosigkeit liegt.

E. Häussermann

Ausbildungsmängel

Es ist kein Geheimnis, daß die Krankenpflege-Ausbildung in der Bundesrepublik öfters noch im argen liegt. Reinhold Böhm berichtete in seiner Sendung „Ausbildung im Krankenhaus“ (I. Programm WDR) über Ergebnisse seiner Recherchen in Krankenhäusern: Viele Schwesternschülerinnen sind in den täglichen Routinebetrieb des Krankenhauses eingespannt; sie müssen oft Arbeiten verrichten, die der Ausbildungsplan eigentlich nicht dulden dürfte. Das geht dann zu Lasten der eigentlichen Ausbildung am Krankenbett, des theoretischen Unterrichts. Beklagt wurde in der Sendung, daß die Krankenpflegesschulen nicht in das allgemeine Schulsystem integriert sind. Träger der Ausbildung ist das einzelne Krankenhaus. Zudem nehmen die verschiedenen Institutionen und Personen, wie karitative Verbände, kirchliche Organisationen, Politiker und Krankenhausträgerverbände, einen starken Einfluß auf die Ausbildung. Entsprechend der Vielfalt und Unterschiedlichkeit der Beteiligten ist das Gefälle im Bildungsstandard der Nachwuchskräfte im Krankenhaus. Der Autor schloß mit der betrüblichen Feststellung: „Die fortschreitende Enthumanisierung unserer Krankenhausbetriebe stellt nicht nur das ärztliche Ethos und die Berufsausübung in Frage, sondern bedeutet – nicht zuletzt wegen des wachsenden Pflegepersonal mangels – auch eine ernsthafte Gefahr für die Fortführung der Krankenhäuser überhaupt.“

HC