

Professor Dr. Dieter Hofmann vom Klinikum der Frankfurter Goethe-Universität äußerte große Zweifel, ob Schwefeldioxid bei der Erkrankung der tieferen Atemwege eine entscheidende Rolle spielt. Dieses Umweltgift verbinde sich mit Wasser und könne so gut über die Nase gefiltert werden. Der Frankfurter Mediziner geht davon aus, daß die Veranlagung zu einer Allergie bei den Kindern bereits erblich festgelegt ist. Hofmann: „Mindestens 50 Prozent der Kinder, deren beide Elternteile allergisch sind, haben eine Chance, wieder eine Allergie entwickeln zu können.“ Mehr Tiere im Haushalt und der zunehmende Besuch von Kindern unter drei Jahren in Kindergärten bedeuteten außerdem, so Hofmann weiter, viel mehr Reize für die Betroffenen, auf die sie allergisch reagieren können.

Privatdozent Dr. Stephan Strobel vom „Institut of Child“ in London hatte während der Tagung dazu aufgefordert, daß Mütter wieder mehr stillen sollen, statt sie mit Kuhmilchprodukten zu ernähren. Die lediglich mit der Muttermilch ernährten Neugeborenen wiesen wesentlich weniger allergische Reaktionen auf.

Ob die allergischen Erkrankungen bei Kindern tatsächlich insgesamt zunehmen, blieb bei dieser Tagung letztlich zwar ungeklärt, doch zitierte der Bonner Pädiater Professor Dr. Dietrich Berdel immerhin eine Untersuchung aus der Schweiz, wonach sich die Asthma- und Heuschnupfenfälle verdoppelt hätten. „Pro Jahr kommen 200 chemische Substanzen zusätzlich auf uns zu“, berichtete der Gießener Privatdozent Dr. Hermann Lindemann. Jede dieser Substanzen könne sich als Allergen an die Eiweiße im menschlichen Körper anlagern und damit neue allergische Erkrankungen schaffen. Sein Londoner Kollege Dr. Strobel hatte eine Deklarierungspflicht für die mehr als 2700 in der Bundesrepublik zugelassenen Nahrungsmittelzusätze verlangt. Andreas Kindel (ptv)

Einzigartige Hilfe für Folteropfer

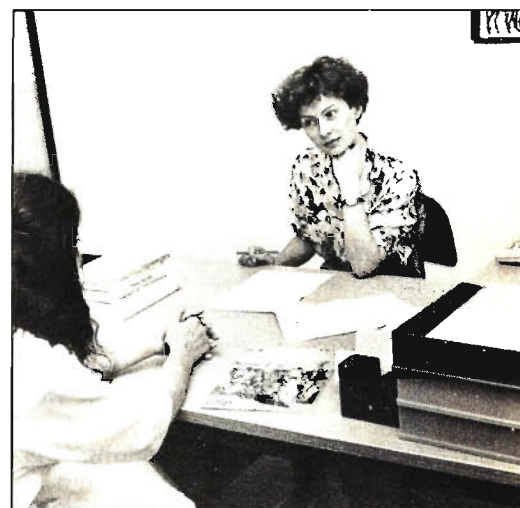
„Caritas – Psycho-soziales Zentrum für ausländische Flüchtlinge“: ein kleines Schild am Haus Nr. 27 der Norbertstraße in Kölns Innenstadt weist den Weg zu einer Einrichtung, die in der Bundesrepublik wohl einmalig ist. Seit April dieses Jahres versuchen hier vier Frauen im Auftrag der Caritas und des UN-Flüchtlingskommissariats, Asylanten und Folteropfern soziale und psychologische Hilfe zu geben. Die Diplom-Psychologin Brigitte Brand leitet die Beratungsstelle, unterstützt von einer Bewegungstherapeutin, einer Sozialarbeiterin, einer Sachbearbeiterin.

Die Räume im Erdgeschoß dieses Hauses sind hell und freundlich, Plakate zur Flüchtlingsproblematik und fremdländisches Kunsthandwerk ziehen Blicke auf sich. Im Büro von Britte Brand, das gleichzeitig Behandlungsraum ist, steht die Tür zum dicht bewachsenen Garten weit offen. Hierher kommen mittlerweile 30 Patienten zur Gesprächstherapie; von ihnen sind zwei Drittel Folteropfer oder deren Familienangehörige. Die Sozialberatung, die die Caritas bereits seit einem Jahr anbietet, haben in dieser Zeit sogar schon 500 Menschen aus 40 Ländern in Anspruch genommen.

Merk- und Schlafstörungen, Alpträume, Depressionen, Migräne, Magenschmerzen und Schmerzen an den äußerlich unversehrten Gliedmaßen und andere psychosomatische Krankheiten – damit sieht sich Brigitte Brand täglich konfrontiert. Diesen Patienten wirklich helfen zu können, dazu bedarf es einer vertrauensvollen Kooperation zwischen Arzt und Therapeut, beurteilt die Psychologin die Situation. „Die Ärzte sind eine Berufsgruppe, auf die wir wirklich angewiesen sind.“ Das hat zwei Gründe.

Wenn die gefolterten Menschen nach Deutschland kommen, brau-

chen die meisten von ihnen medizinische Behandlung. „Dabei muß der Arzt sehr geduldig sein“, meint Brigitte Brand. In der Heimat der Asylanten sind Ärzte und Psychologen häufig am Folterungsprozeß beteiligt. Darum könnten der Arzt und die medizinische Gerätschaft leicht qualvolle Assoziationen hervorrufen. In solchen Streßsituationen tauchten dann auch die Folgesymptome der Folter schnell wieder auf. Darum wünscht sich Brigitte Brand Ärzte, die „langsam und



Brigitte Brand (Foto) vom Caritas – Psycho-sozialen Zentrum für ausländische Flüchtlinge: „Bei vielen Opfern werden Foltersituationen in der Therapie wieder lebendig.“ Foto: Holubovsky

behutsam zu Werke gehen“. Die Instrumente, die Untersuchungsmethoden, die Medikamente genau zu erklären, sei wichtig, um den Patienten die Angst zu nehmen.

Brigitte Brand sieht auch die Gefahr, daß Ärzte ihr Mitleid und ihr Mitgefühl für das Folteropfer mit besonders burschikosem Verhalten zu verdecken suchten. Sich Berührungsängste einzugestehen und offen auf den Menschen zuzugehen, hält die Therapeutin in solchen Fällen für die Lösung.

Besonders problematisch wird der Umgang mit dem gefolterten Menschen für den behandelnden Arzt dann, wenn er auf ein völlig

anderes Krankheitsverständnis beim Patienten trifft. „Die gefolterten Menschen kommen zum großen Teil aus Ländern, in denen eine mehr ganzheitlich orientierte Medizin Usus ist.“ Einfühlungsvermögen müssen die Ärzte dann nicht nur während der Untersuchung, sondern auch in der Wahl der Behandlungsmethoden beweisen.

Der Arbeitskreis „Mediziner und Psychologen“ bei „amnesty international“ versucht den Ärzten mit einem Fragebogen den Umgang mit den Flüchtlingen und Folteropfern zu erleichtern. Brigitte Brand begrüßt diese Initiative, rät aber auch hier zu einem individuellen Gebrauch: nicht jedem Menschen könne jede Frage gestellt werden.

Der zweite Grund, warum Brigitte Brand sich in ihrer Arbeit sehr auf die Ärzte angewiesen sieht, ist die Erforschung und der Nachweis von Folterschäden. Je feiner und subtiler die Foltermethoden werden, desto schwieriger wird ihr Nachweis und ihre Heilung. Bisher ist die einzige anerkannte Informationsquelle für diese Fragen die Folter-Klinik von „amnesty international“ in Kopenhagen, wo seit mehreren Jahren medizinische Erfahrungen mit Folteropfern und ihren Krankheiten gesammelt werden. Weil gerade in der Bundesrepublik viele Asylanten und damit auch viele Folteropfer Zuflucht nehmen, sei eine intensive Arbeit an diesem Problem der Erkennung und Behandlung von Folgen der Folter an den hiesigen Medizinischen Fakultäten und Kliniken notwendig.

Schon nach einem halben Jahr ist das Team im Psycho-sozialen Zentrum in Köln an den Grenzen seiner Kapazität angelangt. Immer mehr Menschen suchen hier Hilfe, und immer mehr Ärzte nutzen das Angebot zur Kooperation. Aber außer der Caritas und dem UN-Flüchtlingskommissariat will offenbar niemand für die Kosten aufkommen. a u a

Zahnarzteinkommen unter Druck

Die Durchschnittsbruttoeinkommen der niedergelassenen Zahnärzte sind – ähnlich wie die der niedergelassenen Ärzte – seit mehr als drei Jahren rückläufig: Wie die jetzt veröffentlichte Kostenstrukturanalyse aufgrund einer Repräsentativauswertung der steuerlichen Einnahme-Überschußrechnung je Praxisinhaber ausweist, betrug das zu versteuernde Einkommen je Zahnarztpraxisinhaber in 1983 durchschnittlich 203 767 DM, ein Wert, der um 11,4 Prozent niedriger lag als noch in 1982. Nominal sank damit der Wert auf das Niveau von 1977, als ein steuerlicher Einnahmeüberschuß je Zahnarzt von 202 451 DM festgestellt worden war. Real, also unter Berücksichtigung der seitherigen Inflationsrate und Teuerung, bedeutet dies eine Kaufkrafteinbuße um rund 23 Prozent. Dagegen sind im gleichen Zeitraum die Löhne und Gehälter je Beschäftigten nominal um 34 Prozent und real immerhin um 2,9 Prozent gestiegen.

Die Bruttoeinnahmen je Zahnarzt (aus kassenzahnärztlicher und privat-zahnärztlicher Tätigkeit) lagen 1983 im Schnitt bei 582 307 DM (1977: 461 118 DM). Der Praxiskostenanteil (Betriebsausgaben/Kosten, gemessen am Bruttoumsatz) stieg von 53,2 Prozent in 1976 kontinuierlich auf durchschnittlich 65 Prozent in 1983.

Wie die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV), Köln, betonte, liegen 70 Prozent aller Kassenzahnärzte unter den angegebenen Durchschnittsumsätzen und Durchschnittseinkommen. So wird rein rechnerisch und im statistischen Durchschnitt das Durchschnitts-Bruttoeinkommen (Einkommen *vor Steuern*) in Höhe von 203 767 DM dadurch erzielt, daß jeweils acht Zahnärzte einen steuerlichen Einnahmeüberschuß von lediglich 129 000 DM erzielen,

jedoch jeweils zwei Zahnärzte einen Durchschnitts-Bruttoeinnahmenüberschuß in Höhe von rund 500 000 DM erreichen. Heute muß der Kassenzahnarzt rund 30 Prozent seines (versteuerten) Einkommens zurücklegen, um seine Altersversorgung aufzubauen.

Je Praxis ist der Umsatz aus selbständiger zahnärztlicher Tätigkeit in 1983 um 4,7 Prozent gesunken. Maßgeblich war dabei der Rückgang der Betriebsausgaben infolge der Abnahme der Arbeiten aus Fremdlaboratorien um sechs Prozent. Eliminiert man die Ausgaben für Arbeiten von Fremdlaboratorien als „durchlaufende Posten“ aus dem Bruttoumsatz und den Betriebsausgaben, ergibt sich ein Umsatzrückgang um 4,3 Prozent und ein Anstieg der Betriebsausgaben (ohne Ausgaben für Fremdlaboratorien) von 2,6 Prozent.

Überträgt man die Veränderungen, die das Bundesarbeitsministerium für das Jahr 1984 bei den Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen insgesamt für Zahnbehandlungen und Zahnersatz mit plus 7,4 Prozent errechnet hat, so ist nach Angaben der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) den Zahnärzten je nach Entwicklung der Kosten/Betriebsausgaben und unter Berücksichtigung einer zahlenmäßigen Zunahme der mit den KZVen abrechnenden Zahnärzte um 2,7 Prozent (1984 – absolut –: 28 887 Zahnärzte) ein Umsatzwachstum in 1984 von maximal fünf Prozent verblieben.

Mit einem weiteren realen Rückgang der zahnärztlichen Einkommen muß auch für das kommende Jahr 1986 gerechnet werden; durch die dann wirksam werden den Neubewertungen und Umstrukturierungs-Maßnahmen werden die zahnärztlichen Bruttoeinkommen (*vor Steuern*) 1986 um durchschnittlich 4,25 Prozent sinken (Wert: 450 Millionen DM). Dabei ist unterstellt worden, daß der Kostenanteil mit 65 Prozent weiterhin fast unverändert bleibt. HC