

sollen nicht zugelassen sein der Transfer eines menschlichen Embryos in den Uterus einer anderen Spezies und umgekehrt; das Zusammenfügen von Zellen aus menschlichen und anderen Embryonen; die Fertilisation eines menschlichen Eis mit dem Samen einer anderen Spezies. Umgekehrt soll zu Forschungszwecken die Fertilisation eines anderen Eis mit menschlichem Samen zulässig sein, vorausgesetzt, es geht dabei um die Diagnose von Fertilitätsstörungen und eine solche Maßnahme wird nicht nach dem 2-Zellen-Stadium durchgeführt.

Seit drei Jahren liegt der Bericht einer Untersuchungskommission unter dem Vorsitz von Baronin Warnock vor, welche die neuere Entwicklung auf dem Gebiet der Fortpflanzungsmedizin studierte. Die Kommission kam zu dem Ergebnis, daß Embryonenforschung notwendig ist, um die Behandlung von Fruchtbarkeitsstörungen und die Verhütung von vererbaren Krankheiten voranzutreiben. Im Gegensatz zu ihrer bisherigen Unentschlossenheit in der Frage der Embryonenforschung hat die Regierung sich die meisten Empfehlungen dieser Untersuchungskommission über die Lagerung von Gameten und Embryonen zu eigen gemacht. Die Lagerung soll erlaubt sein, solange die Entscheidung über die Verwendung und den Verbleib von Gameten und Embryonen bei den Spendern liegt. Embryos sollen höchstens fünf, Gameten höchstens zehn Jahre lang aufbewahrt werden dürfen. Ohne Zustimmung beider Spender soll es nicht zulässig sein, Embryos in den Uterus einer anderen Frau zu übertragen oder zu vernichten.

■ Die Vermittlung von Leihmüttern auf kommerzieller Basis wurde von der britischen Regierung verboten. Die Regierung hat sich jetzt jedoch dazu entschlossen, private Vereinbarungen darüber nicht zu verbieten, weil ein solches Verbot letzten Endes dem Kind schaden würde. Andererseits will man aber solche Leihmütterschafts-Vereinbarungen auch nicht gerade ermutigen, und deshalb soll sichergestellt werden, daß sie nicht gerichtlich einklagbar gemacht werden. Sean Milmo

Psychisch Kranke und Suchtkranke bei der Rehabilitation benachteiligt

Die Aktivitäten von kirchlichen und freigemeinnützigen Institutionen in der Betreuung von psychisch Kranken und Suchtkranken sind fester Bestandteil des öffentlichen Bewußtseins. Dagegen ist das Engagement der deutschen Gewerkschaftsbewegung in den gleichen Bereichen allgemein kaum bekannt und erfährt nur bei Insidern eine gebührende sachgerechte Anerkennung. Heute weiß kaum noch jemand, daß es Friedrich Engels (1820 bis 1895) war, der nicht nur die skandalösen Verhältnisse im Industrie-proletariat des 19. Jahrhunderts beschrieb, sondern dabei auch als wesentliche Ursache für die erbarmungswürdige Notlage vieler Arbeiterfamilien den Alkoholmißbrauch ihrer Ernährer anprangerte.

Die schon Mitte des 19. Jahrhunderts von Ärzten oft gebrandmarkten Gesundheitsverfahren durch den Genuß von unreinen Alkoholika – „Proletarierschnaps“ hatte immer einen hohen Gehalt an Fuselölen – führten ebensowenig wie die Kampagnen der Gewerkschaft und die Moralpredigten von Kirche und Abstinenzbewegung zur Konsequenz eines staatlich verordneten Herstellungsverbots für solche Alkoholerzeugnisse. Für solch eine gesundheitspolitische Notwendigkeit ließ sich damals ganz einfach keine „Mehrheit“ finden; denn die Hersteller der mit Fuselöl geschwängerten Schnapsarten besaßen im Kaiserreich Deutschland noch die Macht, Entscheidungen verhindern zu können, die ihre Verdienstmöglichkeit geschmälert hätte.

Deshalb dauerte es mehr als 50 Jahre, bis die von Engels und der sich auch in Deutschland ausbreitenden Gewerkschaftsbewegung immer wieder verlangte Alkoholika-Kon-

trolle schließlich auf dem Umweg über das 1919 gegründete staatliche Branntweinmonopol Wirklichkeit werden konnte, nachdem das Feudalherrensystem seine Machtposition eingebüßt hatte.

Mit der Wahl von Bethel als Tagungsort einer Arbeitstagung über die Versorgung psychisch Kranker und Suchtkranker hatte der DGB eine unterschwellig sehr wirksame Unterstützung für seine Vorstellungen*) gefunden; denn in Bethel mußte sich jeder daran erinnert fühlen, daß hier die Abwendung vom Behandlungsstil eines Arbeitshauses gegenüber Fuselschnaps-Trinkern des 19. Jahrhunderts begonnen und mit ersten praktischen Schritten zur Entwicklung von Motivations-Therapie bei Alkoholikern angefangen worden ist.

Die von Alfred Schmidt, dem Leiter der Abteilung Sozialpolitik beim Bundesvorstand des DGB und Vorstandsvorsitzenden des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR), vorgetragene Erläuterung des DGB-Thesenpapiers fand bei den Praktikern nicht nur deshalb anerkennende Zustimmung, weil schon in den meisten Punkten eine deckungsgleiche Meinungsbildung unter ihnen stattgefunden hatte, sondern machte auch ihre Dankbarkeit und ihr Vertrauen für die von Alfred Schmidt geradlinig vertretene Rehabilitations-Philosophie deutlich.

Aus diesem Engagement für dieselben Zielvorstellungen entstand zwischen den Praktikern aus Beratungsstellen und Einrichtungen bei der Diskussion von Detailfragen über das Pro und/oder Kontra von zum Beispiel „Grundsätzlichkeit einer gemeindenahen Entwöhnungsbehandlung“ keine Standpunktversteifung, die etwa eine sachgerechte Einigung verhindert hätte. Am sinnvollsten schien es den Diskussionspartnern, die im Einzelfall gegebenen Besonderheiten abzuwägen, durch die bestimmbar wäre, ob es besser sei, eine „gemeindenah“ Einrichtung oder eine „heimatortferne“ auszuwählen. Oft kann man gar nicht „auswählen“, weil es keine gemeindenah Einrichtung gibt. Die meisten Kommunen behindern

*) Der Diskussionsentwurf des DGB für die Tagung in Bethel – 70 Seiten – kann kostenlos bei der Abteilung Sozialpolitik des DGB-Bundesvorstand in Düsseldorf, Postf. 26 01 angefordert werden.

sogar ihre Etablierung. Ergo kann die vom Veranstalter versuchte Voranbringung des „gemeindenahen Verbundsystems“ mit dem Ziel, psychisch Kranke und Suchtkranke in der Heimatgemeinde individuell und optimal richtig betreuen zu können, solange keinen Auftrieb bekommen, wie es an der dazu nötigen „Infrastruktur“ mangelt. Die Lageberichte aus der Psychiatrie zeigen noch immer ihr altes Leiden an Personalmangel (siehe auch Deutsches Ärzteblatt Heft 49/1987). Dasselbe gilt für viele psychiatrische Dienste sogar in Großstädten (wie etwa Köln). Die funktionstüchtige Zusammenarbeit zwischen Psychiatrischen Landeskliniken und komplementären Einrichtungen ist noch immer die Ausnahme und besitzt bestenfalls Modellcharakter. Fast jeder Ansporn zur Übertragung in die „unterversorgten“ Regionen wird jedoch schon oft dadurch im Keim erstickt, daß erst „mit tausend zuständigen Gremien“ ein jahrelanger Papierkrieg über die Genehmigungsvoraussetzungen geführt werden muß.

Manchem Praktiker wurden die Unzulänglichkeiten in seinem „Heimat-Gemeindebereich“ noch deutlicher bewußt als Frau Prof. Dr. med. Ruth Mattheis ausführte, wieviel besser den Erfordernissen der Praxis im Stadtstaat Berlin entsprochen werden konnte, weil dort sogar über alle parteipolitischen Abgrenzungen hinweg eine funktionsfähig gebliebene gemeinsame Basis für den Aufbau der nötigen Einrichtungen gefunden wurde.

Senatsdirektor Dr. Hans-Christoph Hoppensack, der bei der Tagung den verhinderten Dr. Henning Scherf vertrat, traf ebenso genau ein Hauptanliegen der Praktiker mit seiner Darstellung des Sachverhalts. Hoppensack erklärte: „Psychisch Kranke und Suchtkranke sind ja nach wie vor bei der beruflichen und sozialen Wiedereingliederung benachteiligt. In der Versorgung Suchtkranker und psychisch Kranker klafft die Schere des Versorgungsstandards auseinander für Betroffene mit günstigen und für Betroffene mit ungünstigen Prognosen. Die Betroffenen mit günstigen Pro-

gnosen werden in einem sehr aufwendigen Behandlungssystem in oft gemeindeferner Struktur überversorgt. Wer die Leistungsstandards dieser überregional organisierten Rehabilitation nicht erfüllt, wird entgegen dem Grundsatz Rehabilitation vor Rente im allgemeinen benachteiligt. Dieser Personenkreis mit ungünstigen Prognosen wird dann zum Teil perspektivisch dauerhaft in Kliniken oder Heimen untergebracht und nicht selten nach wie vor verwahrt.“

Schwachpunkte

Die Übereinstimmung in der Beurteilung von Schwachpunkten durch nahezu alle Referenten wurde noch deutlicher, als Frau Prof. Mattheis erklärte: „Die sogenannte Empfehlungsvereinbarung von 1978 hat, das zeigen inzwischen fast 10jährige Erfahrungen, alles gebracht, was Berlin sofort nach ihrem Inkrafttreten in der Gesundheitsministerkonferenz wiederholt warnend vorgetragen hat: Sie ist anwendbar auf den ‚geordneten‘ Alkoholiker, wohlverstanden mit günstiger Prognose, löst allerdings auch ihn vielfach durch mehrmonatige wohnortfremde stationäre Behandlung stärker als nötig und zweckmäßig aus seinen sozialen Bezügen und gewährleistet auch ihm nicht den dringend zu wünschenden nahtlosen Übergang zwischen Entgiftung und Entwöhnung. Auf der Strecke bleibt der schon tiefer in das Suchtgeschehen verstrickte Abhängige, obwohl gerade er am dringendsten der Hilfe bedarf und sich unter Umständen entgegen der Erwartung als prognostisch positiv erweist. Eine den sachlichen Erfordernissen Rechnung tragende Überarbeitung der Empfehlungsvereinbarung von 1978 ist überfällig. Hierbei sollte dann auch den besonderen Bedürfnissen Drogenabhängiger besser Rechnung getragen werden, für die vielfach sozialtherapeutische und entwicklungsfördernde Hilfen wichtiger sind als ärztlich-medizinisch bestimmte.“ Frau Mattheis äußerte sich schließlich auch zu den gesetzgeberischen Maßnahmen: Die teilstationäre Behand-

lung und die Institutsambulanzen seien in der RVO zwar rechtlich abgesichert; bei den Institutsambulanzen – § 368 n RVO – störe aber immer noch die unterschiedliche Regelung für Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen. Notwendig erscheine die finanzielle Absicherung der Einrichtungen im komplementären Bereich. In Berlin hätten sich die gesetzlichen Krankenkassen bereitgefunden, die Kostenbeiträge zu therapeutischen Wohngemeinschaften und Übergangsheimen auf § 193 der RVO zu stützen, dabei handele es sich freilich um eine Kann-Leistung.

Andere Bundesländer wollten diese Leistungen aus § 185 RVO ableiten, der indes zu eng auf Krankenpflege abstelle. § 182 in Verbindung mit § 122 RVO wäre ein weiterer denkbarer Anknüpfungspunkt. Den § 185 (RVO) – häusliche Krankenpflege – zu erweitern, damit auch psychiatrische Krankenpflege kostenmäßig anerkannt wird, sei unangebracht, da Krankenpflege sich ohnehin auf körperliche und psychische Bedürfnisse richte. Wenn für bestimmte Patientengruppen die Voraussetzungen der „günstigen Prognose“ gelockert werden soll, müßte § 1236 RVO entsprechend ergänzt werden. Frau Mattheis Forderung: „Eine gründliche Überarbeitung der Empfehlungsvereinbarung für Abhängigkeitskranke ist dringend erforderlich.“

Die im Tagungsverlauf klar erkennbar gewordene Übereinstimmung der Praktiker mit den Vorstellungen des Veranstalters wurde natürlich auch von den Vertretern der Leistungsträger registriert. Obgleich einige Praktiker zu den Ausführungen von Frau Prof. Mattheis meinten, daß man vermutlich noch jahrelang auf die Veröffentlichung von sogenannten „rahmengebenden Empfehlungen“ durch die zuständigen Bundesministerien warten müssen, schien es für manchen Teilnehmer doch keine ganz abwegige Hoffnung, das schneller zu erleben, wenn der DGB sich für diese Bereiche in Bonn auch so stark und nachhaltig einsetzen würde, wie er es für andere schon praktiziert.

Rudolf A. Zierholz