

## Genetische Beratung

### *Alleingelassen*

Besondere ethische Anforderungen stellt die Gentechnik mit ihren neuen Möglichkeiten der DNA-Analyse an Arzt und Patient gleichermaßen. Der humangenetischen Diagnostik hat die Enquete-Kommission des Bundestages „Chancen und Risiken der Gentechnologie“ daher einen eigenen Diskussionspunkt gewidmet. Nahezu unverändert wurden die Empfehlungen im Bereich der genetischen Beratung und der pränatalen Diagnostik nun – nach fast dreijähriger Beratungszeit – in ihre „Beschlußempfehlung“ vom 4. Oktober 1989 übernommen.

Das macht nachdenklich: Denn die Diagnosemöglichkeiten konnten mit Hilfe der DNA-Analyse gerade in diesem Zeitraum enorm erweitert werden, doch stehen ihnen bislang häufig noch gar keine Therapie-Angebote gegenüber. Eine Tendenz, die sich in den kommenden Jahren fortsetzen wird und in den Bereichen pränatale und postnatale Diagnostik und prädiktive Medizin jeweils spezielle ethische Konflikte aufwerfen wird und menschliche Tragödien heraufbeschwören könnte.

Genügt es da, die Ärzte und ihre Berufsorganisationen aufzufordern, ihre Beratungspraxis den erweiterten Möglichkeiten der genetischen Analyse anzupassen, indem die humangenetischen Institute neben einer entsprechenden technischen Ausstattung auch eine personelle Besetzung erhalten, die eine interdisziplinäre Zusammenarbeit gewährleistet und bereit ist den Kontakt zu einer Sozialfürsorgestelle (psychologischen Beratungsstelle) herzustellen?

Ist es ausreichend, den Arzt auf die besonderen Anforderungen bei der Gesprächsführung aufmerksam zu machen, bei dem nicht nur der sachliche Inhalt, sondern vor allem auch die Art der Vermittlung entscheidend ist, damit der ratsuchende Patient ohne Beeinflussung vom Arzt autonom und in Eigenverantwortung entscheiden kann?

Indem so allein den Ratsuchenden die Entscheidungen auf der Basis der Freiwilligkeit überlassen werden, ist die Gefahr der Eugenik durch gesundheitspolitische Maßnahmen natürlich eingedämmt. Aber hält sie nicht um so vehementer wieder Einzug als Druck durch die Gesellschaft auf die vermeintliche Entscheidungsfreiheit des einzelnen?

Von Ärzten und den bislang etwa 30 humangenetischen Beratungsstellen in der Bundesrepublik – einige davon mit dem anspruchsvollen Namen „gen-ethische“ Beratungsstelle – aber wird verlangt, daß sie diese Gefahr – wertungsfrei zwar – doch durch unterstützende Beratung und Hilfe bei der Problembewältigung eindämmen.

Ob sich der Patient dabei vom Arzt alleingelassen, ob sich der Arzt von Berufs- und Gesundheitspolitikern überfordert fühlt, ja, ob diese Aufgabe für Ratsuchende wie für Berater schließlich überhaupt zu lösen sein kann, wird nun wohl die Zukunft zeigen. UF

## PR-Aktivität

### *Spendenwerbung*

In der vergangenen Adventszeit und zum Jahreswechsel häuften sich Spendenbitten. Der Adressat vermag nicht immer, die Seriosität der Bittsteller zu durchschauen. Aber guten Willens in falsche Hände zu schenken, beschämt schließlich wohl nur den „Beschenkten“, wenn er sich denn zu schämen vermag.

Verstimmung allerdings kommt auf, wenn Art, Aufmachung und Aufwand der Spendenwerbung so professionell „gekonnt“ sind, daß sich die Vermutung gewerblicher PR-Aktivität aufdrängt mit der Folgerung, beträchtliche Anteile der Spenden, womöglich gar Erfolgsprovisionen gewerblichen Werbern zu überweisen. Spitze zum letzten jüngsten Jahreswechsel war ein mit privatem Absender aus Norddeutschland versandtes Päckchen mit Filmkassetten und Spendenbitten für eine süd-deutsche Klinik. – Jeder Adressat

setzt für seine Spendenaktivitäten gewiß auch spontan Akzente, wenn eine Bitte ihn anrührt. Wo aber Aufwand und Professionalität der Spendenwerbung so aufdringlich wirken wie im geschilderten Fall, eskaliert bei manchem die Stimmung zur Verstimmung. F. M.

## Dritte Welt

### *Personalnot*

Immer noch werden viele Ärzte gesucht für die Arbeit in der Dritten Welt – und nur wenige gefunden. Immer noch gibt es in der Bundesrepublik Deutschland viele arbeitslose Ärzte. Für den Tropeneinsatz braucht man einige Jahre klinische Erfahrung. In Frage kommen also nur Assistenzärzte, die bereits einige Jahre einer Facharztweiterbildung hinter sich haben. Was spricht für oder gegen eine solche Arbeit?

Hat man eine der begehrten Weiterbildungsstellen zur Erlangung der Gebietsarztbezeichnung bekommen, kann eine Unterbrechung von einem halben bis zwei Jahre fatal sein. In der Regel ist man arbeitslos, wenn man zurückkommt. Wer garantiert einem eine Stelle im voraus? Man ist nicht mehr „auf dem neuesten Stand“. Anstatt sich mit Veröffentlichung von Publikationen oder wissenschaftlichen Arbeiten zu beschäftigen, hat man „Buschmedizin“ betrieben, mit der zu Hause nichts anzufangen ist. Aufgrund dieser und sicher auch noch anderer, sehr persönlicher Überlegungen sind einige, vor allem kleine deutsche Organisationen, die Ärzte für Dritte-Welt-Projekte anstellen und vermitteln, in Personalnot gekommen. Vor allem, wenn Idealismus eine geringe Bezahlung ausgleichen muß.

Seit drei Monaten arbeiten wir in einer Klinik im trockenen Norden von Namibia, wo 13 Jahre Krieg geherrscht hat, ausgesandt vom Deutschen Notärztekomitee/Kap Anamur (Troisdorf). Wir haben unsere Weiterbildung für Chirurgie (nach 4<sup>1/2</sup> Jahren) und für Gynäkologie (nach 3<sup>1/2</sup> Jahren) unterbrochen in der

Hoffnung, sie nach der Rückkehr fortsetzen zu können. Unsere Hilfe ist sehr nötig und die Arbeit sinnvoll. Da wir neben den eigenen auch alle anderen Fachgebiete mitversorgen, ist die medizinische Erfahrung enorm und sicher auch von großem Nutzen in der „Ersten Welt“. Außerdem ist die Horizonterweiterung durch das Leben und Arbeiten in einer so anderen Kultur für jeden Menschen wertvoll.

Wir möchten daher alle leitenden Ärzte bitten, die jüngeren Kollegen zu Einsätzen in der Dritten Welt zu ermuntern. Durch langfristige Stellenzusagen oder Zwischenverträge, die die Rückkehr an dasselbe Haus ermöglichen, könnten Chefarzte und Verwaltungen die Entscheidungen zu einem solchen Einsatz enorm erleichtern.

Dr. Bart Maris, Dr. Michael Ollefs; Ramhaku Hospital, Umbalantu, Namibia

#### FRAGEN SIE DR. BIERSNYDER!

##### ***Rentenneurotiker?***

Sehr geehrter Herr Kollege,

*bei verschiedenen Gutachten habe ich das Gefühl, daß die Fragesteller eigentlich nur alle medizinischen Interventionen aushalten müssen, um endlich dann doch eine Rente zu bekommen. Was ist da eigentlich zu machen?*

Dr. Biersnyder antwortet: Bei vielen Klienten, die eine Rente haben wollen, ist es sicher sehr schwierig, sie von diesem Wunsch abzuhalten. Im allgemeinen werden schließlich die berentet, die seelisch so stabil sind, daß sie in der Tat alle Kuren und medizinischen Maßnahmen folgenlos überstehen und die gleichen Beschwerden immer wieder vorbringen können. Hier wäre es sicher richtig, über eine Kommission von vorneherein die auszusondern, die sich allen Maßnahmen gegenüber resistent zeigen werden. Früher, aber wirklich sehr viel früher, gab es eine Gruppe, die man Rentenneurotiker nannte. Diese Gruppe ist gänzlich ausgestorben; es gibt aber eine Fülle von Menschen, die in dieses zweifellos überholte Schema passen.

Ingbert Weber

## **Medizinische Orientierungsdaten: Entscheidungshilfen für eine sachgerechtere Gesundheitspolitik**

Seit langem wird beklagt, daß Gesundheitspolitiker in der Regel auf der Basis ökonomischer, selten aber auf der Basis medizinischer Orientierungsdaten ihre Entscheidungen treffen. Nutzen-Kosten-Überlegungen beherrschen einseitig die Auseinandersetzung über die richtigen Ziele und Maßnahmen im Gesundheitswesen. Um zur Überwindung dieses aus ärztlicher Sicht gefährlichen Zustands beizutragen, wurde bereits Ende 1985 eine wissenschaftliche Projektgruppe beauftragt, eine umfassende Darstellung medizinischer Orientierungsdaten zu erarbeiten, die zur Unterstützung gesundheitspolitischer Entscheidungsprozesse geeignet sein sollte. Die Projektgruppe, die im gemeinsamen Auftrag der ärztlichen und zahnärztlichen Spitzenorganisationen sowie des Bundesministeriums für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (BMJFFG) arbeitete, hat kürzlich ihren Abschlußbericht Bundesministerin Prof. Dr. phil. Dr. h. c. Ursula Lehr in Bonn übergeben.

### **Ziele für eine realistische Politik**

Immer wieder wird betont, eine erfolgreiche Gesundheitspolitik müsse sich an positiven, realistischen und realisierbaren Zielen orientieren. Dazu wären die Verantwortlichen allerdings auf medizinische Orientierungsdaten angewiesen, die bislang fehlen. Nur auf der Basis solcher Daten lassen sich, unabhängig von ökonomischen Bezugsgrößen, auch aus medizinischer Sicht Prioritäten für Ziele und Maßnahmen begründen.

Ziele zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit werden auf verschiedenen Ebenen formuliert: Ärzte, gesundheitspolitische Entscheidungsträger (etwa in den Behörden der Gebietskörperschaften, in den Selbstverwaltungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassen) wie auch die parlamentarischen und Parteigremien sind, je nach Aufgabenstellung, in unterschiedlicher Weise damit befaßt.

Soweit Zielentscheidungen darauf gerichtet sind, die Verhältnisse in einzelnen Sektoren des Gesundheitswesens zu beeinflussen (Beispiel: Reform des Einheitlichen Be-

wertungsmaßstabes durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung), soll hier von „gesundheitspolitischen“ Entscheidungen gesprochen werden. Gesundheitspolitische Zielentscheidungen betreffen also Prioritäten zugunsten einzelner Krankheitsarten beziehungsweise bestimmter Risiko- oder Patientengruppen. Demgegenüber hat der in der Versorgung tätige Arzt, wenn er Behandlungsstrategien für seine Patienten festlegt, über fallbezogene Gesundheitsziele zu befinden. Ärzte und Politiker treffen also auf unterschiedlichen Ebenen Entscheidungen darüber, welche Gesundheitsziele angesteuert und mit welchen Maßnahmen sie erreicht werden sollen.

### **Unzureichende Transparenz von Entscheidungen**

Diese Gemeinsamkeit darf aber nicht über einen ganz wesentlichen Unterschied hinwegtäuschen: Die Chance, daß rationale und sachgerechte Zielentscheidungen getroffen werden, ist bei Ärzten und Politikern nicht in gleicher Weise gegeben. Während sich nämlich die Rationali-