

wir damit rechnen, daß auch die Zusammenarbeit, die Compliance mit der Ärzteschaft, sich dahingehend positiv entwickelt, daß die Sekundärprävention zum Tragen kommt, das heißt die Vermeidung weiterer Konfliktschwangerschaften und deren Abbruch.

Es wäre sicher wünschenswert und im Interesse gerade der Ärzteschaft sinnvoll gewesen, in diesem Gesetz deutlich zu formulieren, daß jeder Schwangerschaftsabbruch nur aus einer Notlage heraus stattfinden kann, denn aus dieser grundsätzlichen Überzeugung ergeben sich ja auch die Pflichtberatung und überhaupt die Notwendigkeit einer gesetzlichen Regelung.

Unabhängig davon, wie das endgültige Gesetz nach einem Spruch des Bundesverfassungsgerichtes aussehen wird – eine Pflichtberatung wird erhalten bleiben. In jedem Fall sollte aber klargestellt werden, daß eine Beratungsstelle im Sinne dieses Gesetzes auch ein Arzt oder eine Ärztin sein kann, wenn die notwendige Voraussetzung dafür gegeben ist. Diese Voraussetzung kann und muß auch eine umfassende Fortbildung sein.

Von der Ärzteschaft kann es nicht begrüßt werden, wenn der gesamte Beratungskomplex primär nur in Beratungsstellen vorgenommen wird. Richtig ist es sicherlich, daß im Gesetz ausdrücklich klargestellt wird, daß nicht derjenige Arzt beraten soll, der den Schwangerschaftsabbruch vornimmt.

Die Ärzteschaft begrüßt es, daß in diesem Gesetzesentwurf die zusätzliche Dokumentationspflicht keinen Eingang gefunden hat. Denn es darf nicht Kriminalisierungen und Diskriminierungen der Frauen und auch der behandelnden Ärzte und Ärztinnen Tür und Tor geöffnet werden. Jeder Arzt ist bereits jetzt verpflichtet, über sein Tun und Lassen eine ausreichende Dokumentation zu erstellen.

Anschrift der Verfasserin:

Dr. med. Ingeborg Retzlaff
Präsidentin der Ärztekammer
Schleswig-Holstein
Bismarckallee 8-12
W-2360 Bad Segeberg

Gesundheits-Strukturgesetz

Was wollen eigentlich die Versicherten?

Das Schauspiel ist seit Wochen dasselbe. Täglich klatscht der Bote einen Paken Papier in den Posteingangskorb, und ohne näheres Hinschauen weiß man: Der dicke bräunliche Papierstapel ist der aktuelle Entwurf des Gesundheits-Strukturgesetzes, in etwa der 47., und ein Großteil der gelben, blauen oder weißen Zettel sind Reaktionen darauf: Kritik von Ärzteverbänden, Mahnungen der Pharmazeutischen Industrie, Vorschläge der Krankenkassen. Oder: Mahnungen der Krankenkassen, Vorschläge von Ärzteverbänden, Kritik der Pharmazeutischen Industrie. Oder . . .

An manchen Tagen gerät der Stapel wundersamerweise kleiner als sonst, und dann bleibt Zeit, die Gedanken schweifen zu lassen. Warum, grübelt man dann beispielsweise, warum erfährt man eigentlich immer nur von den Verbänden der Ärzte, Apotheker, Arzneimittelhersteller und vielleicht noch von den Dachorganisationen der Krankenkassen, was sie vom Gesundheitsstrukturgesetz halten – und nie von den Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung? Zwar kann man von 38 Millionen Mitgliedern plus Millionen mitversicherter Familienangehöriger nichts weniger erwarten als eine geschlossene Meinung – aber überhaupt keine?

Patienten haben keine Lobby

Da wird an einem Mammutgesetz gebastelt, das nun wirklich so gut wie jeden in der Bundesrepublik trifft – und keiner weiß eigentlich, was die betroffenen Versicherten wollen. Die eine oder andere angeblich repräsentative Umfrage, eine Rote Karte-Aktion immerhin unter Beteiligung der Patienten – das war es im Grunde.

Sicher, wer sich jemals mit der Organisierbarkeit von Interessen be-

faßt hat, der wird sofort locker herausprudeln, weshalb aus der Runde der GKV-Versicherten wenig an gebündelter Kritik und Einflußnahme zu erwarten ist. „Patienten haben keine Lobby“, stellte denn auch Christoph Kranich im Oktober in „Dr. Mabuse“ fest. „In der Diskussion um das sogenannte Gesundheitsstrukturgesetz wird das wieder deutlich: Patienten mischen sich nicht ein, kämpfen nicht für ihre Rechte . . . Da drängt sich die Frage auf: Warum gibt es keine wirksame, schlagkräftige Patientenbewegung?“

Krank zu sein, verbindet nicht genug

Kranichs Antworten: Erstens verbinde nicht, was zum Patientsein gehöre: Patienten seien weder eine Berufsgruppe noch eine soziale Schicht oder eine biologisch definierte Bevölkerungsgruppe. Zweitens gehe das Patientsein meist vorüber – und selbst wenn eine Krankheit sich über Jahre erstrecke, streben die Betroffenen doch stets von diesem Status weg. Drittens habe Patientsein etwas mit Leiden und Erdulden zu tun, soziale Bewegungen zielten aber gerade darauf ab, Dulden und Passivität zu überwinden – ein Widerspruch.

Folge: „Nur wo Krankheit gleichzeitig eine krankheitsspezifische, gravierende Änderung des Lebens fordert, viele Individuen betrifft und diese durch soziale Faktoren zusammengebracht werden, gelingt die Bildung von Zusammenschlüssen.“ Als Beispiele nennt Kranich den Contergan-Skandal und Zusammenschlüsse von Opfern sogenannter Kunstfehler. Ergänzen könnte man die Aufzählung um die immerhin zahlreichen Selbsthilfegruppen Behinderter oder chronisch Kranker.

Was aber solch eher homogenen Kreisen von Kranken schon schwerfällt beziehungsweise nur bedingt

notwendig erscheint, kann im Grunde der heterogenen, anonymen Masse der Versicherten noch weniger gelingen – oder eben gar nicht. Wer will sich auch nach Feierabend im Ortsverein „GKV-Mitglieder für ihre Rechte“ mit Sicherstellungsauftrag, Positivliste und Krankenhausfinanzierung auseinandersetzen? Wo sollten sich derartige Organisationen selbst einordnen: Als Gegner aller oder einzelner sogenannter Leistungsanbieter? Oder sogar als Gegenspieler der eigenen gesetzlichen Krankenkassen? Was müßte nicht erst einmal auf die Beine gestellt werden, um im eingespielten Pulk von Politikern und Wissenschaftlern im Gesundheitswesen etwas bewegen und bewirken zu können?

Versicherte: Die unbekanntes Wesen

Kein Wunder also, daß sich allenfalls Patientenvereinigungen zu Wort melden, nicht aber Krankenversicherten-Zusammenschlüsse. Obwohl es sie strenggenommen gibt, denn nichts anderes sind die Selbstverwaltungen der Ersatzkrankenkassen. Bezeichnenderweise äußern sich ihre Vertreter aber in Diskussionen, so auch um das Gesundheitsstrukturgesetz, nicht selbst, sondern überlassen das Feld hauptamtlichen Funktionären. So sind die Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung in mancher Hinsicht immer noch unbekanntes Wesen. Daran ändern im Grunde auch Patientenvereine ohne spezielle Ausrichtung nichts, die sich in den letzten Jahren gegründet haben und deren selbsternannten Vertretern man nur mit Skepsis begegnen kann.

Schwupp – da landet ein neuer Stapel gelber, blauer und weißer Zettel im Posteingangskorb, und mit ein wenig Glück findet sich auch rasch der 48. Entwurf des Gesundheitsstrukturgesetzes. Was soll es – Interessen, die nicht artikuliert werden, finden eben keine Berücksichtigung. Und wer weiß, was alles herauskäme, wenn man wirklich die Versicherten ernsthaft befragen würde!

Sabine Dauth

Verliert die deutsche Pneumologie den internationalen Anschluß?

Eine Untersuchung der Veröffentlichungspraxis

Die Pneumologie, jetzt nur noch als Teilgebiet der Inneren Medizin existent, ist zahlenmäßig an den deutschen Universitäten im Vergleich zu anderen Subspezialitäten der Inneren Medizin nur gering vertreten. Es gibt nur noch wenige Ordinariate (Hannover, Mainz, Essen) sowie einige Universitätsabteilungen (Bochum, Homburg/Saar, Frankfurt, Freiburg, München), die aber personell, strukturell und bettenmäßig deutlich ungünstiger dastehen als andere internistische Teilgebiete mit vergleichbarer Krankheitshäufigkeit. Die klinische Versorgung pneumologischer Patienten findet daher überwiegend in außeruniversitären Einrichtungen statt. Diese Besonderheit der Pneumologie erklärt sich aus der historischen Entwicklung der Tuberkulose, die das Fach bis in die 70er Jahre dominant bestimmt hat. Obwohl pneumologische Erkrankungen und der Diabetes mellitus die einzigen Krankheitsentitäten sind, die weltweit zunehmen, und obwohl sich die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten der Pneumologie wesentlich verbessert haben, sind die gewachsenen Strukturen in der Pneumologie im wesentlichen unverändert geblieben.

Inwieweit diese „Strukturschwäche“ sich in der Anzahl wissenschaftlicher Arbeiten in renommierten europäischen und außereuropäischen Zeitungen widerspiegelt, wird im folgenden untersucht und mit dem Teilgebiet Kardiologie verglichen.

Methode und Ergebnisse

Ausgewertet wurden drei Jahrgänge (1988 bis 1990) der in den *Ab-*

bildungen 1 und 2 aufgeführten Zeitschriften mit insgesamt 4484 Originalarbeiten (keine Abstracts). Die Nationalitäten-Zuordnung erfolgte jeweils nach der Institution, an der die Arbeit im wesentlichen erstellt wurde. Die Zahl der Veröffentlichungen wurde dann auf die Zahl der Einwohner und auf das Brutto-sozialprodukt der jeweiligen Länder bezogen.

Im damaligen Europa lag die Bundesrepublik Deutschland (BRD) in der offiziellen Zeitung der Europäischen Gesellschaft (European Respiratory Journal) bezogen auf ihre Einwohnerzahl an viertletzter Stelle. Kleinere Länder wie zum Beispiel Schweden zeigten eine Veröffentlichungszahl, die etwa 20mal höher lag. In der Kardiologie (European Heart Journal) lag die BRD im mittleren Drittel. Interessanterweise führt auch hier ein kleines Land, nämlich die Niederlande, die dreimal mehr Publikationen im Vergleich zur BRD aufwies.

Unter Bezug auf das Bruttosozialprodukt finden sich in den einzelnen Nationen noch deutlichere Unterschiede. Hier lag die BRD, was die Publikationen in pneumologischen Zeitschriften angeht, an vorletzter Stelle vor der Türkei (*Abbildung 1*). Auch in der kardiologischen Zeitschrift rutscht die BRD bei Betrachtung des Bruttosozialproduktes etwas weiter nach hinten.

Im internationalen Vergleich stellt sich ein ähnliches Bild dar. Bezogen auf die Einwohnerzahl liegt die BRD im American Review of Respiratory Disease im letzten Drittel. Weltweit führt die USA mit 17mal, in Europa Schweden mit 13mal mehr Publikationen als die