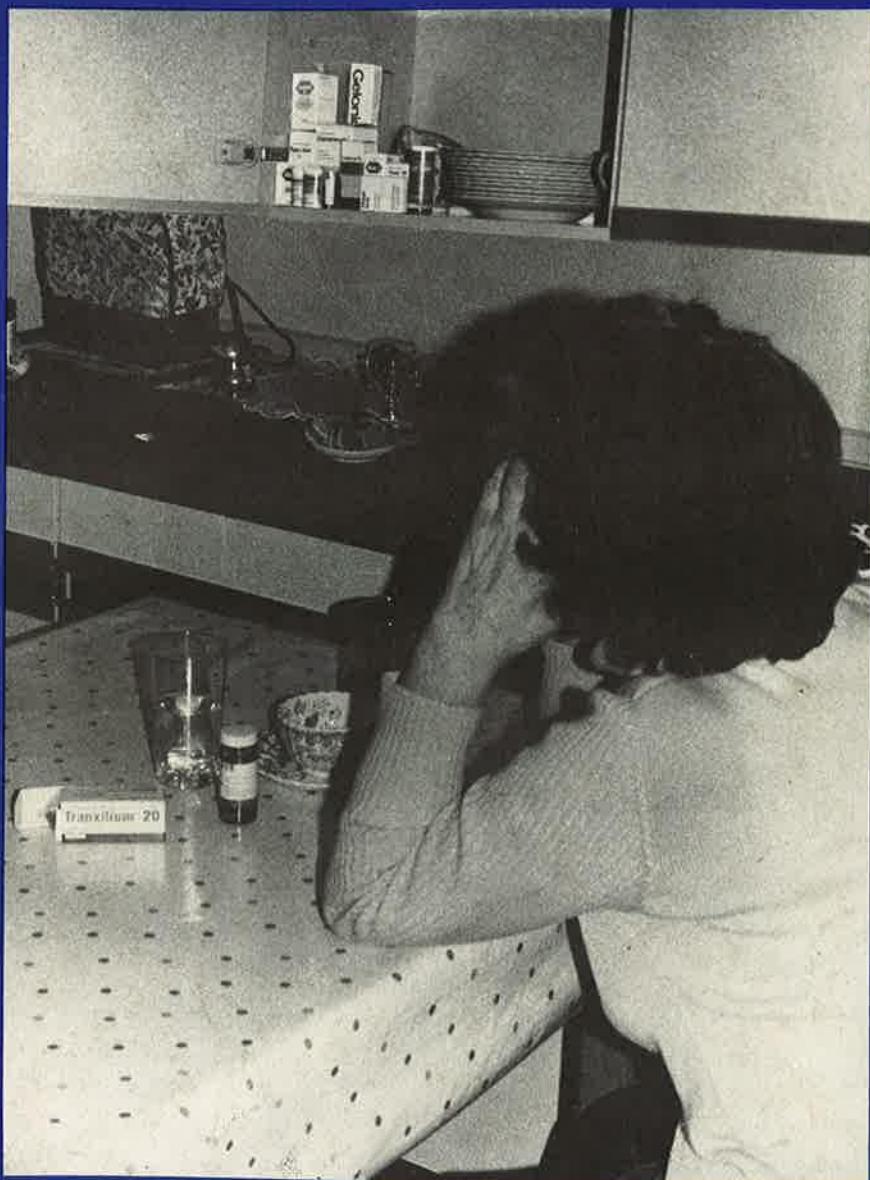


DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN

ZEITSCHRIFT FÜR GESUNDHEITS- UND SOZIALBERUFE



Schwerpunkt:

Sucht

- „Stoff“ aus der Apotheke
- Selbstmedikation
- Alkoholiker ambulant behandeln
- Therapie als Strafe
- Schuld ist immer das Opfer
- Gesundheitsversorgung
- Der Duogynonskandal

Krankenpflege

Für bundeseinheitliches Krankenpflegegesetz

Pharma- und Geräteindustrie

Pharmawerbung – Nein danke

Frieden

- Notstandsgesetz für die Medizin
- „Wie wir einen Atomkrieg überleben“
- Krefelder Appell

Dokumentation

- Internationale Abrüstungsinitiativen
- Augenzeugen von Nagasaki
- Toni Schlösser: Zur Suchtkrankenversorgung

2/81

06-394711-07-01

BÖCKER
KARL

375

TARPENBECKSTR. 125

2000 HAMBURG 20

Kommentar von Harald Kamps



Die gewinnsüchtige Gesellschaft

Sucht – sind das die Kinder vom Bahnhof Zoo oder die 500 Menschen, die sich jährlich zu Tode spritzen? Sind das die 10000 Fixer, die allein in Nordrhein-Westfalen wohnen und an denen die Rauschgiftmafia jeden Tag 1 Million Mark verdient? Die Umsätze des internationalen Drogenhandels stehen denen multinationaler Konzerne nicht nach. Der Handel folgt auch denselben Gesetzen: „Weder Wunder noch ‚Welle‘, sondern simple kapitalistische Logik, daß sich der Warenstrom in die europäischen Länder ergoß, deren Währung die höchste Rendite garantierte. Harte Währung-harte Drogen“ – so Günter Amendt in der Februarauflage von Konkret.

Doch dies ist eher Nebenschauplatz der bundesdeutschen Drogenszene. Suchtproblem Nr. 1 ist der steigende Alkohol- und Medikamentenmißbrauch. Zwei Millionen Bundesbürger sind Alkoholiker. „Jeder 10. Mitarbeiter gilt als alkoholgefährdet. Schlampige Arbeit, Betriebsunfälle, Frühinvalidität verursachen Kosten in Milliardenhöhe“, beklagt das manager-magazin. Allein 200 000 Jugendliche sind dem Alkohol verfallen. Seit Beginn dieses Jahrhunderts schlagen die Deutschen alle Rekorde. Fast 13 Liter Alkohol pro Kopf im Jahre 1979, vom Säugling bis zum Greis trank jeder 150 Liter Bier, 20 Liter Wein und 320 Schnäpse. Vor 20 Jahren begnügten wir uns mit einem Viertel dieser Unmenge.

Der Tablettenmißbrauch hat kaum geringere Ausmaße. Es ist bereits bemerkenswert genug, daß es dazu keine statistisch verwertbaren Zahlen gibt. Die liegen verschlossen in den Tresoren der Pharmaindustrie. Nach einer Untersuchung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung kommen 3 Millionen Bundesbürger nicht ohne Beruhigungs- und Schlafmittel aus. 18 % der Eltern waren bereit, ihren Kindern bis 10 Jahren Arzneimittel zur „Verbesserung der Konzentration“ zu geben. Eine kürzlich in Norwegen veröffentlichte Umfrage unter 800 Patienten, die auf eine internistische Abteilung eines Krankenhauses eingewiesen waren, zeigte, daß von diesen 40 % Beruhigungs- und Schlafmittel nahmen und dies meist länger als 1 Jahr. Die Wissenschaftler schlossen ihre Arbeit mit der Bemerkung: „Es fehlen immer noch gute Untersuchungen, die zeigen, daß diese Mittel auch nach Monaten noch den gewünschten Effekt haben. Trotzdem ist jahrelanger Gebrauch die Regel. Ein solcher Gebrauch dient nicht dem Patienten.“ Er dient dem Profit der Pharmakonzern – bliebe hinzuzufügen. Und die verdienen nicht schlecht. Tranquillizer wie Valium zählen zu den Markttrennern. Den Krankenkassen kostet die ärztliche Verordnung dieser Glücksbringer eine halbe Milliarde Mark pro Jahr.

Schirmacher dieses medizinisch bedenklichen und suchterregenden Mißbrauchs ist eine aufdringliche Publikumswerbung. Die Werbestrategen der Pillen- und Schnapsproduzenten kümmern sich nicht um Suchtgefährden. Für sie und ihre Auftraggeber zählt nur klingende Münze. Glaubt man einer ökonomischen Studie aus

Großbritannien, so ginge der Alkoholverbrauch bei einem totalen Werbeverbot um immerhin 13 % zurück. Kein Wunder also, daß die von unserer Gesundheitsministerin vor einem Jahr ins Gespräch gebrachte Werbebeschränkungen für Alkoholprodukte wieder in der Versenkung verschwunden sind. Das Verbot der Alkoholwerbung, seit Jahren in den skandinavischen Ländern praktiziert, ist längst überfällig. Auch der Beschuß des 8. Gewerkschaftstages der ÖTV, jegliche Arzneimittelwerbung zugunsten eines industrieunabhängigen Informationszentrums zu verbieten, ist so aktuell wie vor 5 Jahren. Solange hier nicht Nägel mit Köpfen gemacht werden, kann sich das Ministerium die Kosten für noch so farbige Aufklärungsbroschüren sparen.

An den Ursachen der Sucht kratzen solche Heftchen ohnehin nicht. Die Entstehungsbedingungen werden verschleiert. Im Lehrbuch Psychiatrie und Neurologie für Krankenpflegeberufe steht denn auch klipp und klar: „Unter den Drogenabhängigen finden wir häufig abnorme Persönlichkeiten, vor allem haltlose oder willensschwache Psychopathen.“ Die Einsichten des Direktors der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefährden, Herbert Ziegler, sind kaum tiefscrifender: „Hauptgründe für Trunksucht sind bei Jugendlichen mangelnde Erziehung und mangelnde seelische Substanz, zuviel Geld und Freizeit.“ Der Zynismus dieser Äußerung wird deutlich, wenn wir uns die Ergebnisse einer wissenschaftlichen Untersuchung bei 3 000 langfristig und 14 000 in akuten Problemsituationen betreuten jungen Menschen vor Augen halten. Antje Huber mußte vor der Öffentlichkeit die erschreckende Bilanz ziehen: Bestehende oder drohende Arbeitslosigkeit läßt Jugendliche unter Minderwertigkeitsgefühlen leiden, zu Alkohol und Drogen flüchten, macht sie straffällig. Solche Erkenntnisse passen nicht ins Konzept. Wollen uns die verantwortlichen Politiker doch weismachen: Mit dem Wohlstand wächst der Durst. Dabei belegen alle zugänglichen Materialien, daß nicht die wohlhabenden, sondern die unteren sozialen Schichten am meisten betroffen sind. Sie erkranken am häufigsten, die Sucht wird meist chronisch und führt häufiger zu Frühinvalidität. Der Klassencharakter der Sucht läßt sich nicht länger verborgen. Mit dieser Erkenntnis ist eine hinreichende Erklärung für die Entstehung von Abhängigkeit natürlich noch nicht geleistet. Forschung, die nicht vernebelt, sondern Zusammenhänge aufdeckt, muß verstärkt gefördert werden. Die Finanzierung gelänge leicht, wenn nur ein Bruchteil der 5,5 Milliarden Alkoholsteuer pro Jahr zur Verfügung stünde.

Doch unser Wohlfahrtsstaat hat eine andere Lösung parat: Therapie. Stolz wird auf die 55 Fachkrankenhäuser für Suchtkranke verwiesen, auf 10 000 Behandlungsplätze für Alkoholiker und weitere 1 800 für Drogenabhängige. Aber auch hier bestimmt die soziale Ungleichheit die Behandlungswirklichkeit. Die unqualifizierten Arbeiter und Arbeiterinnen werden in die großen psychiatrischen Kliniken eingewiesen. Dort bestimmt Verwahrung statt Therapie das Bild, sieht man von den wenigen durch die Rehabilitationsträger finanzierten Behandlungsplätzen ab. Selbständige Frauen, leitende Angestellte und Facharbeiter haben dagegen eher die Chance einer Behandlung in einer personell besser ausgestatteten Fachklinik. Auch bei der Nachsorge sind die unteren sozialen Schichten deutlich benachteiligt, der Rückfall ist vorprogrammiert.

Wie es besser und humaner geht, weiß man auch in den Chefagenten von Großkonzernen wie BASF, Hoechst, Schering und Unilever. In enger Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen gibt es in 20 Firmen ein betriebsinternes Therapieprogramm. Trocken gewordene Kollegen, eigens eingestellte Sozialarbeiter bieten Gespräche an, vermitteln Kontakt zu Fachkliniken und leisten therapeutische Gruppenarbeit. Oberstes Gebot: der Arbeitsplatz muß gesichert bleiben. Nicht Humanitätsduselei hat die Arbeitgeber zu einem solchen Konzept geführt, sondern nüchternes Kalkül und der Mangel an qualifizierten Arbeitskräften. Ob es angesichts drohender Massenarbeitslosigkeit durchgehalten wird, ist mehr als fraglich. Unser Gesellschaftssystem ist abhängig vom Profit, der Mensch hat nur dann einen Wert, wenn er Gewinn abwirft – durch seine Arbeit oder halt durch den Konsum suchterregender Stoffe.

IMPRESSUM

Herausgeber

Heinz-Harald Abholz (West-Berlin), Hans-Ulrich Deppe (Frankfurt), Heiner Keupp (München), Hans Mausbach (Frankfurt), Michael Regus (Siegen), Hans See (Frankfurt), Jürgen-Peter Stössel (München), Erich Wulff (Hannover).

Redaktion:

Gesundheitsversorgung: Detlev Uhlenbrock, Peter Walger; **Arbeits- und Lebensverhältnisse:** Norbert Andersch, Gregor Weinrich; **Umwelt:** Uwe Schmitz; **Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen:** Matthias Albrecht, Peter Liebermann; **Demokratie und Gesundheitswesen:** Willi Farwick, Ulli Menges; **Pharma- und Geräteindustrie:** Harald Kamps; **Ausbildung:** Edi Erken, Gabriele Buchczik; **Krankenpflege:** Michael Roitzsch; **Frauenproblematik:** Ulla Funke, Unni Kristiansen-Kamps; **Internationales Gesundheitswesen:** Gunnar Stempel, Felix Richter; **Medizingeschichte/ideologische Positionen der medizinischen Standesorganisationen:** Peter Walger, Helmut Koch; **Kultur und Subkultur:** Ulli Raupp, Gunar Stempel.

Der für das jeweilige Ressort zuerst oder allein genannte Redakteur ist verantwortlicher Redakteur im Sinne des Pressegesetzes.

Namentlich gezeichnete Beiträge geben die persönliche Meinung des Verfassers wieder und stellen nicht unbedingt die Meinung der Redaktion dar.

Die Redaktion bittet die Leser um Mitarbeit, kann aber für unverlangt eingesandte Manuskripte keine Haftung übernehmen.

Nachdruck nur nach Zustimmung der Redaktion.

Redaktionsschrift: „Demokratisches Gesundheitswesen“, Postfach 101041, 4100 Duisburg 1.

Koordinierende Redaktion und Anzeigenverwaltung: Ullrich Raupp, Spyckstr. 61, 4190 Kleve, Tel. (02821) 2 6561 (Mo, Di und Do 13-15 Uhr).

Die Zeitschrift „DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN“ erscheint zweimonatlich bei: DG Gesellschaft zur Herausgabe gesundheitspolitischer Schriften mbH, 4400 Münster, Siemensstr. 18 B Tel. (0251) 73367; Konten: BfG Münster Nr.: 10102947 BLZ: 40010111; Postscheckamt Dortmund Nr.: 24962465 BLZ: 44010046

Der Abonnementspreis beträgt 3,50 DM zuzüglich 0,50 DM Versandgebühr. Das Einzelheft kostet 4,00 DM. Abonnementsrechnungen sind innerhalb von zwei Wochen nach ihrer Ausstellung zu begleichen. Das Abonnement verlängert sich jeweils um ein weiteres Jahr, wenn nicht bis zum 30. September des laufenden Jahres eine Kündigung zum Jahresende beim Vertrieb eingegangen ist.

Vertrieb:

Pahl-Rugenstein Verlag, Gottesweg 54, 5000 Köln 51, Tel. (0221) 364051, Konten: Postcheckamt Köln 6514-503. Stadtsparkasse Köln 10652238.

Erfüllungsort und Gerichtsstand ist Münster. Bei Nichterscheinen durch höhere Gewalt kein Entschädigungsanspruch.

Redaktions- und Anzeigenschluß für Nr. 3/81: 8. 4. 1981, Auflage 4 000.

Graphik: Christian Paulsen
Layout: Jutta Nüßen, Evelyn Pütz, Uwe Schmitz

Satz und Druck: Druckerei und Verlag Locher GmbH, 5000 Köln 30.

JSSN: Nr. 0172-7091



Sucht – ein Thema für viele bunte illustrierte Seiten. Uns stinkt besonders, daß Pillen- und Schnapsproduzenten daran das große Geld verdienen. Was die DG-Autoren sonst noch so meinen, könnt Ihr auf den Seiten 8 bis 19 lesen.



Pharmawerbung – Nein danke und 10 unbedrängte Regeln zum Umgang mit Pharmawerbung auf den Seiten 30 und 31. Hört auf, Euch bestechen zu lassen und schreibt uns, wie es Euch dabei ergeht.



Tausende von Atomköpfen und Raketen versichern den Frieden in Europa. Der Rüstungswahnsinn hält an. Klammheimlich wird für die Medizin der Notstand geplant. DG ruft alle Leser auf, ihren Teil zu den 1 Millionen Unterschriften gegen neue Atomraketen in Europa beizutragen.

DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN

Inhaltsverzeichnis

Kommentar

von Harald Kamps

Schwerpunkt

Sucht

„Stoff“ aus der Apotheke	8
Selbstmedikation im Griff der Pharmaindustrie	10
Alkoholkrank, ambulant behandeln!	12
Schuld ist immer das Opfer	14
Therapie als Strafe	16
Drogenszene: „Nicht vom Horror erdrücken lassen!“	18

Gesundheitsversorgung

Der Duogynon-Skandal	20
Eröffnung des „behinderten Jahres“	22

Forum: Ambulante Versorgung

Modellversuch der AOK-Mettmann	24
Gesundheitszentrum Gropiusstadt	26

Historisches

Hartmannbund im Faschismus	27
----------------------------	----

Abrüstung

Notstandsgesetz für die Medizin	28
„Wie wir einen Atomkrieg überleben“	38

Pharma- und Geräteindustrie

Pharmawerbung – Nein danke!	30
-----------------------------	----

Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen

Das (Miß-)verständnis von der Meinungsfreiheit	36
--	----

Demokratie und Gesundheitswesen

Wo gilt das Grundgesetz?	37
--------------------------	----

Dokumente

Gefahr Kernwaffenkrieg	I
Folgen eines Atomkrieges	II
Mediziner tragen besondere Verantwortung	II
Augenzeugenbericht Nagasaki	III
Rede von Wolfgang Münster auf dem DGSP-Sternmarsch	V
Anton Schlösser: Zur Suchtkrankenversorgung in der BRD	V
Duogynon-Urteil	VIII

Rubriken

Leserbriefe	2
Aktuelles	5
Termine	7
Buchkritik	32
Kultur und Subkultur	40

**Achtung, Abonnenten!!
Bei Umzug bitte beim
PRV-Verlag anmelden**

Leser-Briefe

Vorsicht!müde Ärzte



Gefährden übermüdete Ärzte die Patienten?

Uns erreichte folgender Flugblatttext einer Patientin zum Thema Bereitschaftsdienst, den wir den Lesen nicht vorenthalten wollen:

Margitta Schmidtke
Leuchtenburger Str. 31
2822 Schwanewede I
Tel.: 655077
Bremen, den 18. 1. 81

An die Patienten
des Zentralkrankenhauses
Bremen-Nord

Sehr geehrte Damen und Herren!
Mein Name ist Margitta Schmidtke. Ich bin z.Z. Patientin III und möchte ebenso wie Sie ganz schnell ganz gesund werden.
Die Ärzte tragen gemeinsam mit den Schwestern und Pflegern dieses Hauses entscheidend zu unserer Genesung bei.
Haben Sie sich auch schon Gedanken gemacht, welche große Verantwortung die Ärzte tragen, auch nach 32 Std. (zweiunddreißig) Bereitschaftsdienst? (Mit viel Glück können sie zwischendurch mal „eindösen“).

Wenn wir davon ausgehen, daß Ärzte Menschen sind wie Sie und ich, mit normalem Schlafbedürfnis, dann wußtete ich mich, daß ich eben z.B. die richtige Taktik verordnet bekam, und daß der Doktor gleich meine Vene traf.

Nur wundere ich mich auch darüber, daß wir Patienten (und andere Bürger) noch nicht die Forderungen der Ärzte nach humaneren (menschlicheren) Arbeitszeiten unterstützen haben, denn unser Interesse an „ausgeschlafenen“ Ärzten liegt ja auf der Hand.

Ich möchte zu diesem Zwecke eine Unterschriftenaktion starten und bitte Sie um Ihre Unterstützung.
Margitta Schmidtke

PS: Interessant wäre es, die Haftungsfrage zu klären bei einem Kunstfehler in der 32. Stunde.

Na dann: Gesundheit!

Nach 34 Stunden aufopferungsvollen Dienstes im Krankenhaus verstarb am Mittwoch, dem 10. Dezember 1980, um 15.20 Uhr im Alter von 30 Jahren nach einem tragischen Autounfall mein geliebter Mann, liebevoller und zärtlicher Vater, unser geliebter Sohn, Bruder, Schwiegersohn, Schwager, Onkel und Neffe

Ludwig Wronski

Arzt

* 5. 1. 1950 † 10. 12. 1980

Eveline Wronski,
geb. Belle
Marcus Wronski
Hugo und Hedwig Wronski
Familie Dr. N. Wronski
Familie Georg Wronski
Hedwig Belle
und alle Angehörigen

3578 Schwalmstadt, Kösliner Straße 2

Die Beisetzung findet am Mittwoch, dem 18. Dezember 1980, um 13.30 Uhr auf dem Alten Friedhof in Darmstadt, Nieder-Ramstädtter Straße statt; die Seelenmesse am gleichen Tage um 11.00 Uhr in der Pfarrkirche St. Ludwig.

Evtl. zugeschriebene Blumen bitten wir im Bestattungs-Institut Dechert, Darmstadt, Ludwigshöhstraße 46, abzugeben.

Anzeige aus der Frankfurter Rundschau vom 16. 12. 1980

„Der Krüppel gehört als solcher in eine Anstalt“

Diese Formulierung stammt aus dem Preußischen Invalidengesetz von 1920 – an dieser Einstellung hat sich allerdings auch heute noch nicht viel geändert. Tausende behinderte Menschen werden nach wie vor in die verschiedenen Heime und Sondereinrichtungen mehr oder weniger abgeschoben. Hier erfahren die Ausgesonderten dann spezielle „Sonderbehandlungen“ oder bekommen, falls sie wirtschaftlich nicht mehr interessant sind, einen lebenslangen „Sonderurlaub“. Nach außen werden diese Institutionen angepriesen, rufen zu Spenden auf – ansonsten verschont man die Öffentlichkeit dem vom Anblick der Behinderten. Kurzfristig schreckt einen die Presse mal mit Schlagzeilen

über Mißhandlungen und skandalösen Mißstände, da werden Behinderte verprügelt, festgebunden, in Käfige gesperrt, usw. – meist erfolgen dann eine kurze Empörung, ein paar Leserbriefe, die Mitarbeiter, die die Mißstände an die Öffentlichkeit gebracht haben, werden als „Nestbeschützer“ entlassen und dann schlält die Sache eben wieder ein. (Bekannt wird außerdem nur die Spitze des sprichwörtlichen Eisberges!) In München kämpfen seit Jahren einige Behinderte, deren Eltern, Freunde, Mitarbeiter und „Ehemalige“ verbissen, um die Situation im Spastikerzentrum zu verändern. Seit Jahren ist bekannt, daß dort Kinder geschlagen werden, Kindern der Mund zugeklebt wurde, daß das Heim rund um die Uhr von uniformierten Beamten einer privaten Wach- und Schließgesellschaft und Videokameras bewacht wird usw.



Leser-Briefe

usw. Zahlreiche Petitionen an Politiker, an den Landtag, Briefe an die Presse stießen auf wenig Interesse. Irgendwo verständlich: der Leiter und „Eigentümer“ des Spastikerzentrums Prof. Dr. Göb ist gleichzeitig Landesarzt für Behinderte in Bayern und Träger der bayerischen Staatsmedaille für soziale Verdienste. „Seine“ Behinderten wurden von ihm des öfteren liebevoll „Dappen“ und „Idioten“ bezeichnet; seine Formulierung „Affen kann man auch dressieren“ (Kommentierung von Erziehungsbemühungen v. Mitarbeitern) konnte ebensowenig widerlegt werden, wie der sog. „Toilettenerlaß“, wonach Behinderte nur zu bestimmten Uhrzeiten auf die Toilette gehen durften.

Verschiedene Anfragen von inzwischen doch mißtrauisch gewordenen Politikern ergaben wenig Erfreuliches. Heimbesichtigungen von Heimaufsicht, Behördenvertretern und Politikern waren meistens angekündigt...! Trotz intensiver Bemühungen konnten die meisten Vorwürfe von der Leitung nicht ausgeräumt werden.

Schließlich kam es im Februar 1980 zu einer öffentlichen Sitzung im Münchner Verwaltungsgericht. Zahlreiche Zeugen bestätigten die Vorwürfe – neue Mißstände wurden bekannt. Das klägliche Ergebnis: Man schloß einen Vergleich! Herr Prof. Göb erklärte sich bereit, einen pädagogischen Leiter einzustellen. Auch diese gerichtliche Minimalstforderung wurde monate lang nicht erfüllt. – Inzwischen sind einige Mißstände behoben bzw. gemildert – die Grundpro-

bleme sind aber geblieben. Dies veranlaßte Ministerpräsident Strauß sogar zu einer Stellungnahme: „Bereits aus rechtlichen Gründen ist es dem Freistaat Bayern nicht möglich, den bisherigen Träger des Spastikerzentrums durch staatliche Zwangs- und Druckmittel zur Aufgabe des Spastikerzentrums (...) zu zwingen“ „Das Problem: Das Zentrum ist ein privater Verein ... und unterliegt nur in Teilbereichen staatlicher Aufsicht ... so einfach ist das...“

„Es trifft zwar leider zu, daß die seit Jahren gegen das Spastikerzentrum erhobenen Beschwerden nicht grundlos waren.“ Im gleichen Schreiben bittet er die Kritiker aber „im Interesse der Kinder dem Spastikerzentrum eine Art Schonfrist einzuräumen“. Das Zentrum hätte „durch die seit Jahren anhaltende Kritik einen schlechten Ruf bekommen“ und müsse nun Gelegenheit bekommen „etwa vorhandene Mißstände zu beseitigen“.

Ich glaube, diese Sätze sprechen für sich. Es klingt wirklich wie blander Zynismus, wenn Menschen jahrelang mißhandelt und ihnen elementare Grundrechte verweigert werden und dann für dieses Heim eine „Schonfrist“ verlangt wird! Der Tierschutzverein kämpft für seine „Klienten“ entschiedener und konsequenter...! (Allerdings ist natürlich das öffentliche Interesse für die Lobby Tiere etwas größer).

Ich frage mich, was denn eigentlich noch passieren muß, ehe dieses Heim geschlossen und der Landesarzt abgelöst wird? Dies wäre doch z.B. eine sinnvolle Aufgabe für das „Jahr der Behinderten“!

PS: Zitate von Strauß im oben genannten Schreiben:

„Jede Meldung über Mißstände in Heimen von Personen außerhalb der staatlichen Heimaufsicht wird sorgfältig geprüft.“

„Die Entwicklung der Heime in Bayern entspricht den Forderungen einer zeitgemäßen Heimpädagogik“.

Prof. Göb ist übrigens Träger der „Golden Krücke“ 1979!

Claus Fusselt
Sozialpädagoge grad.
8000 München
Arbeitskreis „Menschenrechtsverletzung in Heimen“



Sparen auf Kosten der psychisch Kranken – im Jahr der Behinderten

Nach Sparbeschlüssen von Bund und Land für den öffentlichen Dienst hat auch der Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL) seine Sparbeschlüsse eingeföhrt. Im Personalausschuß als politischem Gremium des LWL für Personalfragen wurde im Januar dieses Jahres ähnlich wie auf Landesebene beschlossen, grundsätzlich nur jede zweite Stelle zu besetzen oder wiederzubesetzen.

In den weiteren Abstimmungen wurde von den dort anwesenden Politikern die Konsequenz solcher Beschlüsse vorgeführt. So wurden Nachtwachenstellen für psychisch kranke Kinder und Jugendliche in der Klinik „Auf der Haardt“ nicht bewilligt. Dort muß weiterhin eine Nachschwester auf 4 Stationen in 2 Etagen ca. 60 Kinder betreuen, obwohl allein schon feuerpolizeiliche Gründe abgesehen von der Versorgung der Kinder und Jugendlichen gegen diesen Dienst sprechen. Stellen wurden nur neu verteilt, wo es sich um die Behandlung von Patientengruppen handelt, die im Lichte der öffentlichen Diskussion stehen, wie die psychisch kranken Rechtsbrecher und die Drogenabhängigen, oder wo Regressansprüche drohen wie in der Kinderklinik Bochum.

Den Stellenplan der Westfälischen Landeskrankenhäuser verhandelte man vielleicht auch wegen der anwesenden Öffentlichkeit aus einigen dieser Häuser auf dieser Sitzung nicht, sondern verwies ihn zunächst an die Stellenplankommission. So bleibt zunächst ein Stellenschlüssel gültig, der seit 1974 besteht und noch hinter die Forderungen der WHO zurückfällt. Auf diesem Hintergrund werden die meisten Häuser beim jetzigen Personalbestand weitgehend festgeschrieben, in einigen droht sogar der Abbau eines sogenannten Personalüberhangs, da dort die durchschnittliche Belegung, von der der Stellenschlüssel ausgeht, dank intensiver Behandlung zurückgegangen ist. Modellvorhaben, die für weitere Patienten ein Ende ihres Aufenthaltes im Landeskrankenhaus in erreichbare Nähe rücken sollen, sind gefährdet.

Es stellt sich die Frage, ob damit im Jahr der Behinderten das Ende moderner Sozialpsychiatrie, die Rückkehr zu verwahrender Psychiatrie gekommen ist, nur weil die Kassen von Bund, Ländern und Gemeinden weitgehend gelehrt sind. Es stellt sich die Frage, ob nicht an anderer Stelle besser gespart werden kann. So bleibt zu befürchten, daß sonst die psychisch und geistig behinderten Menschen bei dem Versuch der Politiker zu sparen auf der Strecke bleiben. Wir hoffen, daß noch eine Änderung der Sparbeschlüsse herbeigeführt werden kann. Sparbeschlüsse gegen unsere Patienten werden wir jedenfalls nicht einfach hinnehmen. Wir werden uns wehren!

Rolf Schröder, Ass. Arzt
Landeskrankenhaus Lengerich

Anzeige

Studienreise nach Cuba zum Gesundheitswesen

mit Besuchen von medizinischen Versorgseinrichtungen auf dem Land, einer Poliklinik, Kinderklinik, einer medizinischen Ausbildungsstätte u.v.a., dabei bieten sich Möglichkeiten der Aussprache mit Ärzten, Medizinstudenten, med.techn. Personal usw.

für alle im Gesundheitsbereich Tätige

vom 8. 10.—24. 10. 1981

Preis 3140,— DM

Informationen bei der Freundschaftsgesellschaft BRD-Cuba
Sternenburgstr. 73, 53 Bonn 1

Leser-Briefe

Krieg und Piepen im Deutschen Ärzteblatt

Seit einigen Ausgaben bin ich Leser Eurer/Unserer Zeitschrift und dankbar für die praxis- und problembezogene, politische und dennoch nicht untheoretische Ausrichtung. Was die gegenwärtig anlaufende breite Kampagne gegen die Stationierung US-amerikanischer Raketen bei uns und in anderen westeuropäischen Ländern angeht, so werdet Ihr sicher nicht abseits stehen.

Ganz anders die ärztlichen Standesorgane . . . die haben ihre eigene Totschweigpolitik und „subversive Bewältigungsstrategie“. Im „Deutschen Ärzteblatt“, Heft 2, Anzeigenteil S. 45, fand ich folgende bemerkenswerte Abfolge preiswerter Angebote, die nicht nur die „Interessensgebiete“ eines Teils der Ärzteschaft wiedergeben, sondern auch eine insgesamt gelungene Satire auf die „politische“ Linie der Standeszeitschrift darstellen.

Ein Überlebensvorschlag aus dem Anzeigenteil des „Deutschen Ärzteblattes“

„Art. Antiquariat“

Gehaltstresor , unauffindbar, 525,- DM, Fluchtgürtel mit Reißverschluß für 15 Krügerrand 95,- DM zzgl. MwSt. per NN. Tel. (02 02) 47 12 64.
Parl-Inhalator mit Zubeh. zu verk. Tel. (0 67 51) 53 12.
Verkauft Black-Glama-NerzmanTEL Gr. 40, Länge 1,15 m, exklusiv. Modell, kaum getragen. VB 7000,-.
Lutherbibel: Druck Joh. A. Endters 1685. Einband beschädigt, f. 1000,- Tel. (0 67 51) 53 12. Anfr. unt. 883 V.
Verk. Leopardenmantel 40/42, schones Ex., 9000,- DM. 884 V.
Ältester Hersteller für Atomkugelbunker m. Neutronenglocke ab 45 000 DM. Informationsmaterial anfordern. Draude & Edison GmbH, Sudberger Str. 66 a, 5600 Wuppertal 12, Tel. (02 02) 47 12 64.
Antiker Schreibtisch , 2000,- DM. Dr. Bothmann-Iser, 8360 Deggendorf, Tel. (09 91) 83 10.
Verkauft „Altes Gebetbuch“ von Meel Stark, Stereotyp-Ausgabe, Ledereinband, Ausgabe Reutlingen 1863, VB 2500,- DM. 885 V.
verkauft

DÄ, H.2 v.8.1.81

Zwischen Lutherbibel und Gebetbuch . . .

Heute keine Sprechstunde. Allemann rein in den Atomkugelbunker mit Neutronenglocke. Nur 45 000 Deutsche Märklein, das Prachtstück . . . festgemauert in der

Erden . . . Völlig unverzichtbar in jedem Ernstfall: Der unauffindbare Geheimtresor für knapp ne halbe Millie . . . geheimer gehts nicht . . . dazu für nicht mal hundert Mark: Der Fluchtgürtel für bauchwärts transportable Privatwerte. Fassungsvermögen: 15 südafrikanische Goldmünzen. Wer weiß schon, wohin es einen zerbröseln? . . . Bleibt noch die Werte Gattin . . . Emma, zieh den Black-Glama-NerzmanTEL an, genau, den für 7 000 Piepen, vielleicht ziehts ja im Bunker. Und vergiß nicht den Leopardenmantel, nein . . . den für 9 000 DM . . . du weißt doch, aus dem letzten Abschreibungsgeschäft . . . dann hast du was standesgemäßes zum Wechseln. Jetzt aber rein und zu die Tür! . . . ist doch ganz gemütlich, oder? An unserem antiken Schreibtisch für nur 2 000 de-em blättern wir gemeinsam in der leicht beschädigten Lutherbibel – daher besonders preiswert! – und wenn alles nichts hilft: Schnell noch einen Blick ins alte Gebetbuch für zweieinhalf Riesen . . . zu Dir, o Herr befehlen wir . . . fehlt nur noch die goldbelegte, darum anlagen sichere Familienurne . . .

. . . während außerhalb des Bunkers unsere amerikanischen Bündnisfreunde uns anschaulich erklären, was sie unter Außenpolitik verstehen.

Raketenbeschuß? Krieg oder Frieden? – Darüber steht (noch) nichts im „Deutschen Ärzteblatt“. Hat nichts mit Schutz und Erhaltung des Lebens zu tun – oder? Wie man es auch dreht und wendet: Sich gegen die Rüstungsbedrohung zu wenden ist die beste Zukunftsinvestition. Und der Krefelder Appell die beste Anlageberatung. (Und die einzige, die stolz darauf ist, keine totsichereren Tips zu geben!)

Franz-Josef Sand
Diplom Sozialwissenschaftler
4630 Bremen



Entzug scheint groß zu sein . . . Mir fiel auch auf, daß die meisten sehr wortkarg sind. Das macht den Kontakt von Anfang an schwierig, außerdem drängt die Zeit: Es gibt noch andere Patienten mit Problemen, ich muß noch neu aufgenommene Patienten versorgen, Visite machen, die schon angehäuften Arztbriefe diktionieren usw.. So werde ich schon manchmal während des Aufnahmegesprächs ungeduldig. Ich erfrage die „Drogenkarriere“ und bespreche mit dem Patienten, wie der Entzug laufen soll, bleite Gesprächsbereitschaft bei akuten Problemen an. Dann geht's zum nächsten Patienten. Vorher atme ich kurz auf und merke, daß ich angestrengt bin. (Ist schon anders so'n Typ, als ein Patient mit Herzinsuffizienz oder Cholelithiasis). Ich bin emotional viel mehr dabei. (Er tut mir leid, muß ihm ganz schön miß gehn). Enttäuscht bin ich, wenn ein Süchtiger nach 3 Tagen „einfach“ geht. (Hätte ich ihm vielleicht von vorneherein ein tägliches Gespräch anbieten sollen? Aber woher soll ich die Zeit nehmen?)

Mehrere halten den Entzug durch. Ich stelle Kontakt zu den Drogenberatern im Umkreis her. Sie sind überbelastet. Viele Drogensüchtige brechen von sich aus den Kontakt zu ihnen wieder ab: „Das bringt ja doch nichts!“ Alle, die ich bisher kennengelernt habe, sind wieder in der Szene. Meist drücken sie wieder am Entlassungstag, Der „Frust“ an der Arbeit, der Lehre, der Arbeitslosigkeit, der Sinnlosigkeit von allem ist größer als die Kraft, durchzuhalten. Die Traurigkeit und Leere mancher Süchtigen erschrickt mich. Und ich merke, daß ich an allem wenig ausrichten kann. Ich fühle mich überfordert und werde zusätzlich noch wegen meiner Bemühungen, die ja „doch nichts bringen“, von manchen Kollegen belächelt.

So sieht's bei mir aus! Ich bin aber sicher, daß dies kein „Einzelfall“ ist, obwohl ich mich mit diesem Problem ziemlich alleingelassen fühle. Es würde mich weiterbringen, wenn der eine oder andere DG-Leser an dieser Stelle über ähnliche oder andere Erfahrungen berichten würde!

B.St.



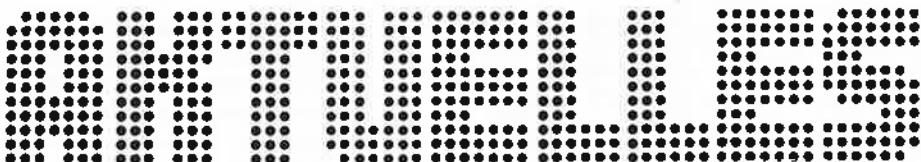
Sucht und Suchtkranke

DG/81 wurde mit dem Schwerpunktthema „Sucht und Suchtkranke“ angekündigt. Da ich mit diesem Problem auch bei meiner Arbeit konfrontiert werde und Schwierigkeiten habe, will ich hier einige ganz persönliche Momente meines Arbeitsalltages schildern.

Ich arbeite seit 4 Monaten auf der „Internen Männer“ eines mittelgroßen Krankenhauses am Niederrhein als Arztin. Als ich hier anfing, wußte ich bereits, daß es hier im Umkreis relativ viele Drogensüchtige gibt. Es wurde mir gesagt, daß dies wohl auch mit der Nähe zur niederländischen Grenze (nach Amsterdam ist es nicht weit . . .) und der schlechten Arbeitsmarktlage im ländlichen Bereich zusammenhängt.

Inzwischen konnte ich nun eigene Erfahrungen im Kontakt z.B. mit Heroin-süchtigen sammeln. 10 junge Männer waren bisher auf meiner Station. Sie kamen entweder wegen erhöhter Leberwerte oder um freiwillig einen Entzug zu machen. Sie hatten alle noch kurz vor dem Gang ins Krankenhaus gedrückt. Die Angst vor dem





Valium macht süchtig

In einer Auswertung der Krankheitsgeschichten stationärer Patienten der Psychiatrischen Universitätsklinik Göttingen, veröffentlicht in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift Nr. 49, fanden die Autoren, daß sich in den Fällen von Medikamenten-Abhängigkeiten offensichtlich ein Wechsel der bevorzugten Substanzgruppen abspielt. Bei insgesamt einem Anstieg der Suchtkrankheiten, zahlenmäßig die mittlerweile größte Diagnosegruppe wohl der meisten psychiatrischen Kliniken, wird eine deutliche Zunahme der Benzodiazepin-Abhängigkeit beobachtet, sowohl in Kombination mit anderen Suchtmitteln, insbesondere Alkohol, als auch immer stärker isoliert (primäre Abhängigkeit). Die Benzodiazepine sind die weltweit am häufigsten verschriebenen Medikamente; zu ihnen gehören die Präparate Valium, Librium, Tavor, Lexotanil u.a.

Diese Beobachtung steht in deutlichem Widerspruch zu zahlreichen Publikationen, in denen das Suchtpotential der Benzodiazepine teils negiert, teils als geringfügig eingeschätzt wird. Selbst schwere Entzugserscheinungen werden inzwischen immer häufiger gesehen, so in Göttingen bei Abhängigkeit von Lorazepam (Tavor). Neben diesem Präparat wird auch bei Bromazepam (Lexotanil) ein hohes Suchtpotential vermutet.

Die Autoren folgern aus ihren Erkenntnissen Schritte zur Vorbeugung von Benzodiazepin-Abhängigkeiten und fordern:

- Beschränkung auf einmalige oder kurzfristige Verordnungen (maximal bis zu einer Woche) durch die Ärzteschaft;
- bei der medikamentösen Therapie von Schlafstörungen Ausweichen auf andere Substanzen

- Einstellung der Werbung durch die Benzodiazepin-Hersteller
- Herausnahme von Großpackungen aus dem Handel
- Gesetzlicher Zwang zur Änderung der „Waschzettel“, den Packungsbeilagen, in denen in für Laien verständlicher Form auf die Suchtgefahr hingewiesen werden soll.
- Schärfere Bestimmungen bei der Zulassung neuer Benzodiazepine. Die Hersteller sollen fundierte Angaben über das Abhängigkeitsrisiko erstellen und publizieren.
- Bezahlung nur noch kurzfristiger Verschreibungen durch die Krankenkassen.
- Intensivere Forschungsförderung auf dem Gebiet der Arzneimittelabhängigkeit und ihrer Verbreitung.

Kemper, N.: Benzodiazepin-Abhängigkeit, DMW 1980, 49, S. 1707 ff.



Armutzeugnis für Meldesystem

Mit Schreiben vom 9.12.1980 hat die Firma „Smith Kline Dauelsberg“ auf die Zulassung ihres Präparates Selacryl – ein Mittel zur Behandlung des Hochdrucks – verzichtet. Sie reagierte damit auf 50 Berichte über mögliche Leberschädigung, die der amerikanischen Arzneimittelbehörde FDA zugegangen. Fünf Patienten starben an den Nebenwirkungen des Medikamentes. Für das Bundesgesundheitsamt ist die Entscheidung des deutschen Her-

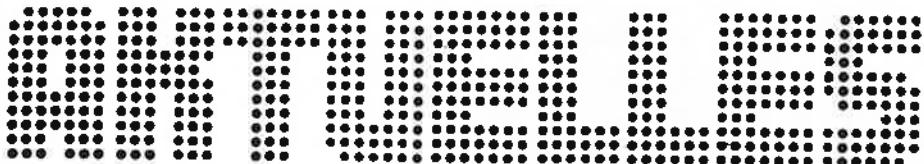
stellers „um so bemerkenswerter, als zum damaligen Zeitpunkt weder dem Bundesgesundheitsamt noch der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft Hinweise auf diese unerwünschte Wirkung vorlagen.“ Erst nach der vorläufigen Vertriebseinstellung gingen dem bga 15 Berichte über Leberschädigungen durch Selacryl zu. Feiert das Bundesgesundheitsamt die Entscheidung des Herstellers in einer Presseerklärung als einen Beitrag zur Erhöhung der Arzneimittelsicherheit, so zeigt dies unserer Meinung nur, wie erbärmlich das Meldesystem in der BRD funktioniert. Es muß erst Alarm geschlagen werden, bevor den Ärzten einfällt, auch mal auf die Nebenwirkungen ihrer Medikamententherapie zu achten.

„Bis zum 1. Januar 1982 dürfen von den Apotheken phenacetinhaltige Arzneimittel in der bisher üblichen Verpackung und der bisher verwendeten Packungsbeilage abgegeben werden“ – ohne Rezept.

Mehr reden – weniger Geld

Die wohlfeilen Worte der Politiker klingen uns noch in den Ohren, Wiedereingliederung von Behinderten steht auf ihren Fahnen. Doch gleichzeitig wird den Behinderten der Geldhahn abgedreht. Rechtzeitig vor der feierlichen Eröffnung des behinderten Jahres ließ die Bundesregierung über die Bundesanstalt für Arbeit an alle Arbeitsämter klammheimlich den internen Sparbeschluß ergehen: Sie werden angewiesen „Eingliederungshilfen“, „Eingliederungsbeihilfen“, „Einarbeitungszuschüsse“ und „Zuschüsse an den Arbeitgeber zu den Lohnkosten älterer Arbeitnehmer“ ... „bis höchstens 20% der im Haushaltssjahr 1980 bei diesen Zweckbestimmungen geleisteten Ausgaben“ zu bewilligen. 80% weniger also für ein Förderungsprogramm, das sich in den letzten Jahren als ein wirksames Instrument zur beruflichen Wiedereingliederung Schwerbehinderter und älterer Arbeitnehmer (über 45 Jahre) erwiesen hat.

Alle Hoffnungen, die beschämende Zahl von über 70000 schwerbehinderten Arbeitslosen zu senken, werden damit zunicht gemacht. Die DGSP befürchtet, daß sich diese rigorose Kürzung vor allem für seelisch nicht voll belastbare Mitarbeiter katastrophal auswirkt. Diese werden sich nun dem Heer der 23 000 Frühinvaliden, die jährlich aufgrund psychischer Krankheiten aus dem Arbeitsprozeß gedrängt werden, anschließen müssen. Daß gleichzeitig die Mittel für den Aufbau gemeindenaher ambulanter Behandlungsangebote von 100 auf 50 Millio-



nen Mark gekürzt werden, erscheint nur konsequent für eine Sparpolitik, die auf dem Rücken der Schwächsten vollstreckt wird. Das UNO-Jahr wird für die Bundesregierung zunehmend peinlicher.

Medizinische Untersuchungen von argentinischen Folter-Opfer

Untersuchungsbericht einer dänischen Ärztegruppe von Amnesty-International

Mit Betroffenheit und Erschütterung liest man eine 56 Seiten starke Broschüre von Amnesty-International, die erstmalig im Juni 80 publiziert wurde.

Eine dänische Ärztegruppe hat im Mai 79 vierzehn Argentinier interviewt und untersucht, die mehrere Monate und Jahre in argentinischen Gefängnissen gefoltert und gequält worden waren. Mit wissenschaftlicher Akribie wurden sämtliche Parameter der gesundheitlichen und persönlichen Folgen der einzelnen Opfer untersucht:

- detaillierte Angaben über Dauer und Art der Folter (von Schein-Hinrichtungen bis zu Elektroschocks, Isolationshaft bis zu Hungerfolter)

- genaue Krankheitsanamnese und Erhebung der psychischen Vorgeschichte sowie die Erfassung der exakten Folterfolgen.

- Feststellung von dringend behandlungsbedürftigen Erkrankung und die Untersuchung der sozialen Folgen langdauernder Folter.

In der Diskussion der Ergebnisse wird zunächst einmal makaberweise festgestellt, daß die Gruppe der untersuchten Personen nicht repräsentativ ist, da alle die Folter überlebt haben.

Das erschreckende Hauptergebnis ist aber, daß die Folter sich nicht auf den Zeitraum der innerhalb der Gefängnisse

verbracht wurde beschränkt, sondern unauslöschlich zu lebenslangen körperlichen und psychischen Folgen geführt hat; z.B. zu ständiger Angst, zu schweren Magen-Darm-Störungen – um nur zwei Symptome aufzugreifen.

Selten genug berichten unsere Medien über die Unterdrückung in Argentinien, über die Tausende entführter, vermisster, getöteter Regimegegner, über die Tausende, die ohne Urteil in den Gefängnissen verschwinden und gefoltert werden.

Die vorliegende Untersuchung, die dringend allen Interessierten empfohlen wird, schildert grausam-anschaulich die argentinische Wirklichkeit. Denn sie beläßt es nicht bei anonymen Daten und Zahlen, sondern zeigt anhand einzelner Schicksale das ganze Ausmaß der brutalen Folter und ihrer Folgen für die Individuen.

Results of Examinations of 14 Agentian Torture Victims (englisch)

Bestelladresse: Dr. Schmitz-Burchartz, Idastr. 65, 4270 Dorsten 21



Ärzte gegen Kernenergie

In der Vergangenheit mehren sich Veröffentlichungen in der ärztlichen Standespresso, die die friedliche und militärische Nutzung der Kernenergie verharmlosen. Sie zeichnen sich meist durch eine vereinfachende und unkritische Oberflächlichkeit aus. Das genetische Risiko der ausschließlich männlich Beschäftigten in der Atomindustrie findet gar keine Beachtung. Die Bereithaltung von Jodtabletten wird bereits als ausreichende Versorgung bei einem kerntechnischen Unfall angesehen.

Eine Gruppe bayrischer Ärztinnen und Ärzte fand es an der Zeit, daß sich unsere Ärztefunktionäre ihrer Verantwortung für die Gesunderhaltung bewußt werden und wie die Ärztekammern von Nieder- und Oberösterreich die kommerzielle Nutzung der Atomenergie ablehnen. Die Gruppe plant einen Spendenaufruf zugunsten einer aufklärenden Anzeige in einer großen Tageszeitung, gefolgt von einer Fortbildungsveranstaltung im Mai 1981 mit dem Thema:

Kernenergie und Gesundheit



Dazu sollen namhafte Wissenschaftler aus dem Bundesgebiet eingeladen werden.

Die Gruppe verdient unsere Unterstützung!

Kontakt: Dr. Eike Heinicke, Lavendelweg 9, 8000 München 90, Tel.: 089-6908850
PSK München Sonderkonto Bayr. Ärzte gegen Atomenergie 334485-806

Rettungswesen in Baden-Württemberg in Gefahr

Streiks von DRK-Rettungswagenfahrern und riesige Finanzierungslücken waren Anlaß für die ÖTV Bezirksverwaltung, auf die Notlage der Rettungsdienste und der Rettungssanitäter in B-Wü hinzuweisen. In einem Schreiben an CDU-Ministerpräsident Späth kritisiert die ÖTV, daß die Zuschüsse des Landes zu den Investitions- und Benutzungskosten für die Trägerorganisationen nicht kostendeckend sind. Der Rettungsdienst sei eine öffentliche Aufgabe und müsse als solche finanziert werden.

Der Sparkurs der Landesregierung auf diesem Sektor gefährdet die soziale Sicherheit der Rettungssanitäter. So mußte z.B. der Landkreis Ludwigsburg dem örtlichen DRK mit einem Kredit die Gehaltszahlungen ermöglichen. Neben einer Verbesserung der Finanzierung durch Beteiligung der Gemeinden, Landkreise und Städte und Anerkennung der Personalkosten im Rettungsdienst durch die gesetzlichen Kranken- und Unfallversicherungen werden auch Forderungen zur Aus- und Weiterbildung von Rettungssanitätern erhoben.

Die zukünftige Ausbildung der Rettungssanitäter solle als Fortbildung gemäß § 46 Berufsbildungsgesetz im Anschluß an eine vorhergehende Krankenpflegeausbildung organisiert werden. Dadurch würde auch der spätere Wechsel von Rettungssanitätern in den Pflegebereich ermöglicht. Die berufsbegleitende Weiterbildung von Beschäftigten im Rettungsdienst müßte ebenfalls dringend verbessert werden.

Liste Soziales Gesundheitswesen kandidiert bei den Kammerwahlen

Kurzinterview mit Erhard Knauer, Mitglied der Kammerversammlung Nordrhein

Frage: Wann sind die Wahlen zur Kammerversammlung?

Antwort: Die Wahlen zur Kammerversammlung finden im Juni 1981 statt. Es wird für eine 4-Jahresperiode gewählt.

Frage: Wie sind die Sitzverhältnisse in der Ärztekammer Nordrhein z.Zt.?

Antwort: Die Liste Soziales Gesundheitswesen hat bei den letzten Wahlen nur im Regierungsbezirk Köln kandidiert und 5 Sitze erhalten. Eine andere oppositionelle Liste verfügt über 7 Sitze. Diese Liste hat allerdings in beiden Bezirken kandidiert. Die absolute Mehrheit in der Kammerversammlung liegt allerdings bei den konservativen Kräften, wo hier noch die niedergelassenen Ärzte gegenüber den Vertretern des Marburger Bundes ein deutliches Übergewicht haben.

Frage: Welche wichtigen Fragen wurden in der letzten Sitzungsperiode behandelt? Was habt Ihr erreichen können?

Antwort: Die wichtigste Frage in der letzten Kammerversammlung war wohl die Diskussion um die Krankenhausbedarfsplanung in Nordrhein-Westfalen. Jetzt sind von Seiten der Liste Soziales Gesundheitswesen verschiedene Vorstöße gemacht worden. Diese führten letztendlich dazu, daß unser Antrag auch einmal in der gesamten Kammerversammlung diskutiert werden konnte.

Mit vielen anderen wichtigen Fragen wie z.B. der Frage der Abrüstung oder der Einführung von Generic Names haben wir es aufgrund einer ausgeklügelten Geschäftsordnung nicht einmal erreichen können, auf die Tagesordnung zu gelangen. Es gelang uns aber, im Rheinischen Ärzteblatt einen Artikel über unsere Vorstellung zur Krankenhausbedarfsplanung zu veröffentlichen, der sich auch mit den Vorstellungen der ÖTV in dieser Frage deckte.

Frage: Die Liste Soziales Gesundheitswesen kandidiert in diesem Jahr in beiden Bezirken in Nordrhein-Westfalen (Köln und Düsseldorf); welche Chancen rechnet Ihr Euch aus?

Antwort: Wir rechnen uns aus, daß wir wie die Kollegen in Hessen dieses Jahr ca. 2—3 % hinzugewinnen können. Dies würde uns, wenn wir es schaffen, in beiden Bezirken zu kandidieren, 12—15 Sitze in der Kammer einbringen.

Frage: Wann liegt das Programm der Liste Soziales Gesundheitswesen vor und was sind die Schwerpunkte?

Antwort: Das Programm wird Ende März schriftlich vorliegen. Schwerpunkte werden sein: Die Diskussion um die Weiterbildung, Arbeitsmöglichkeit, Alternativen und neue Formen der Arbeit im Bereich der niedergelassenen Ärzte; dann die Fragen des Umweltschutzes und die Möglichkeiten der ärztlichen Einflußnahme darauf. Wir versuchen darüber hinaus im Gegensatz zur etablierten Standespolitik Arbeitnehmer-

Termine

Aus dem Fortbildungsprogramm der Arbeiterwohlfahrt:

13.—16. 4. 1981

Rolandseck: Psychiatrische Ergänzungangebote-Programm und Praxis

18.—21. 5. 1981

Marl: Patientenzentrierte Krankenpflege

Auskunft: AWO Bundesverband, Postfach 1149, 5300 Bonn. Dort ist auch das gesamte Fortbildungsprogramm zu beziehen.

und sozialversicherten orientierte Politik in der Kammer zu machen.

Frage: Was kann man tun, um Eure Liste zu unterstützen?

Antwort: Sinnvoll ist es, die unten angegebenen Kontaktadressen anzuschreiben. Jeder Kollege, der zur Mitarbeit bereit ist, wird von den dort genannten Kollegen angeschrieben. Darüber hinaus scheint es uns wichtig, daß auch mit anderen Kollegen in den Krankenhäusern über die Liste Soziales Gesundheitswesen und ihr Programm und über die Möglichkeit einer alternativen Wahl bei den Wahlen zur Kammerversammlung zu diskutieren.

Kontaktadressen für Information über die Liste Soziales Gesundheitswesen:

Oncke-Meenes-Lupus-Str. 34 in 5000 Köln 1, Tel.: 0221/725944

Erhard Knauer, Hubertusstr. 49, in 5100 Aachen, Tel.: 0241/33827

Gunnar Stempel, Aachener Str. 198, in 4000 Düsseldorf-Flehe, Tel.: 0211/151187 und

Gregor Weinrich, Mühlenstr. 198, in 4330 Mülheim/Ruhr, Tel.: 0208/76662

Mathias Albrecht, Rurweg 16, 5300 Bonn 1, Tel.: 0228/233750

3.—5. 4. 81

Köln: Mit geistig Behinderten leben

Bundestagung des Ausschuß geistig Behinderte in der DGSP. Information: Rainer Woch, Malteserstraße 14, 5 Köln 80, Telefon (0221) 694319

3.—5. 4. 1981

Kassel, Gesamthochschule: Wer löst wen wohn auf? Zum Dilemma der Forschung im Wandel der Psychiatrie

Tagung des DGSP-Ausschusses für Forschung

Auskunft: DGSP-Geschäftsstelle oder Ernst v. Kardorff, Hohenzollernstr. 110/II, 8000 München 40

30. 4.—2. 5. 1981

Dortmund, Westfalenhalle: Deutschsprachiges Treffen der Anonymen Alkoholiker Das Treffen ist öffentlich, Auskünfte über die örtlichen AA-Gruppen

28.—31. 5. 1981

Köln: Mannheimer Kreis 1981: Bewegung in der Psychiatrie, Auflösung — wie und wie nicht?

Auskunft: DGSP Geschäftsstelle, Postfach 1253, 3050 Wunstorf 1

19. + 20. 6. 1981

Hannover: Psychiatrie und Faschismus

Eine gemeinsame Tagung des Bundes demokratischer Wissenschaftler, der Med. Hochschule Hannover und der DGSP

Auskunft: DGSP-Geschäftsstelle

20. 5. 1981

Düsseldorf: Integration von psychisch Kranken —, Auflösung der Großkrankenhäuser. Was bedeutet das aus gewerkschaftlicher Sicht?

Seminar für ötv-Mitglieder an den Rhein. Landeskliniken

Auskunft: ötv-Bezirksverwaltung NRW I, Kollege W. Kühle, Friedrich-Ebert-Str. 34—38, 4000 Düsseldorf, Tel.: 0211—381020

Kleinanzeigen

Ich, Arzt für Allgemeinmedizin, 38, mit Interesse an Naturheilverfahren, suche Partner/-in zum Aufbau/Übernahme einer Gemeinschaftspraxis auf dem Lande im Süddeutschen Raum. Ein gutes zwischenmenschliches Verhältnis sollte zusammen mit einer gemeinsamen Vorstellung über eine engagierte, patientenorientierte Medizin Vorrang vor finanziellen Erwägungen haben.

Zuschriften an die Redaktion.

An der Fachhochschule Osnabrück werden im Rahmen des Modellversuchsprogramms „Neue Studienangebote für Tätigkeitsfelder im Gesundheitswesen“ die Studiengänge „Betriebswirtschaft in Einrichtungen des Gesundheitswesens“ und „Pflegedienstleitung im Krankenhaus“ vorbereitet.

Informationen dazu können angefordert werden beim Fachbereich Wirtschaft, Martinstr. 98, 4500 Osnabrück

Für eine Gruppenpraxis suchen wir noch:

- 1 Allgemeinmediziner
- 1 Internisten
- 1 Psychiater

In der geplanten Gruppenpraxis sollen neue Formen ambulanter Versorgung unter aktiver Einbeziehung der Patienten zu praktizieren versucht werden. Geplanter Beginn: Ende 1981/Anfang 1982

Interessenten rufen bitte an: 030-3211112 (Harald verlangen)

„Stoff“ aus der Apotheke

Von Ingeborg Simon

In der zum Thema Arzneimittelmißbrauch entstandenen Literatur der letzten 10 Jahre liest man mit Sicherheit immer Folgendes:

- der Arzneimittelmißbrauch nimmt zu
- die Zahl der Arzneimittelabhängigen steigt
- konkrete Aussagen zum Ausmaß des Arzneimittelmißbrauchs sind nicht möglich
- es fehlen die gesetzlichen Möglichkeiten zur Bekämpfung des Arzneimittelmißbrauchs
- in der öffentlichen Diskussion über Drogen und Abhängigkeit spielen Arzneimittel praktisch keine Rolle

Diese traurige Bilanz widerspiegelt die jahrelange Untätigkeit der verantwortlichen Sozial- und Gesundheitspolitiker in der Drogenproblematik.

Anfang 1977 führte die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums eine repräsentative Umfrage über die Höhe des Arzneimittelverbrauchs in der BRD durch. Ergebnis: Über 14 Millionen Bürger ab 14 Jahre konsumierten im 1. Quartal 1977 mindestens 4 Medikamente gleichzeitig (über 6 Millionen von ihnen sogar 7 und mehr). Zu ihnen zählten 15 % der 14—29jährigen. Diese Zahlen sind erschreckend und die Betroffenheit war groß — auch bei den Politikern. Dennoch blieben die gesundheitspolitisch notwendigen Maßnahmen aus. Und für 1980 gilt immer noch: „Weitgehend unbekannt ist der zahlenmäßige Umfang des Medikamentenmißbrauchs und der -abhängigkeit. Es wird mit 200000—500000 Arzneimittelabhängigen in der BRD gerechnet“ (Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, April 1980).

Welche Bedingungen und Entwicklungen in unserem Arzneimittelwesen begünstigen den „Überverbrauch“ und Mißbrauch von Arzneimitteln?

Hier soll nicht eingegangen werden auf gesellschaftliche und/oder individuelle Faktoren, die den Weg in die Drogenabhängigkeit begünstigen.

Aufgabe dieser Ausführungen soll es sein, an einigen Beispielen deutlich zu machen, daß der übermäßige Arzneikonsum mit seinen Gefahren der Gewöhnung und Abhängigkeit im System unserer Arzneimittelversorgung selbst begründet liegt und damit auch jeden bedroht.

1. Beispiel Der Vorrang der Arzneimitteltherapie vor anderen Therapieformen

Wo immer heute Krankheiten und gesundheitliche Störungen behandelt werden, Arzneimittel sind das Mittel der Wahl. Ihre Anwendung ist einfach, schnell und bequem. Pharmakotherapie ermöglicht dem niedergelassenen Arzt die 3-Minuten-Medizin, spart Zeit und Personal im Krankenhaus. Zahlreiche wissenschaftliche Untersuchungen und praktische Erfahrungen mit „alternativen“ Therapien, die beweisen könnten, daß sie häufig erfolgreicher und schonender sind als Arzneimitteltherapie (Bewegungs-, Gesprächs-, Beschäftigungstherapie, Diät etc.), fanden bisher keinen Eingang in Arztpraxen und Krankenhäuser. Sie können es auch nicht, solange wie auf anderer Ebene — z.B. in der Aus- und Fortbildung der Ärzte, die von der Pharmazeutischen Industrie stark beeinflußt wird und bei der ärztlichen Gebührenordnung, die andere therapeutische Konzepte nicht entsprechend honoriert —, keine Änderungen eintreten.

Es gilt festzuhalten: Die Vorherrschaft der Arzneimitteltherapie bei den Ärzten sorgt für einen extensiven Arzneimittelgebrauch, der in seinem heute erreichten Umfang weder medizinisch noch gesundheitspolitisch vertretbar ist. Die häufig leichtfertige Verordnung suchterregender Arzneimittel — vor allem von Schmerz-, Schlaf- und Beruhigungsmitteln — führt bei vielen Patienten unbeabsichtigt und unbemerkt zu physischer und/oder psychischer Abhängigkeit, aus der es kaum ein Zurück gibt. Untersuchungen der Universität Münster ergeben 1976, daß in Nordrhein-Westfalen jeder 5. Medikamentenabhängige seinen „Stoff“ von Ärzten verordnet bekam.

2. Beispiel Die Informationsbereitschaft der Pharmazeutischen Industrie

Arzneimittelverbrauch und Überverbrauch sind für die offizielle Presse der Arzneimittelindustrie kein Thema. Das läßt sich deutlich belegen und mit einem Blick auf die Pharmawerbung und die Packungsinformationen oder Medikamente.

Trotz der nach dem 2. Arzneimittelgesetz (AMG) verschärften Bestimmungen in der Heilmittelwerbung — danach ist der Hersteller verpflichtet, eventuelle Risiken wie Nebenwirkungen, Unverträglichkeiten sowie warnende Hinweise in die Werbung aufzunehmen — ist der Informationswert der Arzneimittelwerbung nicht gestiegen. Die für den Verbraucher wesentlichen Informationen verkommen meist zu unleserlichen Fußnoten in den Anzeigen (damit sie das Geschäft nicht verderben), Hinweise auf Gefährdungen durch Gewöhnung und Abhängigkeit wurden in der Medienwerbung noch nie gesichtet. Diese Einschätzung gilt auch für die den Arzneimitteln beiliegenden Packungsinformationen. Egal, ob es sich um Benzodiazepine (Valium), Schlafmittel, Aufputschmittel oder Appetitzügler handelt, die bereits in der Laienöffentlichkeit diskutierten Risiken der Sucht und Gewöhnung dieser Arzneimittel werden nirgends in den Beipackzetteln erwähnt.



Die Pharma-Industrie verschweigt nicht nur die für den Verbraucher und seine Sicherheit wichtigen Daten über die Suchtgefahr, sie ermuntert durch entsprechende Formulierungen geradezu zum Mißbrauch. So heißt es z.B. im „Waschzettel“ des rezeptfreien Analgetikums Thomapyrin: T. vereinigt in sich „alle Vorzüge einer intensiven Schmerzbefreiung mit gleichzeitiger Belebung und Erfrischung. Wohlbefinden, Frische und das Gefühl der Leistungsfähigkeit kehren zurück.“ Hohe Angaben von Tagesdosen (bei der umsatztarken Spalt-Tablette werden bis zu 12 Tabletten täglich empfohlen) und der Hinweis auf Großpackungen müssen beim Verbraucher den Eindruck von Harmlosigkeit beim Arzneimittelkonsum entstehen lassen.

Eine Veröffentlichung der Fachgruppe Apotheken in der ÖTV Berlin mit demselben Titel zum Thema Arzneimittelmißbrauch ist zu beziehen über ÖTV-Bezirksverwaltung Berlin, Joachimstaler Str. 20, 1000 Berlin 15

An unzähligen weiteren Beispielen ließe sich demonstrieren, daß die Gefährdungen des Arzneimittelkonsumenten durch Gewöhnung und Abhängigkeit von der Industrie bewußt verschwiegen werden – aus Gründen, die hier keiner besonderen Erläuterung bedürfen. An dieser für die Arzneimittelsicherheit unerträglichen Situation hat auch das 2. AMG nichts geändert. Hier werden zwar Mindestangaben für die Pakkungsinformationen bei neu zugelassenen Mitteln gefordert, die Anbringung von Warnhinweisen aber – etwa auf die Gefahr der Abhängigkeit – kann nur durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates durchgesetzt werden. Die z.T. abenteuerlich formulierten „Waschzettel“ von Mitteln, die vor dem 2. AMG auf dem Markt waren, müssen die bescheidenen Auflagen des 2. AMG ohnehin erst ab 1991 berücksichtigen. Der von der Pharma-Industrie verbreitete Glaube, das Bundesgesundheitsamt übe eine Zensur über den Inhalt der Beipackzettel aus, gehört ins Reich der Fabel.



Foto: Peter Junker

3. Beispiel: Die „Selbstmedikation“

Von jeher spielte die Selbstbehandlung des Patienten bei „kleinen Unpäßlichkeiten“ eine große Rolle in unserer Arzneimittelversorgung. Die Umsatzsteigerungen in diesem Bereich sind enorm. 1979 kauften die Bundesbürger für 3,2 Mrd.DM Arzneimittel in Apotheken – das entspricht 20 % des Arzneimittelumsatzes in Apotheken (1970: 2,5 Mrd.DM, 1977: 2,8 Mrd.DM). Hier liegt die entscheidende Ursache für den meist ungewollten massenhaften Arzneimittelmißbrauch, hier begann und beginnt für Zehntausende der Weg in die Drogenabhängigkeit. Besonders bedenklich ist, daß bei der Selbstmedikation solche Arzneimittelgruppen eine große Rolle spielen, die ein substanzeigenes Suchtpotential besitzen wie viele Schlaf- und Beruhigungsmittel, Aufputsch- und Schmerztabletten und die Appetitzügler. Die Opfer

der Selbstmedikation – und als solche müssen sie bezeichnet werden – sind in erster Linie Frauen ohne Berufsausbildung, ungelernte Arbeiter und Rentner mit schmalen Geldbeutel. Leider muß festgestellt werden, daß die Ärzteorganisationen ihre frühere scharfe Kritik an der Selbstmedikation aufgegeben haben. Anfang der 70er Jahre kritisierten sie die Selbstbehandlung als medizinisch bedenklich u.a. wegen der Gefahren des Mißbrauchs bei ärztlich nicht mehr kontrollierbarem Konsum. Heute kann man in den Apotheken täglich hören, daß die Ärzte ihre Patienten geradezu auffordern, bestimmte Arzneimittel selbst zu kaufen. Dahinter stecken keine neuen medizinischen Erkenntnisse über Selbstmedikation, sondern wirtschaftliche Interessen der niedergelassenen Ärzte. Seit 1977 stellt die Gesetzliche Krankenversicherung eine bestimmte Geldmenge für die Verordnung von Arzneimitteln zur Verfügung.

Verschreiben die Ärzte wesentlich mehr als im „Arzneimittelhöchstbetrag“ festgelegt ist, werden sie zur Kasse gebeten. Um dieser Gefahr zu entgehen, wälzen sie verstärkt einen Teil ihrer Verordnungspflichten auf den Verbraucher ab mit der Empfehlung, Medikamente zur Behebung von „Unpäßlichkeiten“ aus der eigenen Tasche zu bezahlen. Ähnliche Tendenzen zur Ausweitung der Selbstmedikation enthält auch das Krankenversicherungskosten-dämpfungsgesetz (KVKG) mit den geplanten „Negativlisten“ (vgl. DG 2/80). Zusammenfassend läßt sich sagen, daß die Propagierung der Selbstmedikation durch Ärzte, Apotheker, Politiker und Industrie ein weiteres Ansteigen des unkontrollierten Arzneimittelkonsums begünstigt und damit auch die Zahl der Medikamentenabhängigen weiter in die Höhe treibt.

4. Beispiel Die Marktüberwachung von Arzneimittelrisiken

Nach dem 2. AMG unterliegen Arzneimittel der ständigen Marktüberwachung. Auf diese Weise sollen eventuelle Arzneimittelrisiken, zu denen der Gesetzgeber offiziell auch Mißbrauch, Gewöhnung und Abhängigkeit zählt, so schnell als möglich erkannt werden. Zur Marktüberwachung aufgefordert sind alle Ärzte und Apotheker in Zusammenarbeit mit ihren Arzneimittelkommissionen, die Überwachungsbehörden der Länder und internationale Stellen. Unter der Leitung des Bundesgesundheitsamtes (BGA) werden alle Meldungen und Beobachtungen regelmäßig überprüft und ausgewertet. Auf der Basis eines Stufenplans (§ 63 AMG) werden die als relevant eingeschätzten Arzneimittelrisiken von den „Stufenplanbeteiligten“, zu denen auch die Pharmaindustrie gehört, eingeschätzt. Bestätigt sich z.B. bei einem Arzneimittel der Verdacht, zu Gewöhnung und Abhängigkeit zu führen, so hat das BGA

die Möglichkeit, die Überwachung des Mittels zu verstärken, besondere Anwendungsempfehlungen zu veranlassen, Warnhinweise zu verlangen, die Rezeptpflicht auszusprechen oder sogar das Medikament zu verbieten. Diese im 2. AMG vorgesehenen Möglichkeiten werden nur sehr unzureichend in die Praxis umgesetzt, so daß von effektiver Marktkontrolle keine Rede sein kann. So blieb z.B. die vom Gesetzgeber erhoffte Beteiligung von Ärzten und Apothekern an der Beobachtung und Weitergabe von Meldungen über Arzneimittelrisiken weitgehend aus. Die bisherige Praxis zeigt auch die mangelnde Informationsbereitschaft der Pharma-Industrie an der Aufdeckung von Arzneimittelrisiken.



Der Gesetzgeber hat darauf verzichtet, die Industrie zur Offenlegung solcher Daten zu verpflichten, die bei der Einschätzung vermuteter Risiken von großer Bedeutung sein können wie z.B. Umsatzzahlen. Der im letzten Jahr am Widerstand der Pharmazeutischen Industrie gescheiterte Versuch des BGA, alle Appetitzügler (Ephedrinabkömmlinge) der Rezeptpflicht zu unterstellen, zeigt die derzeitigen Schwächen bei der Risikoüberwachung.

An diesen 4 Beispielen wird deutlich, daß der kontinuierlich ansteigende Arzneimittelverbrauch und die untrennbar mit ihm verbundenen gesundheitlichen Risiken der Gewöhnung und der Abhängigkeit im System unserer Arzneimittelversorgung vorprogrammiert sind.

Sie sind es deswegen, weil nicht die gesundheitlichen Bedürfnisse der Gesellschaft, sondern die wirtschaftlichen Interessen der Pharma-Industrie die Qualität unserer Arzneimittelversorgung bestimmen.

Die Industrie nutzt alle politischen und ökonomischen Möglichkeiten, ihre Profitinteressen durchzusetzen. Über die Pharmawerbung, die sie sich jährlich einige Milliarden kosten läßt, schafft sie

falsche Bedürfnisse beim Verbraucher und beeinflußt die Verordnungstätigkeit des Arztes. Über ihre Lobby in den Parlamenten und Ausschüssen wirkt sie in die Arzneimittelgesetzgebung hinein – mit Erfolg, wie sie nach der Verabschiedung des 2. AMG zugab. Ergebnis: steigende Arzneimittelumsätze – steigende Gewinne.

Die Zeche zahlen wir mit unserem Geld und unserer Gesundheit.

Die über ärztliche Verordnung und Selbstmedikation erworbene legale Droge Arzneimittel macht keine Schlagzeilen, beunruhigt nicht die Öffentlichkeit, beschäftigt nicht die Rauschgiftdezernate.

Ihre Opfer fallen in unserer Gesellschaft nicht auf, sterben nicht auf öffentlichen Aborten mit der Pillenschachtel in der Hand. Sie bleiben unauffällig, obwohl ihre Zahlen die der Heroinabhängigen um ein Vielfaches übersteigen.

Das Schicksal der Drogenabhängigkeit droht jedem Arzneimittelverbraucher.

Was tun?

Zunächst gilt es erst einmal, solche Forderungen und Aktivitäten zu unterstützen, die im Kampf gegen den Arzneimittelmißbrauch Fortschritte bringen können. Die ÖTV fordert das Verbot der Arzneimittelwerbung zugunsten der Errichtung industrieunabhängiger Informationszentren. Von der im 2. AMG festgeschriebenen Möglichkeit, die Rezeptpflicht auch auf solche Arzneimittel auszudehnen, die mißbräuchlich verwendet werden (§ 48 [2]), muß intensiver als bisher Gebrauch gemacht werden. Das System der Risikoüberwachung muß wesentlich verbessert werden, insbesondere die Stellung der Überwachungsbehörden gegenüber der Pharma-Industrie.

Patienteninformationen müssen verständlich und ausführlich auf mögliche Risiken einschließlich Sucht/Gewöhnung hinweisen. Unterstützung verdient auch die vom Wirtschafts- und Sozialausschuß der EG im April 1980 verabschiedete Stellung-

nahme mit Empfehlungen zum Schutz des Arzneimittelverbrauchers. Hier werden u.a. besonders die staatlichen Aufgaben der Aufklärung und Gesundheitserziehung betont. Die Aktivierung des Verbrauchers als kritischen und fragenden Arzneimittelbenutzer verdient deswegen besondere Beachtung, weil es solche Versuche bei uns kaum gibt. Das hat sich die Industrie geschickt zunutze gemacht. Seit Jahren versorgt die Pharmazeutische Industrie im Rahmen ihrer Öffentlichkeitsarbeit Schulen und andere Bildungseinrichtungen mit Informationsmaterial. Um das von ihr entdeckte Informationsdefizit zu beseitigen, hat die Industrie für das Schuljahr 80/81 ein „Unterrichtspaket“ erarbeitet, das jetzt von einem „namhaften Schulbuchverlag“ herausgegeben wird. So erzieht sich die Pharma-Industrie den Arzneimittelkonsumenten von morgen!

Was sich hier für die Pharmazeutische Industrie nur als Marktlücke darstellt, ist das Versagen staatlicher Gesundheitspolitik in der Gesundheitserziehung und Aufklärung – zu Lasten von uns allen.

Selbstmedikation – im Griff der Pharmaindustrie

Von Harald Skrobles,
Apotheker am Gesundheitszentrum
Riedstedt

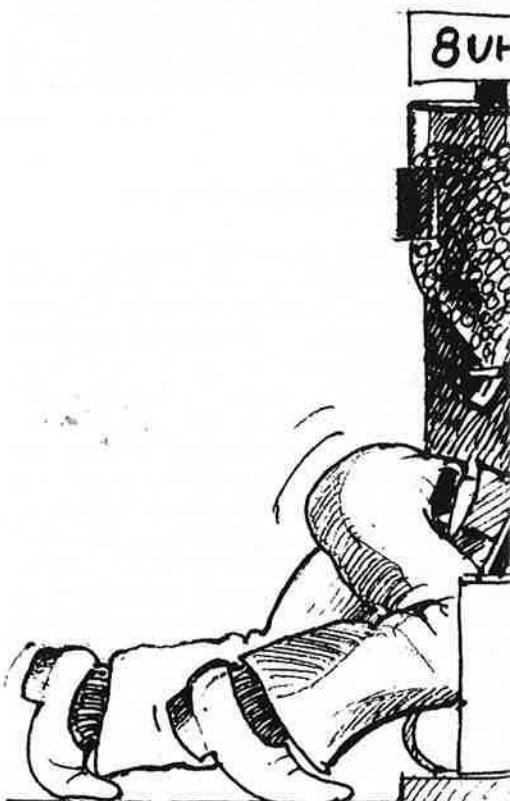
Die Möglichkeiten einer medikamentösen Versorgung außerhalb des ärztlichen Verantwortungsbereiches sind bei den Ärzten immer auf erhebliche Bedenken gestoßen. Da wird die Verschleppung von nicht rechtzeitig erkannten Erkrankungen befürchtet oder auf die Gefahren, die von den toxischen Wirkungen der Medikamente ausgehen, hingewiesen. Mit Medikamenten außerhalb der ärztlichen Verschreibung werde nicht sachgerecht umgegangen, die Gebrauchsanweisung würde nicht beachtet, früher verordnete Medikamente bei ähnlichen Krankheiten falsch wiederverwendet oder gar falsche oder überalte Mittel eingenommen. Diese Kritik wird auch von den Apothekern unterstützt, wenn sie sich dagegen zur Wehr setzen, daß Arzneimittel auch außerhalb der Apotheken erhältlich sind.

Heute gelangen ca. 25 % aller Arzneimittel im Rahmen der Selbstmedikation in die Hände der Verbraucher. Eigentlich eine erstaunlich geringe Anzahl, wenn man bedenkt, daß 2/3–3/4 aller Erkrankungen selbstbehandelt werden, ohne daß ärztlicher Rat eingeholt wird. Dabei ist das Ausmaß der Selbstmedikation in den ver-

schiedenen Indikationsgruppen recht unterschiedlich. Es dominieren eindeutig Schmerzmittel, gefolgt von Husten- und Erkältungspräparaten, Abführmitteln, Hautmitteln (vor allem gegen Akne), Herz- und Kreislaufmitteln, Stärkungsmitteln (sog. Tonika), Schlaf- und Beruhigungsmittern, Rheumapräparaten (vor allem Bäder und Einreibungen), Magenmitteln und Vitaminpräparaten. Es sind also nicht besondere Krankheiten, sondern Mißbefindlichkeiten des Alltags, die für die Selbstmedikation in Frage kommen. Und dies hat eine alte Tradition. Gegen die Wechselfälle des Alltags hatten die Menschen immer schon Mittel in der Hausapotheke (und das war früher auch notwendig, weil die Ärzte nur die reichen Patienten behandelten) und wer kennt nicht die von der Großmutter überlieferten Rezepte gegen Ziegenpeter, leichtes Fieber, das Zipperlein, Kater und Durchmarsch? Gegen Franzbranntwein und Hustentee, Schweineschmalz und Kohletabletten, Kamillenaufguß und Zitrone, Baldrian und Hoffmanns-Tropfen ist ja auch nichts einzuwenden.

Aber wer wendet denn diese Mittel noch an? Die sogenannte Volksmedizin ist schon längst in den Griff der Pharmaindustrie und ihrer Profitorientierung geraten. So lobt die Firma Thomae ihr Produkt Dulcolax gegenüber einer natürlichen Behandlung der Verstopfung in einer Arzt-aussendung so: „Faserstoffe wie Wei-

zenkleie wirken nicht nur am Gastrointestinaltrakt, sondern auf den Metabolismus von Gallensalzen und auf den Stoffwechsel. Häufigste Nebenwirkung ist der Me-



teorismus, weil ein Teil der Fasern im Kolo-
n von Bakterien abgebaut werden kann.
Unbedingt notwendig ist, daß Weizenkleie
zusammen mit viel Flüssigkeit eingenom-
men wird, um zu vermeiden, daß ein zähes
Gel entsteht, das einen Obstruktionsileus
auslösen kann. Bis zum Einsetzen der Wir-
kung können einige Tage vergehen. – Im
Bereich der Laxantien bewährt sich seit
fast 30 Jahren weltweit Dulcolax. Es darf
jedem empfohlen werden, der ein Laxans
braucht. Die Wirkung kommt über Nacht
zustande, ohne daß der Wirkstoff resor-
biert wird und ohne daß die Leber oder
andere Organe belastet werden.“

Über die Schädlichkeit der Abhängigkeit
von Laxantien und des chronischen Ge-
brauchs schreibt die Firma nichts.

Oder die Firma Miles in einer Aussendung
an Apotheken: „Wir bringen Umsatz:
Alka-Seltzer gehört zum Fasching und
zum Karneval wie der Kopfschmerz zum
Kater. Und Alka-Seltzer hilft da schnell, si-
cher und schonend. Deshalb empfiehlt es
sich, Alka-Seltzer besonders zu empfehl-
en. Wir bringen Spaß: Die Langspielplatte
mit 10 der größten Hits von Sammy Davis
jr. Und mit dem Alka-Seltzer Schlager:
Plop, plop, fizz, fizz. Direkt aus den USA
und ein exklusives Sammlerstück für Sie.
Auch deshalb möchten wir Sie bitten,
Alka-Seltzer besonders zu empfehlen.“

So wird der Tagesablauf chemisch regu-
liert, die Pharmaindustrie funktioniert den
Menschen um zu einer Maschine. Und
wieviele Menschen haben nicht das Ge-
fühl, wie eine Maschine funktionieren zu
sollen! Da klingt es wie eine Sonntagspre-
digt in einer Broschüre der Bundeszentrale

für gesundheitliche Aufklärung: „Machen
Sie es sich zur Regel, bei kleineren Be-
schwerden und Unpäßlichkeiten erst ein-
mal darüber nachzudenken, ob nicht
schon durch Änderung der Lebensweise,
der Gewohnheiten, der Ernährung oder
durch Hausmittel eine Besserung Ihres
Befindens zu erreichen ist, ehe Sie zum
Arzneimittel greifen. Bedrängen Sie Ihren
Arzt nicht, Ihnen bestimmte Arzneimittel zu
verschreiben; er weiß besser, was Sie nötig
brauchen, was Ihnen nützt und was Ihnen
schaden kann.“

Weiß er es wirklich? 75 % aller in der Bun-
desrepublik konsumierten Arzneimittel
werden von Ärzten verordnet. Fast jede
Konsultation beim Arzt endet mit der Aus-
stellung eines Rezeptes für meist 2–3
Medikamente (oder der Patient erhält mehrere
Arzneimittelmuster). Dem Umgang mit
Arzneimitteln wird weit weniger Aufmerk-
samkeit geschenkt als der Drogensucht,
obwohl diese sozial-medizinisch und ge-
sundheitsökonomisch bei weitem nicht die
Bedeutung hat, wie die Verbreitung des
Arzneimittelkonsums. Medikamente neh-
men ist normal, ist sogar gesund, sie wer-
den ja vom Arzt verordnet.

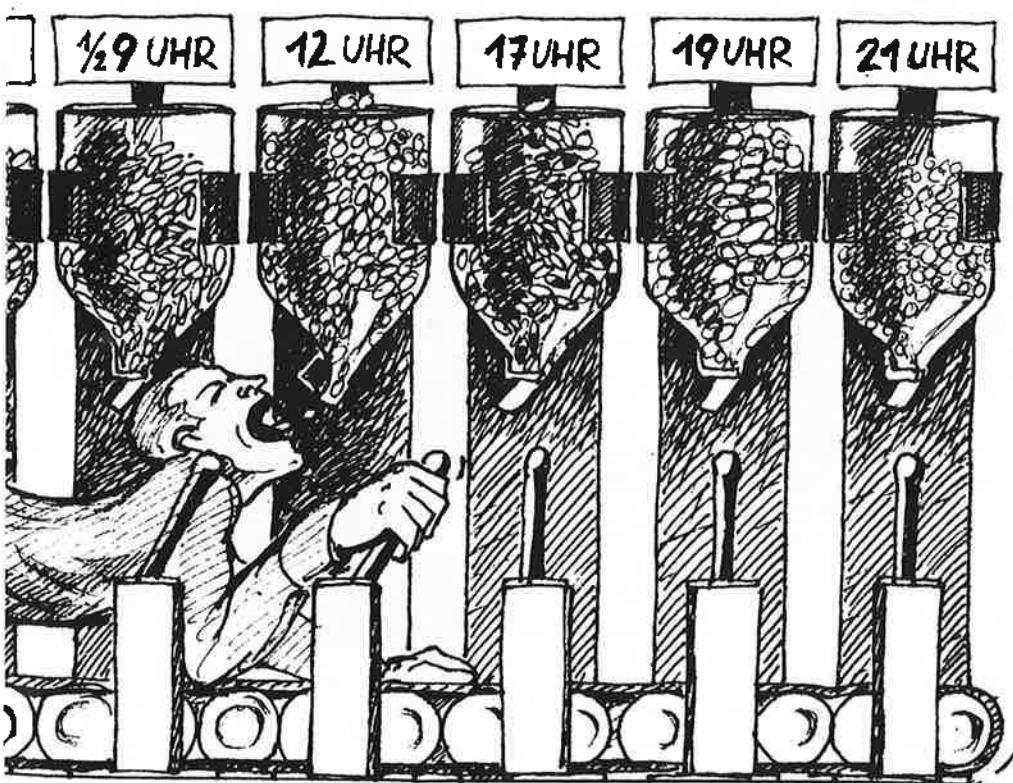
An dem ständig wachsenden miß-
bräuchlichen Arzneimittelkonsum sind
vor allem Beruhigungsmittel, Schmerzmittel, Abführmittel und Stim-
ulantien (einschließlich der Appetitzüg-
ler) beteiligt. In den Praxen der Ärzte er-
halten 30 % aller Patienten Schlafmittel
verordnet, 40 % bekommen sogenannte
Tagesberuhigungsmittel (vor allem
Tranquillizer). In einer Berliner Klinik
bekamen fast 70 % aller Patienten
Schlaf- und Beruhigungsmittel, 30 %

lernten in dieser Klinik zum ersten Mal
in ihrem Leben solche Medikamente
kennen.

Dabei wächst der Anteil der Psychophar-
maka rapide. Wie oft werden Patienten
darin bestätigt, mit Kopfschmerzmitteln
Unwohlsein vertreiben zu können, wenn ihr
Arzt zwar freiverkäufliche Präparate wie
Spalt, Thomapyrin-N oder Togal nase-
rumpfend wegen der Werbestrategien ih-
rer Hersteller meidet, dafür aber mit re-
zeptpflichtigen Dolvirian, Spasmo-Cibal-
gin, Optalidon oder Silentan neue Barbitu-
rat- und Tranquillizerabhängigkeit fördert?
90 % der Bevölkerung haben ein Abführ-
mittel im Haus, aber nur die Hälfte von ih-
nen haben es sich selber in Drogerien oder
Apotheken gekauft. Und als Psychostimu-
lantien werden nicht selten ärztlich verord-
nete Asthma-Präparate, Stärkungsmittel,
Schnupfenmittel, Appetitzügler und Beleb-
ungsmittel gebraucht. Soll man die Men-
schen schimpfen, die als Nacht- und
Schichtarbeiter (zum Beispiel im Medizin-
betrieb) ohne solche Stimulantien nicht
auszukommen glauben? Oder die Kas-
siererinnen im Supermarkt, die ihre Ver-
dauung nur noch chemisch regulieren
können?

Die Gefahren der Selbstmedikation lassen
sich nicht durch vermehrte ärztliche Kon-
trollen begrenzen. Die Selbstmedikation ist
nur ein Teil und nicht einmal der wesentli-
che des Problems Arzneimittelverbrauch in
der Bundesrepublik. Es wird wichtig, daß
die öffentliche Auseinandersetzung über
Wirkungen, Nebenwirkungen und ihrer toxi-
schen Schäden der am meisten ge-
bräuchlichen Arzneimittel, ob sie nun frei
verkäuflich in erster Linie der Selbstmedi-
kation zugänglich oder rezeptpflichtig sind,
verstärkt wird. Das geht nicht durch Arz-
neimittelteste der Stiftung Warentest, nach
deren Ergebnis Migränin, Novo-Petrin und
Vivimed-N die „besten“ Schmerzmittel
sind, aber deren schädlichen Nebenwir-
kungen verschwiegen werden. Dagegen
sind öffentliche Kampagnen notwendig,
die auf die körperlichen Folgen der Inhalts-
stoffe Metamizol (in Novalgin) und Phenaz-
etin (in unzähligen Schmerzmitteln) hin-
weisen. Denn welcher Lale weiß schon,
daß bei dem einen Blutbildungsstörungen
und bei dem anderen schwere Nieren-
schäden drohen.

Viel zu lange glaubten Ärzte und Apothe-
ker, daß nur sie darüber entscheiden könnten,
was gut und was schlecht für den Men-
schen sei. Mittlerweile wächst das Miß-
trauen gegenüber der Arzneimittelverord-
nung sowie gegen die anderen medizi-
nisch-technischen Verrichtungen der
Schulmedizin. Zu Inhalten der Selbstmedi-
kation gehören zunehmend Gesundheits-
beratung, Gesundheits- und Krankheits-
aufklärung und die Propagierung einfacher
und billiger Hausmittel außerhalb von Arzt-
praxen und Apotheken. So betrachtet ist
Selbstmedikation ein durchaus vernünftiges
Verhalten der Bevölkerung.



Von Alf Trojan

Die **deskriptive Epidemiologie** will die Häufigkeitsverteilung bestimmter Krankheiten beschreiben. Aus epidemiologischen Untersuchungen über die Häufigkeit des Alkoholismus wissen wir, daß es in der BRD etwa 1,2 bis 1,8 Millionen Alkoholabhängige gibt; bei Einbeziehung auch früher Stadien der Alkoholkrankheit liegt die Zahl der Betroffenen sogar noch höher. Solche Zahlen sind ein Alarmsignal dafür, daß etwas für die Verhütung und Behandlung des Alkoholismus getan werden muß, – und zwar mehr als bisher!

Aus solchen Ergebnissen der deskriptiven Epidemiologie läßt sich jedoch nicht ableiten, was getan werden muß. Für diese Frage benötigt man zwei andere Untersuchungsansätze: Die **analytische Epidemiologie** will aufgrund gezielter Hypothesen Zusammenhänge zwischen verursachenden bzw. auslösenden Faktoren und dem Auftreten bestimmter Krankheiten feststellen. Je spezifischer solche Faktoren zu benennen sind und je überzeugender ihr Zusammenhang mit der Alkoholkrankheit nachweisbar ist, desto leichter läßt sich die Prävention, d.h. die Ausschaltung der Krankheitsursachen, in Angriff nehmen. Henkel (1979) hat in einer umfassenden Zusammenschau dargestellt, daß die „unteren Sozialschichten als Resultat ihrer sozialen Lage die höchsten Erkrankungs-, Chronifizierungs- und Invalidisierungsraten“ hinsichtlich der Alkoholkrankheit aufweisen. Dieses Ergebnis zeigt zwar deutlich, in welchem Bereich speziellere Ursachen der Alkoholkrankheit zu suchen sind und daß ihre Bekämpfung auf der politischen Ebene erfolgen muß; die entsprechenden Untersuchungen fehlen bisher jedoch fast völlig.

Die **experimentelle Epidemiologie** erforscht die Erfolge von bestimmten Maßnahmen der Prävention und Behandlung. Solche Untersuchungen vergleichen meistens Gruppen, bei denen bestimmte Therapieformen durchgeführt wurden, untereinander und mit Gruppen, bei denen gar keine Therapie durchgeführt wurde. Die Frage ist dabei stets, in welcher Gruppe die häufigsten Heilungen zu finden sind, d.h. welche Therapieform am erfolgversprechendsten ist. Diese Art des Vorgehens wende ich auch in diesem Beitrag an, allerdings auf einer sehr allgemeinen Ebene. Meine Frage richtet sich darauf, ob die heute vorherrschenden stationären und medikamentösen Behandlungsansätze tatsächlich auch die erfolgversprechendsten sind. Dazu werde ich Untersuchungsergebnisse über die Verteilung der Alkoholiker auf die verschiedenen Behandlungsinstitutionen heranziehen und in Beziehung bringen mit Studien, die Aussagen über den Erfolg verschiedener Behandlungsansätze machen.



Wo werden Alkoholkranke behandelt?

Für die Entscheidung, welche und wieviel Alkoholkranke in die verschiedenen Behandlungseinrichtungen kommen, spielen zahlreiche Faktoren eine Rolle. Dazu gehören z.B. das Krankheitsverhalten der Bevölkerung, die Auffassungen über Alkoholismus in der Öffentlichkeit und die Anzahl und Güte der Behandlungsangebote. Die Häufigkeit institutionell erfaßter Alkoholiker sagt also wenig über die „wahre“ Krankheitshäufigkeit und ihre Entwicklungstendenzen aus.

In älteren Arbeiten über die Diagnosehäufigkeit in der **Allgemeinpraxis** taucht der Alkoholismus gar nicht auf (Ritter 1968). Feuerlein (1972) fand sowohl für Allgemeinärzte als auch für Internisten und Nervenärzte im Durchschnitt so geringe Fallzahlen, daß (bei einer Annahme von ca. 1 000 Patienten im Quartal) die Alkoholismusrate in fast allen ärztlichen Praxen niedriger zu sein scheint als die in Felduntersuchungen ermittelte „wahre“ Krankheitsrate für Alkoholismus.

Auch die für **nervenärztliche** Praxen ermittelten Raten von 2 % bis 4,4 % aller Patienten sind niedriger, als man erwarten würde. In **psychiatrischen Polikliniken** liegt die Häufigkeit mit zwischen 7 % und 11 % etwas über der für die allgemeine Erwachsenenbevölkerung angenommenen Häufigkeit von 4 %—7 %.

Die wenigen verfügbaren Zahlen über die Alkoholismusrate bei stationären Patienten in **Allgemeinkrankenhäusern** (0,4 % bzw. 1,2 %) erscheinen zu gering. Die Untersuchung von Feuerlein u.a. (1977) ist eine interessante Ausnahme: Im Rahmen einer Voruntersuchung für den Münchner Alkoholismustest fanden sie unter Klinikpatienten 10 % verdeckter Fälle von Alkoholismus heraus. Bei diesen Patienten war vorher von den behandelnden Ärzten geurteilt worden: „klinisch kein Verdacht auf Alkoholismus“.

Die große Menge der Alkoholiker wird in den **psychiatrischen Landeskrankenhäusern** aufgenommen. Hier ist die Zunahme des Alkoholismusproblems auch eindeutig nachweisbar: In früheren Jahren lagen die Zuweisungsraten um ca. 20 %, neuerdings betragen sie etwa 1/3, teilweise sogar 40 % aller Aufnahmen. Im Rheinischen Landeskrankenhaus stieg die Diagnose Alkoholismus bei Männern im Zeitraum von 1950—1974 um das 5fache, bei Frauen sogar fast um das 10fache (Heinrich/Müller 1977)*.

* Es handelt sich hierbei im allgemeinen um keine reinen Neuerkrankungsraten, weil die wieder eingewiesenen Patienten (also „Altkranke“) auch in diesen Zahlen enthalten sind. Zum Teil ist der Anstieg der Alkoholiker-aufnahmen also Ausdruck kürzerer Verweildauer und häufiger Wiederaufnahme einzelner Patienten. Alkoholkranke in anderen psychiatrischen Einrichtungen als den Landeskrankenhäusern spielen zahlenmäßig keine große Rolle.



Alkoholkrankheit häufig ignoriert

Ein erstes Problem: Offenbar gibt es in **allgemeinärztlichen Praxen und in allgemeinen Krankenhäusern viele Patienten, bei denen die Alkoholkrankheit – insbesondere natürlich in frühen Stadien – nicht erkannt oder ignoriert wird** (vgl. z.B. Gruner/Schulte 1974 und Wilkins 1974). Dies ist ein Mangel der derzeitigen Versorgung: Das Problem besteht m.E. darin, daß die **Möglichkeiten der Frühdiagnostik und Frühbehandlung des Alkoholismus unterschätzt werden**. Dieser Punkt wird auch in der Aus- und Fortbildung der Mediziner sowie in der Forschung noch stark vernachlässigt. Eine Aufgabe der Fächer Sozialmedizin/Medizinsoziologie liegt u.a. darin, zunächst das Bewußtsein für dieses Problem – mit dem **alle Ärzte in ihrer Arbeit konfrontiert werden – zu schärfen**. Der konstruktive Umgang mit solchen Patienten müßte dann in Zusammenarbeit mit anderen Fächern und anderen Berufsgruppen vermittelt werden. Erfreulicherweise scheinen sich in letzter Zeit auch einzelne Allgemeinärzte in diesem Sinne zu engagieren (vgl. z.B. Brammer 1978 und Weisbach 1979).

Vorrang für ambulante Therapie

Ein zweites generelles Problem, das ich ansprechen möchte, geht von der Frage aus: **Ist es sinnvoll, daß das Schwerewicht der Behandlung bei den stationären Einrichtungen, insbesondere bei den psychiatrischen Landeskrankenhäusern liegt?**

Zur Beantwortung dieser Frage stütze ich mich vor allem auf einen Übersichtsartikel von Olbrich/Watzl (1978).

Eine groß angelegte amerikanische Untersuchung über männliche Alkoholiker (18-Monats-Katamnesen) zeigte statistisch abgesichert, daß **stationäre Therapie ambulanter nicht überlegen** ist. Auch Kombinationsformen wie „stationär und ambulant“ oder „Übergangsheim und ambulant“ brachten keine besseren Behandlungserfolge als ambulante Therapie allein!

In dem Überblick waren keine Angaben darüber enthalten, wieviel Alkoholiker statt in eine Behandlung in eine Selbsthilfegruppe wie z.B. Anonyme Alkoholiker oder Guttempler gehen. Darüber gibt es m.W. keine halbwerts zuverlässigen Untersuchungen. Für die Frage, wo einem Alkoholiker am besten geholfen werden kann, müssen aber natürlich Selbsthilfegruppen in die Diskussion einbezogen werden. Die genannte amerikanische Untersuchung zeigte auch, daß professionelle Therapie und Selbsthilfe durch die Anonymen Alkoholiker (AA) sich nicht signifikant unterscheiden. Tendenziell sind die AA sogar erfolgreicher.

Medikamente „aus Verzweiflung“

Eine andere amerikanische Übersichtsarbeit von Viamontes (1972) wird hier wiedergegeben, weil auch in Deutschland viele Ärzte (besonders in der ambulanten Versorgung) immer wieder versuchen, Alkoholkranke medikamentös zu behandeln (vgl. Lohse 1975 od. Münch. med. Wschr. Bd. 121, 1979, S. 770/71 u. 1089–94) – wohl ebenso wie in den USA „aus Unwissenheit oder Verzweiflung“ (wie Viamontes sich diese Art der Behandlung erklärt). Die Schlüffolgerung aus der erneuten Untersuchung von 107 Medikament-Prüfungen (89 britischen und amerikanischen Veröffentlichungen) lautet:

„Bei der Behandlung von chronischen Alkoholikern war kein Medikament erfolgreicher als Placebos; sogar bei der Behandlung des Entzugssyndroms scheint eine gute Pflege der Hauptfaktor des Erfolgs zu sein, erfolgreicher jedenfalls als die benutzten Medikamente.“

Zurück zur Ausgangsfrage, ob die derzeitige, vorwiegend stationäre Behandlung der Alkoholiker in psychiatrischen Landeskrankenhäusern sinnvoll ist! Ich meine, daß die gezeigten Untersuchungen über Behandlungserfolge ein klares „Nein“ rechtfertigen.



- Den Alkoholkranken möglichst zu einer ambulanten Behandlung motivieren!
- Teilnahme des Patienten an einer Alkoholiker-Selbsthilfegruppe vermittern!

Prävention

Olbrich und Watzl (1978) stellen an staatliche und gemeinnützige Institutionen außerdem die Forderung, daß die **Prävention des Alkoholismus** mit absoluter Priorität, also noch vor der Verbesserung ambulanter Therapiemöglichkeiten, zu fördern sei. Die über eine nur beschreibende Epidemiologie hinausgehende Überprüfung gezielter Hypothesen zur Alkoholismusentstehung ist eine der wichtigsten Voraussetzungen für zielgerichtete Alkoholismusverhütung (vgl. z.B. Wieser und Müller 1977 und Küfner und Feuerlein 1978). Darüberhinaus muß m.E. auch eine Intensivierung der experimentellen Epidemiologie, d.h. von Untersuchungen zur Effektivität von Maßnahmen der Prävention oder Behandlung gefordert werden. Solche Untersuchungen, bei denen Einflußvariablen auf den Alkoholismus variiert werden, stellen die stichhaltigsten Überprüfungen von möglichen ursächlichen Zusammenhängen dar. Gleichzeitig wären sie die besten Entscheidungshilfen für die Auswahl erfolgreicher präventiver und therapeutischer Konzepte.

Literatur:

Literaturhinweise sind meinem umfassenderen Übersichtsartikel „Epidemiologie des Alkoholkonsums und der Alkoholkrankheit in der BRD“ (Internistische Welt 7/1980, S. 241–250) zu entnehmen. Hier nur die m.E. wichtigsten Übersichtsarbeiten:

- Antons, K.W., Schulz: Normales Trinken und Suchtentwicklung. Theorie und empirische Ergebnisse interdisziplinärer Forschung zum sozialintegrierten Alkoholkonsum und süchtigen Alkoholismus, Bd. I und II, Hogrefe, Göttingen 1976 und 1977.
- Henkel, D.: Empirische Materialien zum Alkoholismus in der Bundesrepublik Deutschland im Zusammenhang mit Sozialarbeit, Arbeitslosigkeit und Frühinvalidität. Jahrbuch für kritische Medizin, Bd. 4, Argument, Berlin 1979.
- Olbrich, R., H. Watzl: Behandlungsergebnisse in der Therapie des Alkoholismus. Eine Übersicht. Suchtgefährden 24: 1–8 (1978).
- Viamontes, J.A.: Review of Drug Effectiveness in the Treatment of Alcoholism. Amer. J. Psychiat. 128: 1570–1571 (1972).



Für denjenigen, der einem alkoholkranken Patienten helfen will, lassen sich meiner Ansicht nach folgende allgemeine Regeln aufstellen:

- Medikamentöse Behandlung bei Alkoholikern vermeiden!

Schuld ist immer das Opfer

Wie in Dortmund, nach eigenem Bekennen des Informations- und Presseamtes „Europas Bierstadt Nr. 1“, mehrere Menschen durch eindeutige Fehldiagnosen unter Alkoholeinfluß bzw. vermeintlichem Alkoholeinfluß zu Tode kamen, ohne daß dafür Verantwortliche gefunden werden konnten oder sich gar jemand verantwortlich gefühlt hätte:

In Dortmund wird gutes Bier gebraut. Das hat manche guten Seiten für die Stadt, vor allem in finanzieller Hinsicht, wie z.B. hohe Steuereinnahmen. Die Stadt fördert daher den Alkoholkonsum, wo sie nur kann: Da gibt es ein Werbeplakat, da wird der Bierbrauerzunft ein Denkmal gesetzt, da wird in der Innenstadt die „längste Theke der Welt“ organisiert und in der Lokalpresse am nächsten Tag der Konsum von soundsoviel Hektoliter Bier bejubelt. Der Bierumsatz ist für alle Seiten eine feine Sache! Oder sagen wir mal besser, für fast alle Seiten:

Diejenigen, die sich in Dortmund von dem Werberummel antörnen lassen und sich betrinken, und das sind nicht wenige, können nicht so ohne weiteres sicher sein, daß die Stadt ihnen hilft, wenn sie dadurch einmal in eine bedrohliche Lage kommen, vor allem in gesundheitlicher Hinsicht. Bis zum Erscheinen einer Dokumentation im Sommer 1979, die die skandalösen Zustände in Dortmund an die Öffentlichkeit brachte, war es in den Städt. Kliniken üblich, Alkoholvergiftete eben nicht wie vergiftete Patienten zu betrachten und zu behandeln, sondern sie nach kurzer Untersuchung überhaupt nicht zu behandeln. Die Diagnose „besoffen“ leitete die „Ablagerung“ (Diktum des zuständigen Stadtrates) der „hilflosen Personen“ auf dem zugigen Steinfußboden der Hauptaufnahme oder des Flures ein. Man trifft den Tatbestand aber besser, wenn man sagt, daß diese z.T. hochgradig vergifteten Patienten wie ein Stück Dreck einfach in die Ecke geworfen wurden. Dort lagen sie dann oft stundenlang unbeachtet in ihren Exkrementen. Wurden es zu viele oder lehnte sich solch eine Person gegen eine solche „Behandlung“ auf, so wurde sie ins Polizeipräsidium gebracht und in eine Zelle gesperrt.



Ein „abgelagerter“ betrunkener Patient in der Dortmunder Klinik

Jeder, der ein wenig von Vergiftungen gelesen oder gehört hat, mußte sich darüber im klaren sein, daß diese Art von „Behandlung“ nicht unbedingt von jedem überlebt wird. Aber: Kein ärztlicher Direktor, kein zuständiger Chefarzt fühlte sich verantwortlich. Im Gegenteil, als sich öffentlicher Protest erhob, hatten sie zunächst nichts eiligeres zu tun, als abzuwiegeln und diejenigen, die protestierten zu diffamieren.

Das erste Opfer war Ioannis Batos, ein griechischer Gastarbeiter, zum Zeitpunkt seines Todes gerade sechsundzwanzig Jahre alt. Bezeichnend für die „Behandlungs“-Mentalität in Dortmund ist, daß bei Ioannis schon allein der Verdacht auf Trunkenheit ausreichte, ihn in Polizeigewahrsam ohne ausreichende ärztliche Versorgung verrecken zu lassen. Obwohl der torkelnde junge Mann von Tabletten sprach, die er eingenommen hätte, kam er als „Besoffener“ gleich in Polizeigewahrsam: Der herbeigerufene Polizeiarzt (ein Ass.-Arzt der Städt. Kliniken in Nebentätigkeit) bestätigt die Diagnose, nimmt eine Blutprobe, erklärt den griechischen Vater von zwei Kindern für haftfähig. Am nächsten Tag ist Ioannis Batos tot. Bevor die Angehörigen benachrichtigt werden, wird die Leiche obduziert. Der Gerichtsmediziner vermutet einen sehr hohen Alkoholspiegel, sogar das Gehirn habe deutlich nach Alkohol gerochen. Fremdverschulden scheide aus, Todesursache Ersticken von Erbrochenem. Die Staatsanwaltschaft „informiert“ die Presse, sie zeichnet das Bild eines volltrunkenen, randalierenden, der Polizei einschlägig bekannten Ausländers. Die Lokalpresse druckt diese „Informationen“, kritische Fragen sind hier nicht üblich, z.B. was ein Volltrunkener, der so weit vergiftet ist, daß er daran zu Tode kommt, in einer Polizeizelle zu suchen hat. Dann kommt das Ergebnis der Blutprobe heraus: 0,00 Promille!

Um es kurz zu machen: Es wird Anzeige erstattet gegen einen Polizeibeamten und gegen den Polizeiarzt, sie werden beide freigesprochen. Niemand der politisch Verantwortlichen tritt zurück, es passiert nichts!

Das zweite Opfer des hochtechnisierten Dortmund Gesundheitssystems wurde im Juni 1978 ein 58jähriger Arbeiter. (Angehörige der „höheren“ Gesellschaftsschichten sind unter den Opfern nicht zu finden!) Er wurde von einem Taxifahrer bewußtlos auf der Straße gefunden, die Feuerwehr brachte ihn in die Hauptaufnahme der Städt. Kliniken. Der diensthabende Arzt untersuchte ihn, die Diagnose lautete „Alkoholvergiftung“. Damit war wieder alles klar: Da diese Diagnose in dieser Stadt nicht als Erkrankung sondern als persönliches Vergehen bewertet wird, kam der Delinquent in die Polizeizelle. Am nächsten Morgen war er tot. Todesursache laut Obduktion: Schädelbasisfraktur. Dieses Mal erhob gleich die Staatsanwaltschaft Klage, nicht aber gegen diejenigen, die den organisatorischen Verantwortung für diese durchgängige „Behandlungs“-Methode zu übernehmen hatten, sondern gegen die diensthabenden Arzt. Er wurde freigesprochen.

**Des is a Bier
Des is a Souvenir**



**Treffpunkt Dortmund
Europas Bierstadt Nr. 1**

Werbeplakat des Informations- und Presseamtes der Stadt Dortmund

Nun regte sich klinikinterner Widerstand: Die Assistenzärzte schrieben einen Brief an den zuständigen Krankenhausdezernenten und SPD-Stadtrat. Unterstützung von den Chefärzten erhielten sie nicht. Es fand ein Gespräch statt, Zusagen wurden gemacht, man würde die Möglichkeiten für Veränderungen prüfen. Es geschah nichts.

Das Personal der Hauptaufnahme beschwerte sich ebenfalls in einem Brief an die Klinikleitung über die unzumutbaren Arbeitsbedingungen und über die Personalknappheit. Ausdrücklich lehnten die Krankenschwestern jede Verantwortung für weitere Zwischenfälle ab. Keine Reaktion.

Ein Arbeitskreis schrieb einen offenen Brief an den SPD-Stadtrat, der in einer lokalen Zeitung erschien. Es wurde ein längst überfälliger Aufnahme- und Behandlungsraum für Alkoholvergiftete mit entsprechendem Personal gefordert. Es kam wieder zu einem Gespräch, der Herr Stadtrat äußerte den Verdacht, die ganze Aktion sei von „Ultralinks“ gesteuert. Keine weiteren Ergebnisse.

Der offene Brief wurde von den Assistenzärzten der Neurologischen Klinik zum Anlaß genommen, in einer öffentlichen Stellungnahme die Mißstände in der Hauptaufnahme zu bestätigen und die Verantwortung für evtl. eintretende gesundheitliche Schäden der betroffenen Patienten abzulehnen. Reaktion des Stadtrates: Ein Schreiben an den Chefarzt der Neurol. Klinik (nicht an die Assistenzärzte!): . . . , bitte ich, die Ärzte Ihrer Klinik auf ihre Treuepflicht und das Unzulässige ihrer Handlungsweise sowie darauf hinzuweisen, daß im Wiederholungsfall ggf. arbeitsrechtliche Maßnahmen gegen die Betroffenen eingeleitet werden müssen.“ Über die Toten wurde nicht gesprochen.

Dazu bestand aber schon bald erneut Anlaß: Anfang März 1979 wird ein volltrunkener, 36jähriger Arbeitsloser in die Hauptaufnahme eingeliefert. Laut Untersuchungsbefund ist er tiefbewußtlos, nicht ansprechbar, hat keine Reflexe mehr, sein Blutzuckerspiegel beträgt 45mg%, sein Alkoholspiegel wird mit einem neu angeschafften Gerät (hinsichtlich der Anschaffung von Geräten war die Verwaltung noch nie kleinlich!) auf 4,9 Promille ermittelt. Das alles war in Dortmund keine Indikation für intensive Behandlungsmaßnahmen. Der „Besoffene“ bekommt eine Traubenzuckerinjektion, dann wird der Mann wie üblich auf dem Boden „abgelagert“. Nach drei Stunden steht der Mann auf, schwankt angeblich nicht einmal, verläßt die Klinik. Niemand hält ihn auf. Eine Stunde später wird er sterbend auf dem Hauptbahnhof gefunden. Todesursache laut Obduktionsbefund: Subdurales Hämatom.

Wieder Anklage gegen den diensthabenden Arzt, wieder ein Gutachten des Gerichtsmediziners mit der Fähigkeit zu Alkoholeruchs-Halluzinationen (s.o.), wieder Einstellung der Ermittlungen: Ein Fremdverschulden liegt nicht vor, das subdurale Hämatom hat sich der Mann laut Gutachten in der Stunde nach seinem Weggang aus der Klinik zugezogen, wenn auch in der gesamten neurologischen Literatur beschrieben wird, daß ein subdurales Hämatom Tage bis Monate zur klinisch-manifesten Ausbildung braucht, es sei denn, die Hirnhäute würden zerissen. Davon steht aber kein Wort in dem pathologischen Bericht! Auf die Frage, ob ein Mann mit über 4 Promille nicht auch gegen seinen Willen festgehalten werden muß, weil er lebensbedrohlich vergiftet ist, oder ob Organisa-

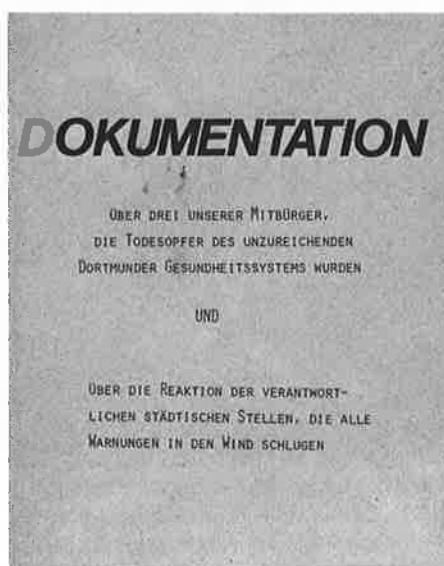


Informationsstand in der Dortmunder Innenstadt

tionsverschulden der Klinikleitung vorliegt, gehen die Staatsanwälte nicht ein: Schuld ist das Opfer.

Im Sommer 79 erscheint eine Dokumentation des Arbeitskreises über diese Todesfälle: plötzlich kommt Bewegung in die Verwaltung! Ein Raum wird eingerichtet mit vier Matten, Personal wird zusätzlich eingestellt, wenn auch völlig unzureichend: Für eine 24-Stunden Überwachung drei Hilfspfleger (ein Vorschüler, ein Kriegsdienstverweigerer und eine weitere nicht ausgebildete Kraft). Und natürlich ein Apparat: Eine Fernsehkamera und ein Schwarz-Weiß-Monitor im Schwesternzimmer einer Station. Auf diesem Monitor überwachen jetzt die Schwestern die „Besoffenen“ . . . Die medizinische Intensivstation bleibt in der Regel weiterhin für „anständige“ Kranke reserviert. . .

Bereits am 17. 8. 79 stirb ein Alkoholvergiffener sozusagen unter dem Auge der Schwarz-Weiß-Kamera. Ein Sozialarbeiter ist zufällig anwesend, er schreibt ein Gedächtnisprotokoll: . . . „bei der Lagerung röchelte der Patient . . . eine permanente Überwachung war nicht gegeben . . . während ich mich auf dem Flur aufhielt, wurde durch ein Mitglied des Stationspersonals, das den Raum betrat, bemerkt, daß der Pat. nicht mehr atmete . . . Später erfuhr ich, daß der Patient verstorben sei . . .“ Inzwischen hat sich die Stadt, die kürzlich Europas größte Sporthalle eingeweiht hat, zu einer weiteren Investition durchgerungen: In dem „Überwachungsraum“ wurde eine Toilette installiert, damit die übrigen Patienten der Station während der Nacht nicht länger durch die „Besoffenen“ belästigt werden . . .



Der Arbeitskreis, aber auch Ärzte der Klinik weisen in aller Deutlichkeit darauf hin, daß die apparative wie personelle Ausstattung des Raumes völlig unzureichend ist. Doch Europas Bierstadt Nr. 1 will nicht mehr investieren.

Nachtrag

Wenn auch der „Überwachungsraum“ (noch) nicht den objektiven Anforderungen entspricht, so zeigt dessen Einrichtung doch eines: Die Zyniker in den Cheftagen von Krankenhäusern und Rathäusern reagieren nicht auf sachliche Argumente. Drei Tote waren nicht genug, jahrelange klinik-interne Kritik bewegte nichts. Aber nichts fürchten diese Zyniker mehr als die Öffentlichkeit. Dann wird zunächst nach den Informanten geforscht, gedroht, bedauert, abgewiebelt und dementiert. Bleibt man aber am Ball, dann geschieht möglicherweise auch etwas. „Mehr Humanität im Krankenhaus“ bedeutet daher auch: Herstellung von Öffentlichkeit im Krankenhaus!

(Name des Autors ist der Redaktion bekannt.)

Therapie als Strafe

Zur Diskussion um das neue BTMG (Betäubungsmittelgesetz)

Von Wolfgang Schmidt, Gießen

1972 wurde das bis dahin geltende Opiumgesetz ersetzt durch das BTMG. Wurde bis dahin der Gebrauch von Drogen als Ordnungswidrigkeit geahndet, sah die Bundesregierung aufgrund des raschen Anwachsens der Drogenszene und dem vermehrten Aufkommen von sog. harten Drogen (Opium, Heroin usw.) die Notwendigkeit, dieser Entwicklung mit staatlichen Maßnahmen zu begegnen. Zu diesen Maßnahmen gehörten – neben der Einrichtung eines Großmodells für Drogenberatung und -therapie, wissenschaftlichen Untersuchungen u.a. – eben auch die Verschärfung der Strafgesetzgebung, die nun den Besitz, Gebrauch, Handel usw. unter z.T. empfindliche Strafe stellte. Ziel dieses Gesetzes sollte sein, die Händlerringe zu zerschlagen, den illegalen Drogenmarkt zu beseitigen und somit auch von dieser Seite das Drogenproblem in den Griff zu bekommen.

Die Entwicklung seit 1972 zeigt aber nun, daß das Ziel nicht erreicht werden konnte; der illegale Drogenmarkt wurde immer härter und perfekter, die Zahl der Drogenkonsumenten stieg ständig weiter an, und statt der Zerschlagung der großen Händleringe wurden

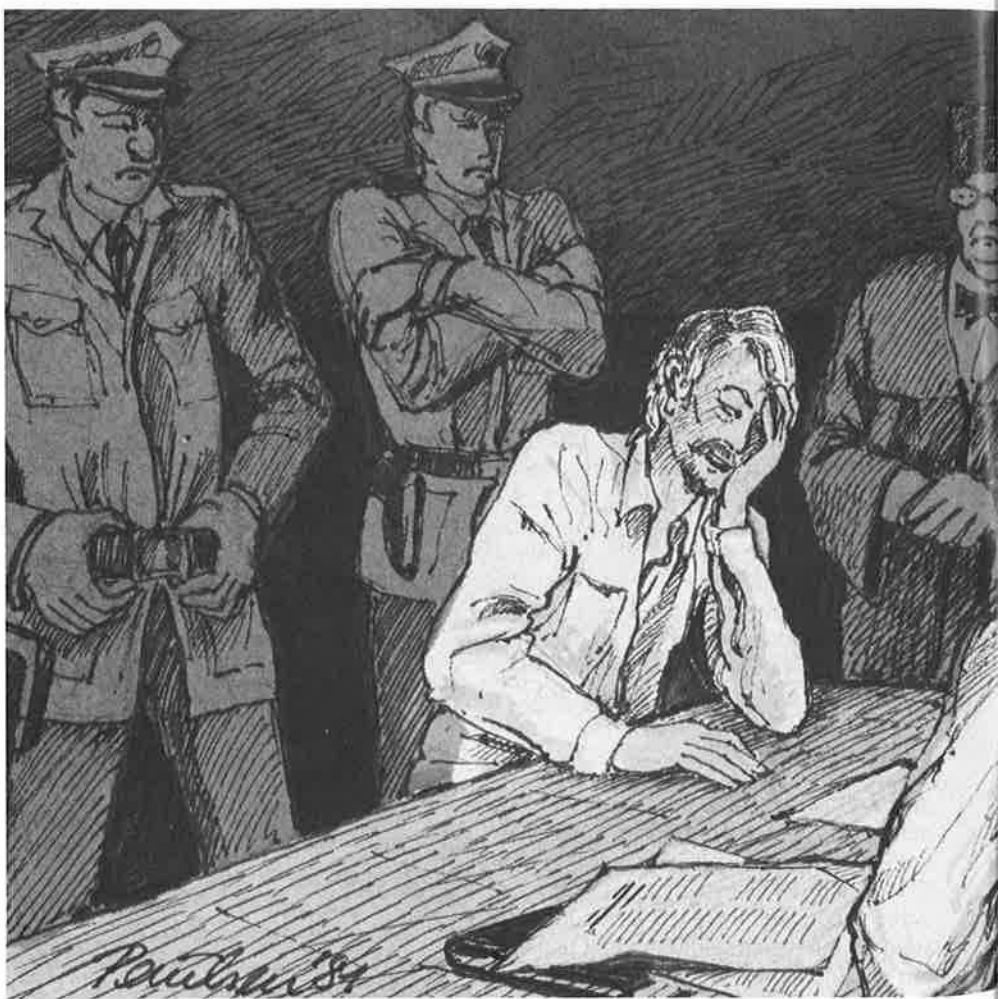
- die Konsumenten verhaftet und immer mehr Drogenabhängige in Strafanstalten verwahrt
- durch massiven Polizeieinsatz die örtlichen Szenen und damit die Abhängigen immer tiefer in die Illegalität abgedrängt
- die Kriminalisierung breiter Teile der Jugendlichen und jungen Erwachsenen vorangetrieben.

1979 wurden nun mehrere Entwürfe zu einer Novellierung des BTMG produziert, die als Zielsetzung wieder die Eindämmung und Zerschlagung der schweren Rauschgiftkriminalität angibt, dabei aber – wie es so schön griffig formuliert wird – für den kleinen Konsumenten das Prinzip „Therapie statt Strafe“ gültig sein soll.

Schon die ersten Entwürfe – noch ohne die später hinzugefügten „Therapieparagrafen“ – machen deutlich, daß im Gegenteil Kriminalisierung, Strafverfolgung, Bestrafung und Zwangsmaßnahmen bei Drogenabhängigen weiter vorangetrieben werden. Es wurden nicht nur die Straftatbestände erweitert, sondern auch die Strafen erhöht und damit z.B. die Möglichkeit einer Strafauflösung zur Bewährung erheblich verringert. Darüberhinaus soll sich zwar ein Richter bei Verfahren wegen BTMG-Verstößen für eine Therapie aussprechen können, nur wie oft, unter welchen Umständen und was mit Therapie überhaupt gemeint ist, bleibt völlig offen. Der Weg zur Zwangsbehandlung ist somit gesetzlich geregelt, der Ausbau dafür „geeigneter“ Einrichtungen wie z.B. Parsberg/Oberpfalz, Brauel bei Bremen o.a. wird verstärkt vorangetrieben.

wurden. Die AG-Nord, ein Zusammenschluß von Drogeneinrichtungen aus Hamburg, Niedersachsen, Berlin u.a. schreibt dazu in ihrer Resolution vom Juli 1980:

„Die Hoffnungen auf die Realisierung des Grundsatzes „Therapie statt Strafe“ haben sich nicht bestätigt. Nach dem vorliegenden – nunmehr vollständigen – Gesetzentwurf steht endgültig fest: nicht ein Abbau repressiver Maßnahmen zugunsten



Führte bisher die Nichteinhaltung einer Therapieauflage im Rahmen einer Strafauflösung zur Bewährung nicht automatisch zu einer Inhaftierung, ist durch die neue Regelung die sofortige Unterbringung in Haft vorgezeichnet. Geregelt wird dies durch die sogenannten „Therapieparagrafen“, die Anfang 1980 den bisherigen BTMG-Entwürfen nachgeschoben

einer Ausweitung sozialtherapeutischer Unterstützung, sondern die Einbeziehung und Unterordnung therapeutischer Bemühungen unter den repressiven Bereich wird mit dem vorgelegten Entwurf verankert.

Nicht „Therapie statt Strafe“ sondern „Therapie als Strafe“ wird hier als Grundsatz verankert

Im einzelnen kommt dies in folgenden Punkten zum Ausdruck:

Unter § 33 (Zurückstellung der Strafvollstreckung) wird zur Feststellung der Drogenabhängigkeit eine umfangreiche Gutachtertätigkeit institutionalisiert. Es steht zu erwarten – erste Erfahrungen aus Berlin belegen dies – daß damit in der Drogenarbeit Tätige zunehmend zur Begutachtung Drogenabhängiger herangezogen werden, insbesondere zur Erstellung von Prognosen. Diese Begutachtung muß, will sie nicht dadurch absurd führen daß sie für alle Abhängigen grundsätzlich „günstige“ Prognosen stellt, zur Selektion der Abhängigen in „Behandelbare“ und „Unbehandelbare“ führen.

Unter § 33 Abs. 3 wird eine Meldepflicht der Behandlungseinrichtung an die Vollstreckungsbehörde bei Abbruch der Therapie durch den Abhängigen verankert. Dies stellt eine Aufforderung zur Denunziation der Abhängigen dar, die die Aufhebung der Zurückstellung der Strafvollstrek-

vollstreckung wird. Untermauert wird dies zusätzlich durch die Regelung des Abs. 6, der eine Beschwerde gegen die Widerrufung der Zurückstellung zwar zuläßt, aber die Strafvollstreckung nicht „hemmt“.

In § 34 (Anrechnung und Strafaussetzung zur Bewährung) werden therapeutische Einrichtungen entsprechend § 67 Abs. 4 StGB als in ihrer Wirkung dem Maßregelvollzug nahe kommende eingegordnet und damit Sicherheitskriterien („Beschränkung der freien Lebensführung“) und dem Zugriff von Gerichten und Vollstreckungsbehörden unterworfen.

Die Unterordnung der therapeutischen Einrichtungen unter den repressiven Apparat kommt letztlich auch in der Anrechnung der Therapiezeit auf die Strafe zum Ausdruck.

Weiter ist zu erwarten, daß zunehmend weniger von der Strafaussetzung zur Bewährung Gebrauch gemacht wird, da ausdrücklich darauf verwiesen wird, „...daß der Drogenabhängige unter dem Druck einer drohenden Freiheitsstrafe eher bereit sein wird, sich einer Therapie zu unterziehen.“ (Erklärung zum neuen BTMG, FR vom 24. 5. 80)

Hier wird gesetzlich zur Therapie verurteilt. Eine Entscheidungsfindung des Abhängigen in Zusammenarbeit mit einer Beratungsstelle wird zunehmend gemacht, eine freie Wahl des Therapieplatzes – ohnehin in Anbetracht der wenigen sozialtherapeutischen Einrichtungen kaum noch Praxis – gänzlich aufgehoben.“

Der in dieser Resolution der AG Nord dargestellten Tendenz wird als grundsätzliche Forderung die Entkriminalisierung der Abhängigen gegenübergestellt. Darüberhinaus wird gefordert:

- die Einstellung aller weiteren Planungsvorhaben für Zwangstherapie im Strafvollzug,
- die Schließung der bestehenden Drogenknäste (z.B. Parsberg)
- den Erhalt und Ausbau therapeutischer Langzeiteinrichtungen
- die Verbesserung der Arbeitsbedingungen und -möglichkeiten der Beratungsstellen
- das Zeugnisverweigerungsrecht für alle in der sozialen Arbeit tätigen Menschen.

Die Drogeneinrichtungen in der BRD werden sich auch weiterhin gegen diesen Gesetzentwurf wehren, der einzige und allein eine Verschärfung für den Abhängigen mit sich bringt und sich mit den Ursachen von Drogenabhängigkeit überhaupt nicht auseinandersetzt.

Ob die zuletzt vorgelegte Gesetzesnovelle tatsächlich verabschiedet wird ist z.Z. noch offen; sie scheiterte bisher im Parlament am Einspruch von Seiten der CDU. Ein noch ausstehender Kompromiß dürfte allerdings kaum eine Entschärfung für die Situation der Drogenabhängigen mit sich bringen.

Weitere ausführliche Informationen zu diesem Thema sowie zur Problematik in der Kostenbewilligungspraxis bei Therapien, fortschreitender Bürokratisierung und Medizinisierung im Drogenbereich können eingeholt werden über:

AG Nord c/o Jugend hilft Jugend Hamburg, Max-Brauer-Allee 116

AG Hessen c/o Jugend- u. Drogenberatung, Gießen, Schanzenstr. 16

AG Nordrhein c/o Mike Ridder, Krisenhilfe e.V. Bochum, Viktoriastr. 67

Wissenschaft braucht Demokratie! Demokratie braucht eine demokratische Wissenschaft!

Der Bund demokratischer Wissenschaftler

- arbeitet heute in über 30 Sektionen in den wichtigsten Hochschulorten der Bundesrepublik,
- koordiniert überregional die Kooperation von Fachwissenschaftlern in verschiedenen Schwerpunkten und Projekten u. a.
- organisiert den Selbstverständigungsprozeß demokratischer Wissenschaftler in Fachtagungen und Seminaren (Kritische Psychologie, Erziehungswissenschaften, Sportwissenschaft, Gesundheitspolitik),
- nimmt laufend zu aktuellen hochschul- und wissenschaftspolitischen Fragen Stellung,
- gibt eine Zeitschrift heraus: das BdWi-Forum.

Möchten Sie die Arbeit des BdWi näher kennen lernen? Möchten Sie BdWi-Mitglieder an Ihrer Hochschule oder Ihrem Arbeitsplatz kennenlernen? Möchten Sie Mitglied werden? Möchten Sie das BdWi-Forum lesen?

Schreiben Sie uns!

Postfach 1162
3560 Marburg/Lahn
Tel. 06421/21395

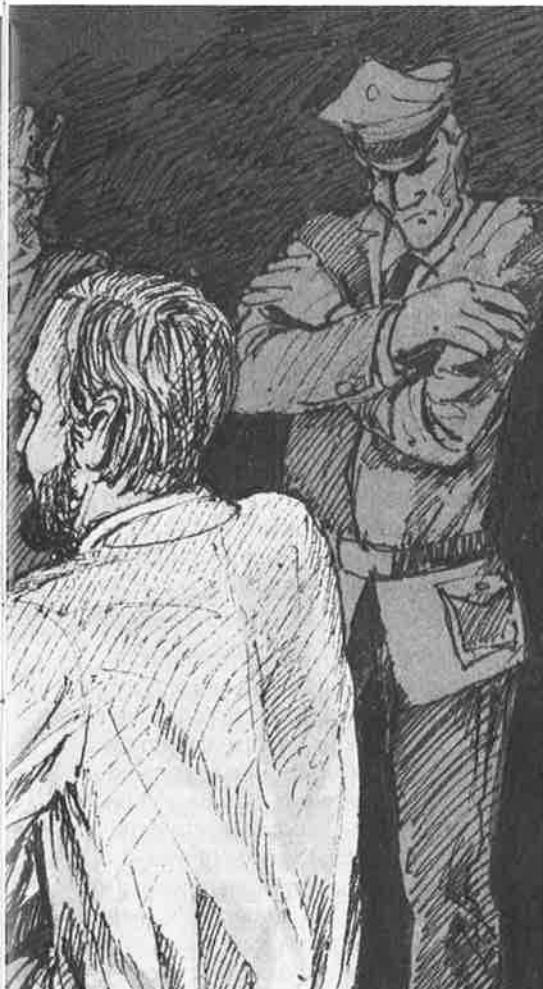
Bund demokratischer Wissenschaftler e.V.

BdWi

Deutsche Volkszeitung

ein
demokratisches
Wochenblatt –
unentbehrlich
für
den
kritischen
Zeitgenossen

Probeexemplare unverbindlich und kostenlos durch MONITOR-VERLAG GmbH, Düsseldorf, Oststraße 154, Postfach 5707



kung durch die Vollstreckungsbehörde einleitet und den Abhängigen dem Strafvollzug zuführt.

Die in der Drogenarbeit Tätigen werden hier direkt als Erfüllungsgehilfen der Vollstreckungsbehörden eingesetzt. Darüberhinaus wird der Behandlungsabbruch durch den Abhängigen praktisch zum strafbaren Delikt, das Grund für die Straf-

Drogenszene: „. . . nicht vom Horror erdrücken lassen“

Seit Mitte Februar ist „Das Drogenbuch“ auf dem Markt. In der Flut einer kommerziell orientierten Drogenliteratur ist es eines der wenigen Bücher, das nicht auf Sensationslust orientiert, das unter Drogen auch und vor allem Alkohol und Tabletten meint. Gelesen werden kann und soll es vor allem von den potentiell betroffenen Jugendlichen. Für Erwachsene ist es nicht weniger informativ. Es nennt Hintergründe und Hintermänner, es gibt Hilfen und Tips, wenn man in Abhängigkeit geraten ist oder wenn man jemanden kennt, der solche Probleme hat. D.G. sprach mit den beiden Autoren des Buches. Dieter Bongartz und Alexander Goeb.

DG: Wen wollt Ihr mit dem Drogenbuch ansprechen?

Dieter: Vor allem Jugendliche im Hauptschulalter so ab 12 bis 13 Jahren. Wir wenden uns mit dem Buch aber auch an Lehrer, Ärzte und Eltern, weil wir auch in Gesprächen immer wieder festgestellt haben, daß eine große Unkenntnis über das Problem Drogen besteht und über die Frage: Wie verhalte ich mich gegenüber Drogenabhängigen oder -gefährdeten? Wenn jemand abhängig ist, so machen wir uns natürlich keine Illusion darüber, daß er Trocken oder Clean wird, wenn er das Buch gelesen hat. Wir denken mehr, daß es der Vorbeugung und zur Aufklärung benutzt werden kann.

DG: Es gibt eine Unmenge an Literatur über die Drogenszene; warum jetzt noch ein Buch?

Was ist daran neu, was ist anders?

Alexander: Nun wissen wir natürlich was alles geschrieben worden ist, aber wir wissen auch, daß ein Großteil der bisher produzierten von den potentiell Betroffenen überhaupt nicht wahrgenommen wird. Unser Ansatz war, ein Buch zu machen, daß einmal breite Information bietet, auch gerade unter dem Einschluß der Drogen Alkohol und Tabletten und Nikotin; auf der anderen Seite aber eine Form zu finden, die von der Zielgruppe der Jugendlichen ab 14 Jahre etwa auch angenommen und gelesen wird. In diesem Buch kann man schmökern, ein gleichrangiges Element neben dem Text sind bei uns Cartoons und Zeichnungen. Wir wollten dem Buch auch einen gewissen Unterhaltungswert geben. Wir wollen nicht den totalen Horror malen, sondern man soll auch, dies mag vielleicht komisch klingen im Zusammenhang mit Drogen, einmal richtig lachen können.

DG: Nun hat unter den Drogenbüchern gerade das Buch der Christiane F. sehr viel publicity gehabt.

Dieter: Es gibt natürlich eine Reihe von Büchern, die relativ verbreitet sind, die aber unseres Erachtens in Wirklichkeit gar keine Antidrogenbücher sind, sondern die Leute eher „Anmachen“. In diesen Büchern wird zum Teil sehr ausführlich, nur auf der Ebene eines einzelnen Beispiels

Alexander: Ich glaube es ist eigentlich nicht so sehr die Scene sprache sondern die Sprache der Jugendlichen, so wie sie heute gesprochen wird. Das, was zur eigentlichen „Scene“ gehört, auch von den Begriffen, ist das, was wir in einem gesonderten Abschnitt erklärt haben. Es gibt hier ja viele Begriffe, die einer, der sich mit dem



Alexander Goeb



Dieter Bongartz

über den Lebensweg eines einzelnen Drogenabhängigen berichtet. Den Jugendlichen wird damit eine sehr große Nähe zu dem Helden des Buches gegeben, eine große Identifikationsmöglichkeit, die ihnen aber dann kaum noch Distanzmöglichkeiten läßt, wenn sie in einer ähnlichen Situation sind, wie z.B. die Christiane F. Wir sind bei den Recherchen zu unserem Buch in Köln auf jemanden gestoßen, dessen Kind in einer Gruppe ist, die praktisch dieses Buch „Wir Kinder vom Bahnhof Zoo“ Seite für Seite nachleben und sich damit auch voll identifizieren und entsprechend auch mit Drogen hantieren. Wir haben in unserem Buch versucht, einerseits eine Identifikation zu ermöglichen, andererseits aber durch unsere Montagebauweise mit Zitaten, Berichten, Comics eine gewisse Distanz zu ermöglichen, auch Reflektion über das, was da gesagt wird.

DG: Das Buch ist in einer Art „Insiderjargon“ geschrieben. Welche Zwecke verfolgt Ihr damit?

Dieter: Das ist die „Scene sprache“. Die Monotonie haben wir vielleicht ein bißchen rausgenommen. Aber wir haben schon versucht, diese Sprache im Buch hier abzubilden. Es ist darüber hinaus eine Sprache, die teilweise sehr originell ist und auch sehr kreativ. Sie benennt bestimmte Sachverhalte, die bei mir oder beim Leser im Gefühl sind, sehr präzise; auf jeden Fall besser als eine distanzierte Hochsprache.

Problem noch nicht beschäftigt hat, überhaupt nicht kennen kann. Wir haben das Buch allerdings nicht stur wissenschaftlich, sondern mit ein bißchen Witz abgehandelt.

DG: Je mehr man sich mit der Drogenproblematik befaßt, umso mehr erkennt man, wie umfassend und erschreckend groß diese Problematik ist. Weckt nicht auch Euer Buch angesichts der herrschenden Zustände ein Gefühl von Hilflosigkeit?

Dieter: Wir haben auf der konkreten politischen Ebene ja Vorschläge gemacht über das, was wichtig wäre: Das Verbot von Drogenwerbung jeder Art, Ausgliedern der Drogen aus dem Bereich des Lebensmittelverkaufes, vor allem in den Bereichen, wo z.Zt. mit all den der Werbung zur Verfügung stehenden Mitteln versucht wird, Jugendliche und Kinder an Drogen heranzuführen; von denen sie später nicht mehr locker lassen können. Wir haben natürlich ein Buch geschrieben, das auf der einen Seite sehr viel persönliche Tragödien enthält, aber auch auf der anderen Seite die Möglichkeit gibt, diese Dinge immer noch für sich positiv zu verarbeiten. Eben von der Herangehensweise, daß man sich von dem Horror nicht erdrücken läßt, daß man immer wieder merkt, hier gibt es Leute, die etwas dagegen tun, da kann ich was lernen, da kann ich mir eine Haltung angewöhnen, etwas dagegen zu tun. Wir haben deshalb auch einen ausführlichen Teil über

Therapiemaßnahmen, wie es abläuft und das Erfolge möglichen sind angehängt..

DG: Jugendliche verteidigen im Gespräch mit Erwachsenen ihren Drogenkonsum häufig als einen der letzten Freiräume, den man ihnen nehmen sollte. Glauben nicht auch viele junge Leute, sie hätten das Problem selbst unter Kontrolle?

Alexander: Die Frage stellt sich, ob der regelmäßige Konsum von Rauschmitteln wirklich eine Freiheit ist. Wir glauben, wir haben in unserem Buch an vielen Stellen zur Sprache gebracht, daß dies eben nur ein Ersatz ist, daß Freiheit etwas völlig anderes heißt.

DG: Können wir den Jugendlichen heute denn Alternativen anbieten?

In der Freizeit? Oder Möglichkeiten sich zu verwirklichen. Stehen nicht viele gerade in Krisensituationen vor dem Nichts. Habt Ihr da Alternativen zu bieten?

Dieter: Es wäre ein hoher Anspruch, in teilweise sehr wenig entwickelten politischen Verhältnissen nur über etwas Geschriebenes jemand dazu zu bringen, etwas bestimmtes zu tun oder zu lassen. Es geht uns mehr um eine Einstellungsänderung, eine Änderung der Einstellung gegenüber der Aktivität, Drogen zu nehmen. Es gibt schon Leute, die können mit Drogen umgehen, aber die Illusion, das wäre ihr Freiraum, daß würde ihre Persönlichkeit erweitern, diese Illusion kann man ihnen schon ein bißchen abbiegen. Die Frage ist, was kann man konkret als Alternative anbieten. Wenn man jemandem was weg nimmt muß man ihm natürlich auch was dafür geben.

DG: Wie könnten denn Alternativen – auch politischer Art – aussehen?

Dieter: Da kann man natürlich keine Patientenrezepte angeben. Etwa so: Verzichtet einmal in der Woche auf das Grasrauchen und geht dafür zur Gewerkschaftsjugend.

Alexander: Nun ist es schon ein Fortschritt, auf das Spannungsfeld zwischen illegalen und legalen Drogen hinzuweisen. Insbesondere den Alkohol und die Tabletten. Dies wird in der Öffentlichkeit vielfach überhaupt nicht als Droge gesehen. Wir haben bei unseren Recherchen die Erfahrung gemacht, daß das Alkohol- und Tablettenproblem viel gravierender ist als das ganze Geschreibsel über Heroin, so traurig das auch ist.

DG: Welche Erfahrungen habt Ihr in der Alkohol- und Tablettenszene gemacht?

Alexander: Ganz vorne steht der große Widerspruch: auf der einen Seite staatliche Kampagnen gegen Jugendalkoholismus. Auf der anderen Seite streicht der Staat Milliarden aus der Alkoholsteuer ein. Dann werden von der Alkoholindustrie Arbeitskreise initiiert wie dieser hier, die dann

weise Ratschläge geben. Ich zitiere hier mal aus der Broschüre „Ein Dutzend Regeln für verantwortungsbewußte Eltern“: Da heißt es in Punkt 11: „Führen Sie Ihre Söhne und Töchter umsichtig an den Umgang mit Alkohol heran, wenn der Wunsch, Alkohol zu trinken, erkennbar wird. An der Schwelle zum Erwachsensein werden sich Ihre Kinder erfahrungsgemäß gegen strikte Verbote wehren. Die erste Begegnung mit Alkohol soll jedoch daheim stattfinden, wo die Eltern die Trinkmenge beobachten und steuern können“. In diesem Stil werden Broschüren in erheblichem Ausmaß und mit Milliardenbeträgen in die Welt gesetzt.

Dieter: Auch die Broschüre „Die goldenen Regeln des vernünftigen Trinkens“ ist ja schon eine Zumutung. Dort ist zu lesen, daß Alkohol das Leben verlängert, die Gesundheit fördert usw.

Bei der Unterscheidung zwischen legalen und illegalen Drogen ist auch interessant zu sehen, daß für die Alkoholiker zumindest im Vergleich mit den Heroinabhängigen noch viel weniger Therapieplätze als notwendig zur Verfügung stehen. Für Heroinabhängige wird schon wenig getan. Für 80 000 Abhängige gibt es ca. 1200 Therapieplätze. Oft genug will einer wirklich von der Spritze und findet keinen Platz. Wenn man jetzt bedenkt, daß für die Abhängigen der legalen Drogen noch weniger Therapiemöglichkeiten zur Verfügung stehen, kann man sich vorstellen, wie diese Leute alleinegelassen sind.



DG: Wird nicht zweierlei Maß angelegt beim Vorgehen gegen „legale“ und „illegal“ Drogen. Wirkt dies nicht gerade auch auf Jugendliche wie eine Unge rechtigkeit?

Dieter: Das strenge Vorgehen gegen die illegalen Drogen hängt sicherlich auch damit zusammen, daß hier von Persönlichkeitserweiterung gesprochen wird, daß Konsumenten sich häufig außerhalb der gesellschaftlichen Norm stellen, daß Jugendliche aussteigen, dem normalen Leben völlig den Rücken kehren; während man auch bei häufigem Gebrauch der legalen Drogen Alkohol völlig angepaßt leben kann.

Zu diesen unterschiedlichen Maßstäben haben wir den Vorsitzenden des Innenausschusses des Bundestages, Wernitz, gefragt, ob ein Staat der einerseits illegale Drogen bekämpft, andererseits legale

Drogen zuläßt, nicht unglaublich ist. Da sagte der: „Da haben sie vollkommen recht.“

DG: Welche Erfahrungen habt Ihr mit der Pharma industrie gemacht?

Dieter: Wir haben in der Vorbereitung unseres Buches natürlich fast alle Firmen angeschrieben und praktisch alle haben so reagiert, daß sie uns gar nicht geantwortet haben. Eine Firma bot uns ein Gespräch an; nach Kenntnis unserer Thematik ließ sich der Chef jedoch später immer wieder verleugnen. Es war auf allen Ebenen ein totales Abblocken festzustellen.

DG: Ist nicht mittlerweile auch die Drogentherapie im Griff der Geschäftsmacher gelandet?

Alexander: Ja, daß muß man im engen Zusammenhang mit dem Sozialabbau und der Sanierung der Staatsfinanzen sehen. Es läuft alles dahin, Therapie und Drogenberatung bis in den letzten Winkel hin zu privatisieren.

Wir haben als Beispiel über das Therapieunternehmen „daytop“ berichtet, welches bei Behörden und Krankenversicherungen ein großes Ansehen genießt. Das Unternehmen hat ein weit angelegtes Lobby netz, bis in den Bundestag hinein und deckt das ab, was unter der Losung läuft „Therapie statt Strafe“. Auf der einen Seite maskiert man sich liberal und schafft auf der anderen Seite aber praktisch wieder neue „Drogenknäste“. Das ganze wird jetzt von einem honorigen Unternehmen, einer GmbH organisiert. Dabei wird der Nachsorgebereich, die Zeit nach der Therapie, ebenfalls von dem gleichen Unternehmen gemanagt. Das geht hin bis zu Ketten von Dienstleistungsbetrieben, wo man die ehemals Abhängigen dann nach der Sucht hinschickt. Wichtig dabei ist, – das wird allerdings von der Geschäftsführung bestritten –, der Einfluß der Bagwan-Sekte, die in vielen der Therapieeinrichtungen unserer Meinung nach auch heute noch, einen großen Einfluß hat. Diesen Einfluß gibt es auch bis in die Spitzen dieser GmbH. Es wird sowenig dagegen getan, daß wir glauben, daß dieser Sekteneinfluß gerne gesehen wird. Wir verfügen noch über erheblich mehr Material und werden dies zu gegebener Zeit auch veröffentlichen.

DG: Gibt es Ansätze oder Initiativen von staatlicher Seite, langfristig in diesem desolaten Zustand eine Änderung herbeizuführen?

Alexander: Nein, ich sehe keine, es wird im Gegenteil immer noch gravierender. Die bisherigen Maßnahmen waren alle halbherzig. In Nordrhein-Westfalen werden ja jetzt z.B. wieder die Stellen für 30 Sozialarbeiter, die in der Beratung von Arbeitslosen tätig waren, gestrichen. Es ist ja gerade ein Bereich auch der Drogenprophylaxe. So werden doch die Bedingungen geschaffen, daß wieder neue Leute in den Sumpf hineingeraten. ■

Boris, 5 Jahre alt, kann nicht sprechen, stehen oder greifen!

Auf den ersten Blick ist Boris ein ganz normaler Junge, schlank, fast schon dünn, mit blondem, langem Haar und lustigen großen Augen. Wenn er lacht, meint man, daß der Mund das ganze Gesicht einnimmt. Auf den zweiten Blick merkt man, daß der Junge eine Behinderung haben muß: Seine Augen nehmen keinen Kontakt mit der Umwelt auf, sie schauen ins Leere. Die Bewegungen sind die eines Kleinkindes, rhythmisch wirft er immer wieder den Kopf nach vorn und stößt hierbei Laute aus, die manchmal melodisch geformt scheinen. Auch ist der Kopf im Verhältnis zu dem sonst normalgroßen Körper zu klein. Auf dem Hinterkopf fällt eine blanke Stelle ohne Haarwuchs auf, vielleicht so groß wie die Innenfläche einer Hand. Hier wölbt sich die vernarbte und unregelmäßig aussehende Haut vor, der Schädelknochen ist an dieser Stelle nicht angelegt.

Boris ist ein behindertes Kind, er kann nicht sehen, nicht sitzen, stehen oder sprechen. Aber er kann z.B. auch nicht greifen, nicht aus dem Becher trinken, Flüssigkeiten müssen ihm auf dem Löffel gegeben werden.

Boris ist das Opfer eines Arzneimittelskandals, des Duogynon-Skandals. Dieses Hormonpräparat des Scheringkonzerns wurde jahrelang Frauen zum Erkennen bzw. zum Ausschluß einer Schwangerschaft verschrieben. Bei nichtschwangeren Frauen trat nach Einnahme der Tablette eine Schleimhautblutung der Gebärmutter auf, was bei Schwangerschaft ausgeschlossen sein sollte. In mehr als 280 bekannt gewordenen Fällen hat diese scheinbar harmlose Methode des Schwangerschaftstestes zu schweren Mißbildungen der Leibesfrucht geführt. Die Dunkelziffer wird um ein zehnfaches höher geschätzt. Besonders häufig waren Herzfehler, Verkrüppelungen der Gliedmaßen, offene Wirbelsäulen, Gaumenspalten, oder Genitalmißbildungen.

Der erste Hinweis auf einen möglichen Zusammenhang zwischen der Einnahme von Duogynon und vorgeburtlichen Schäden erfolgte bereits 1967 durch die englische Gynäkologin Isabel Gal. In der BRD war die Diskussion in den Jahren 1977/78 in Gang gekommen, damals gründete sich die Interessengemeinschaft Duogynongeschädigter-Kinder.

Auch Elisabeth und Wolfgang Rohde, die Eltern von Boris, sie Kinderärzteschwester, er Gewerkschaftsangestellter, sind dieser Interessengemeinschaft beigetreten. Elisabeth hatte 1975 zu Beginn ihrer Schwangerschaft von ihrem Frauenarzt Duogynon als Schwangerschaftstest ver-



schrieben bekommen. Damals waren die Ärzte vorwiegend davon überzeugt, daß Duogynon völlig harmlos sei, die betroffenen Frauen hatten über Mißbildungen nichts gehört. So nahm Elisabeth die beiden Pillen auch ohne irgendwelche Vorbehalte. In den folgenden Monaten verlief alles komplikationslos. Sie, Nichtraucherin, vermied peinlich jeden Alkohol. Sie hatte außerdem Glück, Infektionen traten nicht auf. Die erste Ultraschalluntersuchung fand im siebten Monat statt. Der Arzt fand kein Mittelecho und der Kopfdurchmesser war für den Schwangerschaftsmonat zu gering. Von Seiten des Frauenarztes wurde ihr die Bedeutung dieses Befundes nicht erklärt. Man gab ihr zu verstehen, daß sie sich wohl mit dem Beginn der Schwangerschaft vertan haben müsse, der später anzusetzen sei.

Nach der Geburt von Boris, der mit einer offenen Wirbelsäule (Spina bifida), sowie einem Vortritt der Hirnhäute an der Hinterseite des Schädels (Hydromeningo = cele) und einem Microcephalus zur Welt kam, ging sie zur ersten Nachuntersuchung zu ihrem Frauenarzt. „Mir fiel auf, daß er sich überhaupt nicht nach dem Kind erkundigte. In diesem Augenblick hatte ich zum ersten Mal das Gefühl, daß die Ärzte bereits vor der Geburt von der Mißbildung gewußt hatten. Ich erzählte ihm von mir aus über den Zustand des Kindes. Seine Antwort war: „Das haben wir uns gedacht!“

Mein Mann und ich glaubten zunächst, daß diese Mißbildungen infolge eines genetischen Schadens entstanden wären. Dies konnte aber schnell durch eine Chromosomenuntersuchung ausgeschlossen werden. Die Frage nach der Entstehung dieser Mißbildung war für die Ärzte durchgehend peinlich. Klare Antworten erhielten wir nicht, es wurde darauf hingewiesen, daß bei 1 % der Geburten eine Mißbildung zu erwarten ist. Man hielt uns Untersuchungen vor, nach denen bereits geringe Mengen regelmäßig zugenommenen Alkohols oder das Rauchen zu Mißbildungen



führen könnten. Auch seien häufig Infektionen hieran beteiligt und, alles das konnte ich für mich ausschließen.

Anfangs stand die Sorge um das Weiterleben des Kindes ganz im Vordergrund. Zunächst hieß es, die Lebenserwartung betrüge nur 3 Tage, dann sprach man von 3 Monaten, dann von 3 Jahren. Es trat immer etwas Gehirnwasser aus dem Hirnhäutenvorfall aus, das Kind war ständig infektionsgefährdet. Das Kind blieb zunächst 10 Wochen im Krankenhaus und wurde dann von den Eltern nach Hause genommen. Wolfgang Rohde: „Wir saßen zu Hause,

DOKUMENTE

Gefahr: Kernwaffenkrieg

Appell an das Gewissen der Ärzte

Wissenschaftler der USA, die auf dem Gebiet der Medizin tätig sind, haben nach einem Symposium in Cambridge (Bundesstaat Massachusetts), dessen Gegenstand die vernichtende Wirkung von nuklearen Waffen war, eindringlich vor der Gefahr eines Kernwaffenkrieges gewarnt. Mit ihrer Erklärung, die in der „New York Times“ veröffentlicht wurde, wandten sie sich an den Präsidenten der USA, Jimmy Carter, und den Vorsitzenden des Obersten Sowjets der UdSSR, Leonid Breschnew. Zugleich forderten sie Ihre Kollegen in den USA und der UdSSR auf, sich Ihrem Appell anzuschließen, alles zu tun, damit ein atomarer Massenmord verhindert wird.

Wir veröffentlichen die Erklärung im Wortlaut.

Als Ärzte, Wissenschaftler und engagierte Bürger, beunruhigt über die politische Situation, die sich auf dem internationalen Schauplatz herausgebildet hat, in der ein Kernwaffenkrieg immer häufiger als eine „denkbare“ Möglichkeit hingestellt wird, sehen wir uns veranlaßt, aufbauend auf medizinischen und wissenschaftlichen Erkenntnissen, erneut zu warnen.

1. daß im Ergebnis eines wenn auch „begrenzten“ Kernwaffenkrieges eine derart beispiellose Zahl von Menschen umkommen, verletzt oder erkrankt sein wird, die in der Geschichte der Menschheit niemals zu verzeichnen war;

2. daß eine Planung für medizinische Maßnahmen im Katastrophenfall, im Falle eines nuklearen Krieges, sinnlos ist. Vom Standpunkt der Medizin gibt es keinerlei wirksame Gegenmaßnahmen. Die meisten Krankenhäuser werden vernichtet sein, die meisten Angehörigen des medizinischen Personals werden umkommen oder verkrüppelt sein, die meisten Vorräte werden ungenießbar sein. Die meisten „Überlebenden“ werden sterben;

3. daß es keinerlei wirksame Zivilverteidigung gibt. Die Druckwelle, die Wärmestrahlung und die Radiation werden sogar diejenigen umbringen, die in Bunkern Schutz suchen werden, und die radioaktiven Niederschläge werden auch die Evakuierungen erreichen.

4. daß eine Liquidierung der Folgen eines Kernwaffenkrieges unmöglich sein wird. Die wirtschaftliche, ökologische und soziale Struktur, von der das Leben der Menschheit abhängt, wird in den USA, in der UdSSR und in einem bedeutenden Teil der restlichen Welt vernichtet sein;

5. daß es, kurz und gut, in einem atomaren Krieg keine Sieger geben kann. Die radioaktiven Niederschläge werden, nachdem sie sich über die ganze Welt verbreitet haben, den größeren Teil des Erdballs für die Dauer vieler Generationen radioaktiv verseuchen, und die atmosphärischen Einwirkungen werden allem Lebenden ernsthafte Schäden zufügen.

Deshalb fordern wir, bestrebt, das Leben der Menschheit zu schützen, auf:

- die gegenwärtige Spannung in den Beziehungen zwischen unseren Ländern abzubauen;

- den Einsatz aller Arten von Kernwaffen zu verbieten;

- die Gefahren zu erkennen, die mit dem Bestehen unserer riesigen Kernwaffenarsenale zusammenhängen und mit deren Liquidierung zu beginnen. Wir fordern Sie auf, mit uns zusammenzukommen, um die Folgen eines Kernwaffenkrieges vom Standpunkt der Medizin zu erörtern. Wir fordern alle Ärzte in den USA und der UdSSR auf, sich unserem Appell anzuschließen.

Glas wird schmelzen, Gebäude einstürzen alles Lebende dampfen

Diese Erklärung wurde nach Abschluß eines zweitägigen Symposiums über die Folgen eines thermonuklearen Krieges unter dem Blickwinkel der Medizin abgegeben, das in Cambridge, Bundesstaat Massachusetts, am 9. und 10. Februar stattfand. Sie wurde durch unsere Kenntnis des vernichtenden Potentials der nuklearen Explosionsdiktat, die zu verzeichnen sein werden, falls es zu einem Kernwaffenkrieg kommt. Damit Sie unseren Standpunkt zu einer solchen Möglichkeit erfahren können, fordern wir Sie auf, folgendes zu überlegen:

Die einzige Bombe, die über Hiroshima abgeworfen wurde, verfügte über eine Zerstörungskraft von etwa 15 000 Tonnen (15 Kilotonnen) TNT (der konventionelle Sprengstoff TNT dient als Maßeinheit für die Sprengkraft von Waffen, d.Red.). Heute besitzen die Vereinigten Staaten 30 000 Atombomben und die Sowjetunion 20 000. Was die Zerstörungskraft der in den jetzigen Arsenalen gehorteten Kernwaffen betrifft, so schwankt diese zwischen 1 Kilotonne und 20 Megatonnen (20 Millionen Tonnen TNT). Alle Bomben, die in den acht bis neun Jahren abgeworfen wurden, als die Vereinigten Staaten in Vietnam kämpften, entsprachen in ihrer Zerstörungskraft vier Millionen TNT (vier Megatonnen).

Während der Explosion einer thermonuklearen Bombe von 20 Megatonnen bei einem klaren Wetter an der Erdoberfläche in einer Großstadt an der Ostküste würde sich ein Feuerball mit einem Durchmesser von 1,5 Meilen und einer Temperatur von 20 bis 30 Millionen Grad Fahrenheit bilden (0 Grad Celsius = 32 Fahrenheit, d.Red.). Alles, was sich in der Stadtmitte befindet, Straßen und Boden sowie alles Lebende, wird verdampfen, und an dieser Stelle wird ein mehrere hundert Fuß tiefer Trichter bleiben.

Im Umkreis von sechs Meilen vom Epizentrum entfernt werden alle Menschen durch die gewaltige, geräuschosse Wärmewelle, die sich mit Lichtgeschwindigkeit verbreitet, sofort getötet sein. Das Glas wird schmelzen, und die Gebäude werden einstürzen sobald die Druckwelle, die sich mit Überschallgeschwindigkeit verbreitet, aber auch die orkanartigen Winde, die 300 Meilen pro Stunde erreichen werden, auf sie einwirken.

Im Umkreis von zehn Meilen oder etwa auf die Entfernung von Boston bis zur Autobahn 128, von New York bis Newark, oder von Washington bis zur Ringautobahn im Bundesstaat Maryland werden die Druckwelle, die orkanartigen Winde, welche eine Geschwindigkeit von 180 Meilen pro Stunde erreichen werden, und die Brände fest die gesamte Bevölkerung treffen, wobei mindestens 50 Prozent der Menschen umkommen und 40 Prozent verletzt sein werden. Selbst auf einer Entfernung von 20 Meilen vom Epizentrum wird die Hälfte der Bevölkerung infolge der direkten Wärmestrahlung und des hohen Drucks im Bereich der Druckwelle umkommen oder verletzt sein.

Durch die Explosion eines nuklearen Sprengsatzes werden viele tausend Menschen schwere Verbrennungen erleiden. In unserem ganzen Land gibt es Mittel für die Intensivtherapie bei Verbrennungswunden, die für weniger als 2 000 Verunglückte berechnet werden.

Viele werden infolge der einzelnen augenblicklich entstandenen Brände wegen Zerstörung von Erdöllagern, Gasleitungen, Benzintanks und Behältern mit flüssigem Erdgas umkommen. Diese Brände können sich in

kolossalen Maßstäben zu einer Feuersbrunst konzentrieren, die eine Fläche von 1200 Quadratmeilen umfassen, von orkanartigen Winden mit einer Geschwindigkeit von 100 bis 200 Meilen pro Stunde begleitet sein wird und solche Temperaturen bewirken, die Menschen, welche sich in Schutzbunkern befinden, verbrennen bzw. erstickten können.

Bis zu 150 Meilen radioaktiver Regen

Diejenigen, die bei den Bränden davongekommen sind, werden den tödlichen oder den an die tödlichen Grenzwerte nahegekommenen Strahlungsdosen durch schnell zerfallende radioaktive Niederschläge ausgesetzt sein. Sogar Winde, die eine Geschwindigkeit von 20 Meilen pro Stunde entwickeln, können die radioaktiven Niederschläge auf Entfernung bis zu 150 Meilen übertragen, wobei alle Personen, die sich auf dieser Fläche innerhalb von 24 Stunden aufhalten, eine tödliche Strahlungsdosis beziehen werden. Das wird eine Strahlenkrankheit in schwerer Form sein, bei der die Widerstandskraft des Organismus gegen Infektionen nachläßt und die Tod innerhalb von einer oder zwei Wochen nach sich zieht. Die Strahlungsdosen, die an die tödlichen Wertgrenzen reichen, werden die Wahrscheinlichkeit von Totgeburten, embryonalen Entwicklungsstörungen, Leukämie und Krebs erhöhen. In den darauffolgenden Generationen sind genetische Anomalien wahrscheinlich.

Überlebende sterben an Hunger, Durst und Strahlenkrankheit

Die Krankenhäuser werden vernichtet sein und der Großteil des medizinischen Personals wird umkommen oder verletzt sein. Überall wird es Millionen von Leichen geben. Die Nahrungsmittel, die Luft und das Wasser werden verseucht sein. Die Überlebenden werden an Hunger, Durst, Strahlenkrankheit und Infektionen sterben.

In einem totalen Kernwaffenkrieg werden fast die gesamte Bevölkerung wie auch sämtliche Industrieanlagen sowohl in den USA als auch in der UdSSR in Mitleidenschaft gezogen sein. Ein solcher Krieg kann in einer Stunde zu Ende gehen, wobei ein bedeutender Teil des Lebens in der nördlichen Hemisphäre vernichtet sein wird. Durch einen solchen Krieg werden sich über die ganze Welt radioaktive Niederschläge verbreiten, wird eventuell die Ozonhülle gestört sein, wird sich die Erdatmosphäre verändern, werden sich Mutationen in den landwirtschaftlichen Nutzpflanzen vollziehen. Danach wird die Welt ganz anders sein. Sie wird kälter, rauher und für tausend Jahre radioaktiv verseucht sein. Die Zahl der Toten wird eine beispiellose Höhe erreichen.

Wir müssen unverzüglich zu handeln beginnen, um den dritten Weltkrieg zu vermeiden.

- Beteiligt euch am demokratischen Prozeß, um schon jetzt den Kernwaffenkrieg abzuwenden!
- Ergreift Maßnahmen, damit möglichst mehr Menschen diese Botschaft lesen!
- Verschafft euch einen Einblick in zusätzliche Informationen über die Folgen eines thermonuklearen Krieges vom Standpunkt der Medizin.

1200 niederländische Ärzte unterstützen Appell

Die Folgen eines Atomkrieges

An unsere Regierung und das Parlament.

Wir, niederländische Ärzte und andere von der Gesundheitsversorgung Betroffene wenden uns an Sie mit derselben Botschaft, die unsere amerikanischen Kollegen unlängst an die Regierungschefs Carter und Brezhnev gesandt haben.

Wir tun dies, weil unserer Meinung nach die Öffentlichkeit unvollständig informiert ist über die medizinischen und anderen Folgen eines Kernwaffengebrauchs, während in der internationalen Politik immer stärker mit einem Nuklearkrieg gerechnet wird.

Aus medizinisch-wissenschaftlichen Untersuchungen ergibt sich das Folgende:

1. Selbst ein begrenzter Atomkrieg verursacht Tote, Verwundete und Verseuchte in bisher unbekanntem Ausmaß.
2. Die medizinische Wissenschaft steht den Folgen eines Atomkrieges machtlos gegenüber. Ein großer Teil der Krankenhäuser wäre verwüstet, ein großer Teil der Ärzte und Pfleger umgekommen oder schwer verwundet, Arznei- und Verbandmittel wären nicht mehr zugänglich. Die meisten Überlebenden würden an den Spätfolgen sterben.
3. Ein ausreichender Schutz der Bevölkerung ist unmöglich. Explosion, Hitze und Strahlung würden auch diejenigen töten, die in Schutzkellern eine Zuflucht gesucht hätten; der radioaktive Niederschlag würde die Menschen, die evakuiert wären, einholen.
4. Die Wiederherstellung des Zusammenlebens nach einem Atomkrieg wäre unmöglich. Umwelt und gesellschaftliches Leben, die Gesundheitsfürsorge inbegriffen, unterliegen im größten Teil der Welt irreparabler Zerstörung.
5. Es gibt keine Sieger im Atomkrieg. Große Teile der Erde wären für Generationen durch radioaktiven Niederschlag verseucht. Die Atmosphäre wäre so sehr gestört, daß alles Leben auf dieser Erde ernsthaft gefährdet wäre.

Darum richten wir im Interesse des Schutzes des Lebens der Menschen an Sie den Appell:

1. für die Entspannung zwischen den Machtblöcken einzutreten
2. den Gebrauch aller Kernwaffen zu ächten
3. die Gefahr der Voratshaltung enormer Kernwaffenarsenale zu erkennen und einen ersten Schritt zu deren Unschädlichkeit machen zu tun.

Wir fordern Sie auf, mit uns in ein Gespräch einzutreten über die medizinischen Folgen eines Atomkrieges. Wir fordern die Ärzte in der ganzen Welt auf, diesen Aufruf zu unterstützen.

Eine gleichlautende Erklärung über die medizinischen Folgen eines Atomkrieges wurde im Anschluß an einen Kongreß in Cambridge/Massachusetts (USA) vom 9./10. Februar 80 abgegeben. Diese Erklärung ist gestützt auf das Bild, das man sich von der Vernichtungskraft eines Atomangriffs machen muß.

Die eine Atombombe, die auf Hiroshima fiel, hatte eine Explosionskraft von ungefähr 15 000 Tonnen TNT. Zur Zeit haben die Vereinigten Staaten 30 000 Atombomben, die Sowjetunion 20 000. Die jeweilige Explosionskraft der heutigen Atomwaffen variiert zwischen 1 000 und 20 Millionen Tonnen TNT. Die Bomben, die während des Vietnamkrieges fielen, hatten zusammen die Sprengkraft von 4 Mill. Tonnen TNT. Im 2. Weltkrieg wurden insgesamt 1 Million Tonnen TNT über ganz Europa abgeworfen.

Falls eines Tages eine 20 Megatonnen Atombombe (20 Millionen Tonnen TNT) über dem Zentrum von Rotter-

dam zur Explosion gebracht würde, entstünde ein Feuerball von 2 km Durchmesser, in dem Temperaturen von 5—10 Millionen Grad Celsius herrschen. Dadurch würde die ganze Innenstadt, Gebäude, Straßen und ein Teil der darunterliegenden Erde in Rauch und Dampf aufgehen, ein -zig Meter tiefer und mindestens 4 km Durchmesser zählender Krater würde entstehen. Nicht allein in diesem Gebiet, sondern im Abstand von 9 km vom Zentrum der Explosion, das ist bis nach Capelle ald IJssel, Ridderkerk, Hoogvliet, Schiedam, Bergschenhoek, würde die ganze Bevölkerung (das will heißen über 1 Million Menschen) durch die Hitze auf einen Schlag getötet. Alle Gebäude in diesem Gebiet, sofern nicht bereits verdampft oder zerschmolzen, würden von der nachfolgenden Druckwelle zum Einsturz gebracht. In einem Bereich von 15 km, der über Vlaardingen, Delft, Zoetermeer, Zwijndrecht und Spijkenisse hinausreicht, würde die Schockwelle und der darauf folgende Orkan so viele Häuser, Bäume und dergleichen umstürzen, daß 50 % der Bevölkerung davon tödlich getroffen und 40 % verwundet würden. Selbst in 30 km Abstand vom Explosionszentrum würde die Hälfte der Bevölkerung getötet oder verwundet durch die Hitzestrahlung oder indirekt durch einstürzende oder brennende Gebäude. Dieses Gebiet mit 2—3 Mio. Einwohnern umfaßt das ganze Westland, Den Haag, Leiden, Alphen, Gouda und Dordrecht. Allein durch Verbrennungen würden zehntausende Opfer entstehen, die unmöglich alle behandelt werden könnten: Die Niederlande verfügen insgesamt unter normalen Bedingungen über Einrichtungen zur Behandlung von höchstens 100 Patienten mit ernsten Verbrennungen. Obendrein würden vor allem in den Olumschlagsanlagen und Raffinerien enorme Brände ausbrechen, die das Ausmaß eines Feuersturms annehmen und große Gebiete der Randstadt völlig in Asche legen würden. In diesen Gebieten wäre auch der Aufenthalt in Schutzkellern nicht möglich.

Diejenigen, die Hitzestrahlung und Brand überleben, laufen große Gefahr, einer tödlichen Dosis radioaktiver

Strahlung ausgesetzt zu sein. Diese Strahlung wird beim sogenannten fall-out Niederschlag freigesetzt: radioaktive Stoffe, die zunächst mit der Explosion hochgewirbelt und dann als ausgebreitete Wolke mit den herrschenden Winden mitgeführt würden. Der fall-out kann bis zu 200—300 km von Rotterdam noch lebensgefährlich sein, je nach Windrichtung und Stärke. Die fall-out-Strahlung verursacht keinen unmittelbaren Tod, sondern eine Erkrankung, die innerhalb von 14 Tagen bis 6 Wochen zum Tode führt. Menschen, die diese Bestrahlung überleben, haben später ein größeres Krebsrisiko und ihre Nachkommen werden gehäuft Erbschäden aufweisen. Die Krankenhäuser wären verwüstet und der größte Teil des medizinischen und übrigen Personals tot und verwundet. Millionen Leichen blieben zurück, Nahrung, Luft und Wasser wären verseucht. Die Überlebenden würden an Hunger, Durst, Strahlenkrankheit und Infektionen sterben, die in Epidemien ausbrechen würden.

In einem totalen Atomkrieg sollen alle großen Städte und Industriegebiete getroffen werden; das kann innerhalb einer Stunde geschehen sein. Praktisch alles Leben auf der nördlichen Halbkugel kann dadurch vernichtet werden. Der radioaktive Niederschlag, der sich über der Erde ausbreiten würde, die würde die Ozonschicht in der Atmosphäre zerstören, die Temperatur auf der Erde verändern und den Pflanzenwuchs vernichten. Es würde eine andere Welt entstehen: unwirtlich und für Tausende von Jahren mit Strahlung verseucht. Die Zahl der Toten würde unsere Vorstellung übersteigen.

Wir müssen dem Dritten Weltkrieg zuvorkommen. Darum müssen wir bei „Freund“ und „Feind“, bei jedem verantwortlichen Menschen fortwährend darauf drängen, sich für dieses Ziel einzusetzen. Darum fordern wir unsere Regierung und das Parlament auf

- diesen Aufruf zu überdenken und anderen Regierungsführern besonders in den Kernwaffenstaaten, nahezubringen, vor allem Präsident Carter, seinem Nachfolger Reagen und dem Vorsitzenden Brezhnev und den Parlamenten anderer Länder.
- die Öffentlichkeit offen aufzuklären, sowie dies in der Schlussbekanntmachung der zehnten außerordentlichen Vollversammlung der UN vom Juli 1980 gefordert wurde.'

Kontaktdresse:

Secretariaat Ned. Vereniging voor Medische Polemologie
c/o E. Wennen
Kruisbessenstraat 33
2564 VB Den Haag
Niederlande

Sowjetische Wissenschaftler antworten ihren amerikanischen Kollegen

Mediziner tragen eine besondere Verantwortung

Sowjetische Wissenschaftler auf dem Gebiet der Medizin reagierten ebenfalls auf die Erklärung ihrer amerikanischen Kollegen. In ihrem Antwortschreiben gehen sie auf den Appell der amerikanischen Wissenschaftler ein. Nachfolgend drucken wir Auszüge aus dem Antwortschreiben ab:

Werte Kollegen!

Wir haben Ihren Appell „Gefahr: Kernwaffenkrieg“ aufmerksam studiert.

Ihre tiefe Besorgnis für das Schicksal der Menschheit im Zusammenhang mit der Gefahr eines Kernwaffenkrieges ist uns nah und verständlich. Die katastrophalen Maßstäbe und die schrecklichen Folgen eines Konflikts, bei dem die neuesten Waffen zum Einsatz gelangen können, lassen sich nicht einmal mit dem vergleichen, was die Menschen in den Kriegen des 20. Jahrhunderts erleben mußten.

Wir Mediziner, Vertreter des friedlichsten und humansten Berufs, hatten leider mehr als viele unserer Zeitgenossen Gelegenheit, die Leiden zu sehen, die Kriege mit sich bringen. Wir sind uns besser als irgend jemand bewußt, was ein Kernwaffenkrieg mit sich bringen kann.

Und deshalb teilen viele Mediziner der Welt nach wie vor uneingeschränkt die Ideen des Manifests, in dem Albert Einstein, Bertrand Russell, Frederic Joliot-Curie und andere maßgebliche Wissenschaftler vor einem Vierteljahrhundert vor der Möglichkeit warnten, daß der

Mensch als biologisches Wesen vernichtet wird. Heute hat sich die Zerstörungskraft der Kernwaffen bereits vertausendfacht, und die Möglichkeiten, sie ins Ziel zu befördern, sind unvergleichlich größer geworden. Mit anderen Worten, diese Waffen sind erheblich zugänglicher geworden, und die Versuchung für einige Politiker des Westens wächst, sie für die Lösung internationaler Probleme einzusetzen. Niemand ist berechtigt, die schreckliche Lehre der beiden dem Erdboden gleichgemachten japanischen Städte, Hunderttausende Menschen zu vergessen, die damals, im August 1945, umkamen oder verkrüppelt wurden.

Wir stimmen mit Ihnen darin überein, daß die jetzige Zusitzung der internationalen Situation gegenwärtig reale Schritte zur Zügelung des Wettrüstens, in erster Linie im Bereich der Kernwaffen, dringend erfordert. Die Sowjetunion hat eine ganze Reihe von konkreten Initiativen entwickelt, die darauf abzielen, dieses unaufschlüssbare Problem zu lösen. Sie setzt sich konsequent dafür ein, daß die Kernwaffen und alle anderen Massenvernichtungsmittel verboten, daß die Produktion aller Arten von Kernwaffen eingestellt und ihre Vorräte liquidiert werden. Wir müssen nur bedauern, daß diese friedlichen Initiativen bei den anderen Kernwaffenmächten kein positives Echo finden.

Wir uns bekannt ist, werden in den USA Pläne für einen „begrenzten Kernwaffenkrieg“ wie auch für die Ausrüstung der NATO-Streitkräfte mit der Neutronenbombe ausgearbeitet. Der NATO-Beschluß, wonach strategische Kernwaffen mittlerer Reichweite in Westeuropa stationiert werden sollen, und das Blockieren des von den führenden Präsidenten unserer beiden Staaten in Wien unterzeichneten Vertrages SALT II durch das Weiße Haus drohen, das Wettrüsten in den 80er Jahren auf eine neue Stufe zu heben.

Sie werden uns beipflichten müssen, daß die gegenwärtig von bestimmten Kreisen der USA entfachte Kampagne mit Drohungen an die Adresse unseres Landes, ihre Appelle und ihre praktischen Schritte für eine beispiellose Aufrüstung alles Handlungen sind, die das Gegenteil ihrer Aufforderung bedeuten, „die Gefahr zu erkennen, die mit dem Bestehen riesiger Kernwaffenarsenale zusammenhängt, und mit ihrer Liquidierung zu beginnen“.

Wir sind der Ansicht, daß es ungerecht ist, von der gleichen Verantwortung der Länder für die Durchführung materieller, ideologischer und politischer Maßnahmen zur Vorbereitung eines Kernwaffenkrieges zu sprechen. Unsere Militärmacht verfolgt den einen Zweck, die friedliche Arbeit der sowjetischen Menschen zu schützen. Gerade deshalb ist die Kriegspropaganda in der Sowjetunion durch das Grundgesetz, die Verfassung der UdSSR, verboten. Sie werden weder in unserer Presse noch in unserem Radio Kriegsappelle, Forderungen, die Weltherrschaft zu erlangen oder irgendwelche Länder bzw. Weltregionen in „Bereiche sowjetischer Lebensinteressen“ zu verwandeln, finden können.

Wir teilen voll und ganz alle Erwägungen, die in der Antwort L.I. Breshnews an Sie enthalten sind, und bekunden unsere feste Entschlossenheit, mit noch größerer Energie für die Einstellung des Wettrüstens, für die Entwicklung der auf den Prinzipien der friedlichen Koexistenz beruhenden Beziehungen zwischen allen Ländern, darunter auch zwischen der UdSSR und den USA, zu kämpfen.

Wir sind Mediziner, und unsere Berufung ist es, den Krankheiten und dem Tod jedes Menschenleben abzuringen. Wir können und dürfen nicht gleichgültig und tapferlos bleiben, wenn Kernbomben Millionen Leben bedrohen. Medizin ist Antipode von Tod, Krankheit, Krieg und Zerstörung, und deshalb müssen wir mit voller Stimme unser entschiedenes Nein zum Kernwaffenkrieg sagen. Wir wissen den Wert der Zeit sehr wohl zu schätzen. Hat man sie vergeudet, dann können alle unsere Anstrengungen ihren Sinn verlieren. Wollen wir also unsere Anstrengungen vereinigen!

Sie haben recht, wenn Sie behaupten, daß die politische Situation in der Welt, wie sie sich in der letzten Zeit herausgebildet hat, die Möglichkeit für das Ausbrechen eines nuklearen Konflikts in sich birgt. Um es nicht zu dieser Katastrophe kommen zu lassen, bedarf es kollektiver Anstrengungen aller Menschen guten Willens. Wir unterstützen voll und ganz Ihren Vorschlag, mit Ihnen zusammenzukommen, um das akuteste und dringendste Problem der Gegenwart zu erörtern.

Die Antwort L.I. Breshnews

Werte Herren!

Ich habe Ihre Erklärung „Gefahr: Kernwaffenkrieg“ gelesen und teile die Besorgnis für das Schicksal der Menschheit im Zusammenhang mit der Gefahr eines Kernwaffenkrieges, die Sie als Wissenschaftler empfinden, voll und ganz. Seit dem Zeitpunkt, da die Atomenergie erstmalig zu militärischen Zwecken eingesetzt wurde, tritt die Sowjetunion konsequent für das Verbot dieser wie auch aller anderen Waffen zur Massenvernichtung und -zerstörung ein.

Die amerikanischen Wissenschaftler können einen gewichtigen Beitrag zur Erläuterung der verhängnisvollen Folgen eines nuklearen Konflikts zwischen den USA und der UdSSR, der unweigerlich einen globalen Charakter annehmen würde, für die Menschheit leisten. Eine solche Erläuterung wird zur Stärkung des Willens und zur Erhöhung der Aktivität jener beitragen, die sich für die Einstellung des Wettrüstens und dafür einsetzen, daß zwischen allen Ländern, darunter selbstverständlich auch zwischen den USA und der UdSSR normale Beziehungen gepflegt werden.

Sie können versichert sein, daß Ihre humane und edle Tätigkeit, die darauf gerichtet ist, einen Kernwaffenkrieg nicht zuzulassen, in der Sowjetunion Verständnis und Unterstützung finden wird.

Mit den besten Erfolgswünschen

L.Breshnew

„Und die weiß verfärbten Gesichter waren plötzlich schwarz“

Am 6. August 1945 wurde über Hiroshima die erste Atombombe gezündet. Mehr als 140 000 Menschen kamen in dem Feuersturm ums Leben. Drei Tage später explodierte über der Industriestadt Nagasaki die zweite Bombe: 101 000 Tote waren diesmal zu beklagen. Einen Tag später kapitulierte das Kaiserreich Japan. Tatsuichiro Akizuki, ein damals 29-jähriger Arzt schildert, wie er das Inferno von Nagasaki erlebte:

Am 9. August war am Himmel keine Wolke zu sehen. Diese unendliche Bläue legte den Schlüß nahe, wir würden heute einen ebenso heißen Tag bekommen wie gestern. Um 8.30 Uhr fing ich an, ambulante Patienten zu behandeln. Bis 10.00 Uhr waren nach und nach 30 Kranke erschienen, das Personal im Urakami-Krankenhaus war gestreift.

Am frühen Morgen kam auch Herr Yokota vorbei, um seine Tochter bei uns zu besuchen. Er war Ingenieur in der Forschungsabteilung eines Mitsubishi-Zweigwerkes, einem der Zentren japanischen Waffenproduktion. Die Torpedos, die beim Angriff auf Pearl Harbor eingesetzt wurden, waren hier gebaut worden. Schlecht gelaunt sprach mich Herr Yokota an: „Hiroshima muß am 6. ja schrecklich zerstört worden sein. Nach meiner Auffassung war das kein chemischer Sprengstoff.“ „Was denn sonst?“ fragte ich ihn, und er entgegnete: „Die Sprengkraft der Bombe, die über Hiroshima abgeworfen wurde, ist viel gewaltiger als die herkömmlichen Bomben. Das war eine Atombombe.“

Genau in diesem Moment heulten die Sirenen. „Sehen Sie, da haben wir unseren täglichen Luftangriff“. Herr Yokota eilte davon, um rechtzeitig wieder in der Fabrik zu sein.

Wenn Luftalarm gegeben wurde, mußten wir eigentlich dafür Sorge tragen, daß unsere Patienten in die Luftschutzkeller gelangten. Ich aber war mittlerweile so an die Luftangriffe gewöhnt, daß ich mich gar nicht mehr darum kümmerte, oben blieb und auf den Hof hinaustrat. Über mir blauer Himmel, keine Wolke, aber auch keine B-29-Bomber-Formation, wie eigentlich zu erwarten gewesen wäre. Rund 30 Minuten später kam die Entwarnung, und ich sagte mir: „Siehst du, in Nagasaki ist immer noch alles in Ordnung.“

Es war als spie die Erde Feuer

In diesem Moment hörte ich ein dumpf-dröhrendes Geräusch wie das von Flugzeugmotoren in sehr großer Höhe. Was soll das, fragte ich mich. Denn es war ja bereits Entwarnung gegeben worden. Das Dröhnen wurde lauter und lauter, die Maschine schien direkt über das Krankenhausgelände zu fliegen. Ich rief: „Achtung, feindliches Flugzeug – volle Deckung!“ Dann wandte ich mich von dem Patienten neben mir ab und warf mich zu Boden.

Dann plötzlich ein blendend weißer Blitz und im nächsten Augenblick eine ungeheure Druckwelle, die Körper, Köpfe und das Krankenhaus traf. Höchstens eine Sekunde war zwischen dem nahen Dröhnen der Flugzeugmotoren und der Detonation vergangen. Ich lag flach auf dem Boden, ob aus freien Stücken oder nicht, war unklar. Dann stürzten Trümmer auf meinen Rücken. Die müssen das Krankenhaus getroffen haben, sagte ich mir, während es mir schwarz vor Augen wurde. Vielleicht zehn Minuten lag ich ohnmächtig da, bis ich langsam wieder auf die Füße kam, mich aufrichtete und umsaß. In der Luft trieb eine dichte, gelbe Rauchwolke, überall wirbelten weiße, pudrige Flocken herum, es war merkwürdig dunkel. „Dem Himmel sei Dank, daß du nicht verletzt bist“, sagte ich mir.

Mein nächster Gedanke galt den Patienten. Waren sie verletzt? Und während sich die schreckliche Dunkelheit mehr und mehr auflöste, konnte ich mich besser umsehen. Schwester Murai, die vor der Detonation neben mir gestanden hatte, richtete sich ebenfalls auf.

Sie sah nicht so aus, als sei sie schwer verwundet. Obwohl sie über und über mit diesem weißen Staub bedeckt war. Einer nach dem anderen standen die auf, die sich bei dem Angriff in meinem Ordinationszimmer aufgehalten hatten. Ein Mann, der mit seinem weiß gesprengten und von roten Blutbahnen durchzogenen Gesicht aussah wie ein Clown, rannte – beide Hände an den Kopf gepreßt – stöhnd zur Tür. Aus dem dunkelgelben Nebel drangen von überall her die Hilferufe. Wände und die Decke meines Ordinationszimmers waren bloßgelegt; was ich als weißen Staub ausgemacht hatte oder als Rauch, war der herunterrieselnde Putz.

Keiner wußte, was sich wirklich ereignet hatte. irgendwo über uns hatte jemand eine gewaltige Kraft freigesetzt. Was das war, wußte keiner. Vielleicht die Explosion vieler Tonnen Bomben auf einmal. Oder ein mit Sprengstoff vollestropftes Flugzeug war in die Luft geflogen?

Immer noch benommen, suchte ich meinen Weg zurück zum Schreibtisch und sah zum erstenmal aus dem

Fenster, Scheiben und Fensterrahmen waren weg. Im Krankenhaushof legte sich nach und nach der herumwirbelnde Staub, Gestalten rannten umher. Als ich nach Südwesten blickte, erschrak ich zutiefst. Der Himmel war rabenschwarz, verdeckt von dichten Wolken. Zwischen dieser schwarzen Decke und der Erdoberfläche hing gelblich brauner Nebel.

Ganz langsam hellte es sich auf. Beim Blick auf die sich darbietende Horrorvision sträubten sich mir die Haare. Jedes, buchstäblich jedes Haus brannte. Aus der Urakami-Kirche, der größten katholischen Kirche, loderten die Flammen. Die technische Hochschule brannte, ebenso die Mitsubishi-Fabrik. An Hochspannungsleitungen und -masten züngelten Flammen.

Das Laub an den Bäumen glotste wie die Blätter der Kartoffelpflanzen auf den umliegenden Feldern. Man kann den Anblick nicht einfach so beschreiben: Alles brannte. Es war vielmehr, als speie die Erde Feuer.

Der Himmel blieb verfinstert, über dem Boden schwebte scharlachroter Feuerschein. Dazwischen hing diese gelbliche Rauchwolke. Menschen, die sich wie die Würmer in alle Richtungen auseinanderbewegten, um dem Inferno zu entkommen, wurden von diesen drei Farben angestrahlt. Rot, Gelb, Grauschwarz.

Was war nur geschehen? Das Urakami-Krankenhaus hatte jedenfalls keinen Bombentreffer erhalten. Wieso dann dieses Feuermeer, dieser rauchverdunkelte Himmel?

Zum Süden hin breitete sich der Stadtteil von Nagasaki aus: ein Meer von Flammen. So weit das Auge reichte – Feuer, Feuer. Ein solches Ausmaß an Zerstörung mußte durch riesige Flächen-Bombardements durch Tausende von Bombern hervorgerufen worden sein. Aber kein Flugzeug war zu sehen, kein Flugzeugmotor zu hören.

Unterirdisch verlegte elektrische Kabel müssen explodiert sein, dachte ich. Und dann ganz plötzlich wurde ich mir der Natur dieser gewaltigen Zerstörungswelle bewußt. „Das war sie,“ schrie ich laut, „das war die neue Bombe, die sie auch auf Hiroshima abgeworfen haben.“

Im Dach des Krankenhauses breitete sich langsam Feuer aus. Merkwürdig, daß zuerst das Dach anfing zu brennen. Als die Bombe explodierte, mußten die Temperaturen im Detonationszentrum Tausende von Grad betragen haben, hier in der Nähe des Krankenhauses hingegen nur wenige hundert. Hölderne Gebäude in einem Umkreis von vielleicht 1,5 Kilometern des Epi-Zentrums waren sofort in Flammen aufgegangen. Im Umkreis von tausend Metern zerschmolz Stahl. Unser Krankenhaus lag knapp zwei Kilometer vom Zentrum entfernt. Unsere Mansarden bestanden aus Holz, das sich ausweitende Feuer fraß sich zu ihnen durch. „Herr Doktor, Herr Doktor, da oben im dritten Stock sind noch viele Patienten.“ riefen welche. Wie ein Verrückter raste ich die Treppen zum dritten Stock hinauf und wieder hinunter; und mit Hilfe der Schwestern und einiger beherzter ambulanter Patienten gelang es, die ersten Fälle in den Hof zu schaffen.

Nach rund 20 Minuten hatten sich draußen die Rauchschwaden verzogen. Dann kamen die ersten.

Vom Stadtzentrum von Nagasaki quälten sie sich den Hügel hinauf, auf dem unser Krankenhaus lag. Sie stöhnten. „Hilfe, Herr Doktor, Hilfe, Hilfe.“ Das Stöhnen war nicht mehr menschlich.

Ein großer halbnackter Mann stolperte auf den Hof, den Kopf fest zwischen die Hände gepreßt. Er machte Geräusche, die tief aus seiner Bauchhöhle zu kommen schienen. „Ich bin verletzt“, brachte er hervor. Er zitterte, als sei ihm kalt, starnte mich an. „Was ist denn los mit Ihnen“, fragte ich, „was ist passiert?“

„War auf dem Kürbisfeld dahinten... Kürbisse für die Patienten holen... Bin verletzt“, flüsterte er. Er hielt sich gerade noch auf den Beinen. Trotzdem sah er keineswegs aus, als sei er schwer verletzt. „Kopf hoch, kommt schon alles in Ordnung“, sagte ich ihm und fragte nach seinem fehlenden Oberhemd.

Sein Kopf und sein Gesicht waren weißlich verfarbt, das Haupthaar versengt. Die Augen hielten einen verschwommenen Blick; wahrscheinlich deswegen, weil die Wimpern weggesengt waren. Der Oberkörper war nackt, weil das Hemd in einem Sekundenbruchteil auf dem Körper verbrannt sein mußte. Der sieht so aus, als

sei er vom Blitz getroffen worden, schoß es mir durch den Kopf.

Ein anderer, der genauso aussah, näherte sich mir. „Hilfe“, stieß er hervor, halbnackt, ebenfalls den Kopf zwischen die Hände gepreßt. „Wasser, Wasser“, flüsterte er. „Was ist los mit Ihnen? Was ist aus Ihrem Hemd geworden?“ schrie ich ihn an. „Hitze – heiß, Wasser... ich verbrenne“, war alles, was er hervorbringen konnte.

Immer mehr Menschen wie diese drängten sich im Hof des Krankenhauses zusammen. Sie kamen einzeln, paarweise, zehn Minuten, zwanzig Minuten, eine Stunde nach der Explosion. Alle sahen gleich aus, alle artikulierten in Urlauten das gleiche: „Hitze... Verletzt... Wasser, ich verbrenne.“ Bis zur Hüfte nackt, teilweise völlig unbekleidet, stolperten sie herum. Ihr Stöhnen schien aus den innersten Eingeweiden zu kommen. Alle hatten diese weißen Gesichter, die wie Masken aussahen. Mir war, als träumte ich; als stünde ich vor einer Prozession von Geistern, die sich langsam an mir vorbeibewegten. Arbeiter oder Studenten, Frauen oder Männer, sie stolperten langsam vorwärts. Sie stöhnten und weinten um Hilfe. Die gespenstische Geräuschkulisse wurde immer lauter, je mehr Opfer sich auf dem Hof zusammendrängten. Es war, als hätte sich die Erde aufgetan, es war, als stöhnte die Erde. Viele lagen steif und verkrampt neben der Zufahrtsstraße zum Krankenhaus, andere im gleißenden Sonnenlicht in den angrenzenden Kartoffelfeldern. Wieder andere bewegten sich langsam auf den Bach zu, der sich durch ein kleines Tal unterhalb des Krankenhauses schlängelt. „Wasser, Wasser“, weinten sie. Instinktiv wollten sie zu diesem Bach. Ihre Körper waren verbrannt, die Kehlen verdorrt. Mir war zu diesem Zeitpunkt nicht klar, daß ich an diesen Menschen die Symptome des Atomblitzes beobachtete.

Aus dem Krankenhaus quoll immer mehr Rauch. Während wir die bettlägerigen Patienten evakuierten, fraß sich das Feuer immer weiter vor. Die Sonne über uns verschwamm hinter dem Rauch der brennenden Klinik. Eine endlos lange Zeit schien seit der Bombenexplosion vergangen zu sein: Es ist schon Abend, dachte ich. In Wirklichkeit waren gerade drei Stunden verstrichen. Ich hatte jeden Sinn für Zeit verloren.

Da noch nicht alle Gebäude der Klinik in Flammen standen, ging ich hinein, um mich umzusehen. Tische, Bücherregale, Kommoden, die Aufbewahrungsschränke für medizinisches Gerät wie unsere Medikamentenschränke: alles schien durcheinandergewirbelt. Leere Schubladen lagen herum, deren Inhalte die Druckwelle fortgewirkt hatte. Was aus meiner eigenen Schreibtischschublade geworden war, ließ sich nicht feststellen. Wie eine gewaltige Bö waren Luftmassen durch Räume, Flure und Fenster gerast und hatten das Innere des Krankenhauses verwüstet. Von meiner eigenen Habe blieb mir nur, was ich am Körper trug. Mit Sandalen rannte ich durch das Feuer, versorgte ich meine Patienten, lief zurück in das Krankenhaus auf der Suche nach Medikamenten. Daß ich mir dabei die Füße radioaktiv verseuchte, wurde mir gar nicht bewußt.

Mit dem beginnenden Nachmittag änderte sich das Aussehen der Verletzten. Sie, die am Morgen wie weiße Geister ausgesehen hatten, verfärbten sich schwärzlich. Ihr Haar war verbrannt, und die schwarze, verkohlte Haut löste sich aus den Gesichtern. Immer mehr, die so aussahen, taumelten in den Hof des Krankenhauses und fielen hin. „Sind Sie Arzt? Bitte, würden Sie mich liebenswürdigweise kurz untersuchen?“, sprach mich ein junger Mann an. Er starb noch in dieser Nacht. Seine Höflichkeit, sein schwarzverfärbter Körper: Das ist wie ein Blitzlichtfoto, das ich nie vergessen werde.

Es kamen jetzt auch immer mehr erkennbar schwer Verwundete. Solche, die von umherfliegenden Trümmern getroffen worden waren oder von winzigen umherrasenden Glassplittern. Keiner wußte eigentlich, woher seine Verletzungen rührten. Sie zitterten vor Angst und Schmerzen; jeder dachte wohl, er und nur er allein sei von einer Bombe getroffen worden. Der Himmel blieb weiter dunkel. Nachdem sich die Detonationswolke verzogen hatte, breitete sich der Rauch der brennenden Stadt über uns aus. Motoren dröhnten. Keine japanischen Flugzeuge, sondern die des Feinds. Sie flogen das ganze Gebiet ab. Die leicht Verletzten flüchteten in koploser Furcht vor einer möglichen neuen Feuerwalze.

In der Nähe des Krankenhauses fließt der Motohara-Bach. Ich nahm meinen ganzen Mut zusammen und ging langsam in diese Richtung.

Am Ufer angekommen, dann diese merkwürdige Szene: Halbnackte Menschen kauerten bewegungslos beim Wasser. Sie alle sahen gleich aus. Ohne besondere Geschlechtsmerkmale, ohne daß man ihr Alter hätte bestimmen können. Langes Haar deutete an, wer von ihnen weiblich sein konnte. Eine Körperseite sah rot und verbrannt aus. Sie alle hatten sich zum Wasser begeben, um den furchtbaren inneren Durst zu löschen oder mit kühltem Wasser die Hautschmerzen zu lindern. „Trinken Sie das Wasser nicht“, rief ich.

Wie auf einen geheimen Befehl hin wandten sie mir ihre Gesichter zu. Viele waren mir vom Ansehen her bekannt; einige der Frauen arbeiteten im kirchlichen Stift in der Nähe des Krankenhauses. Sie alle hatten in dem Reisfeld gearbeitet, waren nach der Entwarnung zurück auf das Feld geeilt und hatten sich gerade wieder zu den Pflanzen heruntergebeugt, als die Bombe detonierte. Weil sie sich nach dem dröhnenden Flugzeug umgeschaut hatten, waren sowohl die Gesichter wie ihre Rücken dem Explosionsblitz ausgesetzt gewesen. Die Haut verbrannte in Sekundenbruchteilen.

Etwas entfernt sah ich Herrn Kinoshita, einen mir bekannten Volksschullehrer. Als die Bombe explodierte, waren er und seine Kollegen damit beschäftigt gewesen, Luftschutzgräben auszuheben. Ihre schweißglänzenden feuchten Körper verbrannten im Atomblitz. Nur mit Mühe atmend, lag der Lehrer auf dem Boden und bat um Wasser. Und seine neben ihm kniende Frau blickte mich angstvoll an und fragte: „Herr Doktor, was kann ich nur tun?“

Diese Nacht verbrachte ich auf dem Rücken liegend im Gras. Der Feuerschein über ganz Nagasaki beleuchtete rötlich den rauchdunklen Himmel. Am folgenden Tag war es wolkenlos und heiß. Was sich gestern ereignet hatte, wirkte rückblickend wie ein Traum, wie ein Alptraum. Ich mußte daran denken, was wir in der Schule über das römische Pompeji gelernt hatten.

Zu erstenmal verließ ich das Krankenhausgelände und sah das Panorama zerstörter Häuser und Fabriken unterhalb der Klinik im hellen Tageslicht. Alles war verbrannt, eingestürzt, zu Staub geworden. Viele mir vertraute Häuser gab es einfach nicht mehr. Nirgendwo auch nur ein winziges Lebenszeichen. Elektrische Leitungsmasten krümmten sich bizarre verbogen über den Straßen. Die Explosion hatte Bäume entwurzelt, ihre Äste weggebrochen, die dahinrasende Feuersbrunst hatte die Blätter verbrannt. Was übriggeblieben war, ragte schwarz und skelettartig in die Höhe.

Wo waren nur all die Menschen geblieben? Ich war der festen Überzeugung, sie müßten alle tot sein.

Nicht einmal wohlvertraute Straßen ließen sich erkennen. Die Häuserwände zu beiden Seiten waren vollständig zerstört. Es war völlig unmöglich herauszufinden, was zu welchem Haus gehört hatte. Hier und da leuchtete weiße Bettwäsche oder anderer farbiger Stoff aus dem Trümmerhaufen.

Je weiter ich mich dem Zentrum näherte, desto klarer wurde mir, welches Ausmaß an Zerstörung diese eine Bombe angerichtet hatte. Nagasaki war eine tote Stadt, völlig verbrannt. Ein unbeschreibbarer Geruch lag über der Trümmerlandschaft.

Noch Tage, nachdem die Bombe auf diese Stadt gefallen war, lebten solche, die unter Trümmern begraben, doch gerettet werden konnten; lebten solche, die wunderbarerweise – etwa durch Mauervorsprünge – vor dem Explosionsblitz abgeschirmt gewesen waren. Ich glaubte zu diesem Zeitpunkt wirklich, ich hätte voll und ganz das Zerstörungspotential der neuen Bombe begriffen. Ich ging sogar so weit, daß ich meinte: Errichtet man Schutzschirme gegen die Druck- und Hitzewellen, kann man eine Atombombenexplosion überleben. Meine Überzeugung gründete sich nicht auf Dummitheit. Schließlich wußten zu diesem Zeitpunkt nicht einmal die Gelehrten, was nach der Bombe kommt.

Als sich an diesem ersten Tag nach der Bombenexplosion von Nagasaki versprengte Familienmitglieder fanden, einander die Hände reichten und Freudentränen über nur leichte Verletzungen vergossen, gingen amerikanische Wissenschaftler davon aus, daß menschliches Leben in den kommenden 75 Jahren hier nicht möglich sein würde.

Wir wollen nicht mehr Wärter und Vollstrecker sein!

**Rede von Wolfgang Münster,
Krankenpfleger, anlässlich
der Kundgebung zum
Sternmarsch am 19. 10.
1980 in Bonn**

Sehr geehrte Mitbürger, liebe Kolleginnen und Kollegen; liebe Freunde!

Wir sind hier zusammengekommen um unsere Forderung „Auflösung der Großkrankenhäuser“ Nachdruck und Öffentlichkeit zu verschaffen. Offenlichkeit, die es in psychiatrischen Großkrankenhäusern nicht gibt, weil die Strukturen sie verhindern.

Als Krankenpfleger habe ich das System und den Machtapparat Großkrankenhaus kennen und spüren gelernt. Als Wärter und Vollstrecke zugleich habe ich dort gearbeitet.

Als Wärter die mir zugewiesene Kontrollfunktion ausgeübt. Ich hatte Verhalten zu beobachten, Türen zu verschließen, Kleidungsstücke zu registrieren und Anstaltskleidung auszuteilen.

Ich war Vollstrecker, wenn ich zupackte, festhielt, fixierte, Medikamente und Spritzen verteilt; Ich war es, der Anordnungen auszuführen hatte, während sich Ärzte, Beschäftigungstherapeuten, Psychologen und Sozialarbeiter menschlich betroffen abwenden konnten.

Die Hierarchie der Institution deckte meinen Wunsch zu helfen, meine Zuwendung ein mit Vorschriften, Verordnungen, Krankheitsbildern, die vielmehr Etikettierungen waren, baulichen Gegebenheiten und völlig unzureichenden Personalbesetzungen.

Lehnte der Patient sich gegen das System, das ihn ohnmächtig macht, auf, wurde er zu meinem natürlichen Feind. So wird die Funktion des Wärters und Vollstreckers nicht mehr hinterfragt, sondern erhält ihre Berechtigung.

Die Unmenschlichkeit des Großkrankenhauses liegt in der Unüberschaubarkeit, der Abkapselung, der Unfähigkeit auf die großen und kleinen Sorgen. Nöte und Ängste derer, die Hilfe wollen eingehen zu können.

Großkrankenhaus, das heißt Gewalt. – Wer jedoch glaubt, Gemeindepsychiatrie alleine würde Gewalt verhindern, der irrt!

Man paßt sich an; Patienten und Erfüllungsgehilfen täglich, Schritt um Schritt, bis man glaubt, das alles sei notwendig und richtig.

Das gilt für die Psychiatrie; aber wie ist es in den anderen Bereichen der Medizin? Betrachten wir ein anderes Großkrankenhaus, eines aus dem Bereich der Allgemeinmedizin. Wie menschlich sind die unpersönlichen Zimmer und Flure, die Ärzte, die keine Zeit haben, die Med.-Technokraten, die rastlosen Schwestern und Pfleger, die über Funk Wünsche annehmen müssen, um Wege zu sparen. Dort beherrscht die Apparatemedizin Patienten und Mitarbeiter. Auch das ist Gewalt, die Gewalt der Perfektion.

Ich bin keinesfalls fortschrittefeindlich, ganz im Gegenteil, ich bin dafür, daß alle technischen Möglichkeiten für den Menschen genutzt werden. Nur wenn die Technik dazu dient Arbeitsplätze wegzuverdichten und zu entmenschen, dann hilft das der Geräte- und Pharma-Industrie und nicht den Patienten.

Es wäre zu einfach sich hierhin zu stellen und zu sagen: „Besinnt Euch, werdet wieder menschlich“. Wir neigen manchmal dazu, damit würden die Probleme der Psychiatrie jedoch in erster Linie individualisiert. Das ist falsch. Menschlichkeit, Zuwendung, Nähe und Verständnis sind nur realisierbar, wenn es die Verhältnisse und die Umgebung ermöglichen, wenn die Aufgaben nicht überfordern und man Zeit hat, sich darauf einzulassen.

Die Psychiatrie kann die Verantwortung für den Skandal der Großkrankenhäuser nicht übernehmen. Lange wurden die Politiker darauf hingewiesen. Seit 5 Jahren liegt die Enquête in der Schublade, die Psychiatriedebatte im Bundestag war ein Hohn.

Es besteht die Gefahr, daß ein großer Teil der 100 Millionen, die die Bundesregierung jährlich für die Psychiatrie bereitstellen will, in die Großkrankenhäuser fließen, somit das alte System verfestigen, statt den Weg zur Gemeindepsychiatrie zu ebnen.

Aber selbst dieser lächerliche Betrag wurde zunächst gestoppt, wegen Kompetenzstreitereien zwischen Bund und Ländern und der Rüstungshilfe für die Türkei.

Das Gesundheitswesen unseres Landes, das zu den reichsten der Erde zählt, ist ein Paradies für Profitmacher von Pharma- und Geräteindustrie. Ich habe noch keinen Politiker der Bonner Parteien gehört, der versprach, und es dann auch hielt, hier eindämmend einzutreten. Im Gegenteil, wenn von Kostendämpfung geredet wurde, dann ging es um Stellenkürzungen und Einsparungen im sozialen Bereich und daß der Bürger „eigenverantwortlich“ was draufzahlen solle.

Ich würde mir wünschen, wenn sich noch vielmehr im Gesundheitswesen Beschäftigte an der DGSP orientieren, daß darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, daß die Gewerkschaft das entscheidende Instrument ist, um unsere Forderungen durchzusetzen. Es ist wichtig, wenn die ÖTV sich warnend äußert „Auflösung der Großkrankenhäuser ja – Abbau der Arbeitsplätze nein“, und daß Sozialpsychiatrie ohne Ausweitung der Stellenpläne auf Kosten der Mitarbeiter geht, und das Reformgedanke ohne Konsequenzen in erster Linie das Pflegepersonal und Patienten belastet. Ich leide unter diesen Verhältnissen, – aber ich resigniere nicht, – sie

sind für mich ständige Aufforderung Widerstand zu leisten und zwar in der täglichen Arbeit und auch hier. Für meine Berufsgruppe geht es um bessere Arbeitsbedingungen, Bedingungen, wo Formalien und Aufrechterhaltung des Stationsbetriebes die geringste Zeit beanspruchen, wo das Zusammensein mit Patienten, die Orientierung nach draußen, der Kontakt in der Gemeinde, das Kennenlernen der sozialen Umgebung, die Hilfestellung bei alltäglichen Verrichtungen, Haupttätigkeitsmerkmal einer Krankenschwester oder eines Krankenpflegers sind.

Um aber so arbeiten zu können, müssen wir uns gegen die Anstalts- und Großkrankenhäuserpsychiatrie erheben und Forderungen formulieren:

Wir fordern – statt Großkrankenhäuser, überschaubare Einrichtungen, die regional tätig sein könnten, die Öffentlichkeit zulassen, statt sich auszugrenzen.

Wir fordern – mehr Personal um mehr Zeit für Patienten zu haben und um den begrenzten stationären Rahmen verlassen zu können und auch mehr Personal, um den unangenehmen und zermürbenden Nacht- und Schichtdienst besser zu bewältigen.

Wir fordern – eine Fachausbildung in der Psychiatrie für alle Berufsgruppen.

Wir fordern – eine Veränderung der Ausbildungsinhalte wo Psychiatriespezifisches im Vordergrund steht! So muß Gemeinwesenarbeit wieder Bestandteil der Ausbildung werden. Wieder, weil das so war, als die Pflege noch nicht durch Technik und Medikamente beherrscht wurde.

Wir fordern – mehr Mitbestimmung im gesamten Krankenhausbereich für alle Berufsgruppen. Und den Krankenschwestern und Krankenpflegern möchte ich sagen, „läßt Euch nicht durch die vermeintlich höhere Kompetenz der anderen Berufsgruppen irritieren. Ihr habt etwas zu sagen, Ihr habt den normalsten und intensivsten Kontakt zum Patienten und stellt die größte Berufsgruppe im Gesundheitswesen dar.“

Wir fordern – für das Pflegepersonal eine gerechte Bezahlung nach Qualifikation und nicht nur nach dem Unterstellungsverhältnis oder nach Funktionsstellen.

Wir rufen das Pflegepersonal dazu auf, jetzt die Chancen, die durch das neue Krankenhausgesetz gegeben sind, entsprechend der Kompetenz unserer Berufsgruppe wahrzunehmen.

Wir rufen alle dazu auf, jede Möglichkeit zu nutzen, die dem Ziel Auflösung der Großkrankenhäuser dient.

Zur Lage der Suchtkrankenversorgung in der BRD

Dieses Einführungssreferat von Anton Schlosser, gehalten auf der Suchttagung am 9. 11. 1979 in Bonn hat an Aktualität nichts eingebüßt.

Als vor 4 Jahren der Bericht der Sachverständigenkommission zur Lage der Psychiatrie in der BRD veröffentlicht wurde, war der Anstieg der Suchtkranken in den letzten Jahren und deren völlig unzureichende Versorgung als eines der dringendsten Probleme bezeichnet worden. Schon damals stellte man fest, daß die Gruppe der Suchtkranken mit etwa 30 % der Gesamtaufnahmen in den psychiatrischen Krankenhäusern an der Spitze der psychiatrischen Akutaufnahmen stand. Die Kommission machte folgende Vorschläge:

1) Die Versorgung sollte in einem regionalen Verbundsystem geschehen. Man ging allgemein von der Voraussetzung aus, daß „ein abnormes süchtiges Verhalten im wesentlichen nur dann korrigiert werden kann, wenn der Patient in seinem normalen sozialen Umfeld verbleibt und mit den hierbei auftretenden Spannungen, Problemen und Konflikten konfrontiert wird.“

2) Der Schwerpunkt der Behandlung der Abhängigkeit müßte bei der ambulanten Betreuung liegen. Die stationäre Behandlung soll nur ein Glied in

der Behandlungskette sein. Es wurden gemeinsam gelegene Fachambulanzen vorgeschlagen, die 3) mit Kliniken, die über ein differenziertes Behandlungsangebot von Kurzbehandlungen über mittelfristige und Langzeitbehandlung verfügen sollten, zusammenarbeiten.

4) Vor allem aber sollten auch Behandlungs- und Unterbringungsmöglichkeiten für schwerer geschädigte Suchtkranke geschaffen werden. Diese sollten nicht isoliert sein, sondern nach Möglichkeit zum Aufgabenbereich der gleichen Mitarbeiter gehören, die auch für die Betreuung in Suchtkliniken und Suchtfachabteilungen zuständig sind.

Tatsache ist, daß die Aufnahmen der Suchtkranken in den psychiatrischen Krankenhäusern deutlich zunommen haben; der Anteil der Suchtkranken an den Gesamtaufnahmen wird zwischen 35 und 50 % angegeben. Besonders gut veranschaulichen das die Statistiken und Rheinischen Landeskliniken: 1960 wurden dort 513 Alkoholkrankene aufgenommen, 1973 waren es schon 4 535,

1978 wurden 7233 Alkoholabhängige, beinahe 1400 Medikamentenabhängige, sowie 565 Drogenabhängige aufgenommen.

Hinzuzählen sind noch die Aufnahmen in einigen neu eingerichteten Suchtkliniken, bzw. Suchtfachabteilungen, die nicht zum Landschaftsverband Rheinland gehören.

Alles, was zwischenzeitlich an positiver Entwicklung geschehen sein sollte, wird durch diese Zahlen in ganz erheblichem Maße relativiert.

Zu begrüßen ist, daß sich in der Öffentlichkeit ein gewisses Bewußtsein für die Abhängigkeitserkrankung zeigt. Vor allem die Medien haben sich mit diesem Thema mehr als vorher befaßt. Festzustellen ist, daß immer mehr in der Psychiatrie Arbeitende sich mit neuen Behandlungsmethoden für Suchtkranke auseinandersetzen und sich von dem früher üblichen Behandlungsnihilismus distanzieren. Auch gibt es mehr klinische Behandlungsplätze. Vor allem aber ist die Zahl der Selbsthilfegruppen gewachsen und ihre Arbeit intensiver geworden.

Weiteren Verbesserungen auf die Spur zu kommen, fällt aber dann auch schon recht schwer. Vor allem den Forderungen nach gemeindenaher und schwerpunktmaßiger ambulanter Versorgung ist kaum Rechnung getragen worden. Wo sie von Kliniken und Beratungsstellen praktiziert werden, müssen sie eher gegen bürokratischen Widerstand durchgesetzt werden. Dies um so mehr, seit dem Inkrafttreten des Krankenkassenkostendämpfungsgesetzes und der damit verbundenen „kostenbewußteren Haltung“ der Leistungsträger – leider muß festgestellt werden: überwiegend auf Kosten der Betroffenen.

Auch die Stellungnahme der Bundesregierung und die Debatte des Bundestages zur Lage der Psychiatrie macht da kaum Hoffnungen. Der Antwort „der Aktion psychisch Kranker“ auf die Stellungnahme der Bundesregierung ist auch für den Suchtbereich voll inhaltlich zuzustimmen. Hier wird gesagt, daß die Bundesregierung in ihrer „Stellungnahme jeglichen Mut zu einer klaren, zukunftsweisenden, gesundheitspolitischen Aussage vermissen“ läßt.

Es wird betont, daß der politische Wille der Bundesregierung, was im einzelnen jetzt zu geschehen hat und geschehen könnte, weitgehend unkenntlich bleibt. Es zeige sich eine bedenkliche Tendenz zur reformwidrigen Festschreibung des status quo, in den bedenklos die Auffassung der Psychiatrierefereenten der Bundesländer übernommen würde, daß die großen psychiatrischen Krankenhäuser weiter das Kernstück der stationären Versorgung blieben.

Zu dieser Einschätzung paßt auch der Teil der Stellungnahme der Bundesregierung, der der ambulanten Versorgung gewidmet ist. Es fällt auf, daß er nur wenige Sätze umfaßt, sehr unpräzise ist, und keinem auf die Füße treten will. (Damit meine ich vor allem die Standesvertretungen der Ärzte): daß ausdrücklich „neue Dienste“ abgelehnt werden und nichts konkretes über den Ausbau des öffentlichen Gesundheitsdienstes gesagt wird. Für den tatsächlichen Ausbau der ambulanten Tätigkeiten bedeutet der Hinweis auf die Novellierung der Reichsversicherungsordnung von 1976 (§ 368 Abs. 6) sehr wenig. (Hierdurch soll den psychiatrischen Krankenhäusern die Einrichtung einer Ambulanz ermöglicht werden), weil die Finanzierung einer Ambulanz aufgrund der geltenden Gebührenordnung nicht gewährleistet ist, und die Krankenhausträger bei dieser Ausgangslage nicht bereit sind, eine Institutionsambulanz einzurichten. Der Wille des Gesetzgebers wird hier auf Verwaltungsebene schlicht unterlaufen. Es ist eine Tatsache, daß die notwendigen Leistungen besonders in einer Suchtfachambulanz in den Katalog der geltenden Gebührenordnung nicht passen. Der Hinweis der Bundesregierung auf den oben erwähnten Paragraphen nimmt sich eher als ein Alibi in Wirklichkeit nicht konkret Geregelt. Auffallend ist besonders auch in der Erklärung die Betonung, daß der Paragraph geändert worden ist „zum Zweck der Entfallung extramuraler ärztlicher Aktivitäten“. Diese Erklärung betont die ärztliche Zuständigkeit und erwähnt die anderen Berufsgruppen nicht – trotz der ständig unterstrichenen Notwendigkeit der Multidisziplinarität besonders der ambulanten psychosozialen Versorgung. Dazu kommt, daß gerade die Suchtkranken zu der Gruppe der psychisch Kranken gehören, die überwiegend aus dem System der niederge-

lassenen Ärzte herausfallen, für die also kein ambulantes Angebot zur Verfügung steht.

Da hilft es wenig, daß von der Bundesregierung in ihrer Stellungnahme zu den Diensten für spezielle Patientengruppen konzidiert wird, daß der Behandlungsschwerpunkt für Suchtkranke im ambulanten Bereich liegen müsse. Weil inhaltlich keine konkreten Vorstellungen zu neuen Versorgungsstrategien im amb. Bereich gemacht worden sind, vor allem keine finanzielle Absicherung notwendiger Innovationen, ist es nur zu erklären, daß in den alten Strukturen weitergebaut wird in aller lang bekannten Lückenhaftigkeit und weiterhin mit falschem Schwerpunkt. Der Hinweis der Bundesregierung auf Großmodelle hilft nicht weiter, wenn diese in der allgemeinen gesundheitspolitischen Landschaft außerhalb der Modellförderung kaum durchzusetzen sind.

Das Resümee der Bundesregierung und der Landesregierungen in der oben erwähnten Stellungnahme ist in seinem speziellen Teil zur Versorgung der Suchtkranken in seiner Unkonkurrenz kaum zu überbieten und betont darüberhinaus in bedenklichem Maße die stationären Behandlungsnotwendigkeiten. Kein Wort über gemeindenähe Versorgung, auch kein Wort über die so schwierig durchzuführende Integration von ambulanter und stationärer Behandlung.

Gerade hier ist aber ist der Bundesregierung in ihrer Kritik an der Sachverständigenkommission zu folgen, in der bedauert wird, daß diese zu wenig auf „neue Organisationstrukturen, Fragen der Trägerschaft, Fragen der Kostenregelung etc.“ eingegangen sei. Regelungen auf diesem Gebiete hätte man sich aber gerade von der Bundesregierung nach 4jähriger Wartezeit gewünscht, denn durchzusetzen ist das hier geforderte nur durch eindeutige politische Regelung. Reformen müssen scheitern, wenn deren Finanzierung nicht gewährleistet ist – vor allem dann, wenn die Finanzierungsstruktur nicht den inhaltlichen Notwendigkeiten der Versorgung entspricht. Legt man das Bekennnis der Bundesregierung in ihrer vorläufigen Begründung ihrer Stellungnahme vom Frühjahr dieses Jahres zugrunde, in dem zum Ausdruck gebracht wird, daß der „Bund nicht mit Kosten belastet“ wird, ist zumindest ihre gesetzgeberische Enthaltsamkeit, ihre Konzeptions- und Planlosigkeit und letzten Endes ihr Festhalten an den überholten Prinzipien zu verstehen und zu erklären durch das Bemühen, die Kosten ausschließlich den gesetzlichen Kranken- bzw. Rentenversicherungen aufzuladen. Wen wundert da deren defensive Haltung; denn sie müssen befürchten, in Zukunft auch für Bereiche aufkommen zu müssen, die zum großen Teil in die Kompetenz der öffentlichen Hand fallen. (Alkohol- und Drogenberatung, psychiatrischer Dienst) – dazu noch ohne irgendwelche Planungskompetenz auf diesem Gebiete zu haben.

Die DGSP hat in ihrer Stellungnahme zum Psychiatriebericht der Bundesregierung darauf hingewiesen, daß die von der Sachverständigenkommission herausgestellten strukturellen und inhaltlich qualitativen Reformziele nicht ohne eindeutige Klärung und gegebenenfalls gesetzliche Festlegung der Finanzierungsmodalitäten zu verwirklichen sind. Dies zeigt sich gegenwärtig bereits sowohl im komplimentären, als auch im ambulanten Bereich, wo mancher Schritt schon hätte getan werden können, wenn Klarheit über den zuständigen Kostenträger bestanden hätte. So bieten zum Beispiel einige psychiatrische Kliniken des Landschaftsverbands des Rheinland ein gemeindenahes Versorgungsconcept mit einem differenzierten Behandlungsangebot an. Ein Teil aber kann es nicht durchführen, weil der Kostenträger (in diesem Fall die BfA) die Kosten z.B. für eine mittelfristige Behandlung nicht bezahlt.

Das soll nur ein Beispiel sein – es werden sich in der Diskussion genügend ähnliche Fälle aufzeigen lassen.

Leider wächst dadurch nicht die Bereitschaft der Krankenhausträger und ihrer Mitarbeiter, notwendige Veränderungen durchzuführen. Und so sind auch diese in der BRD bedauerlicherweise noch selten. Die überwiegende Versorgung verläuft nach altem Muster: die psychiatrischen Großkrankehäuser sind weiterhin die Auffangbecken für die akuten Suchtkrankenfälle; dabei geschieht die Einweisung sehr häufig als Zwangsmaßnahme. Die Großkrankehäuser sind überfordert mit der Vielzahl der Patienten, sie sind personell dem Problem nicht gewachsen. Ihre Arbeit wird häufig aussichtslos, weil sie konkrete Hilfen vor Ort, Kontakte zum sozialen Umfeld des Betroffenen oder auch nur zu des-

sen betreuenden Stellen wegen ihrer Ortsferne und der Masse der Patienten nicht leisten können. Die Patienten werden entgiftet, sehr häufig nicht genügend über ihre Krankheit aufgeklärt und schon gar nicht zu weiteren Therapieschritten motiviert.

Der sowieso bestehende Widerstand der Betroffenen gegen eine Behandlung wird durch dieses Verfahren nur gesteigert. Haben Patienten sich aber zu einer umfangreichen stationären Behandlung entschlossen, so ist nur selten der übergangslose Anschluß dieser Behandlung möglich.

Ein weiterer großer Teil der Akutbehandlung geschieht in Allgemeinkrankenhäusern. Dort wird nur auf die körperlichen Symptome geachtet. Deren eigentliche Ursache aber – die Suchterkrankung – findet keine oder nicht genügende Beachtung.

Eine große Zahl der Patienten wird ohne notwendige Hilfe entlassen und für viele beginnt die Tour durch die Drehtür. Auf Seiten der Behandelnden wie der Betroffenen entwickelt sich so Resignation und therapeutischer Nihilismus.

Die für Suchtkranke besonders wichtige Behandlungskontinuität ist für die Überzahl der Betroffenen so nicht gewährleistet. Das gilt für eine an die Entgiftung anschließende ambulante Behandlung; das gilt aber auch für den übergangslosen Anschluß der Behandlung in einer Fachklinik. Diese ist erst nach einer sehr umständlichen Beantwortsprozedur möglich, die in der Regel Wochen und Monate lang dauert. Die Gefahr ist sehr groß, während dieser Zeit den Anschluß zu verlieren und rückfällig zu werden. Durch den fortschreitenden Krankheitsprozeß wird die Chance für eine erfolgreiche Hilfe immer geringer. Denn es ist unbestritten, daß die Frühbehandlung auch bei Suchtkrankheiten die wichtigste Voraussetzung für den gewünschten Erfolg ist.

Wenn man die Empfehlung der Enquete ernst nimmt, daß die ambulante Behandlung den Hauptteil der Behandlung bei Suchtkranken ausmachen soll, muß die jetzige ambulante Behandlungssituation für Suchtkranke als desolat bezeichnet werden. Die viel zu dünn gesäten ambulant arbeitenden Stellen sind überlastet und infolge ihrer Personalknappheit überhaupt nicht in der Lage, notwendige neue Behandlungsstrategien umzusetzen.

In der Regel ist der ambulante Handlungsspielraum so eng, daß man auf die fragwürdigen traditionellen Therapieangebote angewiesen ist. So wird in den meisten Fällen das Heil in einer stationären 6monatigen „Entwöhnungskur“ gesehen. Diese finden in den Fachkliniken statt, die größtenteils fernab vom Wohnbereich des Betroffenen liegen. Alles, was in modernen Behandlungskonzepten gefordert wird, nämlich den Betroffenen nicht aus seinem Lebensumfeld zu isolieren, seine Bezugspersonen in das Behandlungsprogramm mit einzubringen, soziale und berufliche Rehabilitation schon während des Klinikaufenthaltes zu betreiben, das alles ist nur bruchstückweise oder gar nicht aus einer Entfernung von oft vielen hundert Kilometern zu leisten. Auch die immer wieder als notwendig beschworene Kontinuität der Behandlung, die nach der Entlassung aus der Klinik in der ambulanten Nachsorge zu erfolgen hat, kann selten hinreichend in die Wege geleitet werden, da die Kooperation mit den zuständigen Stellen in der erforderlichen Weise nicht zu leisten ist.

In diesem Zusammenhang muß auf eine beträchtliche Anzahl von Patienten hingewiesen werden, die in das gängige Behandlungsschema nicht passen. Diese bedürfen aufgrund der fortgeschrittenen körperlichen, psychischen und sozialen Schäden weiterreichender Hilfen. Weil die vorhandenen nicht reichen, gelten diese Patienten allgemein als therapieresistent. Ihre Zahl wächst und damit auch die Schwierigkeit sie unterzubringen. Da in der Regel die Hoffnung auf eine Wiedereingliederung aufgegeben werden ist, kommt ihre Unterbringung einer Asylierung gleich.

Angesichts dieser Situation helfen Lippenbekenntnisse für alternative Versorgungskonzepte nicht weiter. – Auch wenn sie einträglich von allen Bundestagsparteien gegeben werden. Notwendig sind eindeutige politische Entscheidungen, die allseits anerkannte Prinzipien in der Suchtkrankenbehandlung, wie gemeindenähe Versorgung mit Ambulanz als Schwerpunkt in der Praxis möglich machen.

Andernfalls schreiben wir überholte Strukturen fest, ohne irgend etwas zu verbessern.

Die wachsenden Probleme werden uns weiter dazu bringen, Löcher zu stopfen und falsch zu investieren. Wir schaffen durch diese falschen Strukturen einen neuen Bedarf. Das ist die Chance für Träger in Not oder auf der Suche nach neuen Ressourcen, Träger sowohl seriöser als auch weniger seriöser Provenienz, privatwirtschaftlich arbeitende GmbH's oder verdeckte Profitmacher, die in die geschaffene Marktlücke „hilfreich“ hineinstoßen und bald festsetzen und die psychosoziale Versorgung bestimmen. So geschah es zum Teil mit der stationären Bettenlücke im Sichtbereich. Ortsferne Riesenhäuser wurden da aus dem Boden gestampft, wo aufgrund strukturschwachen Gebietes Bundeszuschüsse flossen. Daß entgegen allen fachlichen Empfehlungen und besseren Erfahrungen – die auch in der Enquête ausdrücklich niedergelegt sind. (Bezeichnend ist dafür die Stellungnahme des Saarlandes zum Bericht der Sachverständigenkommission, in der stolz darauf hingewiesen wird, daß stationäre Betten über den Landesbedarf hinaus in privaten Fachkrankenhäusern zur Verfügung stehen.)

Ähnliches geschieht jetzt schon mit Einrichtungen für „depravierte Suchtkranke“ – ein schreckliches Wort, aber vor allem eine schreckliche Realität für den, der dazu gemacht wird, unter Umständen auch nur um die notwendige Belegung der Betten zu erreichen.

Überhaupt ist die im Krankenhausfinanzierungsgesetz festgeschriebene Forderung nach Kostendeckung über belegte Betten in der psychiatrischen Versorgung höchst fragwürdig. In Verbindung mit dem defizitären ambulanten Angebot und der damit gezwungenermaßen verbundenen Klinikzentriertheit, ebnet das dem notwendigen Engagement und Einfallsreichtum im ambulanten Bereich nicht gerade den Weg. Wenn die Kliniken über Betteneinweisung ihre Existenz gewährleisten müssen, liegt die Tendenz nahe, einen ambulant zu Behandelnden zu einem klinischen Fall zu machen.

In diesem Zusammenhang ist auch die Empfehlungsvereinbarung der an der Suchtkrankenbehandlung beteiligten Kostenträger zu sehen, die seit Anfang des Jahres gilt. Seit Jahren ist die Zuständigkeit für die Kosten ungeklärt. Mehrere Gerichtsprozesse halfen da inhaltlich auch nicht entscheidend weiter. Jetzt wurde mit dem Urteil des BSG vom Febr. 1978 den Kostenträgern eine Vereinbarung auferlegt. Diese liegt nun vor und der Text macht deutlich, daß sich die Verhandelnden an den herkömmlichen obsoleten Versorgungsmodalitäten orientiert haben.

Was sich zuerst einmal als bloße formale Verwaltungsregelung ansieht, setzt auch in Wirklichkeit gravierende Inhalte der Behandlung fest. Sie fixiert einen wichtigen Teil der Suchtkrankenversorgung auf das System der Rentenversicherung. Diese betonen, bei aller Bereitschaft zu gewissen Reformen, daß sich der Rahmen der Leistungen innerhalb bestimmter Verwaltungsrichtlinien vollziehen muß. Diese Richtlinien aber sind ursprünglich gar nicht zugeschnitten auf die Erfordernisse der Suchtkrankenbehandlung, sondern ergeben sich aus dem für körperlich Kranke millionenfach erprobten Kurkonzept der Versicherungen. Dieses hat den Sinn, Erwerbsfähigkeit zu erhalten oder wieder herzustellen, oder die Verhinderung des Renteneintritts. Notwendig ist hier aber die Behandlung der Krankheit mit dem Ziel der Heilung oder der Linderung der Beschwerden, wofür bei allen anderen Erkrankungen die Krankenkassen zuständig sind.

Aufgrund einer fehlenden eindeutigen gesundheitspolitischen Entscheidung des Gesetzgebers schon vor vielen Jahren, ist so eine höchstproblematische und unklare Situation geschaffen worden. Diese wird besonders in dem Augenblick deutlich, in dem die beteiligten Kostenträger zu einer neuen Regelung gezwungen werden. Ist auch bei den Rentenversicherungen unübersehbar, das Bemühen deutlich, positiv auf den Standard der von ihr bezahlten Leistungen einzuwirken und auch die Verhältnisse der Leistungsempfänger wie der Leistungsträger zu berücksichtigen, so ist das Ergebnis vor allem unter dem Aspekt notwendiger Reformen höchst unzureichend:

1) Es bestärkt weiter die finanzielle Grundlage der Desintegration von ambulanter und stationärer Behandlung.

- 2) Es verursacht durch die aufgrund des spezifischen Behandlungsziels notwendige Selektion des Klientels eine Zweiklassenpsychiatrie.
- 3) Es erschwert die Durchsetzung einer gemeindenen Versorgung und der nur in ihr möglichen Behandlungskontinuität.
- 4) Es benachteiligt den Suchtkranken dadurch, daß er sich den ihm Behandelnden nicht frei wählen kann.
- 5) Der Behandelnde wird in der Ausübung seiner therapeutischen Verantwortung unzumutbar eingeschränkt.
- 6) Es schreibt eine Trennung von körperlich und psychosozialem Anteil der Erkrankung fest, die nur durch eine Fixierung an einen längst überholten Krankheitsbegriff verständlich ist.

Daß die Regelung nicht nur Verbesserung der Versorgung will, sondern in erster Linie ein Versuch ist, die Kostenfrage in den Griff zu bekommen, ist dem Patienten und den Institutionen zunehmend spürbar geworden. Vor allem die Reklamationen der Kassen auf eine zeitlich knapp bemessene Akutbehandlung sind unübersehbar und üben auf die Behandelnden einen Druck aus, der zu Lasten der Kranken geht.

Dem gegenüber ist aber auch etwas anderes unübersehbar: das in den Fachkliniken die Qualität der Behandlung gestiegen ist, ist nicht zuletzt bedingt durch das Drängen der kostentragenden Rentenversicherung, die aufgrund ihrer Machtposition einen bestimmten Standard bei den Leistungsträgern durchsetzen konnten. Ein gutes Beispiel dafür, wie von politischer bzw. Verwaltungsseite notwendigen Verbesserungen und Reformen der Boden bereitet werden kann, und daß über die positive oder negative Zukunft der Psychiatrie vorrangig im politischen Raum entschieden wird.

Doch es sind nicht juristische oder verwaltungstechnische, sondern gesetzliche Änderungen notwendig. Wo das nicht geschieht, wundert es nicht, daß es zu der augenblicklichen Situation kommt, in der die Kostenträger im Gefüll viel Positives getan haben, von Fachleuten für Fehlentwicklungen verantwortlich gemacht werden. Das aber ist eine falsche Polarisierung, vor der zu warnen ist. Wir möchten herausheben, daß unserer Meinung nach die Verwaltungen der Kostenträger sehr viel dazu beigetragen haben, eine qualifizierte Behandlung für einen Teil der Suchtkranken zu sichern. Es liegt nicht in ihrer Absicht, notwendige Entwicklungen zu verhindern – sondern das ist ein zwangsläufiges Ergebnis einer falschen Versorgungsstruktur.

Unsere Kritik richtet sich nicht gegen die Beteiligten der Kostenträger an Planung und Kontrolle des Leistungsangebotes im therapeutischen Bereich. Ganz im Gegenteil sind wir der Ansicht, daß die Selbstverwaltung der Versicherten in ihrer Einflußnahme bestärkt werden muß.

Wir wenden uns aber gegen die Tatsache, daß im gegenwärtigen Versorgungssystem die Suchtkranken zu einer unterprivilegierten Gruppe gemacht werden. Denn hier gilt es, nicht nur die allseits geforderte Gleichstellung mit körperlich Kranke zu erreichen, sondern hier muß sogar die Gleichstellung mit den sonstig psychisch Kranke erst einmal erfolgen. Bei Behandlungsbedürftigkeit muß die Kostenfrage der Behandlung unmittelbar gesichert sein und nicht erst durch ein aufwendiges Antragsverfahren. Man stelle sich eine ähnliche Prozedur bei der Behandlung zum Beispiel endogen Depressiver vor, wenn diese nach Abklingen der akuten Suicidalität aus klinischer Behandlung entlassen werden sollen und dann erst nach Abschluß eines Antragsverfahrens weiterbehandelt werden können!

Durch das Antragsverfahren geht in der Praxis die in dem BSG-Urteil von 1968 bestätigte Gleichstellung der Suchtkranken mit allen anderen Kranken verloren.

Ganz bestimmte Verfahrensweisen, wie zum Beispiel der von der Rentenversicherung geforderte Sozialbericht, sind bei Kuranträgen zur Rehabilitation Kranke bzw. Rekonvaleszenter in den Arbeitsprozeß möglicherweise sinnvoll. Sie sind aber nicht übertragbar, wenn es um Behandlung von Krankheiten im Sinne der RVO § 184 geht. So angewandt, nehmen sie sich als eine Diskriminierung der Suchtkranken aus.

Dieses Problem der Gleichstellung psychisch Kranke mit körperlich Kranke kann aber nur dann angegangen werden, wenn man spezifische Besonderheiten

der Psychiatrie berücksichtigt. Der eng an das medizinische Krankheitsmodell angelehnte Heilkunde-Begriff, der verbindlich ist für die Leistungspflichten der Krankenkassen, kann nicht einfach übernommen werden.

Die DGSP hat ihre Ansicht dazu in einem Brief an die Bundestagsabgeordneten im März des Jahres anlässlich der erwarteten Psychiatriedebatte deutlich gemacht. Dort heißt es: „Wir möchten Sie (die Bundestagsabgeordneten) dringend bitten, das Thema Psychiatrie nicht nur unter gesundheitspolitischem Gesichtspunkt zu erörtern, sondern wirtschafts-, bildungs- und familienpolitische Aspekte mit zu berücksichtigen. Die Berücksichtigung dieser Aspekte scheint uns vor allem wegen des engen Zusammenhangs von Dauerarbeitslosigkeit und psychosozialen Störungen dringend erforderlich. Es kann nicht gewollt werden, daß aus Arbeitslosen psychisch kranke Menschen werden!“

Acht Millionen Bundesbürger gehen jährlich wegen psychisch bedingter Störungen zum Arzt; und aus der Rentenstatistik geht hervor, daß jährlich 23000 Bundesbürger wegen psychischer und psychosomatischer Krankheiten Frühinvaliden werden.

Dies heißt, daß eine wachsende Zahl von Bürgern den Leistungsnormen zeitweise oder dauernd nicht mehr standhalten kann.

Wir bitten Sie daher, sich für die Prävention stark zu machen, das heißt für uns, daß jenseits des psychiatrischen Systems Lebensbedingungen hergestellt werden, die seelische Gesundheit ermöglichen. Für die Psychiatrie heißt das gleichzeitig, daß offene und halboffene Dienste gefördert werden, die im Vorfeld der Psychiatrie präventiv, rehabilitativ und behandelnd wirksam sein können“.

Die Kassen sehen da eine Lawine auf sich zukommen, der sie nicht gewachsen sind. Sie wehren sich mit Recht gegen eine Aufweichung des Heilkunde-Begriffs.

Psychische Störungen, Beschwerden und Krankheiten sind in besonderer Weise in Beziehung zu sehen zu den Lebensbedingungen in der gesellschaftlichen Realität. Beratung, Krisenintervention und Behandlung kann man Menschen gegenüber, die in seelischer Not sind, nicht trennen. Die Hilfsangebote der psychosozialen Versorgung müssen durchlässig sein. Die Abgrenzung für die Zuständigkeit der staatlichen Verantwortung und für Beratung und der Verantwortung der Kassen und Rentenversicherungen für Behandlung ist nur in willkürlicher Weise möglich. Ist man generell gezwungen abzugrenzen, was man nicht abgrenzen kann, so geht das nur auf Kosten der Effektivität der Hilfe.

Die Psychiatrie ist überfordert, wenn man von ihr erwartet, Defizite des gesellschaftlichen Zusammenlebens zu kompensieren.

Ich muß hier nur auf den Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und psychischen Leiden hinweisen – und das nur als Beispiel von vielen möglichen.

Gerade in diesem Sinne – und nur hier – wendet man sich zurecht gegen die Gefahr der Psychiatrisierung. Leider wird dieser Aspekt weder von der Bundesregierung in ihrer Stellungnahme deutlich gemacht, noch hat er eine gebührende Rolle in der Debatte des Bundesgesetzes gespielt. Ganz im Gegenteil: „Gefahr der Psychiatrisierung“ erscheint hier vielmehr als ein Argument, sich aus der Verantwortung für notwendige öffentliche Hilfen stehlen zu können.

Die DGSP macht in zahlreichen Stellungnahmen deutlich, daß sie diese der Psychiatrie zugeschriebene Funktion ablehnt und sich dagegen zur Wehr setzt. Ihre Mitglieder sehen sich hier mißbraucht.

Jeder verantwortliche Bürger beobachtet mit Sorgen den Anstieg der psychischen Leiden in unserer Gesellschaft. Die Zahl der Bürger, die der gesellschaftlichen Belastung nicht gewachsen sind, nimmt zu.

14 000 Selbsttötungen und über 100 000 Selbsttötungsversuche, allein im Verlaufe des bisherigen Jahres zu beklagende 500 Drogentote mahnen uns,

Die Form unseres gesellschaftlichen Zusammenlebens, sowohl in der Arbeitssphäre, als auch im privaten Lebensbereich und der Gemeinde verursacht diese Zunahme. Erschreckend ist, daß dabei immer mehr junge Menschen betroffen sind.

Daran kann sich nur etwas ändern, wenn diese Tatsache von allen Beteiligten nicht als bedauerliche Kriegskosten einer naturwüchsigen gesellschaftlichen Realität aufgefaßt werden.

Es geht um die Herstellung gesunder Lebens- und Arbeitsbedingungen. Nur so und nicht anders ist der Gesundheitsbegriff der WHO zu verstehen, in dem Gesundheit als körperliches, geistiges und soziales Wohlbefinden definiert wird. Dafür Sorge zu tragen, übersteigt bei weitem die Möglichkeiten der Psychiatrie. Ebensowenig kann es zum Aufgabenbereich der Sozialversicherungen gehören, die Kosten dafür zu tragen. Würde man den Gesundheitsbegriff der WHO so eingrenzen, wäre er in der Tat utopisch.

Es ist auch schlichtweg unredlich, wenn von politischer Seite die Gesundheitsverantwortung des einzelnen Bürgers in den Vordergrund gestellt wird und die wirklich für die Strukturen Verantwortlichen sich davonstehlen dürfen.

Sehr deutlich wird das im Problemkreis der Sucht. Man weiß allgemein, in welch großem Umfang die gesellschaftlich positiv sanktionierte Droge Alkohol getrunken und mit den psychotropen Medikamenten ein Geschäft gemacht wird. Es werden die spezifischen Wirkungsweisen dieser Substanzen in Anspruch genommen, um den Leistungsdruck, die Monotonie am Arbeitsplatz – um nur etwas herauszugreifen – zu kompensieren, um sich leistungsfähiger in vielfacher Beziehung zu machen. Die Droge als Hilfsmittel der Lebensbewältigung in unserer gesellschaftlichen Wirklichkeit bekommt immer mehr Gewicht.

Auch der Hinweis auf gesundheitliche Aufklärung nimmt sich schlecht aus, wenn man sich vor Augen

führt, mit welchem „Aufklärungs“-Volumen zur Steigerung des Konsums die Getränkeindustrie zum Beispiel die Konsumenten manipulieren darf. Wenn die politische Einsicht und der Mut zu einem Werbeverbot für die Droge Alkohol fehlen, ist das Verfassen von Aufklärungsstraktaten nichts mehr als Beruhigung des eigenen schlechten Gewissens.

Nach den schon routinemäßigen Dringlichkeitsbekündigungen in Fragen Suchtgefahr erwarten wir jetzt endlich gesundheitspolitische Schritte. Die ambulanten Tätigkeiten mit dem Schwerpunkt der Prophylaxe dürfen nicht an Kosten- und Strukturfragen scheitern. Die Lasten dürfen auch nicht den Sozialversicherungen aufgebürdet werden. Sie sind überwiegend von der öffentlichen Hand zu tragen, entsprechend der gesetzlich fixierten Verpflichtung.

Die Chancen für Krisenintervention und Frühbehandlung dürfen durch die miserable Versorgungsstruktur nicht zunehmend gemacht werden. Es ist ein Skandal, daß in vielen Gebieten der BRD hilfesuchende Suchtkranke nur über die entwürdigende Prozedur einer Zwangseinweisung in ein psychiatrisches Großkrankenhaus zu der notwendigen Behandlung kommen können.

Der Schritt zu Beratung und Behandlung muß dem Gefährdeten leichter gemacht werden. Voraussetzung dazu ist, daß „ortsnahe Versorgung“ kein Vortragsrequisit reformwilliger Psychiatrieinteressenter bleibt – sondern daß von staatlicher Seite die Voraussetzungen zur ortsnahen Versorgung geschaffen werden. Diese Versorgung muß allen Betroffenen zur Verfügung stehen – vom ratsuchenden Angehörigen bis zum schwerstgeschädigten Kranken, dem sogenannten „Therapieresistenten“. Diese Kranken dürfen nicht ausgesetzt werden in irgendwelche Asyle.

Jeder in der Psychiatrie Arbeitende weiß, daß seine Arbeit scheitern muß, wenn es weiterhin kaum Möglichkeiten gibt, den Kranken über zumindestbare Arbeitsplätze in das gesellschaftliche Leben zu integrieren. Wenn diese Arbeitsplätze nicht zur Verfügung gestellt werden, widerspricht das der im Grundgesetz geforderten Sozialverpflichtung des Eigentums. Das Ergebnis ist, daß in einem der reichsten Staaten der Welt 1000000e auf der Strecke bleiben.

Das Fehlen notwendiger Förderungsmaßnahmen im schulischen und beruflichen Bereich gilt vor allem auch für die vielen jugendlichen Kranken. Hier stehen wir in der Psychiatrie Tätigkeiten bisher gänzlich mit leeren Händen da. Die Wahrscheinlichkeit, daß alle Anstrengungen umsonst waren, wenn die Betroffenen nach ihrer Behandlung in eine desolate soziale Lage zurückkommen, ist sehr groß. Zurück bleibt eine immer größer werdende Gruppe unserer Bevölkerung, die dieser gewinnstiftenden Gesellschaft nichts bringen, und die in den von der Gesellschaft in Aussicht gestellten Glücksversprechungen kein Glück sehen, oder nicht in der Lage sind, den immer einseitigeren Leistungsnormen zu entsprechen. Das ist die Gruppe derer, „die es nicht schaffen“, ein Ballast, der ausgegrenzt wird.

Was es in der letzten Konsequenz bedeuten kann, wenn Menschen zu Ballast gemacht werden, wissen wir, seitdem psychisch Kranke als „lebensunwerte“ Existzen vernichtet wurden.

Anton Schlosser ist Leiter einer Suchtklinik in Langenberg und Vorsitzender des Suchtausschusses der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP).

Staatsanwaltschaft stellt Ermittlungsverfahren gegen den Duogynon-Hersteller Schering ein!

Von Duogynon wurde bereits in den 60er Jahren eine teratogene Wirkung vermutet, die ersten Untersuchungen bestätigten die Zusammenhänge. Auch als weitere (jedoch nicht alle) Studien Zusammenhänge aufzeigten, reagierte Schering nicht (und hat in der Bundesrepublik alles vermieden, um die vielfach noch schlafenden Hunde zu wecken). Erst Ende 1973 hat Schering die Indikation geändert, aber mit irreführender Begründung. Man behauptete, die Einnahme von Duogynon führe zur Vermännlichung der Feten. Auch von der Staatsanwaltschaft wurde im Einstellungsbescheid anerkannt, daß diese Gefahr „tatsächlich bei ordnungsgemäßer Anwendung . . . für die sachkundigen Ärzte erkennbar überhaupt nicht bestand . . . Bei dieser Sachlage wird man davon ausgehen können, daß die Verantwortlichen der Firma Schering AG zunächst jedenfalls eine Weiterverwendung des Duogynon-oral als Schwangerschaftstest gar nicht ernsthaft ausschließen wollten.“ So die Staatsanwaltschaft. Es ging zu diesem Zeitpunkt also darum, sich aus der Verantwortung zu ziehen, ohne daß die gewinnträchtige Weiterbeschreibung als Schwangerschaftstest tatsächlich unterbleibt. Erst als die Diskussion in der Bundesrepublik Ende 77/78 auch in der Öffentlichkeit und nicht nur unter Wissenschaftlern in Gang kam, die Frauen skeptisch wurden, hat man im März 1978 „durch drei besonders kenntlich gemachte sogenannte Rote-Hand-Briefe darauf hingewiesen, daß nunmehr (!, d.R.) alle Duogynonformen nicht mehr für die Schwangerschaftsfrühdagnostik verwendet werden dürfen“, wie es im Einstellungsbescheid der Staatsanwaltschaft heißt. Im September 1978 erfolgte die Umbenennung in Cumorit.

Ende Dezember 1980 wurde von der Staatsanwaltschaft Westberlin das Ermittlungsverfahren gegen die

Firma Schering AG wegen des Vertriebs von Duogynon/Cumorit eingestellt. Das Verfahren war durch die Strafanzeige der Interessengemeinschaft Duogynon-schädigter-Kinder in Gang gekommen, die Strafanzeige lautete auf Körperverletzung „und sämtliche sonst in Betracht kommende Delikte“.

Die Klägerin hatte angegeben, im Juli/August 1972 Duogynon zur Feststellung einer Schwangerschaft eingenommen zu haben. Das am 8. März 1973 geborene Kind zeigte erhebliche Herzmißbildungen, wobei von einem Zusammenhang auszugehen sei.

Das Verfahren ist jetzt im wesentlichen mit 2 Begründungen eingestellt worden:

1. Wird behauptet, eine Körperverletzung im Sinne von § 224 StGB liegt nicht vor, weil „bereits bei Eingang Ihrer Strafanzeige (am 21. 5. 1979) eine Strafverfolgung wegen dieses Vorwurfs nicht mehr möglich (war), weil die fünfjährige Verjährungsfrist . . . seit der spätestens zum Zeitpunkt des Beginns der Geburt liegenden Beendigung der Tat und dem Eintritt des Erfolges im Rechtsinn bereits verstrichen war.“

Außerdem schützen die Bestimmungen des Strafgesetzbuches menschliches Leben erst nach der Geburt, die Mißbildungen seien „bei der unterstellten Wirkung (des Präparates) schon vor der Geburt verursacht worden.“ Auch könne eine Körperverletzung zum Nachteil der Mutter nicht angenommen werden, denn sie sei in ihrer Gesundheit nicht geschädigt worden. „Ihre Gebärfähigkeit war nicht auch nur vorübergehend beeinträchtigt.“

2. Darüberhinaus läge auch kein Verstoß gegen Paragraphen des Arzneimittelgesetzes (AMG) vor. „Nach §§ 6 Nr. 1, 44 AMG 61 macht sich strafbar, wer ein Arzneimittel in den Verkehr brachte, das geeignet war, bei bestimmungsgemäßen Gebrauch schädliche Wirkun-

gen, die über das nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft vertretbare Maß hinausgingen und nicht die Folge von besonderen Umständen des Einzelfalles waren, hervorzurufen.“

Die Staatsanwaltschaft: „Daß das Präparat geeignet ist, bei der Verwendung schädliche Wirkungen hervorzurufen, kann nicht nachgewiesen werden . . . Verschiedene retrospektive Studien, deren wissenschaftlicher Wert schon wegen des Untersuchungsansatzes geringer angesehen werden muß, bejahen einen möglichen Zusammenhang . . . Auch einige prospektive Studien, so die sog. Boston-Studie und Jerusalem-Perrinatal-Studie (ergaben) Hinweise auf mögliche Mißbildungen“, andere fielen negativ aus. Aber, so die Staatsanwaltschaft: „Epidemiologische Untersuchungen sind schon vom methodischen Ansatz nicht geeignet, einen Kausalzusammenhang zu beweisen, sie können nur eine mehr oder weniger große statistische Wahrscheinlichkeit belegen.“

„Eine Möglichkeit, die Kausalität zwischen der Einnahme von Duogynon-oral und dem Auftreten kindlicher Mißbildungen . . . in Überzeugender und wissenschaftlich unanfechtbarer Weise soweit zu klären, daß eine gerichtliche Überzeugungsbildung möglich wäre, ist nicht ersichtlich.“ „Klinische Versuche an Menschen, die allenfalls geeignet wären, näheren Aufschluß zur Kausalitätsfrage zu erbringen, verbieten sich aus ethischen und rechtlichen Gründen.“

Und zuletzt: Auch „mit einem möglichen Verstoß gegen den vom Landgericht Aachen in dem Einstellungsbescheid im Contergan-Verfahren vom 18. Dezember 1970 (JZ 1971 S. 514 ff.) aufgestellten Pflichtenkatalog allein kann eine Strafbarkeit der Beschuldigten nicht begründet werden, . . .“

Die Klägerin hat Beschwerde eingeregt.



völlig alleingelassen mit unseren Problemen und wußten nicht, was wir als nächstes unternehmen sollten. Denn man hatte uns ja gesagt, daß das Kind keine Chance zum Überleben hätte. Aber das Kind entwickelte sich, und im gleichen Maße entwickelte sich auch eine Beziehung zwischen Boris und uns. Wir waren uns sehr schnell darüber im klaren, daß wir das Kind optimal fördern wollten und auf keinen Fall im Heim unterbringen wollten.

Aber wie das anstellen? Von keiner Seite gab es irgendwelche Hinweise, niemand nannte uns Institutionen oder Einrichtungen, an die wir uns hätten wenden können. Die Besuche bei dem Kinderarzt waren furchtbar peinlich, er goß sein unbrauchbares Mitleid über uns aus und beklagte das schwere Schicksal. Tips waren von ihm nicht zu erhalten.

Die ersten Monate geschah überhaupt nichts, in völliger Unsicherheit warteten wir hilflos ab. Mehr durch Zufall ergab sich aus dem Kontakt zu einer Krankengymnastin, daß wir mit dem Beturnen des Kindes begannen. Zu diesem Zeitpunkt waren bereits mehr als 6 Monate vertan. Als der kleine Boris 3/4 Jahr alt war, beschlossen wir ihn in der neurochirurgischen Abteilung in Münster vorzustellen und die Frage einer Operation zu klären. Die Ärzte schlugen die Hände über dem Kopf zusammen als wir ihnen mitteilten, daß uns von anderer Seite von einer Operation abgeraten worden war. Die Neurochirurgen operierten und konnten die offene Wirbelsäule verschließen, so daß davon heute nichts mehr zu sehen ist. Den Defekt am Schädel konnten sie so gut zudecken, daß fortan kein Gehirnwasser mehr austrat. Damit war eine wichtige Entscheidung für das Überleben von Boris gefallen, die Gefahr einer Infektion und Hirnhautentzündung war beseitigt.

Wir begannen jetzt verstärkt mit dem Beturnen des Kindes. Regelmäßig wurde er darüber hinaus in der Behindertenambulanz der Kinderklinik vorgestellt. Wir gingen mit ihm in die Spastikerabteilung in der Orthopädie, um Hilfsmittel zu erhalten. Aber auch hier wurde noch von der Leiterin der Abteilung ein Beturnen des Kindes für überflüssig gehalten! Mit 3 1/2 Jahren begannen wir ambulant eine Beschäftigungstherapie, mit dem vierten Lebensjahr ging Boris in den Sonderkindergarten.“

Elisabeth Rohde: „Zu Anfang war Boris nicht fähig, einen größeren Streß zu ertragen. Wenn mehrere im Raum waren und sich unterhielten, fing er bald an zu weinen. Wir mußten dann das Kind immer in ein anderes Zimmer nehmen. Das ist heute überwunden. Damals konnte er es teilweise nicht haben, wenn ihn andere Kinder anfaßten oder auf seine Matte kamen. Heute ist es genau das Gegenteil. Ich glaube somit, daß wir durch die Förderung des Kindes bereits einiges erreicht haben, es wäre besser gewesen, wenn man eher angefangen wäre. Durch das Turnen haben wir Verspannungen und Wirbelsäulenverformierungen verhindern können.“



Der Junge ist trotz eines luxierten Hüftgelenkes locker, hat eine gerade Figur und weist eine gute Beweglichkeit der Gelenke auf.“ Ich frage nach den weiteren Zielen bei der Förderung des Jungen. „Das Kind soll das Sitzen lernen, es soll seinen Tastsinn verbessern, um eventuell einmal selber greifen zu können. Wir möchten, daß der Kleine demnächst aus dem Becher trinken kann. Wir wollen seine Eßgewohnheiten etwas beeinflussen. Bis jetzt läßt der Junge zu wenig, er setzt nichts zu.“

„Rückblickend, was würdet Ihr sagen, waren die größten Probleme?“ „Das größte Problem ist einmal die Hilflosigkeit, z.T. Uninformiertheit und auch Feigheit der Ärzte. Wir wissen heute, daß sie durch die Ultrasschalluntersuchung von den Schäden gewußt haben. Aber auch nachher waren die Ärzte, mit denen wir in Kontakt kamen, überwiegend nicht in der Lage, auf unsere bzw. die Bedürfnisse des Kindes einzugehen. Das verbesserte sich erst nach der Operation. Das zweite große Problem ist die Tatsache, daß es keine Anlaufstelle gibt, keine Möglichkeit, sich beraten zu lassen. Wir wußten doch nicht, daß man Pflegemeld für den Jungen beantragen konnte, und daß es Blindengeld gibt bzw. ein Schwerbehindertenausweis ausgestellt wird. Niemand nannte uns Einrichtungen, die geistigbehinderte Kinder fördern. Das mußten wir uns alles selber Schritt für Schritt aneignen. Vor allem was die Förderung des Kindes anbetrifft, wurden wertvolle Monate vertan, die man später nicht mehr aufholen kann. Im Grunde gibt es

keine systematische Betreuung behinderter Kinder, alles was geschieht, ist dem Zufall überlassen.“

„Wie kamt Ihr darauf, daß die Behinderungen des Kindes durch die Einnahme von Duogynon verursacht sein könnten?“

„Ende 1977 erschien ein erster Artikel über mögliche Zusammenhänge zwischen der Einnahme des Duogynon und vorgeburtlichen Schädigungen im Spiegel. Kurz darauf ein weiterer Artikel im Stern und dann in anderen Illustrierten. Es fiel mir ein, daß ich ebenfalls in der siebten oder achten Schwangerschaftswoche Duogynon genommen hatte.“

Ärzte, die wir auf die Zeitungsberichte hin befragten, gaben uns überwiegend zur Antwort, daß Zusammenhänge nicht bestehen würden. Wir sollten nicht alles glauben, was in der Presse stand.“

Im August 1978 schrieb ich an das Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit, das in einem Antwortschreiben dem Scheringkonzern praktisch einen Freibrief ausstellte. Wörtlich hieß es dort: „Es ist nicht vertretbar, pauschal ein in der Schwangerschaft eingenommenes Arzneimittel – in diesem Fall Duogynon – in ursächlichen Zusammenhang mit einer Schädigung des Kindes zu bringen, da eine Reihe von Faktoren eine Mißbildung begünstigen können.“ Im weiteren Verlauf des Briefes wurde dann auch auf die Bedeutung des Alkohols und Nikotin hingewiesen, Dinge, die ich schon öfter gehört hatte. Uns war aber jetzt klar, daß das Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit, sein Ableger, das Bundesgesundheitsamt und der Schering-Konzern unter einer Decke steckten. Sie spielten sich gegenseitig die Argumente zu. Um so wichtiger erschien uns die Elterninitiative, der wir uns bald anschlossen.“

„Wie war das, als Ihr Eure beiden anderen Kinder bekamt? Habt Ihr Angst gehabt?“

Wolfgang: „Wir haben in beiden Fällen, sowohl bei der Jenny als auch dem Florian Fruchtwasseruntersuchungen durchführen lassen. Aber alle Mißbildungen kann man damit nicht ausschließen. Somit blieb etwas Angst, besonders kurz vor der Geburt im letzten Augenblick. Auch beim dritten Kind war das im Wesentlichen nicht anders.“

„Hattet Ihr mit der Einstellung des Verfahrens gegen den Schering Konzern (am 19. 12. 80, D.U.) gerechnet?“

„Der Schering Konzern, so ist uns bekannt, hat sich von Anfang an gut vorbereitet. Als eine Berliner Gruppe der Elterninitiative das Ermittlungsverfahren in Gang setzte, wurde von Schering ein Anti-Duogynon-Stab gebildet, der Aufgaben zur Beeinflussung der Öffentlichkeit und zur Vorbereitung der juristischen Auseinandersetzung übernahm. Das Urteil, das jetzt in West-Berlin gefällt wurde, zeigt, daß dieser Stab gute Arbeit geleistet hat.“

Detlev Uhlenbrock

„Seid freundlich zu den Behinderten“ (Karl Carstens) oder auch „Keine dieser Reden ist es wert, angehört zu werden . . .“ (eine Behinderte)

Das große Spektakel zur offiziellen Eröffnung des Internationalen Jahres der Behinderten 1981 am 24. und 25. 1. war gut vorbereitet. Zwei Tage Mammutprogramm für „Behinderte und Nichtbehinderte“ sollten in der Westfalenhalle durchgezogen werden mit Sport, Spiel, Show und natürlich etwas Politik. Viel Prominenz war aufgeboten, von Ehrenberg und dem neuen Bundesbeauftragten für Behinderte bis Stingl und Carstens, um den Festlichkeiten auch das nötige Gewicht zu verleihen und zu zeigen, wer sich hier in diesem Land für die Behinderten einsetzt oder dies zumindest für die Zukunft lautstark zu tun beabsichtigt.

Und um dieses schöne Fest nicht durch eine „gewalttätige Minderheit“ stören zu lassen, drohte Ehrenberg dann auch in der obligatorischen Pressekonferenz auf die Frage hin, ob er das Hauptpodium, falls es von Behinderten besetzt werde, polizeilich räumen ließe; wir „werden im Einzelfall zu entscheiden haben, wie wir die Mehrheit davor schützen können, von einer Minderheit vergewaltigt zu werden“.

– Welche Minderheit vergewaltigt welche Mehrheit? –

Das Podium wurde besetzt, Rollstuhl neben Rollstuhl, Transparent neben Transparent. Es war keine kleine Minderheit, die da die Bühne bestieg und das Fernsehen war Zeuge. Das Podium wurde nicht durch Polizeigewalt geräumt. Ehrenberg, Carstens und Co. zogen in eine Nachbarhalle um, schimpften ein wenig über den Terror und hielten dort ihre wohlfeilen Reden.

„Keine dieser Reden . . .“

Wichtiger war, was in der besetzten Halle 3 passierte. Hier berichteten endlich die Betroffenen selbst über ihre Situation, ihre alltäglichen Schwierigkeiten, ihre Probleme z.B. mit der Kürzung des Fahrdienstes für Behinderte, ihre alltägliche Entmündigung durch Heimleitungen, Behörden usw. Aussonderung und Fremdbestimmung wurden sehr bald zu den zentralen Themen – besser Anklagepunkten – auf dem Podium. Es war Konsens, daß der Alltag der Behinderten nicht allein durch einen Katalog neue Bitten und Forderungen an die „Verantwortlichen“ entscheidend geändert werden kann. „Dieser Katalog existiert bereits . . ., aber das Problem liegt nicht darin, daß wir jetzt überlegen, was man tun könnte. Viele von uns wissen aus ihren Erfahrungen in ihren Lebensbereichen, was zu tun ist. Das Problem ist, daß nicht sie be-



stimmen, was geändert werden soll, sondern, daß andere über sie verfügen. Einmal sind das die Politiker, einmal die Rehabilitationsgewaltigen, die in riesigen Rehabilitationszentren über uns bestimmen und die Behindertenpolitik der nächsten Jahre gestalten. Da liegt das Dilemma und das wird doch hier nicht gelöst. Wir können hier nur den Widerspruch aufzeigen zwischen der Notwendigkeit unserer Selbstvertretung und der Bevormundung und der Entmündigung auf der anderen Seite durch die Politiker und die Rehabilitationsgewaltigen. Wir wehren uns gemeinsam, solidarisch gegen die, die uns behindern, gegen die, die uns die Möglichkeit verwehren unsere Rechte zu verwirklichen. Wir wehren uns gegen die Aussonderungspolitik. Und das kann man nicht mit einem

Konzeptionspapier machen, nicht mit einem Katalog von Forderungen, das kann man machen durch aktive Handlungen, so wie wir heute eine Bühne besetzt haben. . . . das ist eine Form der neuen Behindertenarbeit . . .“

Im Verlauf dieses Jahres ist von mehreren Behinderteninitiativen ein „Krüppeltribunal“ geplant, auf dem ein Bild der Behinderten-Realität in der BRD zusammengetragen werden soll um Reden, wie denen von Karl Carstens endlich die Möglichkeit zu nehmen, angehört zu werden.

„Carstens, laß das Reden sein, geh' doch lieber wandern, geh' doch lieber wandern . . .“ (Refrain während der Besetzung des Podiums).

Albert Grote



Für eine bundeseinheitliche Krankenpflegeausbildung

Ende 1981 tritt das geltende Krankenpflegegesetz von 1965 außer Kraft. Der im Mai 1978 von der Bundesregierung vorgelegte Gesetzesentwurf über eine Neuregelung der Krankenpflegeausbildung ist von den Standesverbänden (DRK, Caritas, Diakonisches Werk) abgelehnt und von der CDU/CSU Mehrheit im Bundesrat zu Fall gebracht worden. Da dieser Entwurf mehr schlecht als recht war, braucht ihm eigentlich niemand eine Träne nachzuweinen. Die Forderungen der ÖTV waren nur zu einem Teil enthalten, wichtige Aspekte der Aus- und Weiterbildung wurden gar nicht erwähnt. Jetzt ist es für uns wichtig, die Diskussion für eine den Anforderungen und dem Berufsbild (gibt es das eigentlich?) entsprechende Ausbildung des pflege- und geburtshilflichen Personals analog den Forderungen der ÖTV voranzubringen.

Dies sind die wesentlichen Punkte der ÖTV-Forderungen:

- Ausgebildet werden: Krankenschwestern, Krankenpfleger, Hebammen und Entbindungsshelfer. Die Ausbildung zur Kinderkrankenschwester bzw. dem Kinderkrankenpfleger sowie die Ausbildung in der Krankenpflegehilfe soll ersatzlos wegfallen.
- Die Art der Ausbildung: Betrieblich unter voller Anwendung des Berufsbildungsgesetzes (BBiG).
- Ausbildungsdauer: 3 Jahre mit mind. 1 600 Stunden theoretischen Unterricht. Außerdem soll es ein einheitliches erstes Grundbildungsjahr geben, daran anschließend 2 Jahre Fachausbildung.
- Finanzierung: Über die öffentlichen Haushalte. Hier sind die Modalitäten allerdings noch nicht genau beschrieben.
- Es soll keine Festlegung eines Mindestalters geben, aber durch die Forderung nach der abgeschlossenen Real-schulbildung oder einer gleichwertigen Schulbildung als Eingangsvoraussetzung wird auch indirekt eine altersmäßige Limitierung erreicht.
- Die Fachhochschulreife wird mit abgeschlossener Berufsbildung erlangt. Eine Durchlässigkeit zu anderen Medizinal-fachberufen soll möglich sein.
- Fort- und Weiterbildung: Sie muß bundeseinheitlich geregelt und tarifrechtlich abgesichert werden.

Bei den Forderungen der ÖTV nach Wegfall der Krankenpflegehilfeausbildung stellen sich allerdings folgende Fragen: Was passiert mit den vielen Hauptschulabgängern? Gerade bei Personen mit diesem Schulabschluß ist die Jugendarbeitslosigkeit besonders groß. Auch in dieser Gruppe besteht häufig ein großes Interesse an Krankenpflegeberufen. Bei dem riesigen Mangel an ausgebildeten Krankenpflegekräften fragt es sich, ob nicht eine aufbauende Weiterbildung auch für Personen mit diesem Schulabschluß vorgeschlagen werden kann, um einen quali-



fizierten Abschluß in der Krankenpflege zu erreichen. Was passiert weiterhin mit den vielen tausend z.Zt. in den Krankenhäusern tätigen Pflegehelferinnen und Pflegehelfern. Wie soll erreicht werden, daß sie eine Qualifizierung erreichen, und auch ihren Arbeitsplatz behalten können.

Zu den sicher notwendigen Übergangsregelungen hat die ÖTV bisher leider recht wenig gesagt. Auch könnte die Forderung der ÖTV dahingehend mißverstanden werden, daß mit dem Wegfall der bisher einjährigen Krankenpflegehilfeausbildung die Pflegehelfer nunmehr als völlig ungelernte Kräfte im Krankenhaus tätig wären. Die ÖTV-Vertrauensleute an den Städtischen Kliniken Duisburg haben z.B. die Forderung erhoben, daß die Schulleitung an den Kliniken die Krankenpflegehilfeausbildung wieder aufnehmen soll.

Es muß endlich auch zu einer genauen Festlegung der Tätigkeitsmerkmale in den Krankenpflegeberufen kommen. Die ständige und berechtigte „Spritzendiskussion“ ist nur ein Symptom für eine mangelhafte Festlegung der Aufgabenbereiche. Die „nicht ärztlichen Berufe“ müssen endlich auch „nicht ärztliche“ Tätigkeiten ausüben

können. Das heißt: Klare Trennung von ärztlichen und pflegerischen Tätigkeiten. Dies ist nur ein kleiner Teilapekt, der aufzeigt, wie notwendig klar beschriebene Tätigkeitsmerkmale sind. Die Einführung von bundeseinheitlichen Rahmenlehrplänen muß genauso in dem neuen Gesetz enthalten sein wie eine konkrete Festlegung über die fachlichen Voraussetzungen der Ausbilder in der Schule und auf der Station. Die praktische Ausbildung in den Fachabteilungen und auf den Stationen darf nicht mehr wie bisher von mehr oder weniger gut ausgebildeten Personen wahrgenommen werden (die auch oft wegen Arbeitsüberlastung gar keine Zeit haben), sondern gehört in die Hände von speziell ausgebildeten Tutoren.

Auf erheblichen Widerstand von Seiten der Krankenhausträger ist bislang die Forderung nach Streichung der Auszubildenden vom Stellenplan gestoßen. Erst dann kann eine gut praktische Ausbildung ohne Arbeits- und Leistungsstreß erfolgen.

An Schulen, die heute schon über 1 200 Stunden Unterricht geben, und die oft an die 1 600 Stundengrenze herankommen, hat sich gezeigt, daß selbst unter diesen Bedingungen, nicht der gesamte erforderliche Unterricht so gestaltet und angeboten werden kann, wie es eigentlich notwendig wäre.

Seit Jahren kämpft die ÖTV für eine Übernahme des Krankenpflegegesetzes ins Berufsbildungsgesetz. Ein erster Erfolg zeichnete sich in dem Gesetzentwurf von 1978 ab. Es wurde eine teilweise Übernahme ins BBiG vorgeschlagen, da man feststellte, daß es sich bei der Krankenpflege um eine betriebliche und nicht um eine schulische Ausbildung handelt. Dieser Forderung muß von uns mit aller Entschiedenheit weiterhin Nachdruck verliehen werden. Erst nach Anwendung des BBiG steht den Schülern bzw. den Auszubildenden das Recht auf volle Vertretung durch den Personalrat zu. Dann können Jugendvertreter gewählt werden. Dann wird es ermöglicht, mittels Tarifvertrag Einfluß auf die Ausbildung zu nehmen. Außerdem ist – vielleicht noch wichtiger? – die Frage nach der Bezahlung in diesem Zusammenhang zu sehen. Bei einer schulischen Ausbildung stehen dem Betroffenen nur Leistungen nach dem Bafög zu. Dies heißt maximal um 500,— DM im Monat. Manch einer aber würde völlig durch die Röhre gucken und den Eltern weiterhin auf der Tasche liegen und damit auch von ihnen abhängig sein. Bei einer betrieblichen Ausbildung aber wird ein Ausbildungsgeld gezahlt, dessen Höhe z.Zt. bei ca. 800,— bis 1 000,— DM liegt.

Eine am Menschen und nicht an der Kostenentwicklung orientierte Ausbildung im Krankenhaus ist eine der Voraussetzungen, die ein humanes Krankenhaus denkbar werden lassen.

Michael Roitsch (Krankenpfleger)

Forum

AMBULANTE VERSORGUNG

AMBULANTE VERSORGUNG

Prävention in den Händen der Krankenkassen

Von einem Modellversuch der AOK-Mettmann

In DG 3/80 stellten wir unsere Thesen zur ambulanten Versorgung vor, hierin war die Bedeutung der Gesundheitsvorsorge und Früherkennung betont worden. Das ambulante Gesundheitssystem hätte hier eine große Aufgabe, wahrgenommen wird sie allerdings nicht. Die AOK-Mettmann scheint diesen Mangel erkannt zu haben, sie hat für ihren Bereich seit 1977 mit der Einrichtung von Gesundheitszentren begonnen, in denen eine aktive Gesundheitsvorsorge praktiziert wird. DG stattete dem Gesundheitszentrum Velbert im Kreis Mettmann einen Besuch ab.

Was sollen Gesundheitszentren in den Händen der Krankenkassen, wird vielleicht mancher fragen. Überschreiten die Kassen nicht ihren Aufgabenbereich, der in der Versicherung des Krankheitsfalles und Gewährung aller in diesem Falle erforderlichen Leistungen besteht? Tatsächlich beschreiten die Kassen und in diesem Falle die Allgemeinen Ortskrankenkassen einen neuen Weg, der über das, was bisher als Selbstverständnis der Krankenversicherungen galt, hinausgeht. Gesundheitssicherung kommt vor dem Eintritt der Krankheit, soll Krankheiten verhüten.

Dieser Schritt ist im wesentlichen aus zwei Gründen vollzogen worden: Einmal der Tatsache, daß es grundsätzlich humaner ist, die Faktoren, die Krankheiten verursachen bzw. beeinflussen, zu bekämpfen, anstatt hinterher aktiv zu werden. Krankheit bedeutet Leiden, Gesundheitssicherung bedeutet Leiden verhüten, das Behandeln einer Krankheit bedeutet lediglich die Beseitigung eines Leidens und genau das ist heute oft nicht mehr möglich, da die überwiegende Anzahl unserer Krankheiten chronischer Natur sind, häufig geht es nur noch um die Linderung von Leiden. Der zweite Grund ist aus der Kostenentwicklung heraus zu sehen, die AOK Mettmann glaubt mit der Gesundheitssicherung langfristig Kosten senken zu können.

Die Krankheitsverhütung konzentriert sich vor allem auf die Herz-Kreislauferkrankungen, die in den letzten Jahren einen hohen Anstieg erfahren haben und heute bereits die Sterblichkeitsstatistiken anführen. Man weiß, daß es Risikofaktoren gibt, die diese Krankheiten zum Ausbruch bringen, hier ist vor allem Rauchen, falsche Ernährung, Stress und Bewegungsmangel gemeint. Die AOK im Kreis Mettmann verfolgt mit ihren Gesundheitszentren das Ziel, diese Risikofaktoren zu beeinflussen.

Die hierzu ins Leben gerufene „Aktion Gesundheit“ wird in allen 5 Gesundheitszentren im Kreis Mettmann durchgeführt. Sie erfolgt durch die Einrichtung von Kursen zu eben jenen o.g. vier Risikofaktoren. Diese Kurse stehen allen unabhängig von der Kassenmitgliedschaft kostenlos zur Verfügung. Sie werden so angeboten, daß auch Berufstätige daran teilnehmen können. Daneben findet Einzelberatung statt, u.a. als Ernährungsberatung und Diätberatung, in Form von psychologischer Beratung, allgemeiner Gesundheitsberatung usw. (s. Übersicht 1). Neben diesem Programm werden eine Reihe anderer Veranstaltungen angeboten, die insbesondere der allgemeinen Gesundheitsinformation dienen: Vortragsveranstaltungen, Filmnachmittage, Diskussionen und z.B. Informationskurse für Diabetiker.

Die Gesundheitszentren erfassen nicht nur Erwachsene sondern alle Altersgruppen mit verschiedenen Angeboten. So werden junge Mütter mit Kindern z.B. zum Babyturnen eingeladen. Das Ziel: Vorbeugung gegen Haltungsschäden. Für ältere Kinder wird Mutter-Kind-Turnen angeboten. Diese Kurse werden von erfahrenen Gymnastiklehrerinnen geleitet und in den Turnhallen der örtlichen Sportvereine durchgeführt. In den Kindergarten wird für die Altersgruppe der 3-6jährigen mit Hilfe speziell entwickelter kindgerechter Programme Gesundheitserziehung angeboten. Sportlich inaktive Kinder werden in speziellen Sportförderkursen erfaßt. Kinder, die



Anmeldung



Kurs gegen Übergewicht

bei den Schuleingangsuntersuchungen ein Übergewicht von mehr als 10 % aufweisen, werden an die Ernährungsberatung der AOK verwiesen. Sprachgestörte Kinder werden von einer Diplom-Sprachheilpädagogin behandelt. Sie gehört in jedem Gesundheitszentrum als fest Angestellte zum Team.

AMBULANTE VERSORGUNG AMBULANTE VERSORGUNG AMBULANTE VERSORGUNG AM

Obersicht 1

Das Angebot in den Gesundheitszentren

Ständiges Angebot

für Einzelpersonen

- Ernährungs- und Diätberatung
- Psychologische Beratung
- Sprachheilbehandlung
- Beratung für Rheuma-Kranke
- Allgemeine Gesundheitsberatung
- Blutdruckmessung
- Sehtest/Hörtest
- Dynavittest

für Gruppen

- Kurse gegen Rauchen
- Kurse gegen Stress
- Kurse gegen Übergewicht
- Kurse gegen Bewegungsmangel
- Informationskurse für Diabetiker
- Kurse für elterliches Erziehungsverhalten
- Babyturnen
- Kochkurse

Sonderprogramme

- Gesundheitsclubs für Kinder
- Autogenes Training (in Verbindung mit der Volkshochschule)
- Vortragsveranstaltungen
- Filmnachmittage etc.
- Diskussionsveranstaltungen
- Krebsnachsorgeberatung

Schwierigkeiten bereitet, wie mir berichtet wird, die Ansprüche Jugendlicher, ein Auftreten in den Schulen ist in Folge von bestimmten Rechtsverordnungen nicht möglich; Jugendliche versucht man über Freizeitinteressen mit Problemen des Gesund-Lebens vertraut zu machen. Dies ist wichtig, da Jugendliche besonders anfällig für entsprechendes Fehlverhalten sind, siehe Rauchen und Alkoholismus. Man will auch die ältere Generation ansprechen, hierzu hat man Programme entwickelt, die auf ausreichende Bewegung, Ernährungsberatung und Lebenshilfe ausgerichtet sind.

Dieses reichhaltige Programm wird in jedem Gesundheitszentrum von einem Team fester Mitarbeiter durchgeführt, hierzu gehört jeweils ein(e) Diplom-Psychologe(login), ein(e) Ernährungs- bzw. Diätberater(in), ein(e) Sozialpädagoge/Sozialarbeiter(in) sowie die Sprachheilpädagogin. Das Aufgabenfeld des Psychologen liegt vor allem in der psychologischen Einzelberatung sowie Durchführung und Koordination der Kurse, während der Ernährungs- und Diätberater die entsprechenden ernährungsbezogenen Vortragsveranstaltungen durchführt, Kochkurse anbietet, Einzelberatung vornimmt und die Übergewichtskurse organisiert. Die allgemeine Gesundheitsberatung wird vor allem durch die Sozialpädagogen bzw. Sozialarbeiter durchgeführt, in ihren Arbeitsbereich fällt auch die Gesundheitserziehung bei Kindern.

Die große Anzahl von Kursen kann nur unter Hinzuziehung von freien Mitarbeitern gewährleistet werden, die als Kursleiter oder Referenten eingesetzt werden und zum Teil aus anderen Abteilungen der AOK bzw. anderen Institutionen kommen (s. Übersicht 2).

Durch geschickte Informations- und Werbepolitik scheinen es die Gesundheitszentren verstanden zu haben, die Bevölkerung anzusprechen. Erstaunlicherweise ist die Sozialstruktur der Teilnehmer mit der in der Bevölkerung weitgehend identisch, d.h. die in den AOKs stark repräsentierte Gruppe der Arbeiter ist nicht ausschließlicher Ansprechpartner geblieben. Entsprechend stark ist die Teilnahme von Interessenten, die in Ersatzkasen oder anderen GVK-Kassen versichert sind.

Meine Gesprächspartner, Abteilungsleiter Bernd-Reiner Rosenthal und Diplom-Psychologin Cornelia Zimmermann berichten über gute Ergebnisse bei der Durchführung der Kurse gegen Risikofaktoren. Das Schwerpunkt liegt mit 40 % an der Gesamtzahl bei den Kursen gegen Übergewicht, gefolgt von den Raucherentwöhnungskursen. Das Vorgehen beruht auf verhaltenstherapeutischen Grundsätzen, was ebenso für die Anti-Stress und letztlich auch die Kurse gegen Bewegungsmangel gilt. Es soll also eine Veränderung des Verhaltens erzielt werden, Frau Zimmermann: „Wir gehen davon aus, daß die überwiegende Zahl der Teilnehmer z.B. in den Kursen gegen Übergewicht einfach ein falsches Eßverhalten gelernt hat. Das bestätigt sich auch an den Erfolgen und bei den Nachuntersuchungen. Daneben gibt es natürlich auch die „Problemmesser“ oder „Problemraucher“, die aufgrund bestimmter Konflikte im familiären, sozialen oder beruflichen Bereich zu einem Fehlverhalten kommen. Aber in den meisten Fällen handelt es sich um ganz „normale“ Menschen ohne irgendwelche größeren tieferliegenden Konflikte“. Für die Problemfälle ist die Teilnahme an den Kursen häufig nicht ausreichend, hier bedarf es einer zusätzlichen psychologischen Einzelberatung bzw. eventuell sogar Therapie.

Das Hauptproblem sieht Frau Zimmermann darin, die Erfolge nach Beendigung der Kurse, die in der Regel über 10—14 Wochen gehen, zu halten. Man ist deshalb dazu übergegangen, sogenannte Ehemaligentreffs einzurichten, durch die ein Kontakt zu den Teilnehmern aufrecht erhalten werden soll mit dem Ziel, weiterhin Anstöße für die letztlich notwendige Selbstkontrolle zu geben. Diese Treffs haben sich nach Auffassung Herrn Rosenthals bisher gut bewährt.

Natürlich kommt von meiner Seite die Frage, wie effektiv tatsächlich Präventionsmaßnahmen sind, die in vielen Fällen an den Ursachen der falschen Verhaltensweisen z.B. beruflichen oder sozialen Problemen nicht ansetzen können. Meine Gesprächspartner hören diese kritischen Anmerkungen nicht zum ersten Mal. Natürlich ist man sich dieses Mangels bewußt, obwohl man im AOK-Kreis Mettmann versucht, Kontakte zu den Betrieben herzustellen. Man hat hierfür in den größeren Betrieben sogenannte Versicherterälteste benannt, die als Kontakt Personen gelten. Schwierigkeiten bereitet allerdings nach wie vor die Zusammenarbeit mit Betriebs- und Personalräten, und auch das Versicherterältestensystem klappt bisher nur teilweise. Aber darüber hinaus, so argumentiert man, ist auch so bereits eine wirksame Hilfe möglich, und warum soll man diese nicht anbieten? Und nicht zuletzt kann man über diesen Weg auch das Problembewußtsein für die Ursachen von Fehlverhalten und Krankheiten in der Öffentlichkeit verschärfen, was natürlich die Ausgangslage für die Beseitigung von Mißständen z.B. im Arbeits- oder Umweltbereich verbessert.

Ich frage nach den bisherigen Erfolgsquoten und den nächsten beabsichtigten Schritten: Das Projekt wird wissenschaftlich betreut von dem Institut für Therapieforschung in München, daneben bestehen auch Kontakte zum Max-Planck-Institut in München (Abteilung Psychologie), zur Fachhochschule in Düsseldorf und ähnlichen Einrichtungen. Exakte Zahlen über die Erfolge sind von den Einrichtungen noch nicht vorgelegt worden.

Herr Rosenthal zu den nächsten Schritten: „Seit dem 1.1. 1981 besteht die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten. Durch einen Vertrag mit der Kassenärztlichen Vereinigung wurde sichergestellt, daß die Ärzte bei jedem AOK-Versicherten innerhalb von 2 Jahren eine Gesundheitsberatung durchführen können. Hierzu gehören:

Die Erhebung der Anamnese, eine eingehende körperliche Untersuchung, ein eingehendes Beratungsgespräch über Risikofaktoren, ihre Vermeidung und ihre Beeinflussung, erforderlichenfalls die Empfehlung an den Risikoträger, die Einrichtungen der AOK-Mettmann in Anspruch zu nehmen und die Dokumentation in einem Untersuchungsheft. Diese Gesundheitsberatung soll etwa 30 Minuten dauern und wird mit 55,— DM honoriert.

Wir erhoffen uns hiervon eine zusätzliche Erweiterung des Teilnehmerkreises auf diejenigen, die sich ihrer Risikofaktoren überhaupt nicht bewußt sind.“

Detlev Uhlenbrock

Obersicht 2

Personelle Besetzung Gesundheitszentren der AOK Mettmann

feste Mitarbeiter

- 1 Diplom-Psychologin
- 1 Ernährungs- und Diätberaterin
- 1 Diplom-Sprachheilpädagogin
- 1 Sozialpädagogin/Sozialarbeiter
- 1 Bürokrat

freie Mitarbeiter

- Kursleiter
 - aus anderen Abteilungen der AOK
 - externe Fachkräfte (Ernährungsberaterinnen, Pädagogen)
- Berater und Referenten von verschiedenen Organisationen
- beratender Art
 - beratender Apotheker

Forum

AMBULANTE VERSORGUNG INTE VERSORGUNG AMBU

4 Wochen Famulatur im Gesundheitszentrum Gropiusstadt

In vorletzten „Demokratischen Gesundheitswesen“ (3/80) wurde ausführlich das Gesundheitszentrum Gropiusstadt in West-Berlin vorgestellt. Der Bericht gab einen sehr plastischen Eindruck von dem organisatorischen Rahmen dieser noch sehr seltenen, anderen Form ambulanter Medizin.

Ich habe im vergangenen Sommer während der vierwöchigen Famulatur die Gelegenheit gehabt, auch einen Teil der inhaltlichen Arbeit dort kennenzulernen.

Ich befindet mich gerade am Ende eines Studiums, das mich mehr frustrierte als qualifizierte. Vor allen Dingen immer dann, wenn seine inzwischen offen kritisierte Praxisferne als „Ferne von dem Patienten“ zutage trat. Semesterlang wurde uns dieser nur als Objekt mit mehr oder wenig vielen und interessanten Symptomen, nicht aber als Persönlichkeit mit Gefühlen, Wünschen und vor allem einem sozialen Lebensraum präsentiert.

Mich interessierte daher während meines Aufenthalts in Gropiusstadt vor allen Dingen, inwieweit dort nicht nur eine andere Form, sondern auch eine andere inhaltliche Arbeit – besonders auf das Arzt-Patientenverhältnis bezogen – verwirklicht ist.

Das „Andere“ sprang auch für mich zunächst in Form von Äußerlichkeiten ins Auge: In der allgemeinmedizinischen Abteilung (hier habe ich famuliert) fehlte der – nicht nur Kindern Respekt und Angst einflößende – weiße Kittel. Auch die Wände und das Inventar waren in wohltuender Weise von der Traditionssfarbe „weiß“ freigehalten. Eine kleine Variante in der Plazierung des Mobiliars hat durchaus größere Bedeutung: Im Arztzimmer findet der Patient seine Sitzgelegenheit neben dem Schreibtisch des Arztes. Er ist also nicht – wie sonst üblich – vor dessen unausweichlichen Blicken platziert, sondern kann sich im Gespräch selbst entscheiden, ob er sich dem Arzt direkt zuwenden will oder nicht.

Ja, und hier fängt es dann auch an inhaltlich zu werden:

In den vielen Gesprächen zwischen meinem Famulatur „vater“ und seinen Patienten, an denen ich als Zuhörer teilgenommen habe, fand ich immer wieder 2 Grundzüge: gegenseitige Offenheit und Vertrauen.

Was ich damit meine, läßt sich am Beispiel der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen deutlich machen: In einem zeitlichen Rahmen von 2–3 Tagen wurde dem Patienten die Entscheidung über den Zeitpunkt, wann er nach einer Krankheit die Arbeit wieder aufnehmen kann, teilweise selbst überlassen. Er wurde dann z.B. gefragt: „Wann denken Sie denn fühlen Sie sich so, daß Sie wieder arbeiten können?“ In einzelnen Fällen wurde auch akzeptiert, wenn ein Patient ohne körperliche Beschwerden, aber deutlichem Unwohlsein, den Wunsch äußerte, einmal zu Hause bleiben zu können.

Hier wird eine im übrigen medizinischen Alltag recht seltene Umgangsform mit dem Patienten geübt. Er wird im Zusammenhang mit seinen sozialen Beziehungen gesehen und als eigenverantwortlich und entscheidungsfähig akzeptiert.

Die notwendige Voraussetzung für diese Form der Kommunikation zwischen Arzt und Patient war dadurch gegeben, daß der praktische Arzt den Großteil seiner Patienten sehr genau kannte. Ich meine hiermit nicht ein Kennen der Krankengeschichte im üblichen Sinne, sondern die Tatsache, daß er sich in den Arbeits-, Wohn- und persönlichen Verhältnissen der Patienten sehr genau auskannte. (Vor diesem Hintergrund muß wohl kaum noch betont werden, daß die hier beschriebene Möglichkeit des Umgangs mit Patienten in keiner Hinsicht Ähnlichkeit mit den sogenannten „Gefälligkeitskrankschreibungen“ hat.)

Nicht selten mußten die für diesen Informationsstand notwendigen längeren Gespräche aus der üblichen Sprechstundenzeit herausgelagert wer-

den. So gab es generell die Möglichkeit für die Patienten, abends einen zusätzlichen Gesprächstermin zu bekommen. Bei mir tauchte in diesem Zusammenhang die Frage auf, ob man nicht auch ganz individuell, ohne den Rahmen einer Gemeinschaftspraxis, allein mit dem entsprechenden guten Willen und Einsatz die Beziehung zum Patienten ebensogut verändern könnte.

Aber ich denke inzwischen, daß gerade für eine möglichst umfassende Information – wesentliche Voraussetzung für eine patientengerechte Medizin – im Gesundheitszentrum wichtige organisatorische Voraussetzungen gegeben sind, z.B. in Form der Zentralakte: Auf einen Blick stehen hier dem jeweils behandelnden Facharzt die Informationen aller bisherigen Anamnese Gespräche zur Verfügung, einschließlich der Arbeits- und Therapieergebnisse der zum Gesundheitszentrum gehörigen Soziologen, Psychiater und Psychologen.

Ein weiterer großer Vorteil der Akte liegt darin, daß die Ergebnisse aller diagnostischer Verfahren gesammelt vorliegen und alle verordneten Medikamente aufgeführt sind. So entfallen die ansonsten aus der medizinischen Praxis so bekannten und überaus patientenfeindlichen Mehrfachuntersuchungen, sowie das Verschreiben zu vieler und sich gegenseitig in ihrer Wirkung aufhebender Medikamente. Überhaupt ist mir der äußerst sparsame Umgang mit Medikamenten (wenn, dann möglichst Generics) in Gropiusstadt aufgefallen – meines Erachtens ist dies als ein sehr wichtiger Bestandteil einer anderen Medizin anzusehen.

Die großen Vorteile eines Gesundheitszentrums, in dem wie in West-Berlin mehrere Fachrichtungen integriert sind (siehe DG 3/80) liegen im diagnostischen und therapeutischen Bereich und zwar konkret in den vielen Möglichkeiten zur kooperativen Arbeit:

Ich habe z.B. erlebt, daß der Internist kurz zu einer von dem Allgemeinarzt durchgeführten Rektoskopie beratend hinzugerufen wurde. Generell werden kompliziertere oder nicht gleich eindeutige Krankheitsbilder der Patienten in den wöchentlichen Fortbildungssitzungen gemeinsam beraten. Hier können dann die Kenntnisse der verschiedenen Fachrichtungen zusammenfließen.

Die Vorteile für den Patienten sind offensichtlich: Wenn er überhaupt überwiesen werden muß, so geschieht das innerhalb des Hauses.

Wollte ich die Frage nach der inhaltlichen Arbeit in Gropiusstadt erschöpfend darstellen, müßte ich noch viel ausführlicher die integrierte Arbeit des Psychologen, des Psychiaters und der 2 Sozialpädagogen darstellen. Auch die häufig ebenfalls im Haus angewandte physikalische Therapie, die Möglichkeit zur Behandlung mit Akupunktur sowie die bestehende Balint-Gruppe sind jeweils verschiedene Seiten, über die sich eine insgesamt patientengerechtere Medizin im Gesundheitszentrum umsetzte, zum Großteil noch umsetzt, aber fraglich weiter umsetzen kann . . . Warum diese zeitliche Differenzierung?

Die Tatsache, daß Gropiusstadt nicht in einem gesellschaftlichen Freiraum existiert, sondern z.B. dem patientenfeindlichen Einzelabrechnungssystem unterliegt – um nur einen Widerstandsfaktor zu nennen – führt zu einem täglichen finanziellen Überlebenskampf, der schon dazu geführt hat, daß die organisatorische Eigenständigkeit der einzelnen Fachdisziplinen wieder betont werden mußte (vgl. DG 3/80), übergangsweise mußten Mitarbeiter des psychosozialen Bereiches entlassen werden und gegenwärtig ist die Aufgabe der Zentralkartei in der Diskussion. Aus ökonomischen Zwängen heraus geraten die Grundpfeiler einer Alternative zur bisherigen ambulanten Versorgung ins Wanken.

Hier wird deutlich, daß Alternativen nur dann beständige Wirklichkeit werden können, wenn man gleichzeitig für die Schaffung ihrer gesellschaftlichen Voraussetzungen arbeitet.

Ulrike Helmes, Münster

¶ In Memoriam

Die Kollaboration des Hartmannbundes mit dem Faschismus

In der „Berliner Ärzte Correspondenz 1933“ kann man unter der Rubrik „Abgänge“ folgende kurze Mitteilung lesen: „Dr. Haustein, Hans, W. 15, Olivaer Platz 2; am 12. 11. 1933 verstorben.“ (1) Hinter dieser lapidaren Amtsformel verbirgt sich das Schicksal eines Mannes, welches beispielhaft eines der wohl finsternsten Kapitel deutscher ärztlicher Standespolitik schlaglichtartig beleuchtet.

Es geht um die Rolle des „Verbands der Ärzte Deutschlands“, nach dem Gründer, dem Leipziger Arzt Hermann Hartmann, auch Hartmannbund genannt, in der anfänglichen Konsolidierungsphase faschistischer Gesundheits- und Sozialpolitik.

Als im vergangenen Jahr dieser Verband eine fragwürdige Jubiläumsfeier zu seinem 80-jährigen Bestehen abhielt, fehlte, wie nicht anders zu erwarten war, jegliche kritische Auseinandersetzung mit den damaligen Geschehnissen. Dies war eine um so bedenklichere Unterlassung, als sich hinter der 80-Jahres-Jubiläumsveranstaltung ja der Anspruch des Verbandes auf historische Kontinuität verbirgt, eines Verbandes, der gegen Ende der Weimarer Zeit bis 1936 direkt an Verbrechen der Nazis beteiligt war, 1936 aufgelöst wurde, nachdem die Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands zur Rechtsnachfolgerin bestimmt worden war, und 1949 als neue Standesorganisation in den Westsektoren wiedergegründet wurde.

Die Linie des alten Hartmannbundes als der wirtschaftlichen Abteilung der übergeordneten Standesorganisation, des „Deutschen Ärztevereinsbundes“, führt, was seine Rolle und Aufgabe anbelangt, direkt zu den heutigen Kassenärztlichen Vereinigungen und nicht zur Neugründung gleichen Namens. (2) Die unterschiedlichen Mitgliederzahlen, der alte Hartmannbund hatte ca. 98 % aller Ärzte, der neue hat bekanntlicher weniger als 25 % organisiert, sind beredter Ausdruck dieser Einschätzung.

Die Tatsache der 1936 erfolgten Auflösung des Hartmannbundes als Zeichen seiner Bedeutungslosigkeit in der gesamten Zeit

seit der Machtübernahme der Nazis 1933 zu werten, wie es von offizieller Seite immer wieder getan wird, kann nach Bekanntwerden der Forschungsergebnisse der Professoren Florian Tennstedt (Kassel) und Stephan Leibfried (Bremen) nur als blanke Verschleierung bezeichnet werden.

Der Fall Dr. Hans Haustein ist ein Beispiel von vielen, durch das die tatsächliche Bedeutung des Hartmannbundes nach 1933 verdeutlicht wird.

Am 29. Juni 1933 hatte der 39-jährige Dermatologe, einer der führenden Forscher und Praktiker bei der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in der Weimarer Republik, eine Mitteilung der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin erhalten, derzufolge er wegen seiner Zugehörigkeit zum „Verein sozialistischer Ärzte“ seine Kassenarztätigkeit mit dem 30. Juni 1933 einzustellen habe.

Wie tausende seiner Kollegen wurde er damit Opfer der faschistischen Gleichschaltungspolitik innerhalb des Gesundheitswesens, die ab 1933, durch zwei Verordnungen sanktioniert, das Ziel hatte, die deutsche Ärzteschaft von „nichtarischen“ und kommunistischem Einfluß zu säubern.

Am 22. April und am 2. Juni 1933 hatte das Reichsarbeitsministerium zwei Verordnungen erlassen, nach denen „Nichtarier“ und Ärzte, die sich im kommunistischen Sinne betätigten, von der Kassenpraxis auszuschließen seien. Die Entscheidung hatten die Kassenärztlichen Vereinigungen zu fällen, Beschwerden waren an den Reichsarbeitsminister zu richten. Der Hartmannbund war von allem zu unterrichten. Ihm oblag es, die Beschwerden, quasi in erster Instanz, zu behandeln.

Während das Reichsarbeitsministerium z.B. in 124, 96 und 231 Fällen Einsprüche der Betroffenen gegen den Entzug der Kassenzulassung anerkannte, u. zw. hauptsächlich wegen nicht erwiesener kommunistischer Betätigung, lagen die entsprechenden Anerkennungen des Hartmannbundes mit 86, 64 und 110 wesentlich niedriger.

Diese Diskrepanz kam dadurch zustande, daß der Hartmannbund die formalrechtlichen Grundlagen eines Berufsverbotes – neben dem Nachweis nichtarischer Abstammung die erwiesene „kommunistische Betätigung“ – exzessiv weit auslegte und unter „kommunistischer Betätigung“ auch „jede Zugehörigkeit zu sozialdemokratischen Organisationen oder Mitwirkung in ihrem Rahmen oder dem ihrer Nebenorganisationen verstand . . .“. Dieser Auffassung konnte die letztentscheidende Stelle (das Reichsarbeitsministerium, d. Verf.) nicht folgen . . .“, so der Ministerialrat im RAM Oskar Karstedt in seinen Aufzeichnungen über die Durchführung der Arier- und Kommunistengesetzgebung. (3)

Aus Kritik an dieser „laschen“ Haltung der Ministerialbürokratie wandte sich die Geschäftsführung des Hartmannbundes an die NSDAP-Parteiführung und erreichte, daß in Zukunft in allen Fällen, in denen es abweichende Voten zwischen RAM und Hartmannbund gab, die Führung des Nationalsozialistischen Deutschen Ärztebundes (NS-DÄB) hinzugezogen werden sollte. Benannt wurden die SS-Arzte Dr. Hans Deuschi und Dr. Heinrich Grote, beides Hauptrepräsentanten der organisierten faschistischen Ärzteschaft und maßgeblich an der immer schärferen Ausweitung der Berufsverbotepraxis beteiligt. Der Leiter des Berliner Büros des Hartmannbundes, Dr. Haedenkamp, war der Dritte in dieser „Kontrollrunde“. Faktisch eher auf Seiten der Ministerialbürokratie, also der mehr formalrechtlichen Variante der Säuberungspolitik, sollte er einer der Väter des 1949 neu gegründeten Hartmannbundes werden.

Auch Dr. Hans Haustein hatte Beschwerde eingelegt. In einem Brief an den Hauptgeschäftsführer des HB, Dr. Hermann Lautsch, schrieb er: „Ich habe zwar einige Jahre dem Verein „Sozialistischer Ärzte“ angehört. Dieses geschah aber lediglich aus wissenschaftlichem Interesse, insfern, als ich mich von jeher mit sozialhygienischen Problemen beschäftigte . . . Innerhalb des Vereins habe ich mich niemals irgendwie politisch oder vereinsmäßig be-

tägt. . . Von einer kommunistischen Beteiligung des Vereins ist mir nichts bekannt geworden . . ." (4) Dr. Lautsch, der sein Motto bei anderer Gelegenheit folgendermaßen formulierte: „. . . Unser Auftrag bei der Beurteilung der Beschwerden geht aber in solchen Fällen von dem Grundsatz aus: in dubio non pro reo, sondern contra reum (im Zweifel nicht für, sondern gegen die Sache, d.Verf.) und mitgefangen, mitgehängt!“ (5), er lehnte die Beschwerde ab. Da das RAM dem Einspruch stattgeben wollte, mußten nach den neuen Regeln die Erörterungen mit den Vertretern des NS-DÄB stattfinden. Offenbar unter dem Einfluß von Verhören und Hausdurchsuchungen nahm sich Dr. Haustein am 12. 11. 1933 das Leben.

Leibfried und Tennstedt schätzen, daß bis zum 31. 12. 1933 mindestens 2800 Ärzte, 500 Zahnärzte und 200 Dentisten von der Kassenarztpraxis ausgeschlossen worden waren. (6) In wie vielen Fällen letztlich der Hartmannbund, so wie im Fall Haustein, ausschlaggebend war, kann nur vermutet werden, nicht alle sind so gut dokumentiert.

Die Führung des Hartmannbundes war jedenfalls zunehmend auf den Kurs eingeschwungen, den die NSDAP und ihre Ärzteorganisation, der NS-DÄB, verfolgten, nämlich „das Heilwesen mit nationalsozialistischem Geist zu durchdringen“ und dafür zu sorgen, daß auf die innerhalb der

Ärzteschaft „auszuschaltenden“ Gegner hinorientiert wird, um dadurch „neuen Lebensraum“ für die übrigen arischen Ärzte, insbesondere die Jungärzte zu schaffen. (7)

Bereits 1931 hatte Dr. Deuschl als Vertreter des NS-DÄB auf der Jahrestagung des Hartmannbundes verkündet: „Zuerst muß jeder deutsche Volksgenosse seinen Arbeitsplatz innehaben, ehe wir daran denken können, auch anderen Brot und Arbeit zu garantieren. Der Unsinn der heutigen Zulassung wird sofort nach der Übernahme durch die NSDAP aufhören dadurch, daß wir erklären, daß natürlich nur deutschstämmige Ärzte das Recht haben, deutsche Volksgenossen zu behandeln.“ (8)

Anknüpfend an die ökonomische Konkurrenz innerhalb der Ärzteschaft, an die konservative und reaktionäre Grundeinstellung sowie den Antisemitismus war es den faschistischen Machthabern gelungen, mit der Unterstützung der alten Standesorganisationen die erste Etappe der Vereinigung des Gesundheitswesens erfolgreich zu bestehen. Es folgten neben der Ausweitung der Berufsverbote (Verlust der Approbation aller jüdischen Ärzte per Gesetz 1938) weitere Schritte, die schließlich in der Massenvernichtung „unwerten Lebens“ und den Menschenversuchen in den Konzentrationslagern gipfelten.

Mit dem in Krafttreten der Reichsärztekammer (RÄO) und der damit begründeten Bildung der Reichsärztekammer war am 1. April 1936 das Instrumentarium geschaffen, das die organisatorischen und politischen Voraussetzungen für die Einbindung der Ärzteschaft in diese Medizin ohne Menschlichkeit bot. Ca. 45 % aller Ärzte waren im 3. Reich in der NSDAP organisiert, rund 26 % der männlichen Ärzte waren Mitglieder der SA, 7,3 % der SS. Die ärztlichen Standesorganisationen hatten 1936 ihre Wegbereiterfunktion erfüllt. Ihre formale Auflösung war nach Festlegung der Rechtsnachfolge nur noch logische Konsequenz.

Peter Walger

Literatur:

- (1) Berliner Ärzte Correspondenz 1933, S. 428, zit. nach Tennstedt, Leibfried: Berufsverbote und Sozialpolitik 1933 aus Arbeitspapiere des Forschungsschwerpunktes Reproduktionsrisiken, soziale Bewegungen und Sozialpolitik Nr. 2, Bremen 1980, S. 129
- (2) Stobrawa, Franz: Die ärztlichen Organisationen in der BRD, Düsseldorf, 1979
- (3) Karstedt, Oskar: Die Durchführung der Arier- und Kommunistengesetzgebung bei den Kassenärzten, zit. nach Tennstedt, Leibfried a.a.O. S. 98
- (4) a.a.O., S. 130
- (5) a.a.O. S. 128
- (6) a.a.O. S. 80
- (7) a.a.O. S. XIV (Einleitung)
- (8) a.a.O. S. XV

Notstandsgesetz für die Medizin

Geheimnisvolle Beratungen über ein sogenanntes Gesundheitssicherstellungsgesetz

GesSG – „Gesetz zur Anpassung des Gesundheitswesens an besondere Anforderungen eines Verteidigungsfallen“ – unter dem langatmigen Titel hat die Bundesregierung kurz vor den Wahlen im vergangenen Jahr einen brisanten Gesetzentwurf auf den Weg gebracht. Dieser Plan eines Notstandsgesetzes markiert den vorläufigen Höhepunkt einer Militarisierung in der Medizin, die vom Verteidigungsministerium, von der Bundesregierung und den Landesregierungen, aber auch von den ärztlichen Standesorganisationen mit Nachdruck betrieben wird. Auf Anfrage der DVZ erklärte das Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit, bei dem „Gesundheitssicherstellungsgesetz“ handele es sich um einen „Referentenentwurf“. Dieser sei den Ärzteverbänden und Krankenhausgesellschaften, dem Verteidigungsministerium und der Bundeswehr sowie weiteren behördlichen Stellen als „Diskussionsgrundlage“ zugeleitet worden. Ein Exemplar des Vorentwurfs könne nicht herausgegeben werden, da dieser „noch nicht für die öffentliche Diskussion bestimmt“ wäre. Bonn hält sich in Schweigen.

Derweil häufen sich die Publikationen und ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen für Kriegs- und Katastrophenmedizin. „Geisterkrankenhäuser“, in denen teures medizinisches Gerät unnütz umherliegt, sind für viel Geld erbaut worden. Und schon seit 1968 finanzieren Bundesinnen- und Verteidigungsministerium Kurse für Schwesternhelferinnen, die – vom DRK, vom Malteser-Hilfsdienst und der Johanniter-Un-

fallhilfe durchgeführt – die Ausgebildeten ausdrücklich zum „freiwilligen“ Einsatz im Kriegs- und Katastrophenfall verpflichten . . .

Man sollte meinen, die 68er Notstandsge setze böten genügend Handhabe, das Gesundheitswesen im Kriegsfall der Militärhierarchie zu unterwerfen. Aber den Notstandsplanern geht es um mehr: um die



langfristige organisatorische und ausbildungsmäßige Ausrichtung des Gesundheitswesens auf die Erfordernisse des „inneren und äußeren Notstands“, verbunden mit der entsprechenden psychologischen Einstimmung.

Wie der DGB-Bundesausschuß schon Anno 1967 feststellte, liegt in der unscharfen Begriffsdefinition von „Verteidigungs- und Spannungsfall“ die Gefahr „mißbräuchlicher Inanspruchnahme“. Paul Lücke, ehemaliger CDU-Bundesinnenminister, bestätigte das in seltener Offenheit am 20. 2. 1966 im Deutschlandfunk: „Wir müssen uns darüber klar sein: Solange die Sonne der Konjunktur scheint, solange wir Vollbeschäftigung haben, solange wird diese Demokratie bestehen und in keine Gefahr hineingeraten. Aber . . . wenn einmal fünf bis sechs Millionen Arbeitslose da sind – für den Augenblick müssen wir uns vorbereiten und für den Augenblick müssen wir unseren Staat rüsten.“

In Bonn hält man die Zeit offenbar für gekommen. Wie jedes Notstandsgesetz schränkt auch das geplante Gesundheitssicherstellungsgesetz die Grundrechte massiv ein: das Koalitions- und Streikrecht, die Freizügigkeit, die Berufsfreiheit und Unverletzlichkeit der Wohnung. Paragraph 28 GesSG enthält darüber hinaus eine Generalklausel für weitergehende Ermächtigungen der Exekutive, falls die Bestimmungen des Gesetzes im einzelnen nicht ausreichen. Das Gesetz findet seine volle Anwendung im Verteidigungs-, Spannungs- oder Katastrophenfall, wesentliche Teile mit Grundrechtseinschränkungen gelten aber bereits vor dem Tag X. Mit anderen Notstandsgesetzen ist auch das GesSG beim sogenannten inneren Notstand anwendbar.



Nach unseren Informationen sieht der Referentenvorentwurf im einzelnen folgendes vor: Ein allumfassendes Datensystem über alle Einrichtungen und alle Personen, die im Gesundheitswesen arbeiten oder gearbeitet haben; mit Melde- und Auskunfts-pflicht soll entstehen. Der Umfang der zu meldenden personenbezogenen Daten – sie werden bei den Arbeitgebern, den Berufsverbänden und den Betroffenen selbst abgefragt – wird per Rechtsverordnung festgelegt und ist also beliebig ausweitungsfähig. Bei dem herrschenden Mißbrauch von Datensammlungen gehört nicht viel Phantasie dazu, sich vorzustellen, an wen da alles Informationen weitergegeben werden können; an den Verfassungsschutz, an die Arbeitgeber bei Einstellungen usw. usf.

Die Träger von sozialen Einrichtungen sowie Behörden erstellen nach Paragraph 11 des Entwurfs „einen Plan zur Anpassung des Gesundheitswesens an besondere Anforderungen eines Verteidigungsfalles“. Dazu gehört die „Übernahme einer zusätzlichen Einrichtung als Bettenhaus oder Hilfskrankenhaus“ (§ 17) durch den Krankenhausträger. Im Verteidigungsfall können schwerkrank stationäre Patienten per Anordnung entlassen oder ihre Aufnahme

überhaupt verweigert werden (§§ 13, 17, 21). In Paragraph 4 schließlich ist die Rede von der „Räumung und Verlegung von Krankenhäusern und von Pflegeeinrich-tungen, von Kinder- und Behindertenhei-men, von Einrichtungen der Altenhilfe“. Wohin mit den abgewiesenen und zwangsentlassenen Patienten? Darüber schweigt sich der Gesetzestext aus.

Paragraph 3 geht auf die sogenannten ehrenamtlichen Helfer – z.B. von Sanitätsorganisationen ausgebildete Schwesternhelferinnen – ein. Sie sollen jährlich fortgebildet werden. Im Kriegs-, Spannungs- oder Katastrophenfall werden diese Freiwilligen den Gesundheitseinrichtungen zugeteilt. Sie arbeiten dann als „öffentliche Verpflichtete“, genießen nicht die Rechte und Schutzbestimmungen des Betriebsverfassungsgesetzes oder der Personalvertretungsgesetze, können also gegen die anderen „ordentlichen“ Arbeiter und Angestellten ausgespielt werden.

Nach Paragraph 10 werden auch Ärzte, Zahnärzte, Apotheker und Tierärzte verpflichtet, sich für den Verteidigungsfall fortzubilden. Die Durchführung obliegt den Standesvertretungen, die dabei von der Bundeswehr (§ 10) unterstützt werden.

Diese Art von Fortbildungsveranstaltungen gibt es heute schon reichlich. Beherrschendes Thema ist die sogenannte Triage. Dieser Begriff meint die Selektion von Patienten nach dem einzigen Kriterium, wie wahrscheinlich die Wiederherstellung ihrer Kriegs- und Arbeitstauglichkeit ist. Die Aufgabe des Arztes ist danach nicht die bestmögliche Versorgung aller Patienten, vielmehr ihre Aussortierung nach dem Gebrauchswert für die Kriegsführung. Wie so etwas in der Praxis aussiehen kann, ist in der Zentralen Dienstverordnung 49/50 der Bundeswehr für den Kriegsfall beschrieben.

Das liest sich so: „Falls die Zahl der Patienten mit Verbrennungen von 20 bis 50 Prozent der Körperoberfläche alles Personal und alle Vorräte mit Beschlag belegen, kann man auf die Versorgung der zu 50 Prozent und mehr Geschädigten keine Zeit mehr verwenden . . . Verwundete mit über 50prozentiger Schädigung bekommen nur schmerzstillende Mittel. Wenn sie überleben, so können sie später endgültig behandelt werden.“

Oder: „Bei Massenanfällen erhalten Thoraxverletzte eine einfache Erstbehandlung. Für die weitere Behandlung haben sie eine niedrige Dringlichkeitsstufe, infolgedessen sind ihre Überlebenschancen gering.“

Oder: „Bei Massenanfällen gehören die Rückenmarksverletzungen selbstverständlich zur Gruppe der Spätbehandlungen.“



Oder: „Man muß sich bei nüchterner Überlegung dazu entschließen, den Bauchverletzten in den kritischen Stunden nach einem thermo-nuklearen Angriff eine verhältnismäßig niedrige Dringlichkeitsstufe für die Operation zu geben.“ (Zitiert nach „Stern“ Nr. 48/80).

Eine solche Medizin widerspricht jedem humanitären Anspruch sowie der ärztlichen Ethik. Wenn es in der 1976 vom 79. Ärztetag verabschiedeten Berufsordnung heißt: „Ich werde . . . selbst unter Bedrohung meine ärztliche Kunst nicht in Widerspruch zu den Geboten der Menschlichkeit anwenden“ – dann wird Widerstand gegen eine solche Kriegsmedizin zur Pflicht.

Man muß sich über die Realität des sogenannten Verteidigungsfalles vollkommen im klaren sein: Er bedeutet – gerade nach dem Erlaß der US-Kreikte 59 – ATOMKrieg in Europa. Keine noch so perfektionierte Kriegs- und Katastrophenmedizin kann im Atomkrieg wirksam helfen. Gegen die Strahlenkrankheit gibt es keine kausale Therapie. Im Atomkrieg, wenn Millionen Menschen verstrahlt sind, wird auch jede symptomatische Therapie zusammenbrechen. Das überlebende medizinische Personal wird sich darauf beschränken müssen, Sterbenden den Tod zu erleichtern.

Wissen das die Kriegs- und Notstandsplaner in Bonn nicht? Sie wissen das sicher! Es sit – neben anderem – offenbar das Ziel des Gesundheitssicherstellungsgesetzes, uns glauben zu machen, der Atomkrieg sei medizinisch „in den Griff“ zu bekommen. Wir sollen uns mit dem Gedanken an Krieg abfinden.

Indessen steht fest: Im Atomkrieg wird es keine humane Patientenversorgung, keine sinnvolle Medizin mehr geben. Wenn aber bei einer Krankheit jede Therapie versagt, steht um so mehr die Prophylaxe im Vordergrund. Sie heißt: Verhinderung eines Atomkrieges durch Abrüstung und Stärkung der Friedensbewegung!

ROBERT PFEIFER
(aus: Deutsche Volkszeitung)
Nr. 8/81

Werbung & Wahrheit

Nicht nur für Ärzte

Pharmawerbung – nein danke!

Felix Richter

Die Werbung der pharmazeutischen Industrie – einer der Spitzeneiter innerhalb der verschiedenen Werbebranchen – versucht tagelang durch Einsatz der verschiedensten Werbemethoden den Verbrauch an Arzneimittel zu steigern. Fast ein Viertel des Pharmaumsatzes wird in den Werbaufwand gesteckt und davon entfällt wiederum der Hauptteil auf die „Fachwerbung“: Anzeigen in Fachzeitschriften, Ärztemuster, Pharmaberater, „Wissenschaftliche Arbeiten“, Werbegeschenke, Ausstellungen etc.

Das Haupt-Zielobjekt der Werbung, für die nach Schätzungen zwischen 1,5 und 4 Milliarden DM (!) ausgegeben werden, ist der Arzt, denn er ist die Schlüsselfigur im großen Arzneimittelgeschäft, er verschreibt und verordnet, was andere bezahlen müssen. Schon in dieser Tatsache unterscheidet sich die Pharmawerbung grundsätzlich von der Werbung für andere Produkte, weil nicht der Verbraucher selbst die Ware aussucht, über ihren Wert oder Unwert entscheidet und durch sein Konsumverhalten den Markt mitbestimmen kann.

In Stichworten sollen hier ein paar Wahrheiten über die Werbung der Pharmaindustrie in Erinnerung gerufen werden:

- Verharmlosende Werbung (besonders im Bereich der Schmerz- und Beruhigungsmittel) führt zu einer nachlässigen Verschreibungspraxis und schließlich zur Förderung von Medikamentenmissbrauch und Sucht.
- Wie andere Branchen benutzt auch die Pharmaindustrie sämtliche Mittel der Werbespsychologie, um ihre Präparate „schmackhaft“ zu machen: Farbgestaltung, einprägsame Texte, Sexualität, Berufs- und schichtspezifische Ansprache der Ärztewünsche, etc. etc.
- Die Unsicherheit der Ärzte, die über Pharmakologie nur wenig im Studium erfahren haben, wird rigoros ausgenutzt.
- Bei der Ausbildung der sogenannten Pharmaberater stehen deshalb das Training von Durchsetzungswillen, Selbstsicherheit und Belastbarkeit an erster Stelle.

- Die niedergelassenen Kollegen werden wöchentlich mit einem Stapel Werbeprospekten und einer Unzahl „wissenschaftlicher Zeitschriften“ eingedeckt, die einzig ihrem Zweck als Werbeträger gerecht werden.
- Besonders in den Kliniken wird gezielt geworben, weil hier junge Ärzte den Umgang mit Arzneimitteln lernen und außerdem bei der Entlassung der Patienten eine Therapieempfehlung an den Hausarzt geschrieben wird.
- In den Praxen und Arztzimmerschränken sammeln sich Berge von ungenutzten Ärztemustern.
- Enorme Rabatte für Krankenhausapotheke erleichtern den Einstieg in den Bereich der stationären Versorgung.

- Sogenannte wissenschaftliche Untersuchungen, klinische Tests und Arzneimittelstudien werden unter dem Deckmantel der Wissenschaftlichkeit für Werbestrategien eingesetzt.
- 95 % der Weiterbildung nach der Approbation wird von der Arzneimittelindustrie begleitet (Fachbücher mit dem dezenten Hinweis auf den Spender, Bewirtung mit kalten Buffets, Finanzierung der Referenten, etc.)
- „Serviceleistungen“ wie z.B. Besorgung von wissenschaftl. Literatur, kleine Gefälligkeiten, etc. sind letztendlich ebenfalls nur Marketing-Instrumente.
- Daß tatsächlich die Werbung und keine anderen Gründe den Vertrieb von Medikamenten vergrößert, läßt sich anhand der Tatsache nachweisen, daß sich unter den meistverordneten Präparaten eine Reihe Arzneimittel befinden, deren Wirksamkeit fraglich bzw. nicht erwiesen ist.



Regeln zum Umgang mit Pharmawerbung

1. **Verschreibt billigere Präparate, verordnet konsequent nach der Transparenzliste.** (Allein durch den Einsatz gleichwertiger billigerer Präparate könnte ein Viertel der Medikamentenkosten eingespart werden).
2. **Beteiligt euch nicht an klinischen Studien oder Arzneimitteltest, die von der Industrie durchgeführt werden.**
3. **Schreibt auf Entlassungsbriebe nur den Freinamen der Medikamente als Therapieempfehlung an den Hausarzt.**
4. **Laßt euch nicht von Pharmaberatern verunsichern.** Sprecht zu zweit mit einem Vertreter und nehmt ihn ins Kreuzverhör: Warum ist das Präparat so teuer? Warum wird ein bekannter Stoff als „Neuheit“ eingeführt? Warum wird auf diese aggressive Art dafür geworben? usw. usw.
5. **Beschränkt euch in der Abnahme von Ärztemustern.** Nehmt gar keine oder nur wenige sinnvolle, tatsächlich brauchbare Präparate an. (Übrigens dürfen die Vertreter nur 6 Schachteln pro Medikament abgeben. Diskutiert darüber falls mehr angeboten werden.)
6. **Laßt euch nicht zu Werbeträgern machen:** reinigt euer Arbeitsfeld von Pharmawerbung, sprecht mit Kollegen über die permanente Bestechung, kauft euch Kalender und Kugelschreiber selbst.
7. **Gebt den Vertretern nicht euren Vornamen an.** (Nur durch die Kenntnis des Vornamens kann der Besuch bei euch nachgewiesen werden. Außerdem erspart ihr euch dadurch die Mühe, Werbeaussendungen vom Schreibtisch zum Papierkorb befördern zu müssen).
8. **Boykottiert die kalten Buffets.** (Wes Brot ich eß, des Lied ich sing). Müßt ihr euch die Werbung auch noch „einverleiben“?
9. **Sammelt alte Muster, Werbematerialien und Broschüren in durchsichtigen Plastiktüten und stellt diesen Ramsch aus.**
10. **Verbreitet diese Regeln,** übt sie, zeigt sie anderen Kollegen. Informiert euch über Pharmaskandale, beschafft euch Literatur und . . . schreibt uns eure Erfahrungen mit diesen Regeln!!!

Ausschneiden und über den Schreibtisch hängen

- Pharma-„Beratung“ bedeutet im Klar- text nichts anderes, als daß die Industrie de facto das Informationsmonopol über ihre Produkte besitzt.
- Selbst bei bekannten oder neu entdeckten Nebenwirkungen von Medikamenten stehen zunächst die Marketing-Folgen an erster Stelle bei Überlegungen und Konsequenzen.
- Die von der Pharmaindustrie selbst festgelegten Wettbewerbsregeln werden ständig gebrochen.
- Die Pharmaberater werden bezüglich ihrer Verkaufseffizienz ständig in ihrem Einsatzbezirk durch Absatzkontrollen im Bereich der Großhandelsfirmen überwacht.

Ca. 9000 Pharmaberater (Arzneimittelvertreter, „die Damen und Herren von der Pharmazie“) bedrängen täglich die bundesdeutschen Ärzte. Aber nicht nur die Mediziner werden verfolgt, überredet, ein-

geschüchtert oder bestochen . . . auch die Schwestern bekommen ihren Kugelschreiber, ihr T-Shirt oder Kalender, auch die Chefsekretärinnen und Arzthelferinnen werden mit einer kleinen „Aufmerksamkeit“ bedacht. Dienstzimmer, Schreibtische, Wände und Flure, Kitteltaschen und Schubladen stehen unter dem Zeichen der Pharmawerbung. Es ist fast unmöglich geworden, sich den ständigen Verlockungen zu entziehen, sich nicht bestechen zu lassen mit kleinen Geschenken. Jeder Arzt wird zum Werbeträger (wie ein Profifußballer), zum Lakaien der Pharmawerbung, zum „Verordner“ und zum Handlanger.

Bei dieser geballten Werbemacht und diesen aggressiven Marktbeherrschungsstrategien muß man sich fragen, ob der einzelne Arzt, der einzelne Arbeiter im Gesundheitswesen eine Möglichkeit zur Abwehr hat. Was kann ich als Einzelner tun? Wie kann ich zumindest verhindern, daß ich ständig zu einem Komplizen der Industrie gemacht werde? Die Tatsachen über die Pharmawerbung sind mir bekannt, aber kann ich überhaupt Konsequenzen daraus ziehen?

Natürlich ist uns völlig klar, daß der Kampf gegen die Werbemethoden nur ein kleiner Mosaikstein im Kampf gegen die profitorientierte Ausbeutung der Kranken sein kann. Eine Kritik an der Werbung verstehen wir als Kritik der gesellschaftlichen Verhältnisse und ihrer ökonomischen Grundlagen. Zum Beispiel halten wir unsere klare Absage an die Pharmawerbung im „Demokratischen Gesundheitswesen“ weiter konsequent durch.

Literatur zum Thema Pharmawerbung

(Zum Teil wurde direkt aus den Arbeiten zitiert):
Marowski B.: Arzt und pharmazeutische Industrie.

In ARGUMENT 60, S. 71—86

Rosenbrock, R.: Die Rolle der chemisch-pharmazeutischen Industrie im Gesundheitswesen. In Deppe H.U.: Vernachlässigte Gesundheit.

Friedrich, Hehn, Rosenbrock: Neunmal teurer als Gold.
rororo aktuelle 4067

ARZNEITELEGRAMM (Albertinenstr. 21, 1000 B 37)
Hehn, Lang, Hansen: Mögliche Nebenwirkung Tod.
rororo aktuell 4742

Transparenztelegramm (Petzowerstr. 7, 1000 B 39)

buch Kritik buch



Das Drogenbuch

Dieter Bongartz, Alexander Goeb
Reinbek bei Hamburg (rororo) 1981,
6. 80

Mit diesem Buch von Bongartz/Goeb liegt ein Buch zur Drogenproblematik vor, welches in vielen Aspekten von den anderen Veröffentlichungen zu diesem Thema abweicht.

Schon beim bloßen Durchblättern unterscheidet es sich positiv von den anderen Drogenbüchern. Karikaturen und Zeichnungen mit viel Witz und treffender Aussage verleiten zum Innenhalten und Lesen, machen das Buch zu einem ansprechenden Schmökerbuch, welches in lockerer Sprache das Drogenproblem behandelt.

Die Autoren haben sich vorgenommen, Jugendliche und auch Eltern, Pädagogen und Ärzte anzusprechen, über Wirkungsweisen von Drogen, vor allem aber über Ursachen der Sucht und Auswege aus der Sucht zu sprechen. Es beginnt mit einer differenzierten Analyse des sozialen Umfeldes der Jugendlichen wie Arbeit, Schule, Eltern, Freizeit, in der die Bedingungen angesprochen werden, die den Jugendlichen in die Drogensucht führen können. Es kommen Experten und Betroffene, Jugendliche und Erwachsene, Wissenschaftler, Eltern und Lehrer sowie Politiker zu Wort.

Somit ergibt sich ein vielschichtiges differenziertes Bild, welches einem die Breite und Komplexität des Problems klarmacht, ohne nur einem Faktor die Alleinschuld zuzuschreiben. Trotzdem haben die gesellschaftlichen Ursachen die größte Bedeutung in der Drogenkarriere.

Der zweite Teil des Buches untersucht das Geschäft mit den Drogen. Und dabei geht es nicht nur um das Geschäft der Dealer mit den „illegalen“ Drogen, sondern vor allem um die Gewinne und Interessen der Alkohol- und Pharmaindustrie, die nicht

nur von den Ärzten in ihrer bedenkenlosen Abgabe von suchtbildenden Tabletten unterstützt werden, sondern auch von unserem Alkohol- und Tablettenkonsum.

Bongartz/Goeb untersuchen auch, was von öffentlicher Seite her für die Drogenabhängigen getan wird: Es ist erschreckend wenig. Die wichtigsten Therapiemöglichkeiten werden vorgestellt und auf ihre Wirksamkeit hin überprüft und „zufällig“ ergibt sich, daß eine der staatlich geförderten und von den Krankenkassen anerkannte Therapieeinrichtung der Bagwan Sekte in die Hände arbeitet.

Also kein Ausweg aus der Misere? Doch, denn Bongartz/Goeb begnügen sich nicht mit der bloßen Feststellung einer gesellschaftlich bedingten Situation. Ihr Buch klärt auf und gibt den richtigen Weg an. Es ist kein Buch, welches man nach dem Lesen fortlegt, sondern ein Buch, mit welchem man arbeiten kann. Es zeigt Ärzten, wie leichtfertig sie ihre Drogen abgeben. Es zeigt den Pädagogen wie wenig moralisch sauer und doch zielgerichtet man über dieses Problem reden kann. Es zeigt den Jugendlichen, daß sie ernst genommen werden, daß man nicht mitleidig oder verachtend auf sie herabschaut mit dem Gefühl: wir haben das Leben im Griff, aber ihr habt leider Gottes die Chance verpaßt. Ein Buch, welches alle Erwachsenen, die mit Jugendlichen zu tun haben, lesen sollten. Ein Buch, was in jeder Arztpraxis im Wartezimmer die übliche Zeitschriftensammlung – voll von Drogenwerbung aller Art – ergänzen kann. Ein Buch, welches in der Schule den Schülern und Lehrern zur Verfügung stehen sollte.

Annette Sudek

„Jetzt und heute handeln“

DKP legt Gesundheitsprogramm vor

Nach 8 Monaten Diskussion hat die DKP jetzt ihr neues Gesundheitsprogramm vorgelegt. Im Vergleich mit den Programmen der Bundestagsparteien fällt eine andere Schwerpunktsetzung auf: Gesundheitserhaltendes Ziel Nr. 1 ist die Friedenssicherung. Lebensbedingungen, Arbeit und Umwelt machen 2/3 der Programmenschwerpunkte aus.

Trotz grundsätzlicher Kritik der bestehenden Verhältnisse werden positive Errungenschaften unseres Gesundheitssystems gewürdigt, nicht nur die sozialistischen Länder, sondern auch Verhältnisse in anderen westlichen Ländern sind in mancher Hinsicht als vorbildhaft aufgezeigt. Die DKP betont, daß sie zur grund-

sätzlichen Veränderung auch der Verhältnisse im Gesundheitswesen ein anderes System – den Sozialismus – will.

Ihr Programm „jetzt und heute handeln“ ist jedoch ein Aufruf auch unter den jetzigen Verhältnissen für Änderungen und Verbesserungen der Gesundheitsversorgung einzutreten. Das DKP-Programm verbreitet keine Utopien. Vieles findet sich wieder, was man aus den fortschrittlichen Programmen der ÖTV, der DGSP und anderer Organisationen kennt. Wer die Politik der DKP verfolgt, weiß daß dies kein Anbiedern ist: Viele ihrer Mitglieder haben sich in den genannten Verbänden für die Annahme sinnvoller Grundsatz- oder Aktionsprogramme eingesetzt. Trotzdem hat das Programm der DKP auch unübersehbare Schwächen.

Forderungen von unterschiedlichem Stellenwert und mit verschiedenen Durchsetzungsmöglichkeiten stehen oft parallel nebeneinander. In der Flut der Aussagen kann mancher die Orientierung verlieren. Hier stellt sich häufig die Frage: Wo, wann und an welcher Stelle zuerst anpacken? Gerade die DKP weiß, daß unser Gesundheitswesen kein geschlossenes System darstellt; daß die reaktionäre Front aus Industrie, Ärzteverbänden und Bundestagsparteien Löcher hat. Sie hätte deutlicher machen sollen, wo sich Veränderungen abzeichnen, wo es Erfolge gibt, wo Schwachstellen sind, an denen die demokratische Bewegung einen (teilweise) Durchbruch erzielen kann.

Hier fällt einem die breite Bewegung gegen übermäßige Nacht- und Bereitschaftsdienste ein. Die anachronistische Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung hat ebenfalls mittlerweile viele Gegner. Hier hat es schon Einbrüche gegeben, die es auszubauen gilt. Forderungen nach der Reduzierung der Medikamentenflut, aber auch Forderungen wie die Weiterbildungsmöglichkeit für Pflegekräfte bis hin zu ärztlichen Berufen könnten mit breiter Unterstützung – auch in Gewerkschaften und der Bevölkerung – rechnen.

Eine überlegte Schwerpunktsetzung, eine Art Aktionsprogramm, hätte den Vorschlägen der DKP für die öffentliche Diskussion sicher mehr Brisanz geben können. Trotz dieser Kritik: Anlaß zu Diskussionen und Anstoß zu Aktionen bietet das Programm genug. Wer eine demokratische Entwicklung unseres Gesundheitswesens will, sollte sich mit dem neuen Programm der DKP auseinandersetzen.

Zu bestellen beim Parteivorstand der DKP, Prinz-Georg-Str. 79, 4000 Düsseldorf (Schutzgebühr 1,—DM in Briefmarken).

Norbert Andersch

buch Kritik buch

LEITFADEN



Sozialhilfe für Behinderte

Leitfaden für Behinderte

„Behinderte sind nicht nur körperlich oder geistig behindert. Sie werden auch behindert. Durch nicht abgeflachte Bordsteinränder, fehlende Rampen und Aufzüge (auch bei Sozialämtern) und auch über ein undurchsichtiges Gestrüpp von Paragraphen und Bürokraten.“

Um den Behinderten Mut zu machen, ihre rechtlichen Ansprüche bei den Ämtern durchzusetzen, hat die Sozialhilfegruppe TUWAS der Fachhochschule Frankfurt, Fachbereich Sozialarbeit, einen Leitfaden erarbeitet, der knapp, präzise (und mit Fallbeispielen), dazu aber auch noch preiswert, alle wichtigen Informationen und Tips enthält, die ein Behindertener im Umgang mit der Sozialbürokratie zur besseren Durchsetzung seiner Rechte gebrauchen kann.

Wann ist z.B. die Sozialhilfe zuständig? Wie verhält es sich mit „Einkommen und Vermögen“? Wie stellt der Behinderte einen Antrag? Wie steht es mit der „Hilfe zur Pflege und dem Pflegegeld“? Wie mit der Unterbringung im Alten- und Pflegeheim? Was heißt Eingliederungshilfe? Alle diese Fragen werden sorgfältig beantwortet. Das Paragraphengestrüpp wird für den Laien gelichtet. Jeder Behinderte, aber auch jeder, der mit Behinderten zusammen lebt und arbeitet, findet in diesem Leitfaden wichtige Hinweise für die Alltagspraxis. Dazu Adressen und Literatur darüber, wie man sich gegen Benachteiligung, gegen Diskriminierung wehren kann.

Kontaktadresse: Sozialhilfegruppe TUWAS c/o Fachhochschule, FB Sozialarbeit, Limescorso 5, 6000 Frankfurt/Main 50

Bestellung ist nur nach Vorauszahlung möglich. Entweder mit einem Brief, mit Briefmarken oder Verrechnungsscheck. Oder durch Überweisung des Betrags auf das Postscheckkonto 321 570-609 zugunsten R. Roth Ffm. 1—4 Exemplare kosten je Stück DM 2,50. 5—10 Exemplare je Stck. DM 2,— und DM 2,30 Porto. Bei mehr als 10 Exemplaren je Stck. 2,— plus DM 4,— Porto.

Sozialer Streß

Katschnig, H. (Hg.), **Sozialer Streß und psychische Erkrankung**
Lebensverändernde Ereignisse als Ursache seelischer Störungen
Urban & Schwarzenberg 1980 (München), 38,—DM

Seit mehr als 10 Jahren besteht nun im psychiatrischen Bereich (vorwiegend in den U.S.A. und England) ein Forschungsansatz mit dem Namen „Life-Event“-(LE)-Forschung. Er beschäftigt sich mit dem Zusammenhang zwischen alltäglich vorkommenden Lebensereignissen (wie Heirat, Geburt eines Kindes, Arbeitsplatzverlust, Wohnungswchsel) und der Entstehung psychischer Erkrankungen.

Diese Entwicklung ist insofern bemerkenswert, als sie einen Ausweg aus der offensichtlichen Krise des klassischen epidemiologischen Ansatzes in der Ursachenforschung der Psychiatrie aufzuzeigen scheint. Statt Zusammenhänge zwischen groben soziokulturellen Variablen (wie Schicht, Geschlecht, Alter) und Krankheit zu untersuchen, ermöglicht die LE-Forschung die Spezifizierung dieser sozialen Variablen, d.h. sie führt Variablen wie Lebensereignisse ein, die näher am unmittelbaren Lebens- und Erfahrungsbereich von Individuen liegen. — Das Ergebnis, daß in den unteren sozialen Schichten mehr psychische Erkrankungen vorkommen, ist inzwischen hinlänglich oft bestätigt worden (siehe Beitrag von Dohrenwend in diesem Buch); jetzt geht es darum, mehr über die konkreten Lebensbedingungen der Personen zu erfahren, die offensichtlich einem höheren Risiko ausgesetzt sind, und dadurch Ansatzmöglichkeiten für eine Prävention psychischen Leidens zu finden. — Eine Möglichkeit dazu stellt die LE-Forschung dar.

Es ist daher sehr begrüßenswert, wenn erstmals in deutscher Sprache versucht wird, „einen umfassenden und kritischen Überblick über Konzepte, Methodik, Ergebnisse und praktische Konsequenzen

Christa und Thomas Fengler

Alltag in der Anstalt

Wenn Sozialpsychiatrie praktisch wird
Eine ethnomethodologische Untersuchung

Ausgezeichnet mit dem
Hermann-Simon-Preis 1979

PSYCHIATRIE VERLAG

Dieses Buch offenbart erstmals, wie der Alltag in einem psychiatrischen Großkrankenhaus wirklich aussieht... Endlich erscheinen die Menschen als das, was sie zunächst einmal sind, als handelnde Subjekte, nicht mehr nur als Lebewesen, deren Verhalten pseudowissenschaftlich auseinandermontiert wird. (aus dem Vorwort)

390 Seiten, 20,-DM



Zum „Internationalen Jahr der Behinderten“:
eine Auseinandersetzung mit einem der dunkelsten Kapitel deutscher Geschichte.

293 Seiten, 15,-DM

Psychiatrie-Verlag
Mühlentorstraße 28
3056 Rehburg-Loccum 1

buch Kritik buch

dieses neuen Ansatzes in der Sozialpsychiatrie" (Buchumschlag – Text) zu geben.

Die Betonung eines kritischen Herangehens scheint sehr notwendig zu sein, denn häufig werden Ergebnisse der LE-Forschung unkritisch zitiert, ohne die Art ihres Zustandekommens zu berücksichtigen. Bei einem Großteil dessen, was unter LE-Forschung veröffentlicht wurde, sind große methodische Bedenken angebracht. Diese stellt Katschnig auch in den Mittelpunkt seines eigenen Beitrages, der eine Kritik des „globalen Ansatzes“ der LE-Forschung leisten soll.

Zuerst stellt K. aber den historischen Bezug zur Streßforschung und Psychiatriegeschichte her, diskutiert die Vorteile der LE-Forschung gegenüber der Epidemiologie und versucht die Charakteristika der LE-Forschung herauszuarbeiten. Dann stellt er die zwei zentralen Instrumente der LE-Forschung ausführlich dar: den „Schedule of Recent Experience“ von Holmes und Rahe und den Londoner „Life Event Schedule“ von Brown. Diese beiden MeBinstrumente markieren auch die Hauptrichtungen der LE-Forschung; sie werden im Buch durch die Übersetzung mehrerer klassischer Arbeiten dokumentiert.

In einer eigenen empirischen Untersuchung verglich K. diese beiden Instrumente bei derselben Population (Patienten nach einem Suicidversuch) und kam zur Schlußfolgerung, daß die Instrumente bei Einzelpersonen Verschiedenes messen (obwohl sie bei Vergleichen auf der Gruppenebene ähnliche Ergebnisse produzieren).

K. schlägt anschließend eine Systematik vor, die helfen soll, Erhebungsinstrumente für die Belastung durch Lebensereignisse zu konstruieren und zu analysieren: Man solle sich daran orientieren, welche verschiedenen Typen von Lebensereignissen postuliert werden, wie das Intensitätsmaß für die Belastung berechnet wird und ob dabei auch Umweltbedingungen und das subjektive Erleben der betroffenen Person berücksichtigt werden. – Schließlich werden Perspektiven für eine zukünftige Forschung aufgezeigt.

In einem zweiten Hauptteil werden sowohl klassische Arbeiten der LE-Forschung dokumentiert als auch neue Beiträge von Forschern im Umkreis der LE-Forschung dargestellt. Der Schwerpunkt liegt dabei auf dem Forschungsansatz von George Brown, der in seinem methodischen Vorgehen wohl am weitesten fortgeschritten ist.

Ein hervorragender Aufsatz Browns aus dem Jahr 1974 beschreibt die wesentlichen Züge seiner Methode (v.a. das Konzept der Bedeutung von Lebensereignissen) in Absetzung von dem Vorgehen von Holmes und Rahe, das die individuelle Bedeutung von Ereignissen vernachlässigt. Eine Arbeit der Brown-Gruppe aus dem Jahr 1973 beschäftigt sich mit dem Nachweis, daß Lebensereignisse eine kausale Wirkung für die Entstehung einer psychischen Störung (Depression) haben und sie nicht nur auslösen.

Die nächste Arbeit von Brown und Mitarbeitern (1975) analysiert die wesentlichsten Ergebnisse ihrer Londoner Studie zur Depression bei Frauen: es wurde eindrucksvoll bestätigt, daß stark bedrohliche Lebensereignisse und langdauernde ernsthafte Schwierigkeiten ursächliche Faktoren für die Entwicklung einer Depression sind, daß Frauen aus der unteren Schicht und mit Kindern wesentlich verwundbarer durch solche ursächlichen Faktoren sind und daß einige Variablen wie das Fehlen einer vertrauensvollen Partnerbeziehung, mehrere kleinere Kinder, keine Berufstätigkeit offensichtlich zur größeren Verwundbarkeit für Depression beitragen. Ein Modell für die Entstehung der Depression wird auf der Grundlage dieser Ergebnisse skizziert.

So wichtig es ist, die Forschungsrichtung von Brown ausführlich darzustellen, so verwundert doch, daß dazu über Jahre verstreute Aufsätze nachgedruckt werden: Die vielen Überschneidungen machen es für den Leser schwer, sich ein Bild von den wesentlichen Zügen der Brown'schen LE-Forschung zu machen. Ein 1978 von Brown und Harris herausgebrachtes Buch faßt alle Besonderheiten und Ergebnisse der Depressionsstudien wesentlich systematischer und damit verständlicher zusammen; eine Übersetzung dieses Buches wäre daher besser geeignet gewesen, den Forschungsansatz und aktuellen Forschungsstand von Brown dem deutschen Leser nahe zu bringen.

Neben der Brown'schen Richtung wird die Methodik des „globalen Ansatzes“ durch eine frühe und grundlegende Arbeit von Holmes und Rahe illustriert. Ein weiterer wichtiger Vertreter der LE-Forschung meldet sich in Paykel zu Wort, der in einem Originalbeitrag seinen Ansatz und seine Ergebnisse kurz zusammenfaßt.

Zwei Artikel versuchen eine Begründung des LE-Ansatzes, der eine (Cooper) von der Psychiatriegeschichte her, der andere (B.Dohrenwend) aus dem epidemiologischen Kontext. Eine wieder eher psychiatrisch orientierte Arbeit (Copeland) diskutiert die empirischen Belege für die Unterscheidung von „endogener“ und „reaktiver Depression“ unter besonderer Berücksichtigung der LE-Forschung.

Zwei Arbeiten beschäftigen sich schließlich noch mit möglichen Mechanismen, über die Lebensereignisse zur Entstehung psychischer Störungen beitragen können. Miller faßt die Literatur dazu zusammen, wie unangenehme Ereignisse bewältigt werden („coping“) und Lader beschreibt das Wissen über mögliche körperliche Reaktionen auf Lebensereignisse und deren Beziehung zu psychischen und psychosomatischen Krankheiten. – Beide können nicht sehr viele positive Ergebnisse aus dem augenblicklichen Forschungsstand herausstellen; dennoch könnten sich diese Ansätze als relativ fruchtbar für zukünftige Studien erweisen, die sich mehr damit beschäftigen, den psychischen Verarbeitungsprozeß von Lebensereignissen zu untersuchen.

Für Leser, die sich erst mit der LE-Forschung bekannt machen wollen, bietet es zwar einige Einstiegsmöglichkeiten, ist aber an vielen Punkten zu speziell, geht zu sehr in methodische Details. (Die Lesbarkeit ist meist gut!) Problematisch scheint mir auch die starke Orientierung des Buches an einer psychiatrischen Sicht der LE-Forschung (siehe Auswahl der Autoren und Themen). Es fehlt eine Problematisierung des medizinischen Krankheitsmodells, ein Bezug der Lebensereignisse und ihres Kontextes auf den gesellschaftlichen Rahmen und eine wenigstens andiskutierte Theorie des Subjekts zur Erklärung der psychischen Verarbeitung von Lebensereignissen in Richtung auf eine psychische Störung. – Kurz: es fehlt die sozialwissenschaftliche und psychologische Theorienebene.

Dennoch dürfte es für verschiedene Berufsgruppen des psychosozialen Bereichs (Psychiater, Psychologen, Soziologen, Sozialarbeiter etc.) interessant und wichtig sein, sich ein Bild von einer potentiell vielversprechenden Richtung der sonst vernachlässigten Ursachenforschung zu machen. Durch mehr Wissen über die sozialen Bedingungen einer psychischen Störung sollten sich auch die Möglichkeiten zu ihrer Verhinderung verbessern.

Literatur:

Brown, G.W., Harris, T.O.: Social Origins of Depression: A Study of Psychiatric Disorder in Women, London 1978 (Tavistock)

Toni Faltermaier, München

buch Kritik buch

Gemeindebezogene Gesundheitssicherung

Einführung in neue Versorgungsmodelle für medizinische und psycho-soziale Berufe

Alf Trojan, Heiko Waller (Herausgeber)
Urban & Schwarzenberg, 1980

Hinter dem Titel verbirgt sich eine Zusammenstellung von Aufsätzen und Artikeln aus dem englisch- und deutschsprachigen Raum, die sich mit Überlegungen bzw. mit Erfolgen und Schwierigkeiten bei der Weiterentwicklung ambulanter Dienste in Richtung auf eine gemeindebezogene Gesundheitssicherung beschäftigen.

Gemeindebezogene Gesundheitssicherung – ein neuer Begriff, der von den beiden Herausgebern in Anlehnung an den von der WHO geprägten Begriff „Primary Health Care“ verwandt wird. Hiermit ist ein Konzept gemeint, das weit über den jetzigen Ist-Zustand hinausgeht und von der Prämisse ausgeht, daß die herkömmliche Organisationsform im ambulanten Bereich den Anforderungen durch ein gewandeltes Krankheitsspektrum und veränderte Ursachenfaktoren bei der Entstehung von Krankheiten nicht gerecht wird. Diese Veränderungen drücken sich aus in einer Zunahme chronischer Krankheiten, besonders Herz-Kreislauferkrankungen, Stoffwechselkrankungen, Gicht und Diabetes mellitus, Hochdruck, chronischer Wirbelsäulenleiden etc., demgegenüber einem Rückgang der Infektionskrankheiten.

Unser System ambulanter Versorgung hat in organisatorischer Hinsicht diesen Wandel nicht mit vollzogen, die Folge hiervon ist seine zunehmende Ineffizienz und Ineffektivität. Trojan/Waller wollen mit ihrem Buch alle ansprechen, die nach neuen Wegen „in der medizinischen und psychosozialen Versorgung“ suchen. Sie wollen „Argumente für die Einführung und praktische Hinweise für die Durchführung alternativer Versorgungsansätze liefern“.

Das Buch ist in 4 Abschnitte untergliedert:

1. Umfassende Versorgung: Intensivierung von Prävention und Rehabilitation. Hier werden primäre und sekundäre Prävention dargestellt, die Bedeutung der Arbeits- und Lebensbedingungen für die Krankheitsentwicklung bzw. deren Verhütung diskutiert, Modelle zur Gesundheitsförderung bzw. Rehabilitation aus Großbritannien vorgestellt. Der dort bereits übliche Beruf des Gesundheitsberaters wird behandelt.

Gemeindebezo- gene Gesundheits- sicherung

**Einführung
in neue Versorgungsmodelle
für medizinische
und psychosoziale Berufe**

**Herausgegeben von
Alf Trojan und Heiko Waller**

Urban & Schwarzenberg

2. Integrierte Versorgung: Inter- und intrainstitutionelle Koordination von psychosozialer und medizinischer Betreuung. Vorgestellt werden Tageskliniken in England, eine sozialmedizinische Ambulanz der Heidelberger Uniklinik, Konzepte der Funktion von Sozialstationen sowie erste Erfahrungen mit der Einrichtung sozialer Dienste durch die Krankenkassen.

3. Kooperative Versorgung: Arbeit im interdisziplinären Team.

Es wird u.a. über Erfahrungen bei der Einbeziehung von Sozialarbeitern in eine Londoner Gruppenpraxis berichtet, ebenso die Einbeziehung von Gemeindeschwestern und Gesundheitsberatern. Diskutiert werden die Möglichkeiten zur Beteiligung von Psychologen an der Primärversorgung, die Erfahrungen mit Selbsthilfegruppen in der Versorgung chronisch Kranke.

4. Gemeindenahme Versorgung: Bedarfsgerechte regionale Verteilung interdisziplinärer Betreuungszentren. Aus England wird über „Krankenhäuser für Allgemeinmedizin“ berichtet, Vertreter der Free-Klinik in Heidelberg und des Gesundheitszentrum Gropiusstadt in Westberlin stellen ihre Konzepte vor.

Welche Eindrücke hinterläßt das Buch?

Vor allem Überraschung und Freude darüber, wie weit die Diskussion über Alternativen der ambulanten Versorgung bereits in anderen Ländern ist, welche konkreten organisatorischen Schritte z.B. in Großbritannien bereits vollzogen sind. Wir erfahren über Möglichkeiten der Prävention durch ambulante Einrichtungen, die Bedeutung der Berufsgruppe der Gesund-

heitsberater in diesem Zusammenhang. Überrascht stellt man fest, daß dort Projekte wie Tageskliniken und Gruppenpraxen unter Einbeziehung der verschiedensten Berufsgruppen bereits praktiziert werden, daß also bereits ein großer Erfahrungsschatz mit solchen Modellen besteht.

Gleichzeitig macht der Vergleich mit den bundesdeutschen Verhältnissen wütend. Die Diskussion über neue Wege der Gesundheitssicherung findet hier nur im engen Kreis statt, die entsprechenden Fachzeitschriften, besonders die Standespresso, schweigen sich aus, und wenn sie berichten, dann in billigster Form über „Freiheitsentzug“, „sozialistische Gleichmacherei“ und „Wartelisten für Patienten“.

Es müssen auch Schwächen des Buches genannt werden. Was ist ein Gesundheitsberater, welche Ausbildung hat er? Was ist eine Tagesklinik, was der Unterschied zwischen einer Tagesklinik, einem Tageszentrum und Sozialzentrum? Wie unterscheiden sich diese Einrichtungen von einer Nachbetreuungseinheit? Dann gibt es in England aber auch noch Haupttageskliniken, Zusatztageskliniken und periphere Tageskliniken!?

Diese und eine Fülle weiterer uns nicht geläufige Begriffe aus dem englischen Gesundheitssystem tauchen in den Artikeln – manchmal nur beiläufig – auf. Die Definition erfolgt nicht, oder vielleicht erst 20 Seiten später. Der Mangel liegt darin, daß viele Artikel aus englischen Fachzeitschriften stammen und dort für Kenner des englischen Gesundheitssystems geschrieben worden sind. Sie hätten für die deutschen Verhältnisse neu geschrieben und umgestellt werden müssen.

Dann sind die meisten Artikel zu alt, einige aus den sechziger Jahren, kaum welche aus der zweiten Hälfte der siebziger Jahre.

Deutsche Erfahrungen fehlen zum Teil, wie die des Gesundheitszentrum Böttgerstrasse Frankfurt/M. mit der Einbeziehung von Sozialarbeitern in die ambulante Versorgung oder die Arbeit des Gesundheitsamtes Marburg-Biedenkopf, oder die Erfolge bei der Einbeziehung von Psychologen und Sozialarbeitern in die psychosoziale Versorgung bei uns. Und wo sind die Erfahrungen aus der UdSSR, der DDR?

Dennoch ein lesenswertes Buch, das Anstoße vermittelt und Mut macht.

Detlev Uhlenbrock

Das (Miß?)-Verständnis von der Meinungsfreiheit

Neuer Diskussionsstil im Landeskrankenhaus Bedburg?

von Matthias Albrecht

Nach außen sei der „Eindruck entstanden, als könne man in der Landesklinik nicht mehr den Mund aufmachen, ohne mit einer Kündigung rechnen zu müssen“, aber das sei „nicht der Stil des Landschaftsverbandes“, so Landesdirektor Fischbach, oberster Dienstherr über die 10 rheinischen Landeskrankenhäuser. Diese öffentliche „Good-will-Erklärung“ bildete den Abschluß eines ersten „spontanen“ Gespräches in der Rheinischen Landesklinik Bedburg-Hau zwischen Trägerverwaltung, Betriebsleitung, ärztlichem Vorstand, Personalrat und der Gruppe von Ärzten, Psychologen und Sozialarbeitern, die seit mehr als einem Jahr energisch und auch öffentlich auf die unzumutbaren Behandlungs- und Arbeitsbedingungen in der größten psychiatrischen Klinik der Bundesrepublik hinweisen. Auch bezüglich der Forderungen stellte sich der Landesdirektor erstmals öffentlich hinter die bislang so unbequemen Kritiker: Das Verständnis von Bedburg Hau als „Quasi-Abschiebebahnhof der Psychiatrie“ müsse geändert werden, eine „funktionierende Psychiatrie ohne Ambulanz“ sei nicht vorstellbar und Abteilungen mit mehr als 400 Patienten nicht mehr zu verantworten. „Die wenigen Ärzte, die wir hier haben, sind eigentlich restlos überfordert.“

Der Blitzbesuch der Kölner Verbands spitze war in der Tat überfällig. Bereits vor über einem Jahr hatte die Hälfte der in Bedburg arbeitenden Ärzte auf die unzumutbaren Arbeits- und Versorgungsbedingungen hingewiesen und die Verantwortung für die Verhältnisse und die „möglichst entstehenden Folgen“ abge-

voll bemerkte – und Regionalgruppen sprecher der DGSP zur Kündigung gezwungen wurde (siehe nebenstehender Bericht). Wieweit bereits die Meinungsfreiheit in Bedburg eingeschränkt war, wurde bei einem Besuch des Sozialministers Farthmann im Herbst '80 so deutlich, daß selbst die eher konservative „Rheinische



Die Aufnahmeklinik in Bedburg-Hau

lehnt (siehe DG 2/80). Obwohl Prof. Kuhlenkampff, zuständig für die Gesundheitspflege, in einem Erwiderungsbrief Gesprächsbereitschaft und Verständnis signalisierte, schaffte es die Klinikleitung bereits damals, sowohl die Kritiker gegenüber dem Landschaftsverband, als auch die Forderungen in der Öffentlichkeit zu disreditieren. Einzige Konsequenz aus diesem ersten Hilferuf: eine geharnischte „Rechtsbelehrung“ aus Köln, in der es unmöglich hieß, daß „öffentliche Äußerungen, die geeignet sind, wesentliche Interessen des Dienstherren zu beeinträchtigen, . . . mit den Dienstpflichten nicht zu vereinbaren (sind)“. Zugleich wurde im Wiederholungsfall mit einschneidenden arbeitsrechtlichen Konsequenzen gedroht. Mit dieser „Rückdeckung“ versehen begannen dann auch die Schikanen in der Klinik gegen die Kritiker. Einen ersten Höhepunkt bildete die Tatsache, daß der Arzt Harald Kamps, Redakteur in DG – was die Betriebsleitung schon häufiger vorwurfs-

Post“ in ihrem Leitkommentar die Frage nach der Demokratie in den Klinikmauern stellte und Minister Farthmann sich bemüht fühlte, Klinikleitung und Vorgesetzte dazu aufzurufen, ein „Klima zu schaffen, daß Anregungen emotionsfrei diskutiert

zu einer offeneren Diskussion gegeben wäre, so sahen sie sich schon bald getäuscht: die klinikinternen Repressionen nahmen zu, auf Konferenzen, Personalfeiern und presseöffentlich wurde eine entwürdigende Stimmungsmache gegen die vermeintlichen „Nestbeschmutzer“ entfacht. Auf diesem „stimmungsmäßig“ gut vorbereiteten Boden wurde dann im Januar ein Kollege, der sich an den Diskussionen beteiligt hatte, aus undurchsichtigen Gründen nach der Probezeit nicht übernommen, die Bewerbung von Harald Kamps um Wiedereinstellung wurde abschlägig beschieden da er, so der damalige ärztliche Leiter, „dem Betriebsfrieden nicht zuträglich“ sei. Fast täglich wurden Kollegen vor versammelter Betriebsleitung zu fragwürdigen „Anhörungen“ zitiert, die eher den Charakter von Verhören hatten.

In dieser Situation beschlossen 17 Ärzte, Psychologen und Sozialarbeiter mit einer Veranstaltung außerhalb der Klinik über die Situation in Bedburg Hau die „Flucht nach vorne“ anzutreten. Als die Klinikleitung „fürsorglich“ darauf hinwies, daß den Einladenden bei Durchführung der Veranstaltung „einschneidende arbeitsrechtliche Konsequenzen“ drohen würden, interessierte sich sogar die überregionale Presse und das regionale Fernseh-Magazin „Hier und Heute“ für die Vorgänge in und um Bedburg. Zwar kam der Beitrag über die Veranstaltung, auf der die Beschneidung der Meinungsfreiheit in der Landesklinik breiten Raum einnahm, nie aus dem linksrheinischen Funkhaus in Köln heraus, dafür aber eilte Landesdirektor Fischbach aus dem rechtsrheinisch gelegenen Landeshaus nach Bedburg, um die Eskalation zu stoppen. Das erste Gespräch, daß die Presse ebenfalls breit kommentierte, berichtigt zu Hoffnungen. Ob den Worten unter den derzeitigen Bedingungen eines Einstellungsstopps und einer Spar-Hysterie Taten folgen, bleibt abzuwarten. Ob überhaupt der Wille besteht etwas zu ändern, oder ob es sich angesichts der drohenden negativen Presse nur um eine kurzfristige Besänftigung handelt, wird sich schon bald herausstellen: Der Kollege Kamps hat seine Bewerbung um eine Arztstelle in der Landesklinik erneut gestellt. Alle Kollegen,



werden können“. Hatten diejenigen, die sich mit alternativen, aber konstruktiven Lösungsmöglichkeiten zu Wort gemeldet hatten, geglaubt, daß nun die Möglichkeit

bei denen erneut Hoffnungen auf eine offene Diskussion geweckt wurden, sehen dem erneuten Einstellungsgespräch mit gespannter Erwartung entgegen.

Wo gilt das Grundgesetz?

Eine kleine Geschichte über Gleichberechtigung und Meinungsfreiheit

von Harald Kamps

Anfangen hatte das Ganze mit der erfreulichen Geburt meiner Tochter Ende 1979. Als stolze Eltern wollten wir uns Pflichten und Freuden teilen. Ein halbes Jahr Mutterschaftsurlaub für meine Frau, danach ein halbes Jahr „Vaterschaftsurlaub“ für mich. Noch im Januar besprach ich mich mit meinem Abteilungsarzt, er hatte keine Einwände. Ein halbes Jahr unbezahlten Urlaub sei schon drin, „da fehlt halt die Großmutter“. Doch es kam alles ganz anders. Im Februar unterschrieb ich gemeinsam mit 20 Ärzten einen Brief an den Landschaftsverband Rheinland. Wir konnten die Verantwortung für die Behandlung der Patienten nicht mehr übernehmen.

Glaubte ich immer noch, daß mein Antrag auf Sonderurlaub nur eine Formsache war, so wurde ich bald eines Besseren belehrt. Ohne weitere Rücksprache fand ich, aus dem Oster-Urlaub zurückgekehrt, die schriftliche Ablehnung vor. „Die ärztliche Unterbesetzung“ ließ keine andere Entscheidung zu. Bei 22 unbesetzten Stellen vielleicht sogar verständlich. Doch auch mir blieb keine andere Wahl. Ein halbjähriges Kind versorgt sich nicht allein, im Juni



ging meine Frau (Ärztin an derselben Klinik) wieder an zu arbeiten und nicht zuletzt: ich wollte erleben, was es heißt, Vater zu sein. Ich mußte zum 31. 5. 80 kündigen. Gleichzeitig machte ich klar, daß ich Ende des Jahres wieder arbeiten wolle und bat die Betriebsleitung der Klinik darum, ihr Interesse an meiner weiteren Arbeit zu erklären. Doch nun ging es nicht mehr um die beklagte Unterbesetzung der Klinik. Ich hörte monatelang gar nichts. Im September bewarb ich mich erneut. Nach weiteren fünf Wochen durfte ich dann zu einem Einstellungsgespräch kommen. In dem Verhör hagelte es Vorwürfe: Ich sei doch sicher verantwortlich, daß der erste Brief an den Landschaftsverband an die Presse gelangt sei; ich habe doch sicher den unverschämten Artikel im Demokratischen Ge-

sundheitswesen geschrieben; was ich überhaupt in der Klinik wolle, wo ich sie doch so schlecht finde. Da ich nicht bereit war, mich von dem gemeinsamen Vorgehen meiner Kollegen zu distanzieren, war das Ergebnis vorhersehbar. Nach weiteren fünf Wochen konnte ich lesen: Meiner Bewerbung um Wiedereinstellung könne „nicht nähergetreten werden“.

Es gab Proteste. 16 Kollegen forderten meine Wiedereinstellung. Die Rechtsstelle des DGB-Kreises verwies auf Art. 33 Abs. 2 des Grundgesetzes, wonach jeder Deutsche nach seiner „Eignung, Befähigung und fachlichen Leistung gleichen Zugang zu jedem öffentlichen Amt hat.“ Der Sprecher der DGSP fragte an, ob die Mitgliedschaft in der DGSP und die sozialpolitische Betätigung Grund für die Ablehnung sei. Der ÖTV-Bezirk bat um ein Gespräch beim Direktor des Landschaftsverbandes. Die Trägerverwaltung signalisiert Kompromißbereitschaft, der schwarze Peter ist erneut bei der Betriebsleitung. Obwohl mit neuem ärztlichen Direktor, es geht darum das Gesicht zu wahren, „eine Entscheidung ist eine Entscheidung“, „was passiert, wenn plötzlich alle sich das Recht rausnehmen, mal eine Zeitlang ihre Kinder betreuen zu wollen?“

Fürwahr eine spannende Frage. Ein Jahr Elternurlaub, in Schweden und Italien längst Wirklichkeit, steht in der BRD noch als Forderung im DGB-Grundsatzprogramm. Auf dem Boden des Grundgesetzes zu stehen und Gleichberechtigung zu praktizieren wird nicht leichtgemacht.

JE FRÜHER SIE BAUSPAREN, DESTO SCHNELLER KOMMT IHR HAUS AUF SIE ZU.



Gemeinnützige
Bausparkasse für den
öffentlichen Dienst
GmbH, 3250 Hameln 1

Wer seinen Traum vom eigenen Heim verwirklichen will, sollte damit nicht warten, bis die Mieten noch höher und die Kinder schon groß sind. Sondern so früh wie möglich bausparen.

Beim BIIW, Bausparkasse für den öffentlichen Dienst, machen maßgeschneiderte Tarife den Start

auch schon in jungen Jahren leicht. Und die BHW-Spezial-Beratung zeigt Ihnen, wie Ihr Haus am schnellsten auf Sie zukommt.

Informieren Sie sich durch die kostenlose BHW-Informationsbroschüre. Überall beim BHW.

BHW

Bausparkasse
für den öffentlichen Dienst.

DAMIT ES BEIM BAUEN VORWÄRTS GEHT.

Bangemachen gilt nicht – Wie wir einen Atomkrieg überleben!

„Es wird keine Panikstimmung auftreten – die postnukleare Gesellschaft wird lernen müssen, sich im Umfeld von ionisierenden Strahlen zu bewegen.“ Zu diesem Schluß kommt ein Forschungsbericht des amerikanischen Zivilschutzes von Mai 79, worin J.C. Greene die Überlebenschancen bei einem Atomkrieg in den USA untersucht.

Der Autor kritisiert vor allem das Desinteresse an Vorsorgemaßnahmen, die er auf die nihilistische Grundhaltung weiter Teile der Bevölkerung zurückführt. „Die wesentlichen Befürchtungen sind: Ein Atomkrieg könnte eine neue Eiszeit auslösen. Er könnte das ökologische Gleichgewicht der Natur erheblich stören. Große Landstriche würden von Radioaktivität verseucht und damit unbewohnbar sein. Leukämie und andere maligne Tumoren sowie Mißbildungen infolge von Genmutationen würden unter den Überlebenden zunehmen. Schließlich könnte die Ozonschicht in der Stratosphäre geschädigt werden. Durch den Ausfall dieses Schutzschildes infolge vermehrter UV-Einstrahlung käme es zu einer gewaltigen Zunahme von Hautkrebsen. Diese Befürchtungen sind nach der Meinung des Forschungsberichtes hauptsächlich psychologisch begründet. Denn viele dieser Behauptungen sind nicht bewiesen, da eben keine Erfahrungen vorliegen. Die Ergebnisse des Forschungsberichtes gründen sich auf Erfahrungen und Untersuchungen, die seit den letzten Tagen des Zweiten Weltkrieges in den USA und Japan gesammelt wurden. Daraus ergibt sich, daß bei einem Atomangriff auf die Vereinigten Staaten von Amerika ungefähr die Hälfte der Bevölkerung überleben würde, ein Drittel der Bevölkerung sogar unverletzt, während ein Sechstel an den Folgen von Brandverletzungen oder Strahlenschäden leiden wird.“

Ein Profil der USA nach einem Atomangriff sieht folgendermaßen aus: Die Bevölkerung beträgt ungefähr 100 Millionen Einwohner, sie ist hauptsächlich in den ländlichen Arealen ansässig. Die Geschlechtsverteilung bleibt gleich, es verringert sich jedoch der Prozentsatz der älteren und sehr jungen Bevölkerungsanteile (diese sind strahlenempfindlicher); die durchschnittliche Lebenserwartung ist um ca. 5 Jahre verkürzt; es besteht ein Mangel an Ärzten, Krankenhäusern, pharmazeutischen Fabriken, Erdölraffinerien und öffentlichen Verwaltungsgebäuden, nachdem diese bevorzugt in größeren Städten lokalisiert sind. Viele Männer sind oder werden bald vorübergehend steril sein. Durch strikte Konzeptionsverhütung in den ersten Monaten nach der Strahlenbelastung lassen sich die genetischen Risiken jedoch deutlich vermindern. Ca. 70 % der Wirtschaftskapazität sind zerstört oder

schwer geschädigt. Die verbleibenden 30 % werden für längere Zeit nicht betreibbar sein, bis die Strahlungskontaminationen abgeklungen sind. Das gleiche betrifft auch die Landwirtschaft. Im Vergleich zu den überlebenden Einwohnern wird jedoch ein höherer Prozentsatz von Nahrungsmitteln zur Verfügung stehen. Die postnukleare Gesellschaft wird lernen müssen, sich im Umfeld von ionisierender Strahlung zu bewegen. Im Ganzen betrachtet wird keine Panikstimmung auftreten. Das Verhaltensmuster der Überlebenden wird durchaus angepaßt sein.

Der Mangel an Nahrungsmitteln ist weniger bedrohlich. Die meisten Menschen können eine Zeit bis zu mehreren Wochen mit geringstem Ausmaß von Nahrungszufuhr überleben. Das Wasser- und Nahrungsmittelproblem ist jedoch nur eine Organisationsfrage; denn, wie bereits erwähnt, werden im Verhältnis zu der Bevölkerung mehr Nahrungsmittel „überleben“. Obwohl die Wasserzufuhrssysteme durch den Angriff unterbrochen sein können, zeigt die Analyse, daß in den meisten Fällen genügend Trinkwasser zur Verfügung stehen müßte, und zwar in Form von Wasser in Heizkörpern, sanitären Anlagen etc..



Fassungslos vor Grauen, von wahnsinnigen Schmerzen gepeinigt, wälzen sich die Opfer des Atomangriffs auf Nagasaki am Boden. Wie schon in Hiroshima stehen die wenigen überlebenden Ärzte den furchterlichen Verbrennungen durch den Atomblitz hilflos gegenüber. Von Leukämie und den anderen, oft erst nach vielen Jahren auftretenden Folgen der radioaktiven Verseuchung ahnt noch keiner der betroffenen Einwohner etwas.

Mehr Nahrungsmittel als Menschen „überleben“

Menschen, die wegen der Strahlung in Bunkern bleiben müssen, benötigen genügend Wasser und Nahrungsmittel. Wenn hier nicht ausreichende Vorsorge getroffen wurde – dies gilt insbesondere für Wasser – ist mit den schlimmsten Folgen innerhalb kurzer Zeit zu rechnen. Die Menschen werden dann entweder verdursten oder ihre Zufluchtsstätten verlassen, wobei sie Gefahr laufen, sich überschießenden Strahlungsdosen auszusetzen.

Die Strahlungsverseuchung von Nahrungsmitteln erscheint als kein unlösbares Problem. Mit einfachen Vorsorgemitteln (Geigerzähler) läßt sich die Einnahme von verseuchtem vermeiden. Das größte Problem in der Versorgung der Überlebenden erscheint der Transport der Nahrungsmittel zu den Menschen. Als Beispiel für die Überlebensfähigkeit einer Zivilisation unter Extrembedingungen wird die Belagerung von Leningrad im zweiten Weltkrieg angeführt, das fast zweieinhalb Jahre ohne Licht, Heizung, Brot und Wasser „überlebte“.



Strahlenspätschäden

Zu den Strahlenspätschäden gehören Schilddrüsenfunktionsstörungen, Knochenkrebs, Leukämie und andere Formen von Malignomen. Bestrahlung ruft keine neuen Krebsarten hervor, erhöht jedoch die Erkrankungshäufigkeit von bereits bekannten Malignomen. Bei einer errechneten durchschnittlichen Strahlungsbela stung von 100 Rö sind bei der überlebenden Bevölkerung jährlich hochgerechnet 40000 zusätzliche Fälle von Leukämie und anderen Krebserkrankungen zu erwarten. Das Risiko beträgt damit 4 auf 10000. Dasselbe Risiko tragen in unserer Gesellschaft heute alle, die jährlich 300 Zigaretten rauchen, 40000 km Auto fahren, sowie alle Personen über 65 Jahre. Sollten sich Schäden in der Ozonschicht ergeben, wäre mit einer erhöhten Inzidenz von Hautkrebs zu rechnen.

Ökologische und genetische Schäden

Grundlage für die Beurteilung von genetischen Schäden ist die Beobachtung von J.J. Muller, nach der strahlungsinduzierte Mutationen sich grundsätzlich nicht von anderen Genmutationen unterscheiden. Durch einen Atomkrieg ist also nicht mit dem Auftreten von „Ungeheuern“ zu rechnen. Allerdings wird es zu einem statistischen Ansteigen von Erbkrankheiten kommen. Ausgedehnte Studien an bestrahlten Patienten sowie an Opfern aus Hiroshima und Nagasaki zeigten jedoch, daß die genetischen Schäden im Vergleich zu den bisher beschriebenen Atomkriegsfolgen eher ein „Hintergrundgeräusch“ darstellen. Soweit die überaus „zynisch“ klingende gekürzte Zusammenfassung des Forschungsberichts aus der MMW(1).

Der mögliche Atomkrieg findet aber nicht mehr unbedingt über den USA statt, sondern auch bei uns ist mit dem „berüchtigten“ Nato-Nachrüstungsbeschuß vom Dezember 79 die Wahrscheinlichkeit eines Atomkrieges größer geworden. 322 US-Atomwaffenträger (Pershing II) sollen in der BRD stationiert werden. So werden zwangsläufig die neuen sowjetischen SS 20-Raketen auch auf „unsere“ amerikanischen Raketenbasen gerichtet werden, nachdem sie zuvor auf die amerikanischen Atombasen in den USA, Türkei, Italien und Großbritannien zielen.

Krieg nichts anderes als eine besondere Form der Katastrophe

Zur Versorgung der Bundeswehrsoldaten im Falle eines (auch atomaren) Krieges durch Bundeswehrärzte gilt zur Zeit die zentrale Dienstvorschrift 49/50 (ZDV 49/50), die US-Vorschriften von 1958 zum Vorbild hat.

Beispiele:

- „Falls die Zahl der Patienten mit Verbrennungen von 20 bis 50 % der Körperoberfläche bereits alles Personal und alle Vorräte mit Beschlag belegen, kann man auf die Versorgung der zu 50 % und mehr Geschädigten keine Zeit mehr verwenden . . . Verwundete mit über 50prozentiger Schädigung bekommen nur schmerzstillende Mittel. Wenn sie überleben, so können sie später endgültig behandelt werden.“
- „Man muß sich bei nüchterner Überlegung dazu entschließen, den Bauchverletzten in den kritischen Stunden nach einem thermo-nuklearen Angriff eine verhältnismäßig niedrige Dringlichkeitsstufe für die Operation zu geben.“

Oberfeldarzt Dr. Theodor Röse vom Bonner Verteidigungsministerium anerkennt zwar „stärkste moralische Bedenken“ gegen eine solche „Sichtung“, ist jedoch „zu tief überzeugt“, daß bei einem zivilen Katastrophen-Einsatz „die Kriterien dieselben sein müssen.“ Der Krieg sei schließlich nichts anderes als „eine besondere Form der Katastrophe“(2).



Ärztliche Katastrophenmedizin

Die ärztlichen bundesdeutschen Standesvertreter selbst gehen da noch weiter. Sie wollen endlich alle organisatorischen und gesetzgeberischen Maßnahmen ausschöpfen, um den (atomaren) Kriegsfall ärztlich durchplanen zu können. Sie beklagen lautstark das Fehlen jeglicher gesetzlicher Regelungen für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung im Verteidigungsfall: „Vordringliche Aufgabe muß daher die Verabschließung eines Gesundheitssicherstellungsgesetzes sein . . .“(3). Da werden die sonst so für die „individuelle Verantwortung“ und gegen die „kollektivistische Staatsbürokratie“ vehement auftretenden Standesmediziner handfest: „Notwendig ist vielmehr die generelle Verpflichtung zur Teilnahme an Zivilschutz. Darüberhinaus muß die schon jetzt für Ärzte und medizinisches Fach- und Pflegepersonal für den Verteidigungsfall bestehende Dienstpflicht zu einer generellen Verpflichtung im Rahmen des Zivilschutzes erweitert werden . . .“

Hand in Hand mit Pharma industrie und Atomkraftwerksbetreibern bieten sie laufend Fortbildungsveranstaltungen zum Thema „Katastrophenmedizin“ an. Zur Zeit läuft Teil II in der Ärztekammer Nordrhein. Tagungsort ist in diesem Fall der Hörsaal des Pharmazentrums der Bayer AG in Wuppertal-Elberfeld, wo Bayervertreter nebenbei ihre Sprüchlein zum Thema „Der Chemie-Störfall“ unterbringen können(4). Verbissen halten die Standesvertreter auch im Kriegsfall am bisherigen Gesundheitssystem fest: „Das in der Bundesrepublik Deutschland bestehende System der ambulanten ärztlichen Versorgung muß auch im Spannungs- und Verteidigungsfall erhalten bleiben . . .“(3).

Beispiel Großbritannien

Wahrscheinlich haben einige Ärztevertreter ihre Groschen im Bunkerbau investiert, liest man im blauen Papier erstaunt: „Eine besondere Form des Selbstschutzes ist der Bau privater Schutzräume in Wohnhäusern. Hierzu sollte der Staat . . . den Bau entsprechender Schutzräume durch eine stärkere finanzielle Förderung unterstützen.“ Wahrscheinlich haben sie das Beispiel Großbritanniens vor Augen: „Weniger als 100 Briten besitzen ihren eigenen privaten Atombunker. Wer das entsprechende Geld hat, kann sich auch einen massiven Schutzraum aus Beton oder Stahl für bis zu 50000 Mark zulegen. Wie der für Zivilschutz zuständige Minister im Innenministerium bei der Vorstellung der Bunker zugab, haben reiche Leute mehr Überlebenschancen.“(5).

Internationale Initiativen für die Abrüstung

Im Dokumentationsteil haben wir die Erklärung amerikanischer Wissenschaftler mit dem Titel: „Gefahr: Kernwaffenkrieg“ abgedruckt, die zuerst in der „New York Times“ veröffentlicht wurde und sich an den damals amtierenden US-Präsidenten Carter und den Vorsitzenden L.I. Bresnew wandte. Die Antwort Bresnews drucken wir im Dokumentarteil ab wie auch die Antwort sowjetischer Wissenschaftler „Mediziner tragen eine besondere Verantwortung“.

US-Präsident J. Carter wie auch sein Nachfolger Reagan blieben eine Antwort schuldig. Die „starken“ Worte Reagans beim Amtsantritt klingen einem jedoch auch so noch im Ohr. Weiterhin dokumentieren wir den Aufruf von 1200 niederrändischen Ärzten „Die Folge eines Atomkrieges“, der im Januar dieses Jahres in allen großen Tageszeitungen Hollands veröffentlicht wurde. Für bundesdeutsche Verhältnisse erscheint dies beinahe utopisch. Wahrscheinlich würde unsere „freie“ Presse den Abdruck einer solchen Anzeige

verweigern, wie es schon mehrmals mit anderen „politischen“ Anzeigen geschehen ist. Letztendlich veröffentlichen wir den Augenzeugenbericht des japanischen Arztes Akizuki über den Atombombenabwurf von Nagasaki: „Und die weiß verfärbten Gesichter waren plötzlich schwarz“, der alles über die Schrecken eines Atomkrieges aussagt. Hoffnungsvoll stimmten mich die Aktivitäten einer Gruppe „Internationaler Ärzte für die Verhinderung eines Nuklearkrieges“, gegründet von den Kardiologen Bernhard Lown und James Muller aus Harvard. Ende März wird die Gruppe in der Nähe Washingtons eine Konferenz über die medizinische Geschichte von Hiroshima und Nagasaki veranstalten. Teilnehmer aus Japan, Frankreich, Großbritannien, den USA und der Sowjetunion haben sich angesagt.

Wie selbstverständlich fehlen dabei die bundesdeutschen Ärzte. Die Vertreter des Landes, von dessen Boden bereits zwei entsetzliche Kriege ausgingen. Die Standsvertreter haben nicht verstanden, daß Gesundheit auch Schützen vor Krankheit bedeutet.

Diesen Artikel habe ich für die Schwesternhelferinnen geschrieben, die ihre Unterschrift für ihren Einsatz im Kriegsfalle verweigerten, für meinen Freund, der übermorgen seine 1. Verhandlung wegen seiner Kriegsdienstverweigerung hat, für alle fortschrittlichen Ärztevertreter in den Ärztekammern, die bei den übrigen Ärzten auf taube Ohren gestoßen sind, wenn es um Abrüstung ging und auch für die 5000, die dem Düsseldorfer Bundestagsabgeordneten Karl-Heinz Hansen Solidaritätsbriefe und -telegramme sandten und so eine weitere Abrüstungsdiskussion ermöglichten.

DG-Redakteure unterstützen Krefelder Appell

Die Redakteure des Demokratischen Gesundheitswesens unterstützen den Krefelder Appell (siehe Umschlagsrückseite) und fordern alle Leser auf, diesen im Dokumentationsteil abgedruckten Aufruf zu unterschreiben und weiterzuverarbeiten (Gewerkschaften, Fachschaften, Ärzte, Bekannte, Verwandte).

Eine Million Unterschriften wären ein deutliches Zeichen.

Günar Stempel

Anmerkungen:

- (1) Münchner Medizinische Wochenschrift 121 (1979) Nr. 36
- (2) Stern Nr. 48 (1980) „Die Leutnants machen nicht mehr mit“ von Mario R. Dederichs, S. 163—167
- (3) Weiterentwicklung der gesundheits- und sozialpolitischen Vorstellung der Deutschen Ärzteschaft (sog. Blaues Papier) Kapitel B 8 (Mitwelt und Umwelt)
- (4) Rheinisches Ärzteblatt Heft 2/1981/S. 23
- (5) Rheinische Post, Nr. 38, 14.2. 1981 „Bastler bauen A-Bunker“

„Mensch, ich lieb dich doch.“

Jetzt erwartet Ihr tatsächlich eine Rezension – wa? Wir pfeifen aber drauf! Geht doch selber hin! Guckt, gufft, schaut, lacht, schreit, weint, kreischt, singt, heult, jubelt! Hopst auf Euren Stühlen, springt auf, klebt nicht fest.

Wahnsinnig gut dies Stück, lauft zuhause hin, die Typen spielen Euch, sich, uns, alles drum herum und innen drin.

Was steht Ihr da noch rum? Stürzt in die Kinos, Kneipen, Cafés, die Jugendhäuser, Ballsäle, Hörsäle und Theater. Schau! – Deine Sucht. Komm schon, der Eintritt bringt's echt, geh zehn mal hin, es ist immer noch mehr zu entdecken. – Laß aber bitte auch mal andre rein, die noch nichts gesehen haben. – Oder spielt doch selber, such Dir Kumpels, eine Bühne – quatsch – ein Zimmer, bring Dich selbst ein.

Falls Ihr jetzt neugierig geworden seid, was wir sehr hoffen, so laßt Euch nicht von den Preisen (7,— DM — 10,— DM) abschrecken. Das ist für ein Stück über und für Jugendliche zwar recht viel, war aber dieses Mal nicht zu vermeiden. Die Subventionen sind recht mager, gleichzeitig war gerade für dieses Stück eine relativ aufwendige Ausstattung nötig, was sicher auch am schwierigen Thema liegt. Mindestens 6000,— DM kostet eine Vorstellung mit allem, was dazu gehört, aber was ist das gegenüber 15000,— DM Subventionen (pro Tag!!!) für die Deutsche Oper Berlin. Wegen der Finanzen und der Ausstattung gibt es diesmal leider auch einen nicht so beweglichen Tourneeplan und eine Aufzeichnung fürs Fernsehen, obwohl in diesem Medium viel von der Spontanität und Atmosphäre des Stückes verloren geht (der Termin für die Ausstrahlung in allen dritten Fernseh-

programmen ist noch nicht klar). Die Theatergruppe ist daher bei Gastspielen auch auf die Mithilfe von offiziellen Stellen angewiesen, obwohl sie sich dabei nicht immer wohl fühlen, da die Gefahr, als Alibi missbraucht zu werden, groß ist.



Diese Schwierigkeiten sollen bei den nächsten Stücken wieder verringert werden: Neue Bearbeitung des Themas „Aufklärung für Kinder ab sechs Jahren“; ein Stück zum Thema „Krieg und Frieden – Neonazis in der Schule“, – zur Vorbereitung auf dieses Thema drehen sie einen Film mit H.D. Hüsch: „Jugendliche in der Auseinandersetzung mit alten Nationalsozialisten“. Zusätzlich kommt ein Einpersonenstück von und mit Holger Franke heraus, was er selbst durch Lesungen und Auftritte finanziert, Thema: Schulalltag.

Die übrigen Leute, die bei „Mensch ich lieb dich doch“ mitmachen, heißen: Günther Brombacher, Alfred Cybulski, Herbert Cybulski, Helma Fehrmann, Dani Levy, Albrecht Metzger, Ingrid Ollrogge, Annemarie Roelofs, Iris Surma. Wer keine Gelegenheit hat, sie sich anzuschauen, dem sei das Buch mit dem Text und den Materialien zum Stück wärmstens empfohlen: „Mensch ich lieb dich doch. Materialien.“ Weismann Verlag, München.

Wo sie demnächst zu sehen sind:
Ab Mitte März im Raum Baden-Württemberg.
Ab Mitte Mai in Nord-Westdeutschland.

Auf die Ankündigungen in den Zeitungen achten!
Adresse: Rote Grütze, Mehringdamm 51, 1 Berlin 61, Tel.: 030/6926618.

P.S.: Wir sind weder bestochen, noch besoffen, sondern höchstens Rote-Grützesüchtig.

Cornelia Krämer und Josef Diers

Die Redaktion von DG appelliert an alle Schwestern, Pfleger, Sozialarbeiter, Ärzt ...

Neben der geplanten Stationierung neuer amerikanischer Mittelstreckenraketen in der BRD wird von der Bundesregierung und den Ärzteverbänden die Militarisierung der Medizin konsequent weitergetrieben.

Mit einem „Gesundheitssicherstellungsgesetz“ sollen alle im Gesundheitswesen Beschäftigten für den (atomaren?) Notstand verpflichtet werden. Ärztekammern organisieren serienweise Katastrophenschutz-Seminare. Das Deutsche Ärzteblatt propagiert den Schutzbunkerbau!

Diesem Treiben muß Einhalt geboten werden:

- Gegen die Militarisierung der Medizin
- Wir brauchen kein „Gesundheitssicherstellungsgesetz“
- Nicht Katastrophenschutzübungen sondern Abrüstungsschritte sind notwendig.

Wir fordern Euch auf: Sprecht mit den Kollegen am Arbeitsplatz über die steigende Kriegsgefahr. Sammelt Unterschriften für den Krefelder Appell. Verabschiedet Resolutionen unter den Kollegen. Tretet offen gegen medizinische „Katastrophen“ – und „Notstandsseminare“ auf.

Noch ist es nicht zu spät!



Der Appell von Krefeld: Keine Atomraketen in Europa

Stoppt
den atomaren
Wahnsinn jetzt!

IMMER offensichtlicher erweist sich der Nachrüstungsbeschuß der NATO vom 12. Dezember 1979 als verhängnisvolle Fehlentscheidung. Die Erwartung, wonach Vereinbarungen zwischen den USA und der Sowjetunion zur Begrenzung der eurostrategischen Waffensysteme noch vor der Stationierung einer neuen Generation amerikanischer nuklearer Mittelstreckenwaffen in Westeuropa erreicht werden könnten, scheint sich nicht zu erfüllen.

Ein Jahr nach Brüssel ist noch nicht einmal der Beginn solcher Verhandlungen in Sicht. Im Gegenteil: Der neu gewählte Präsident der USA erklärt unumwunden, selbst den bereits unterzeichneten SALT II-Vertrag zur Begrenzung der sowjetischen und amerikanischen strategischen Nuklearwaffen nicht akzeptieren und deshalb dem Senat nicht zur Ratifizierung zu leiten zu wollen.

Mit der Verweigerung dieser Ratifizierung durch die USA würde jedoch die Aussicht auf Verhandlungen zur Begrenzung der eurostrategischen Nuklearwaffen unvermeidbar in noch weitere Ferne rücken. Ein selbstmörderischer Rüstungswettlauf könnte nicht im letzten Augenblick gestoppt werden; seine zunehmende Beschleunigung und offenbar konkreter werdende Vorstellungen von der scheinbaren Begrenzbarkeit eines Nuklearkrieges müßten in erster Linie die europäischen Völker einem untragbaren Risiko aussetzen.

Die Teilnehmer am Krefelder Gespräch vom 15. und 16. November 1980 appellieren daher gemeinsam an die Bundesregierung,

- die Zustimmung zur Stationierung von Pershing-II-Raketen und Marschflugkörpern in Mitteleuropa zurückzuziehen;
- im Bündnis künftig eine Haltung einzunehmen, die unser Land nicht länger dem Verdacht aussetzt, Wegbereiter eines neuen, vor allem die Europäer gefährdenden nuklearen Wettrüstens sein zu wollen.

In der Öffentlichkeit wächst die Sorge über die jüngste Entwicklung. Immer entschiedener werden die Möglichkeiten einer alternativen Sicherheitspolitik diskutiert. Solche Überlegungen sind von großer Bedeutung für den demokratischen Prozeß der Willensbildung und können dazu beitragen, daß unser Volk sich nicht plötzlich

vollzogenen Tatsachen gegenübergestellt sieht.

Allt Mitbürgerinnen und Mitbürger werden deshalb aufgerufen, diesen Appell zu unterstützen, um durch unablässigen und wachsenden Druck der öffentlichen Meinung eine Sicherheitspolitik zu erzwingen, die

- eine Aufrüstung Mitteleuropas zur nuklearen Waffenplattform der USA nicht zuläßt;
- Abrüstung für wichtiger hält als Abschreckung;
- die Entwicklung der Bundeswehr an dieser Zielsetzung orientiert.

Erstunterzeichner: Gert Bastian — Prof. Dr. Dr. h.c. Karl Bechert, Mainz — Petra K. Kelly, Nürnberg — D. Martin Niemöller, Wiesbaden — Prof. Dr. Helmut Ridder, Gießen — Christoph Strasser, Münster — Gösta von Uexküll, Hamburg — Josef Weber, Köln

Ich schließe mich dem Appell an die Bundesregierung an,
■ die Zustimmung zur Stationierung von Pershing-II-Raketen und Marschflugkörpern in Mitteleuropa zurückzuziehen;
■ im Bündnis künftig eine Haltung einzunehmen, die unser Land nicht länger dem Verdacht aussetzt, Wegbereiter eines neuen, vor allem die Europäer gefährdenden nuklearen Wettrüstens sein zu wollen.

Name _____

Vorname _____

Anschrift _____

Funktion _____

Unterschrift _____



Liebe Leser!

*Wir wenden uns erneut an alle Abonnen-
ten und Leser mit einer Offenlegung der
Finanzverhältnisse:*

Das Jahr 1980 endete mit einem Defizit von 10.000,- DM. Das hatten wir in etwa erwartet, wußten wir doch, daß die Abonentenzahl noch nicht ausreichte. Für das Jahr 81 haben wir uns aber vorgenommen, kostendeckend zu werden. Nach dem jetzigen Stand der Abonentenzahl (3000) ist das noch nicht drin. Hierzu Zahlen:

Kosten pro Ausgabe (einschließlich Ab-
betreuung, Satz, Druck, Vertrieb, Steuer-
berater und Werbung): 18.000,- DM.

Einnahmen pro Ausgabe (Abogebühren, Freiverkauf, Anzeigen, Stille Gesellschaft): 14.000,- DM.

Schätzl. 14.000,- DM.
Pro Ausgabe fehlen also 4.000,- DM;
macht 24.000,- DM im Jahr. Ihr müßt uns
helfen, diese 4.000,- DM, pro Ausgabe
wiederbekommen.

Wegzubekommen.
Wie?

1. Jeder Abonnent wirbt 1981 einen weiteren!! Wir wollen Ende 1981 mindestens 5.000 Abonnenten haben. Gebt die Zeitung rum, sprecht mit anderen darüber. Es gibt bestimmt noch viele Interessenten. Benutzt dazu auch das Faltblatt!

10. *What is the best way to increase sales?*

2. Freiverkauf verstärken und alle verkauften Exemplare abrechnen!
 3. Abo-Rechnung pünktlich und gewissenhaft bezahlen!

4. Stiller Gesellschafter werden! (Unterlagen in Münster anfordern)

Wir sind überzeugt, daß wir das zusammen schaffen können. Wir werden unseren Beitrag leisten. Vor allem die Zeitung noch besser, interessanter machen.

Die Redaktion

Bitte ausschneiden und senden an:

Pahl-Rugenstein Verlag

Gottesweg 54
5000 Köln 51

Ich abonneiere ab Heft _____ die Zweimonatszeitschrift DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN (zum Heftpreis von 3,50 DM zusätzlich 0,50 DM Versandkosten)

Ich möchte Kommanditist werden. Bitte senden Sie mir ausführlichere Informationen.

Ich möchte Ihre Zeitschrift weiterverbreiten. Bitte senden Sie mir weitere _____ Exemplare des Werbefaltblattes. Bitte senden Sie mir ab Heft _____ weitere _____ Exemplare jeder Ausgabe zum Weiterverkauf in Kommission.

sicht. Zutreffende bitte streichen —

Bitte senden Sie auch ein Probeheft an folgende Adresse:

Absender:

Datum:

(Bitte mit Telefon und Beruf)

(Unterschrift)

Spenden erbieten auf Konten:

DG — Gesellschaft zur Herausgabe gesundheitspolitischer Schriften mbH, Münster

**Bank für Gemeinwirtschaft Münster
10102947 (BLZ 40010111)
Postscheckamt Dortmund:
24962-465 (BLZ 44010046)**

Wegen Urlaub unseres Umweltredakteurs wird seine Serie in 3/81 fortgesetzt

Fotos in dieser Ausgabe von Jupp Menzen, (Köln),
dpa, konkret, Ingrid Hebel (Duisburg)