

# DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN

ZEITSCHRIFT FÜR GESUNDHEITS- UND SOZIALBERUFE



02-394711-07-01

423

BOEKER  
KARL

TARPENBECKSTR. 125

2000 HAMBURG 20

## Schwerpunkt: Psychosoziale Versorgung

Leben mit einer kranken Frau – Wohin bewegt sich die  
Psychiatrie – Selbsthilfe kontra Professionelle – Besuch  
bei den grauen Panthers – Psychiatriereform in der Praxis  
– Tagesklinik Siegburg

## Frau und Gesellschaft

Gesundheitsversorgung ausländischer Frauen –  
Frauenhäuser – Selbsthilfe nach Krebs

## Friedensbewegung

Initiativen im Gesundheitswesen

## Dokumente

Verrücktenbewegung in Dänemark – Ökonomie der  
Kostendämpfung – Ärzte gegen Atomrüstung

# 4/81

# der kommentar

## Psychiatrie-Reform: Anstöße von außerhalb lebenswichtig!

von Heiner Keupp

„Bewegung in der Psychiatrie“ – unter diesem Motto fand Ende Mai der „Mannheimer Kreis“ in Köln statt. Plakate und Buttons zu diesem nun schon traditionellen Treffen von Berufstätigen aller Berufsgruppen in der Psychiatrie zeigten das symbolträchtige Bild der Weiche und der durch sie regulierbaren Schienenstränge. Thema und Bild setzten Assoziationen und Fragen frei: Wohin bewegt sich denn die Psychiatrie in der Bundesrepublik? Wo bewegt sich denn überhaupt noch etwas? Gibt es eine Reformbewegung, die die Richtung der Veränderungen anzugeben vermag? Und bedeuten nicht die möglichen Weichenstellungen letztlich nur die Wahl zwischen immer schon ausgefahrenen Gleisen?

Wo ist Bewegung in der psychosozialen Versorgung? Da gibt es vor allem viele Rückzugsbewegungen! Die Bundesregierung ist zu mehr als einigen Rückzugsgefechten nicht in der Lage. Ließ die Enquête noch Raum für die Hoffnung oder auch nur Illusion, daß es Strukturveränderungen geben werde, so war die offizielle Antwort der Bundesregierung auf die Enquête ein einziges Credo, sich nicht verändernd einmischen zu wollen.

Zu auffällig war deren Bereitschaft, die vorgesehenen Mittel zugunsten anderer politischer Optionen zusammenzustreichen (etwa zur Aufbringung der „Türkeihilfe“). Die sich gegenwärtig in Bonn entwickelnde Diskussion über die in Zukunft erforderlichen Abstriche am sozialpolitischen status quo lassen nur noch für die Befürchtung Raum, daß von Bonn her nur solche Veränderungen zugelassen werden, die finanzpolitische Sparmöglichkeiten offerieren. In den Bundesländern ist mit einer ähnlichen Politik zu rechnen. Reformen, die Geld kosten, werden keine Chance haben.

Dort, wo öffentliche Leistungen reduziert werden können, werden die Schamswellen herabgesetzt werden. Hier ist bereits einiges in Bewegung geraten. Für private Politik und „marktgerechte Modelle“ gibt es eine sich rapide verbessernde Konjunktur. Der sich als Psychiatriereform preisende Abbau der Betten in den meisten Großkrankenhäusern ist das Ergebnis der „Verschubung“ von lästigen Patientengruppen in den privatwirtschaftlich aufblühenden Heimsektor. Auf der kommunalpolitischen Ebene schlagen natürlich die Politikmodelle der leeren Kassen ebenfalls voll durch. Dort wo in den 70er Jahren in Ansätzen gemeindenahе ambulante Einrichtungen aufgebaut wurden, ist deren Handlungsspielraum politisch noch längst nicht abgesichert. An vielen Orten (so etwa in Bayern) wird ihr Aufgabenbereich fast vollständig auf die Nachsorge hospitalisierter Patienten eingeeengt und Ansätze zur präventiven Arbeit im Stadtteil werden erschwert oder aus dem Zuständigkeitsbereich herausdefiniert.

Bewegung ist in die Psychiatrie der Bundesrepublik auch durch die Forderung nach Auflösung der Großkrankenhäuser gekommen. Sie ist das Ergebnis einer spät einsetzenden Radikalisierung der Reformgruppen in der Bundesrepublik. Wir mußten erst unsere Sozialstaats Hoffnungen als Illusionen erkennen, um mit einer Forderung in die Öffentlichkeit gehen zu können, die das Revier der psychiatrischen Versorgung neu politisiert. Die Politisierung besteht darin, daß Angehörige der Berufsgruppen, die das Funktionieren psychiatrischer Ausgrenzung durch ihre Alltagsarbeit garantieren müssen, das gesellschaftliche Mandat nicht mehr willig übernehmen. Psychiatrische Institutionen werden jetzt als Orte der Ausgrenzung benannt, an denen bestenfalls eine karitative Verwaltung des Elends stattfinden kann, aber die Hoffnung auf therapeutische Hilfe nicht zu erfüllen ist. Die Auflösungsforderung verbindet sich mit der Formulierung und dem Aufbau von ambulanten Alternativen im unmittelbaren gesellschaftlichen Lebenszusammenhang der Gemeinden. Die Richtung der Umorientierung läßt sich als Rekommunalisierung der psychosozialen Versorgung bezeichnen.

Soll sich die Psychiatrie in Richtung auf Auflösung und Rekommunalisierung bewegen, dann muß es uns gelingen, dafür ganz konkrete Handlungsmöglichkeiten zu formulieren, sie politisch abzusichern und die kritische Überprüfung unserer professionellen Beschränktheit und kurzfristigen Interessen sicherzustellen. Dazu einige Stichworte:

– Wir müssen Arbeitsmodelle der Auflösung entwickeln, die es dem Personal in den Großkrankenhäusern ermöglicht, Handlungsformen außerhalb der Institution zu erlernen und sich neue Arbeitsplätze aufzubauen. Es muß erkämpft werden, daß heute schon Patienten auf ihrem Weg zurück in ihren Lebensalltag vom Klinikpersonal begleitet und unterstützt werden können. Zugleich muß die Gefahr gesehen werden, daß die Verlagerung von Arbeitskapazitäten aus der Klinik heraus, als Möglichkeit der Personaleinsparung genutzt werden kann. Die gegenwärtige Verkopplung von Betten- und Personalschlüssel gibt hierfür geeignete Ansatzpunkte. Die Aufhebung dieser Verkopplung muß deshalb eine wichtige politische Forderung sein.

– Die Kraftreserven für eine Psychiatriereform, die mit keinem sozialstaatlichem Rückenwind mehr rechnen kann, dürfen nicht allein bei den Berufsgruppen in der Psychiatrie gesehen werden. Ihre institutionell begründeten Realängste (um den Arbeitsplatz, vor den Disziplinierungsmitteln einer hierarchisch organisierten Institution etc.) und ihre eingefahrene Arbeitsroutine stellen immer wieder retardierende Momente dar. Deshalb sind Initiativen von außerhalb für eine Veränderung so lebenswichtig. Die Arbeit der Beschwerdestellen stellt zur Zeit sicher den wichtigsten Beitrag zur Realisierung der Auflösungsforderung dar. Das ist für die Berufstätigen in den Institutionen sicherlich oft genug provozierend, weil sie ja Teil der Institution sind, die von den Beschwerdestellen attackiert werden. Aber die Psychiatriereform braucht diese Initiativarbeit (die mühsam erreichte Schlußresolution beim „Mannheimer Kreis“ hat dies unmißverständlich ausgedrückt)! Die Psychiatriereform braucht vor allem offensiv und parteilich arbeitende Betroffenengruppen.

– Wenn die Forderung nach Auflösung der Großkrankenhäuser damit begründet wird, daß professionelle Helfer nicht mehr bereit sind, das gesellschaftliche Mandat der Ausgrenzung als ausführende Organe zu übernehmen, dann muß das auch für die Rekommunalisierung der Psychiatrie gelten. Sie darf sich nicht als Allgegenwart professioneller „Psychoprofis“ im Alltag der Menschen realisieren. Rekommunalisierung verstanden als Repolitisierung psychischen Leidens und seiner gesellschaftlichen Bedingungen ist nicht mehr in Form professioneller Definitionen und Aktivitäten leistbar. Anstöße können und müssen von uns gegeben werden, aber die politische Umsetzung übersteigt die Möglichkeiten professionellen Handelns systematisch. Wir müssen uns für solche Grenzerfahrungen öffnen.

# IMPRESSUM

## Herausgeber

Heinz-Harald Abholz (West-Berlin), Hans-Ulrich Deppe (Frankfurt), Heiner Keupp (München), Brigitte Kluthe (Riedstadt), Hans Mausbach (Frankfurt), Wolfgang Münster (Langenberg), Christina Pötter (Giessen), Michael Regus (Siegen), Annette Schwarzenau (West-Berlin), Hans See (Frankfurt), Harald Skrobiles (Riedstadt), Peter Stössel (München), Alf Trojan (Hamburg), Barbara Wille (Göttingen), Erich Wulff (Hannover).

## Redaktion:

Gesundheitsversorgung: Detlev Uhlenbrock, Peter Walger; Arbeits- und Lebensverhältnisse: Norbert Andersch, Gregor Weinrich; Umwelt: Uwe Schmitz; Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen: Mathias 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; Medizinisch-ethnologische 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.

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

Koordinierende Redaktion und Anzeigenverwaltung: Ullrich Raupp, Spuckstr. 61, 4190 Kleeve, Tel. (02821) 26561 (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

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: Postscheckamt Köln 6514-503, Stadtparkasse Köln 106 522 38.

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

Redaktions- und Anzeigenschluß für Nr. 5/81: 13. 8. 1981, Auflage 4000.

Graphik: Christian Paulsen

lay-out: N. Andersch, C. H. Copack, U. Schmitz, D. Uhlenbrock, G. Weinrich

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

JSSN: Nr. 0172-7091



Die medizinische Diagnose lautet Krebs. Wie sehr diese Erkrankung das Leben der Betroffenen verändert und wie hilflos die professionellen Helfer sind, beschreibt der Artikel „Leben mit einer kranken Frau“.



Der Sternmarsch nach Bonn mit der Forderung „Auflösung der Großkrankenhäuser“ hat Ängste und Hoffnungen ausgelöst. DG erörtert mit den Initiatoren, den Vorstandsmitgliedern der DGSP Perspektiven der Psychiatriereform.



Die Bewegung gegen die „Nachrüstung“ wird immer breiter. Der Krefelder Appell hat inzwischen über 1 Million Unterstützer gefunden. Auch im Gesundheitswesen wenden sich immer mehr Beschäftigte gegen Atomrüstung.

# DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN

## Inhaltsverzeichnis

### Kommentar

von Heiner Keupp

### Schwerpunkt:

#### Neue Wege der psychosozialen Versorgung

|  |    |
|--|----|
| Leben mit einer kranken Frau                                 | 12 |
| Wohin bewegt sich die Psychiatrie                            | 15 |
| Frauenselbsthilfe nach Krebs                                 | 18 |
| Selbsthilfegruppen als Ersatz für professionelle Leistungen? | 20 |
| Bundesweite Psychiatriezeitung „Türspalt“                    | 22 |
| Beschwerdekommision: Mittel der Wahl?                        | 25 |
| Für uns ist niemand zu alt – Besuch bei den „Grauen Panther“ | 26 |
| Frauenhäuser   | 28 |
| Psychiatriereform in der Praxis                              | 40 |

### Gesundheitsversorgung

|   |    |
|---|----|
| Gesundheitsversorgung ausländischer Frauen in der BRD | 19 |
|---|----|

### Umwelt und Gesundheit

|                      |    |
|----------------------|----|
| Patient Trinkwasser? | 32 |
|----------------------|----|

### Gesundheitspolitik

|                                 |    |
|---------------------------------|----|
| Trierer Ärztetag: perspektivlos | 29 |
|---------------------------------|----|

### Demokratie und Gesundheitswesen

|  |    |
|--|----|
| Beschäftigte des Gesundheitswesens gegen Atomrüstung | 30 |
|--|----|

### Pharma- und Geräteindustrie

|                       |    |
|-----------------------|----|
| Noch nicht genug Tote | 34 |
|-----------------------|----|

### Dokumente

|  |     |
|--|-----|
| Ökonomische Bedingungen der Kostendämpfung I                         |     |
| ÖTV bleibt im kirchlichen Bereich aktiv                              | III |
| Über die Verrücktenbewegung in Dänemark                              | IV  |
| I. Internationaler Ärztekongress für die Verhütung eines Atomkrieges | VI  |
| Internationale Konferenz „Atomkrieg in Europa“ VI                    |     |

### Rubriken

|                       |    |
|-----------------------|----|
| Leserbriefe           | 2  |
| Aktuelles             | 6  |
| Termine/Verschiedenes | 11 |
| Kongreßbericht        | 35 |
| Buchkritik            | 36 |

Wir möchten alle Leser auf die Beilage des J. Croom-Verlages zum Buch: „Krankheit und Soziale Lage“ besonders hinweisen.



# Leser-Briefe

## „Arbeitsmedizin“ (DG 3/81)

Liebe Kollegen!

Eure Abhandlung zum Thema Arbeitsmedizin ist sehr umfassend und zeigt auch eine gewisse gewerkschaftliche Perspektive auf.

Aber insgesamt bekommt der Leser doch einen Eindruck von einer ziemlich schwierigen und nicht sehr effektiven Art der Medizin, die besonders durch den deprimierenden Bericht über die betriebsärztliche Betreuung des Krankenhauses noch verdeutlicht wird.

Nun gehört das Krankenhaus zu den Betrieben, wo man den Gedanken des Arbeitsschutzes am schwersten umsetzen kann, da hier die beiden Vorstellungen der Medizin frontal aufeinanderprallen:

Die kurative Krankenhausmedizin und die vorsorgende Arbeitsmedizin. Im Krankenhaus dreht sich alles um die Patienten oder in der erstarrten Hierarchie, die Beschäftigten opfern sich teilweise für die Patienten – dabei sind die Beschäftigten des Krankenhauses die am schlechtesten arbeitsmedizinisch versorgten. Über Hygiene am Arbeitsplatz, über vorsorgenden Gesundheitsschutz für die Beschäftigten – darüber lacht man nur.

Im Krankenhaus wird munter mit dem Mund pipettiert, ohne Handschuhe aus Zeitdruck gearbeitet, ohne Schutz im Strahlengang operiert und ähnliches mehr.

Ich spreche hier aus eigener Erfahrung, denn ich bin selbst seit zwei Jahren Betriebsärztin in einem überbetrieblichen Zentrum. Aus der Sicht des Betriebsarztes möchte ich die Arbeitsmedizin ein wenig positiver darstellen, als sie in linken Blättern immer dargestellt wird:

Ich bin Internistin. Ich habe 7 Jahre im Krankenhaus geschuftet – so würde ich das bezeichnen: ich habe meine Nächte und Wochenenden im Krankenhaus verbracht, ich hatte meine 70-Stunden-Wochen und ich habe mir eben gesagt: das mußt Du durchhalten, damit Du etwas lernst.

Ich habe es durchgehalten. Zur zeitlichen Belastung kam auch noch die physische: sterbende Leute, Krebskranke – es bedrückte mich doch sehr.

Nun habe ich eine geregelte 40-Stunden-Woche, ich verdiene so viel, wie in der Klinik mit fünf Nachtdiensten im Monat. Ich habe ein schönes eigenes Zimmer mit ergonomischem Stuhl: im Krankenhaus hockten wir immer zu dritt oder zu viert auf einem Arztzimmer.

In meinen Betrieben habe ich noch keinen tödlichen Unfall erlebt – meine Aufgabe besteht ja auch darin, dafür Sorge zu tragen, daß diese erstens nicht vorkommen und daß zweitens die Erst-Helfer wissen, was zu tun ist, wenn etwas passiert.

So mache ich Erst-Helfer Nachschulungen im Betrieb bei den Kumpels: wir üben Lagerungen, Rettungsrufe und tüfteln Rettungswege aus. Ich mache viele Betriebsbesichtigungen, sehe mir die Krankkabinen von den Kranfahrern an, veranlasse Messungen der gefährlichen Arbeitsstoffe und höre mir in Einzelgesprächen die Sorgen der Kollegen an.

In der Arbeitsmedizin sitzt vor mir nicht der kranke Patient, der im Arzt seine einzige Rettung seiner Leiden erblickt.

In den Betrieben spreche ich mit in der Regel gesunden Leuten. Das Verhältnis zu den Leuten, die ich untersu-

che, ist auch ein anderes, als das übliche Arzt-Patienten-Verhältnis: wenn dem Kumpel das nicht gefällt, was ich mache, dann beschwert er sich beim Betriebsrat über mich oder er fragt mich in der Betriebsversammlung, warum ich dieses und jenes mache.

Dann muß ich dazu Stellung nehmen und ich kann mich schlecht hinter medizinischen Fachausdrücken verbergen, denn dann habe ich das Vertrauen der Kumpels verspielt.

So kann man als Betriebsärztin doch allerhand bewirken: denn ich frage hier den Leser: nützt ein gesunder Arbeitnehmer nur dem Arbeitgeber oder nicht auch ihm selbst, dem Arbeitnehmer?

Was wir brauchen sind engagierte Arbeitsmediziner, die eine arbeitsplatzbezogene Arbeitsmedizin machen und die auch konfliktfreudig sind: um Konflikte für das Wohl des Arbeitnehmers auszutragen mit dem medizinischen Sachverstand, den wir uns in mühevoller Kleinarbeit in der Klinik zugelegt haben!

Inge Zeller  
Neuer Graben 73  
4600 Dortmund



1. Reihe links Karsten Vilmar, rechts Helmuth Klotz

## Deutscher Ärztetag '81

Sehr geehrter Dr. Muschallik!

Folgende Resolution wurde auf der Vollversammlung der Kölner Medizinstudenten am 20. Mai 1981 mit ca. 300 Ja-Stimmen, bei 8 Nein-Stimmen und 15 Enthaltungen angenommen:

Auf dem Deutschen Ärztetag in Trier hat der Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Dr. Muschallik die Kassenärzte aufgefordert, „kritischer und behutsamer“ mit der Ausstellung von Krankschreibungen umzugehen, weil – so Muschallik sinngemäß – die deutsche Wirtschaft jährlich durch Krankschreibungen mit 30 Milliarden DM belastet würde.

Die Vollversammlung der Kölner Medizinstudenten vom 20. 5. 1981 protestiert aufs schärfste gegen diese Äußerungen eines der höchsten Ärztefunktionäre.

In einer Zeit, in der durch Rationalisierung die Arbeits-  
hetze und damit die Gesundheitsgefährdung ungeheuer zugenommen hat, gleichzeitig aber aus Angst, den Arbeitsplatz zu verlieren, die Schwelle, zum Arzt zu gehen, so und so schon gestiegen ist – sind die Äußerungen des KV-Vorsitzenden schlicht als Provokation zu werten.

Wir als zukünftige Ärzte werden uns auf jeden Fall nicht als Anwälte der Wirtschaft, sondern als Anwälte der Patienten engagieren!

Studentenschaft  
der Medizin, Fakultät  
5000 Köln

## „Der Bayernvertrag“ (DG 3/81)

Liebe DG-Redakteure!

Manchmal möchte man es tatsächlich mit dem alt-puritanischen Glaubenssatz halten, daß Glück nur hat, wer tüchtig ist und lauter.

Ihr hattet Pech: Kaum ging DG 3/81 in den Verteiler, da hielten die „Bayern-Vertrag“-Partner – am 14. 5. 1981 – schon wieder eine Pressekonferenz ab und präsentierten nun Fakten, die weitgehend vergessen machen, was sie neun Monate vorher verkündet hatten – und Ihr neun Monate danach wie eine Neuigkeit verbreitet. Zugegeben, es ist nicht leicht, mit Berichterstattung und Kommentar stets auf dem Stand der Dinge zu sein. Doch zu leicht habt Ihr es Euch im vorliegenden Fall gemacht: gezaudert, bis die Erkenntnisse von den Ereignissen überholt worden waren, und nicht einmal die Chance des Abwertens genutzt, um neue Entwicklungen (wie z. B. die nahezu „Bayernvertrag“-konformen Empfehlungen des BdO und der KBV!) noch im Artikel zu berücksichtigen.

Schade für Eure BV-interessierten Leser, daß dem recht oberflächlichen Kommentar in DG 1/79 jetzt ein ziemlich abgestandener Bericht folgte. Gut nur, daß dieser nicht zu viel Arbeit machte – denn schließlich enthält Kaisers Opus recht ausführliche, als solche freilich nicht ausgewiesene Zitate und locker paraphrasierte Passagen aus dem Manuskript eines Vortrags, den ich im letzten Oktober gehalten habe (vgl. Anlage)!

Ich bin erstaunt, daß Abschreiben so lange dauert, neugierig, woher Ihr wohl das Manuskript bekommen habt, und etwas verärgert, weil Rolf Kaiser nicht einmal Kontakt mit mir aufnahm, bevor er meinen „Königsweg“-Vortrag als Redigier-Vorlage benutzte.

Gewiß, Ihr seid sehr knapp bei Kasse. Doch meine ich, mit verspäteten Plagiaten aus aktualitätsgebundenen Materialien rettet Ihr das Blatt ganz sicher nicht. Oder haltet Ihr etwa dieses Verfahren für einen ... Kaiser-Weg zur Kostendämpfung im „Demokratischen Gesundheitswesen“?

Walter Satzinger  
Stetten 3, 8201 Amerang

## Berufsverbote

Liebe Kollegen, liebe Freunde,  
ich möchte allen, die mich bei meinem Berufsverbotsverfahren unterstützt haben (durch Briefe, Resolutionen, Veröffentlichungen usw.), nochmal persönlich ganz herzlich danken! Für die, die es noch nicht wissen sollten: Seit dem 1. Juni arbeite ich im LKH Wunstorf (und trotz des jetzt wieder frühen Aufstehens macht's mir Spaß!).

Das Land Niedersachsen hatte mir kurz vor der Berufungsverhandlung einen auf drei Jahre befristeten Arbeitsvertrag angeboten, sodaß ich jetzt meine Facharztausbildung fortsetzen kann.

Ich finde, daß das ein ganz großer Erfolg der Bewegung gegen die Berufsverbote ist. Jede Unterschrift, jeder einzelne Brief hat mit dazu beigetragen, daß das erreicht werden konnte. Die Zeit war für mich persönlich nicht immer einfach, und es hat mich dabei immer wieder ermutigt, eure Solidarität zu spüren. Doch der Einsatz hat sich gelohnt!

Mir gibt das Auftrieb, auch weiterhin gegen die Berufsverbote zu kämpfen. Deshalb möchte ich auch andere ermuntern, sich weiterhin für die demokratischen Rechte einzusetzen, überall, wo sie bedroht sind.

Ihr habt mir und damit letzten Endes auch der Demokratie in diesem Land sehr geholfen.

Herzliche Grüße und (nicht, daß ich's vergesse) weg mit den Berufsverboten!

Dr. Regina Dickmann  
Altenhägerstr. 13  
3051 Hagenburg



# Leser- Briefe

## „Physikum 1981;

**Presseerklärung des Bundes gewerkschaftlicher Ärzte in der ÖTV“ in DG 3/81, S. 6**

Liebes Redaktionsteam,  
der in o.g. Presseerklärung vorgenommenen Einschätzung des „multiple-choice“-Prüfungsverfahrens als ein – in diesem Frühjahr „amokgelaufenes“ – Selektionsinstrument herrschender Ärzegruppen zur Privilegiensicherung ist unbedingt zuzustimmen.

Widersprechen möchte ich jedoch der Aussage, das vorliegende Prüfungsergebnis sei weder auf ein Versagen der Studenten noch auf ein mangelndes Lehrangebot zurückzuführen. Im Gegenteil: neben der inzwischen zur Genüge bekannten Unzulänglichkeit des Prüfungsverfahrens selbst ist Hauptursache sowohl dieser als auch aller noch zu erwartender Prüfungskatastrophen meiner Ansicht nach gerade ein „mangelndes Lehrangebot“ – ein Qualitätsmangel nämlich.

Prüfungen markieren in der Regel das Ende einer Ausbildung oder eines Ausbildungsabschnitts. Neben in- adäquaten Prüfungsmethoden kommen also gerade Ausbildungsmängel als Ursache derart eklatant hoher Durchfallquoten in Betracht. Da angesichts der unsinnigen numerus-clausus-Regelung nicht anzunehmen ist, heutige Medizinstudenten seien dümmer oder gar fauler als ihre Vorgänger (das massenhafte Auftreten eines scheuklappenbehafteten Strebertypus an den medizinischen Fakultäten deutet eher auf das Gegenteil hin), ist gerade das Lehrangebot einer kritischen Überprüfung zu unterziehen und zwar sowohl bezüglich der Inhalte als auch der Art, wie die Vermittlung dieser Inhalte organisiert ist.

Die zweifelsohne notwendige Abschaffung des gegenwärtigen „multiple-choice“-Prüfungsverfahrens wird also solange nur kosmetische Korrektur bleiben, solange sie nicht mit einer grundlegenden Veränderung der Medizinerausbildung einhergeht. Diese jedoch wird anders aussehen müssen, als es sich manche Köpfe in den Spitzenverbänden der ärztlichen Standesorganisationen ausmalen!

Deshalb: Ja zu Abschaffung des gegenwärtigen Prüfungsmodus – darüberhinaus aber verstärkte Bemühungen um die Veränderung einer Medizinerausbildung, die z. Z. alles andere als patientenorientiert und gesundheits- bzw. gesellschaftspolitisch sinnvoll ist.

Jochen Ostermann  
Mühlenstraße 1a  
3400 Göttingen

## Psychiatrie

### Das Dilemma der Neuen Psychiatrie in Italien (Leserbrief von K. Toemmler)

Ich möchte aus dem Leserbrief von K. Toemmler nur einen Punkt kurz herausgreifen, den ich für sehr problematisch halte. Toemmler hält es für einen Rückschritt, daß die Psychiatrie wieder in die Allgemeinmedizin eingegliedert wird, da dies einer rein organmedizinischen Erklärung Vorschub leisten würde.

Ich meine, daß diese Wiedereingliederung ein großer Fortschritt sein kann, wenn sie unter mehreren Voraussetzungen geschieht:

1. Mit der Wiedereingliederung ist keine Unterordnung unter die Organmedizin verbunden, auch kein losgelöstes Nebeneinander, sondern es wird versucht, den



Menschen endlich einmal als Einheit von Soma und Psyche zu begreifen und damit die Therapiemöglichkeiten für beides zu verbessern.

2. Ein weiterer Fortschritt wäre auch der, das die psychiatrische Erkrankung nicht mehr so ausgegrenzt wäre, nicht mehr der Bekloppte, der Irre, der Verrückte wäre, vor dem man sich hüten müßte, mit dem man nicht in Berührung kommen darf, etc., etc., sondern daß eine solche Erkrankung eine etwas „normalere“ Erkrankung sein könnte, wie z. B. eine Blinddarmentzündung. Mit dieser Senkung der Diskriminierung und damit auch Senkung der Angst vor solchen Krankheiten wäre eine Therapie auch in den Fällen möglich, in denen jetzt noch die Angst zu groß ist, um frühzeitig psychische Probleme zuzugeben und damit in die Therapie einzutreten. (Und dies gilt nicht nur für ländliche Gebiete im Vogelsberg)

3. Ein dritter Aspekt, der wohl mehr noch eine langfristige Hoffnung ist, wäre eine notwendige Verbesserung der Ausbildung der Mediziner. Die gegenwärtige Situation, daß man einmal 20 Seiten Definition der Medizinischen Psychologie, einmal 20 Seiten Definitionen der Psychiatrie auswendiglernen muß, um ein Examen zu bestehen, und damit die Ausbildung auf diesem Sektor schon beendet ist, ist einfach eine Katastrophe, da hierbei die Menschlichkeit von der Apparate- und Labormedizin erdrückt wird.

Dies sind nur 3 Aspekte, die sich auch sicher nicht von allein einstellen, sondern die wohl auch einige Anstrengung der fortschrittlichen Medizinerbewegung nötig haben.

Albrecht Henn  
Bismarckstr. 48  
6300 Gießen

## Pflegeberufe

Beiliegenden Artikel habe ich aus der Wut und Enttäuschung heraus über die Reaktion unserer Mitarbeiter auf eine Flugblatt-Aktion (der Azubis mit der ÖTV zusammen) geschrieben. Könntet Ihr damit nicht eine Diskussion anleiten über die liebe „Berufsethik“. Bei uns ist z. Z. allerhand los, denn so etwas Revolutionsähnliches hat es in Lehre noch nie gegeben. – Bin ca. 10 Jahre lang Unterrichtsschwester gewesen und kenne die „Einstellungen zum Beruf“ zur Genüge. Doch wenn man die Meinungen geballt hört und sich, wie ich jetzt, gegen alle möglichen Leute verteidigen muß, wird einem wiederum so richtig bewußt, wie reaktionär viele Mitarbeiter sind.

### Bescheidener Vorschlag zur Wiedereinführung des Mittelalters

Wissen Sie, ich habe festgestellt, die Jugend von heute kann überhaupt nicht mehr arbeiten, sie ist labil und unzuverlässig. Sie redet andauernd von ihren Rechten, aber daß der Mensch schließlich Pflichten hat, das begreift sie nicht. Diese Besserwisser sollten erstmal das leisten, was wir früher bringen mußten. Da hat man uns rangenommen, wir haben den ganzen Tag gearbeitet, und in der Mittagspause oder abends nach Dienstschluß hatten wir unseren Unterricht. Sehen Sie sich doch das Ergebnis dieser straffen Ordnung an: Wir Alten können noch arbeiten, wir regen uns nicht gleich auf, wenn man mal längerbleiben muß. Zugegeben, es kommt ziemlich oft vor. Aber woran liegt denn das? Es sind genügend Leute da, der Mangel entsteht doch nur durch diese neue Dienstplanregelung. Sie sagen, sie könnten nur vormittags oder nachmittags arbeiten, weil die Kinder zu Hause warten usw. Ja, das paßt eben alles nicht zusammen. Wie kann ich neben unserem schweren Beruf als Krankenschwester auch noch Ansprüche haben auf ein ausgedehntes Privatleben!

Diese Leute haben den Sinn unserer Arbeit überhaupt nicht begriffen. Der Patient braucht mich von morgens bis abends, wir können doch nicht verlangen, daß der Schwerkranke sich alle acht Stunden auf jemanden anders einstellt. Der hilflose Mensch steht für mich im Vordergrund, ich arbeite schließlich auf Berufung.

Und ausgerechnet diese jungen Leute, die noch nie richtig gearbeitet haben, die machen „Aktionen“ oder wie das diese Radikalinskas von der Gewerkschaft nennen, Ihre angeblich berechtigten Forderungen nach einer besseren Ausbildung sind doch einfach lächerlich. Situationen wie die jetzige, daß über 4 Monate auf eine Unterrichtsschwester verzichtet werden muß, hat es in der beinahe 30jährigen Geschichte unserer Krankenpflegeschule wiederholt gegeben, ohne daß das Ausbildungsziel nicht erreicht oder gefährdet gewesen wäre. Da müssen wir eben durch. Aber das geht nur, indem wir zusammenhalten statt uns zu zerstreuen. Wir sitzen doch alle in einem Boot! Aber von denen ist ja keiner in der Lage, Fakten von Politik zu trennen. Mit ihrem Flugblatt haben sie unserem Hause nur geschadet. Komisch, dafür haben sie Zeit. Rauschmeißeln sollte man diese Rädelsführer alle und Strafanzeige stellen wegen krimineller Handlung. Sollen sie doch Maurer werden oder Schneiderin. Meintwegen sollen sie nach der Ausbildung mit ihrer Gewerkschaft selig werden, aber jetzt müssen sie erstmal lernen, was arbeiten heißt. Sie müssen als Schüler auch mal was schlucken, was ihnen nicht paßt. Lehrjahre sind eben keine Herrenjahre!

Ellen Schernikau  
Pflegedienstleiterin  
eines Kreiskrankenhauses

# Leser- Briefe

## „Alkoholkrank, ambulant behandeln!“ (DG 2/81)

Werte Kollegen!

In dem genannten Artikel stellt der Verfasser die These auf: Es ist empfehlenswerter, eine Alkoholkrankung ambulant als stationär zu behandeln. Wörtlich heißt es: „Den Alkoholkranken möglichst zu einer ambulanten Behandlung motivieren!“ – Das soll nicht unwidersprochen bleiben.

Sicherlich hat der Verfasser recht mit seiner Kritik an den meisten stationären Einrichtungen, insbesondere an den Landeskrankenhäusern. Die Zustände dort, Ausstattung, Konzeption usw. kann und will ich nicht verteidigen.

Doch kann das die Schlußfolgerung rechtfertigen: Dann lieber ambulant behandeln und letztlich – dann die stationären Einrichtungen schließen?

Was geschieht beispielsweise mit den Alkoholikern, die schwere medizinische Schäden im Laufe ihrer Suchtkarriere erworben haben. Was ist bei Alkoholikern, die schwerwiegende psychosoziale Schwierigkeiten haben, die obdachlos sind, arbeitsunfähig, deren soziale Kontakte zur Familie zerstört sind, die nur noch mit ihresgleichen Umgang pflegen?

Wie will Alf Trojan diesen Personenkreis ambulant behandeln? Ich meine, es gibt eine große Zahl von Alkoholikern, die nicht mehr in der Lage sind, für Therapie-voraussetzungen wie Obdach, Körperhygiene, Verpflegung, Nüchternheit selbst zu sorgen. Dieser Personenkreis kann nur dann Therapie machen, wenn ihm diese Sorge abgenommen ist, wenn er aus dem gewohnten, perspektivlosen Milieu herauskommt. Es gibt nach meiner Auffassung sehr viele Alkoholiker, die einer stationären Therapie bedürfen – wobei dann sicherlich eine therapeutische Wohngemeinschaft und kleine Fachkliniken den Landeskrankenhäusern vorzuziehen sind.

Es kann nicht bei einem Vergleich von stationärer und ambulanter Therapie um ein „entweder-oder“ gehen, die Therapieformen müssen sich ergänzen. Und dabei muß nüchtern festgestellt werden: Es gibt zu wenig Angebote, sowohl an ambulanten Behandlungsmöglichkeiten wie an qualifizierten Therapieplätzen. Leider gibt es im Zuge der allgemeinen Finanzknappheit kaum Bereitschaft der politischen Instanzen und der Rehabilitationsträger hier etwas zu verändern.

Ein zweiter Kritikpunkt an dem Artikel von Alf Trojan: Es wird zwar festgestellt, daß die Ärzte zu wenig über Alkoholismus und Behandlungsmöglichkeiten wissen. Allerdings beläßt es Alf Trojan bei der Feststellung und einer Aufforderung an die Ausbildung, dies zu verändern.

Gerade das Versagen bzw. die Überforderung der Medizin mit dem Suchtproblem, speziell der Beratung und Motivierung von Abhängigen war ja der Grund, daß Drogenberatungsstellen, psychosoziale Beratungsstellen, therapeutische Wohngemeinschaften geschaffen wurden. Und aus der Einsicht heraus, daß die medizinische Komponente bei einer Abhängigkeit eher nachrangig ist und stattdessen psychische und soziale Probleme von ursächlicher Bedeutung sind, arbeiten in diesen Einrichtungen Sozialarbeiter und Sozialpädagogen und andere sozialwissenschaftliche Berufe. Auch die Drogenberatungsstellen, früher nur mit Abhängigkeiten illegaler Drogen befaßt, müssen sich immer mehr mit Alkoholikern, Medikamentenabhängigen und polyvalent Abhängigen beschäftigen.

Die Mediziner sollten sich die Erfahrungen der Beratungsstellen, die hauptberuflich und seit Jahren mit Abhängigen arbeiten, zunutze machen.

In der Berufspraxis fehlt es sehr häufig an einer Bereitschaft zum Zusammenhang. Manchmal hat man als Drogenberater den Eindruck, daß das Verhältnis einzelner Medizinerkollegen zu den Mitarbeitern in den Beratungsstellen mehr von Statusdenken beeinflusst wird.

Ob es nun um Prävention, Frühdiagnostik, ambulante Therapie oder sozialpädagogische Maßnahmen, um Motivationsprobleme, Entzugsbehandlung, stationäre Behandlung oder Nachsorge geht, eine Zusammenarbeit von medizinischen mit den sozialpädagogischen Berufen ist im Sinne der Abhängigen notwendig. Insbesondere muß es gelingen, die Einsicht in die Bedeutung psychischer und sozialer Probleme für das Entstehen von Abhängigkeiten weiter zu verbreitern.

Im Artikel von Alf Trojan wird das jedoch nicht angesprochen.

Ich hoffe, trotz meiner abweichenden Meinung zu Alf Trojans Artikel, daß in Ihrer Zeitschrift das Thema Sucht und Therapie weiter diskutiert wird und auch die Erfahrungen aus Beratungsstellen usw. stärker einfließen.

Mit freundlichen Grüßen

Norbert Schäfers

Mitarbeiter der Jugend- und Drogenberatungsstelle des  
Jugendhilfe e.V. in Bottrop



## Kostendämpfung im Gesundheitswesen

Wir waren bisher ein kleiner Kreis zumeist niedergelassener Ärzte im norddeutschen Raum. Da wir mit den Auswirkungen und Zwängen der Kassenmedizin nicht einverstanden waren und sind, haben wir in der Vergangenheit mehrfach Treffen in kleinerem Kreis gehabt. Diese Treffen bestanden in der Hauptsache aus Erfahrungsaustausch und Diskussion von Problemen der Praxisorganisation. Aus den Diskussionen, die sich durch unsere aktive Teilnahme am Gesundheitstag '80 in Berlin ergaben, entstand das Bedürfnis, stärker in die ärztliche Gesundheitspolitik einzugreifen. Insbesondere wollten wir uns an den in Hessen und Nordrhein-Westfalen gewonnenen Erfahrungen in der oppositionellen Kammerarbeit orientieren. Wir luden am 14. 3. 1981 daher uns bekannte Kollegen zum Thema „Kostendämpfung im Gesundheitswesen“ zu einem Erfahrungsaustausch ein.

Ca. 20 Leute, überwiegend niedergelassene Ärzte, kamen zusammen. Nachdem der Kollege S. Lauinger aus Kiel mit seinem Referat zur Kostendämpfung die ökonomischen Bedingungen der von uns betriebenen Medizin dargelegt hatte, zeigte es sich in der Diskussion, daß es für den einzelnen Arzt nicht so einfach ist, in dem Gestrüpp von Demagogie und Angstmacherei von seiten der Standesorganisationen und dem Ehrenberg-Ministerium die komplizierten Zusammenhänge zu durchschauen und einen klaren Standpunkt zu beziehen. Das ist wohl auch der Grund, warum die Standesorganisationen mit der Einhungung der

Gesundheitspolitik auf Einkommenssicherung der Ärzte bei den meisten Kollegen bis jetzt noch Unterstützung finden. Man muß schon den Mut haben, über den Bereich der Gesundheits- und Sozialpolitik hinauszuschauen und die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen miteinbeziehen, das heißt, die Kosten im Gesundheitswesen müssen in Relation gesehen werden zu den Gewinnen der Großkonzerne, spez. auch der Pharmazeutischen Industrie, sowie zu den Ausgaben in anderen Bereichen des Staatshaushaltes, insbesondere dem Rüstungsetat. Dann wird deutlich, daß die Diskussion um Kostendämpfung, so wie sie derzeit geführt wird, nur dem Zweck dient, im Gesundheitswesen auf Kosten der Sozialversicherten und der Ärzte Geld einzusparen, das zur Aufstockung anderer Etats gebraucht wird. Die fatale Einseitigkeit dieser Herangehensweise wird deutlich, wenn man sich zum einen die enormen Steigerungen im Rüstungsbereich vergewärtigt, zum anderen, wenn man bedenkt, daß Forschung über Krankheitsfrüherkennung und -verhütung, besonders im arbeitsmedizinischen Bereich, völlig unzureichend betrieben wird. Eine Änderung der Standespolitik ist offensichtlich nur dadurch zu erreichen, daß diese Zusammenhänge mehr Kollegen als bisher deutlich gemacht werden.

Damit kamen wir an den Punkt, welche Möglichkeiten speziell auch wir niedergelassene Kollegen haben, gesundheitspolitisch zu arbeiten. Gespannt verfolgten die Anwesenden den ausführlichen Bericht von E. Girth aus Frankfurt über die Arbeit der Liste Demokratischer Ärzte in der Landesärztekammer Hessen. Nach einer angeregten und interessierten Diskussion waren sich die Anwesenden am Schluß darin einig, daß auch in regionalen in den jeweiligen Kammerbereichen die Möglichkeiten, oppositionelle Listen zu bilden, untersucht werden sollten. Damit sollen die ersten Schritte getan werden, um in positivem Sinne in die Standespolitik einzugreifen, und um langfristig zu erreichen, daß die Ärzteschaft nicht in Konfrontation sondern in Zusammenarbeit mit den anderen Bereichen des Gesundheitswesens den Sozialversicherten und ihren Gewerkschaften ein demokratisches Gesundheitswesen erarbeitet. Die Teilnehmer waren sich darüber einig, daß auch in Zukunft im norddeutschen Raum Diskussionsveranstaltungen dieser Art stattfinden sollen. Wir werden versuchen, weitere Veranstaltungen im Demokratischen Gesundheitswesen zu veröffentlichen.

Kontaktadressen:

M.-H. Streicher, Lindenhofstr. 4, 2800 Bremen  
S. Lauinger, Wehdenweg 32, 2300 Kiel 14  
P. Reibisch, Neumühlener Str. 49, 2300 Kiel 14

## Abrüstung

Sehr geehrte Damen und Herren!

Ich erlaube mir, Ihnen beiliegend ein Flugblatt zu übersenden, in dem eine große Zahl der Beschäftigten der Göttinger Universitätsklinik zur Unterzeichnung des Krefelder Appells gegen die Stationierung von Atom-mittelstreckenraketen in Europa aufrufen.

Wir halten es für unverantwortlich, der Bevölkerung eine Sicherheit in einem Atomkrieg vorzutauschen.

Angesichts der Bedeutung für unser Land wollen wir die Bevölkerung eindrucklich auf ihre Mitverantwortung und ihre Einflußmöglichkeit hinweisen.

Ein Mediziner kann sich nicht verantwortungsvoll um das Leben eines einzelnen Individuums kümmern, wenn er den möglichen Tod von Millionen zuläßt.

Ich wäre Ihnen dankbar, wenn Sie durch eine geeignete Publikation die Aktion unterstützen würden.

Für Rückfragen stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung: im Klinikum über Tel. 0551/39 60 38 privat: 0551/9 31 80

Dr. med. Alois Gerl  
Oberarzt der Neurochirurgie  
Universitätsklinik Göttingen  
Robert-Koch-Str. 40  
3400 Göttingen

Anmerkung der Redaktion: siehe Dokumentations-  
teil

# Leser- Briefe

## Abrüstung (DG 2/81)

Wir schreiben das Jahr 1985, ein heißer Tag im Juli. Es ist Mittag, die Sonne steht fast im Zenit. Wetzlar's Bürger tun gerade das, was sie Mittags immer tun: schlafen, arbeiten, essen, mit Kindern spazieren gehen – und so fort. In den Jahren 1981 bis 1983 war es in Wetzlar und anderenorts zu einer breiten Bewegung gegen die Stationierung der neuen NATO-Raketen in der BRD gekommen – aber nicht stark genug. Zu wenig Mitbürger waren bereit, die drohende Gefahr wahrzunehmen, zu wenige glaubten den Argumenten derjenigen, die von Atomkrieg sprachen. Man wollte halt seine Ruhe haben. Und nun standen schon seit zwei Jahren in Annerod bei Gießen die neuen Pershing II-Raketen. Technisch perfekt, vom potentiellen Gegner im Flug nicht zu orten, zielgenau auf wenige Meter, vor der Explosion 50–70 m in den Boden eindringend – ideal zum Ausschalten der gegnerischen Atomraketen-Silos.

Aber nichts war bisher passiert – oder?

Doch – es war sehr viel passiert. Der potentielle Gegner, sprich die Sowjetunion, hatte die Bedrohung seines Territoriums erkannt und entsprechende Antwortraketen bereitgestellt. Man hatte auch dort klar gesagt, daß im Falle eines Angriffs auf sowjetisches Territorium die Vergeltungsraketen dort ankommen würden, wo die anderen gestartet seien. Also nicht mehr nur in den USA, sondern auch in Westeuropa, in der Bundesrepublik Deutschland – in Annerod.

Man könnte zum Fortgang des Planspiels nun mehrere Varianten zum Zuge kommen lassen – nehmen wir die „neutralste“ – denn wer auch immer beginnt mit dem Angriff – die Folgen sind die gleichen.

Wir sind wieder am oben geschilderten Julitag 1985. Es ist 12.33 Uhr. Der Alarmcomputer der NATO-Raketenstreitkräfte meldet einen sowjetischen Raketenangriff auf Westeuropäisches Territorium. Zuletzt geschah so etwas 1980 in den USA. Damals betrug die Frühwarnzeit noch 15 Minuten und als das ganze als Computerfehler erkannt wurde, konnte man die gestarteten Atombomben noch zurückbeordern. Jetzt aber betrügt die Frühwarnzeit nur noch 4 Minuten – und als der Computerfehler um 12.34 Uhr erkannt wird, sind die vermeintlichen Antwortraketen der NATO unwiderruflich auf dem Weg in die Sowjetunion. NATO-Alarm wird ausgelöst. Die Soldaten der Wetzlarer Garnison stürmen in ihre Panzer, versuchen ihre Aufmarschräume zu erreichen. Die Bevölkerung hört um 12.35 Uhr die Sirenen heulen: ABC-Alarm. Jeder glaubt an Sirenenprobelauf, man fühlt sich durch den Lärm in der Mittagsruhe gestört. Um 12.38 Uhr erkennen östliche Flugzeugpiloten per Zufall die NATO-Raketen auf dem Wege in die Sowjetunion – die Antwortraketen werden um 12.40 Uhr gestartet. Das Opfer tötet seinen Mörder, so nennt man das.

12.42 Uhr: Die Sowjetunion existiert nicht mehr – liegt in Schutt und Asche.

12.46 Uhr: NATO-Radar gibt echten Raketenalarm. Wie Kaninchen vor der Schlange starren die Radaroffiziere auf ihren Bildschirm.

12.50 Uhr: In Annerod, 800m über der Erdoberfläche detoniert eine Wasserstoffbombe, 20 Megatonnen.

Westlich von Wetzlar steht plötzlich ein Feuerball am Himmel, vielfach heller als die Sonne. Für jeden, der diesen Feuerball sieht, war das die letzte optische Wahrnehmung seines nur noch kurzen Lebens. Er ist geblendet – blind.

Über Annerod entstehen Temperaturen von mehreren

Millionen Grad Celsius. Die Erde verdampft, in Sekunden entsteht ein Krater von 4 km Durchmesser und zig Metern Tiefe. Die Energie des Feuerballs erreicht mit Lichtgeschwindigkeit Gießen, Lahnau, Wetzlar. Schlagartig entzündet alles was brennbar ist. Die Panzer und andere Fahrzeuge fangen an zu glühen, der Treibstoff gerät in Brand, die Granaten explodieren. Die Soldaten sterben somit als erste. In Bruchteilen von Sekunden ist Wetzlar ein Flammenmeer. Das Krankenhaus brennt, die Rettungsfahrzeuge ebenfalls, gleich ob Krankenfahrzeuge, Feuerwehr, Technisches Hilfswerk. Die Menschen, die sich im Freien aufhalten, gleichen lebenden Fackeln. Die dem Feuerball zugewandte Körperoberfläche ist sekundenschnell verbrannt, z.T. verkohlt. Erste Entsetzensschreie und Hilferufe werden laut. Aber bevor es zur Panik kommt, tobt in Überschallgeschwindigkeit eine unvorstellbare Druckwelle über Wetzlar herein. Auf ihrem Weg hierher hat sie schon in Gießen alles noch nicht verglühte plattgewalzt, in Wetzlar bringt sie schlagartig fast alle schon brennenden Häuser zum Einsturz, fegt die Bäume um wie Streichhölzer. Die meisten noch lebenden werden von Trümmern erschlagen, verschüttet, irgendwo eingeklemmt. Ca. 3 Minuten später – einige noch immer lebende rappeln sich gerade auf – brechen orkanartige Stürme mit mehreren hundert Stundenkilometern über die sterbende Stadt und entfachen die Feuersbrunst zu einem unvorstellbaren Inferno.

Und doch – hier und da – ganz vereinzelt – haben einige überlebt. Mit zerquetschten Gliedmaßen, geblendet, mit riesigen Brandwunden – und doch der Überlebenswille läßt sie zusammenfinden.

Die Wetzlar umgebenen Wälder lodern in Flammen wie die Stadt selbst, aber auf den verkohlten Lahnwiesen kann man sich aufhalten, auch wenn die heiße Erde einem die Füße versengt. Das Wasser der Lahn ist zwar brühheiß, aber besser heißes Wasser als gar keines. Nach kurzer Zeit versiegt auch die Lahn – ihr Inhalt ergießt sich bei Gießen in den riesigen Krater. 1 Arzt hat zufällig überlebt, drei Krankenschwestern sind mit dabei: Sie sind auf die Situation gut vorbereitet. Schließlich hat der Bundestag zur Jahreswende 81/82 ein „Gesundheitssicherungsgesetz“ verabschiedet. Die Bevölkerung war durch diesen Namen sehr beruhigt. Die Ärztekammern hatten sang- und klanglos „Fortbildungsveranstaltungen“ in „Katastrophenmedizin“ – für alle Mediziner verpflichtende – durchgeführt. Hauptthema: die Triage. Man hatte gelernt, die Verletzten in drei Gruppen einzuteilen: aussichtslos, fast aussichtslos, vielleicht überlebend. Nur die letzteren sollten überhaupt „behandelt“ werden. Doch nun? Gegen dieses Elend auf den Lahnwiesen können auch der Arzt und die Schwestern nichts ausrichten – ohne Medikamente, ohne Geräte. In den ersten Stunden färbt sich die Haut der Verbrannten schwarz, unter entsetzlichen Schmerzen sterben sie endlich. Die leicht Verletzten leiden zunehmend an Hunger und Durst – es gibt keine Lebensmittel mehr. Und nach einigen Tagen werden auch die letzten Überlebenden plötzlich von bleierner Schwäche und zunehmenden Fieberschüben befallen. Die radioaktive Strahlung hat ihre Infektabwehr und das Blutbildende Gewebe völlig zerstört – jeder Infektion sind sie schutzlos ausgeliefert. Der Arzt stirbt als letzter. Er weiß: noch in 200–300km Umkreis ist der radioaktive Niederschlag zu Boden gesunken, er weiß, selbst wenn in Annerod die einzige „Antwortbombe“ in der ganzen BRD heruntergekommen ist: Von Münster bis Nürnberg, von Saarbrücken bis Eisenach ist alles Leben versucht auf Generationen im

Erbgut geschädigt, die halbe Bundesrepublik ist ausgelöscht.

Keines seiner Kinder wird mehr fragen können: Warum habt ihr das nicht verhindert?

Muß es soweit kommen?

Dr. med Wolfgang Hühn  
praktischer Arzt  
6330 Wetzlar



Wir können nicht täglich um die Gesundheit des Einzelnen ringen, während gleichzeitig durch atomare Aufrüstung der Tod von Millionen immer wahrscheinlicher wird.

Friedensinitiative  
im  
Berliner  
Gesundheitswesen

## Abrüstung (DG 2/81)

Liebe Freunde!

Anbei 6 Unterschriften zum Krefelder Appell. Es mangelt etwas an Platz für die Unterschriften; habe deshalb eine Fotokopie gemacht und sammle weiter.

Matthias Renk  
Mühlenstr. 17  
1000 Berlin 46

## Brief aus Afrika

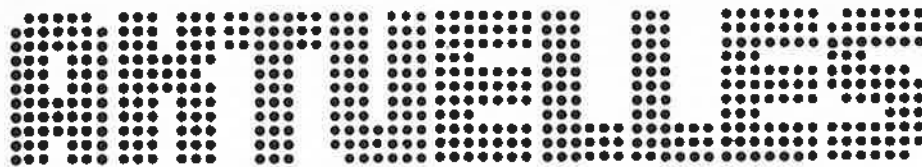
Liebe Kollegen,  
es macht auch hier in Afrika viel Freude durch das „Demokratische Gesundheitswesen“ auf dem laufen- den gehalten zu werden und hilft, den Faden nicht zu verlieren.

Ich wünsche Euch viel Erfolg und Durchstehvermögen in der nächsten Zeit mit solidarischen Grüßen

Helmut Jäger  
Distrikt Hospital Nachingwea  
Tanzania  
(Tanzania Entw.-Dienst)

|   |                                     |   |                    |
|---|-------------------------------------|---|--------------------|
| Name:   | Anschrift:                          | Beruf/Organisation<br>(nur zur Information)                     | Unterschrift:      |
| DR. H. JÄGER  | PO Box 30<br>NACHINGWEA<br>TANZANIA | ARZT<br>DEUTSCHER<br>ENTWICKLUNGS-<br>DIENST<br>(DED)           | <i>[Signature]</i> |
| AKTION: 1 MILLION UNTERSCHRIFTEN  |                                     |   |                    |
| Beendet das Wettrüsten in Ost und West  |                                     |   |                    |
| Spenden erbeten auf: Postscheckkonto Köln 613 12-508  |                                     |   |                    |
| Komitee für Frieden, Abrüstung und Zusammenarbeit, Gottesweg 52, 5000 Köln 51, Telefon (02 21) 36 16 78 |                                     |   |                    |
| Verantwortlich: Achim Maske   |                                     | Setz: Zentralsatz Dieter Noe, Köln, Druck: Plambeck + Co, Nauss |                    |





## Kurz notiert

### Gnädiger „Verzicht“ auf Preisabsprachen – nach 17 Jahren

16 Kläger aus der BRD, darunter die Bundesregierung, einige Bundesländer sowie die Ortskrankenkassen und zahlreiche andere Krankenkassen, klagten seit 1974 gegen 5 Pharmariesen (Pfizer, Wyers, Upjohn, Squibb, American Cyanamid), weil diese seit 1953 (!) ihre Antibiotika dank Preisabsprachen zu extrem hohen Preisen verkauft und einen Versuch der Monopolisierung des Weltmarktes unternommen haben. In einem jetzt getroffenen außergerichtlichen Vergleich haben sich die Firmen zu einem Verzicht auf Preisabsprachen bereiterklärt. (Handelsblatt, 9. 6. 1981)

### Behindertenjahr: Forderungen und Tatsachen

Um die noch wachsende Arbeitslosigkeit Schwerbehinderter zu mildern hat IG-Metall Vorstandsmitglied Janzen die Erhöhung der Ausgleichsabgabe und die Steigerung des Beschäftigten-Pflichtanteiles von 6 auf 8 % gefordert. Fast gleichzeitig gab die „Stiftung Rehabilitation“, die größte bundesdeutsche Reha-Einrichtung, umfassende Sparmaßnahmen bekannt: Besonders sind die Behinderten-Forschung und die Entwicklung neuer Hilfsmittel betroffen. Das Spar-Konzept sieht aber auch die Streichung von 120 Planstellen in den nächsten 3 Jahren vor. (ppa/Rhein. Post 21. 5. 1981)

### Bereitschaftsdienst-Klage: 4 Stunden Ruhe

Das Westberliner Landesarbeitsgericht hat entschieden, daß sich Ärzte unter bestimmten Bedingungen nach einem Bereitschaftsdienst, der einem Tagesdienst folgt, freistellen lassen können. Dies gilt besonders dann, wenn während des Bereitschaftsdienstes in der Zeit von 22 Uhr bis 1 Stunde vor Beginn des nächsten Tagesdienstes keine ununterbrochene Ruhezeit von mindestens 4 Stunden möglich war.

### Italien: Liberales Abtreibungsgesetz bleibt

Bei dem Volksentscheid am 17./18. 5. 1981 in Italien entschieden sich 67,9 % für die Beibehaltung der liberalen Abtreibung. Somit wurde der reaktionäre Versuch begraben, Italien das liberale Abtreibungsgesetz von 1978 zu nehmen. Sogar 88,5 % sprachen sich gegen den Vorschlag der Spontaneistischen Radikalen Partei aus, dieses Gesetz durch ein anderes zu ersetzen, das dem Staat jede Verantwortung in der Schwangerschaftsverhütung und -unterbrechung nimmt. (Die Neue, 20. 5. 1981)

### Rüstung: 2,4 Millionen DM pro Minute

Nach Angaben des Stockholmer Institutes für Friedensforschung (SIPRI) werden gegenwärtig in jeder Minute 2,4 Millionen DM für die Rüstung weltweit ausgegeben. Nach diesen Angaben sind die Welt-Rüstungsausgaben im Jahre 1980 auf DM 1.200.000.000.000 (1,2 Billionen) gestiegen.

### Suchtdelikte: Strafe vor Therapie

Einstimmig wurde im Bundestag das Betäubungsmittelgesetz verabschiedet. Für „schwere Rauschgiftkriminalität“ wird die Höchststrafe von 10 auf 15 Jahre heraufgesetzt. Vier statt bisher 3 Jahre soll der „Einfache“ Drogenverkauf kosten. Vertreter aller Parteien betonten, damit sollten in erster Linie nicht die Drogenabhängigen schärfer an die Kandare genommen werden, sondern die Dealer. Auf Strafe soll verzichtet werden können – vorausgesetzt, diese ist nicht höher als 2 Jahre – wenn der Abhängige eine Therapie mitmacht. Das Strafverfahren wird jedoch wieder aufgenommen, wenn die Therapie abgebrochen oder der Abhängige rückfällig wird. (Die Neue, 29. 5. 1981)

### Mehr Zusatzurlaub bei Schichtarbeit

Seit dem 1. Januar 1981 gelten in der DDR für die Beschäftigten des Gesundheitswesens, die im Schichtdienst arbeiten, neue Urlaubsregelungen: danach beträgt der Zusatzurlaub für Schichtarbeiter – im durchgehenden Zweischichtsystem 8 Arbeitstage – im durchgehenden Dreischichtsystem 10 Arbeitstage. Die davon Betroffenen kommen damit auf einen jährlichen Erholungsurlaub von mindestens 26 bzw. 28 Tagen. Für Bereitschaftsdienste gilt die Regelung, daß Freizeitausgleich für die Zeit der Tätigkeit in der Arbeitsbereitschaft ermöglicht werden muß. (Humanitas, Berlin/DDR Nr. 7/71)

## Trotz freier Stellen keine Übernahme

Das Kölner St. Vinzenz Hospital, das in Gewerkschaftskreisen in dem Ruf steht, gewerkschaftlich engagierte Kollegen rauszuschmeißen, hat wieder zugeschlagen.

Anfang März erhielten neun von 18 Schülern des Examenskurses einen Brief der Oberin Gregoria, in dem sie ihnen mitteilte, daß eine Übernahme in Ermangelung an Planstellen nicht möglich ist.

Auf die Bitte der Schüler diesen Brief zurückzunehmen und Gründe für die Nichtübernahme darzulegen antwortete die Oberin: „... Von den 11 Schülern, die wir angesprochen, bleiben nur drei hier. Wir haben dies zur Kenntnis genommen und die noch verbleibenden Planstellen vergeben. Bis jetzt ist es noch das Recht der Verantwortlichen eines Krankenhauses, von vielen Bewerbern diejenigen auszuwählen, die sie für die Stelle als geeignet ansehen.“

Dies bedeutet aber, daß den Schülern nicht wegen Mangel an Planstellen eine Stelle verweigert wurde. Dazu kommt noch, daß keineswegs alle Planstellen besetzt sind.

Die ÖTV nimmt vielmehr an, daß die Schüler, die in der Mehrzahl gute bis sehr gute Vornoten haben, nicht übernommen werden sollen, weil manche Schüler gewerkschaftlich aktiv sind und sich für eine verbesserte Ausbildung und genügend Personal einsetzen oder weil manche mehr als andere erkrankt waren.

## Drei Ärzte der Vicaria de la Solidaridad in Chile verhaftet

Am 20. 5. 1981 wurden von Agenten der CNI (Geheimpolizei der chilenischen Diktatur) die Ärzte Dr. Manuel Almeyda, Dr. Patricio Arroyo und Dr. Pedro Castillo festgenommen. Die Verhaftung erfolgte ohne Haftbefehl bei Hausdurchsuchungen. Nach der neuen Verfassung Pinochets haben die politisch Verhafteten kein Recht auf eine Verteidigung. Die Anklage lautet „Diffamierung der Geheimpolizei“. Die Ärzte hatten Atteste für Patienten ausgestellt, die von der Geheimpolizei gefoltert worden waren und sich danach in ärztliche Behandlung begeben mußten. In den Attesten waren die bei den Folterungen zugefügten Verletzungen aufgeführt.

Die drei Ärzte arbeiteten in Polikliniken der Elendsviertel von Santiago de Chile, die vom Solidaritätsvikariat der katholischen Kirche und vom Ausland (z.B. durch „medico international“) unterstützt werden. Das öffentliche Gesundheitswesen in Chile ist faktisch zusammengebrochen, da die Militärjunta eine Beseitigung des öffentlichen Gesundheitswesens zugunsten eines privaten Gesundheitsdienstes betreibt, nachdem die Aufwendungen für das Gesundheitswesen schon von 449 Mio. US Dollar (1971) auf 145 Mio. US Dollar (1979) zurückgeschraubt worden waren. Im Mai 1980 veröffentlichte die Militärjunta ein Dekret, mit dem der noch verbliebene staatliche Gesundheitsdienst praktisch privatisiert wurde.

Für die Mehrheit der Bevölkerung ist die Inanspruchnahme des privaten Gesundheitsdienstes unbezahlbar. Deshalb wendet sie sich nun an die Gesundheitsposten und Polikliniken der Solidaritätsorganisation, wo dann ein Massenandrang zu verzeichnen ist.

Bisher hat das Innenministerium nur die Festnahme von Dr. Manuel Almeyda zugegeben. Den beiden anderen droht das Schicksal der schon Tausenden „Verschwundenen“. Deshalb ist es lebenswichtig, sofort massenhaft Schreiben an das Innenministerium in Chile zu schicken, damit es gezwungen wird, die Festnahmen zu bestätigen. Dadurch kann verhindert werden, daß sie sofort umgebracht werden. Weitere Öffentlichkeitsarbeit muß sich daran anschließen, um die Verhafteten freizubekommen. Wir veröffentlichen zwei Textvorlagen, damit die Solidaritätsarbeit erleichtert wird:

S.  
Sergio Fernández  
Ministro del Interior  
Edificio Diego Portales  
Santiago de Chile

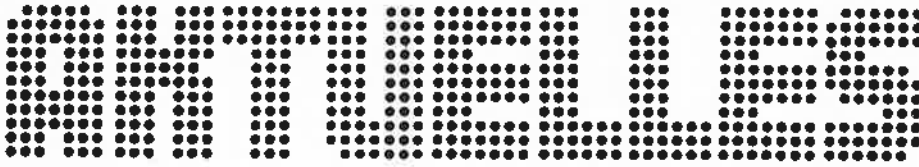
Protestamos por la arbitraria detención del Dr. Manuel Almeyda, Dr. Patricio Arroyo y Dr. Pedro Castillo y exigimos su inmediata libertad.

(Wir protestieren gegen die willkürliche Verhaftung des Dr. Manuel Almeyda, Dr. P. Arroyo und Dr. P. Castillo und verlangen ihre sofortige Freilassung.)

Vicaria de la Solidaridad  
Plaza de Armas 444  
Santiago de Chile

Estamos preocupados por la vida del Dr. Manuel Almeyda, Dr. Patricio Arroyo y Dr. Pedro Castillo y les manifestamos nuestro apoyo solidario.

(Wir sind um das Leben von Dr. Manuel Almeyda, Dr. P. Arroyo und Dr. P. Castillo besorgt und möchten Ihnen unsere Solidarität zum Ausdruck bringen.)



## Schon wieder 3 Kollegen gefeuert!

In der Städtischen Kinderklinik Gelsenkirchen sind die drei Assistenzärzte Eckert, v.d. Marwitz und Schamell während der Probezeit gefeuert worden. Als Gründe wurden

- ein von Anfang an gestörtes Verhältnis aller drei Ärzte zur Verwaltung des Hauses,
- Untergrabung der Autorität der leitenden Kinderkrankenschwestern durch die drei Assistenzärzte,
- Diffamierung von Oberärzten der Klinik angegeben.



Theodor von der Marwitz, einer der drei entlassenen Ärzte.

Nachdem die 3 Kollegen diese Vorwürfe entkräften konnten, wurde immer deutlicher, daß der eigentliche Grund in dem gewerkschaftlichen Engagement zu sehen war. Alle drei Ärzte hatten sich zusammen mit Schwestern, Schülerinnen, Reinigungs- und Werkstattpersonal für die Schaffung eines gewerkschaftlichen Vertrauensleutkörpers an der Klinik eingesetzt. In den Jahren zuvor war die Installation eines solchen gewerkschaftlichen Gremiums immer wieder gescheitert. Kritik an den Zuständen, wie z.B. dem geteilten Dienst bei den Schwestern, die Einteilung von Schwesternschülerinnen der unteren Kurse für die Nachtwachen, war nicht erwünscht.

In diesem Augenblick wachsender Aktivitäten wurde die Kündigung der 3 Kollegen ausgesprochen, obwohl die fachliche Qualifikation dieser Ärzte vom Chefarzt der Klinik öffentlich hervorgehoben wurde, obwohl der Personalrat der

Stadt Gelsenkirchen (Anhörungsrecht) erhebliche Bedenken gegen die Kündigung erhoben hatte und obwohl dadurch eine empfindliche Lücke in der medizinischen Versorgung der Kinderklinik entstand. Die Kollegen haben vor dem Arbeitsgericht Widerspruch eingelegt.

## Kurswechsel der Bundesregierung?

Wie die DGVT mitteilt, ist nach Aussagen des Bundesministers Herbert Ehrenberg auf einer Tagung der Arbeiterwohlfaht in den nächsten 3 Jahren nicht mit einer Verabschiedung des Psychotherapeutengesetzes zu rechnen, da die Finanzierung nicht geklärt ist. Gleichzeitig glaube er auch nicht, daß durch die freie Niederlassung von Psychotherapeuten, die durch ein solches Gesetz ermöglicht würde, eine grundlegende Verbesserung der psychosozialen Versorgung erreicht würde. Stattdessen müsse man sich Gedanken über neue Versorgungsformen und andere ambulante Einrichtungen machen.

Zur Forderung nach einer Finanzierung ambulanter Dienste aus verschiedenen Töpfen antwortete Ehrenberg ausweichend und verwies lediglich auf das jetzt anlaufende Modellprogramm, das „Hinweise auf mögliche Formen gemischter Finanzierung liefern“ soll. Ehrenberg zum Verhaltenstherapievertrag: Er lehne diesen Vertrag auch in allen Punkten ab, sehe aber, daß durch diesen Vertrag „Bewegung in die Landschaft“ gekommen sei.

Die auf der Tagung anwesenden Vertreter der DGVT kritisierten scharf die Perspektivlosigkeit der Bundesregierung und warnten, daß durch langes Zögern der psychosoziale Bereich immer stärker privatisiert und damit unkontrollierbar werde.

## Stockhausen frei!

Zu zwei Jahren mit Bewährung ist der Psychiater Dr. Fritz Stockhausen, 53 Jahre, von der 15. Strafkammer des Landgerichts Köln verurteilt worden. Oberstaatsanwältin Moesch hatte 3 1/2 Jahre gefordert, ebensoviel wie z.B. der Pfleger Wolf wegen Körperverletzung mit Todesfolge bekommen

hatte. Dazu mochte sich das Gericht nicht durchringen.

SSK-Köln im Kölner Volksblatt: Stockhausen. Der erste verurteilte Chefschneider. (vgl. DG 3/81)

## AO-Novelle mit Gleitklausel

Mit der Bundesrats-Drucksache 239/81 vom 1.6. 1981 liegt die „Dritte Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte“ vor. Sie wurde vom BMJFG erlassen und braucht die Zustimmung des Bundesrates. Die Begründung schweigt sich über die Ursachen der Novellierung aus. Es heißt dort lediglich knapp: „Die für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren der Länder haben sich in der Konferenz vom 28. April und 13. Mai 1981 für die Einführung einer 18%-Gleitklausel ausgesprochen. Ein Absinken der Qualifikationsanforderungen soll dadurch verhindert werden, daß für das Bestehen der Prüfung in jedem Fall 50 v.H. der Fragen zutreffend beantwortet werden müssen.“

Wortlaut der Verordnung: „§ 14 Abs. 5 Die schriftliche Prüfung ist bestanden, wenn der Prüfling



mindestens 60 vom Hundert der gestellten Prüfungsfragen zutreffend beantwortet hat oder wenn die Zahl der vom Prüfling zutreffend beantworteten Fragen die durchschnittliche Prüfungsleistung des jeweiligen Prüfungstermins im gesamten Bundesgebiet um nicht mehr als 18 v.H. dieser durchschnittlichen Prüfungsleistung unterschreitet und nicht unter 50 v.H. der gestellten Fragen liegt.“

Noch Unklarheiten?

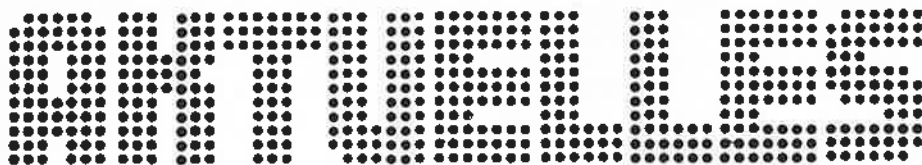
Ursachen der Novelle: die skandalösen Ereignisse des Physikums vom April 1981 (vgl. DG 3/81)

## „Gesunde Geschäfte“ begutachtet

Im Auftrage des Bundesgesundheitsministeriums haben Regierungsrat Henning und Prof. Schönhöfer vom Bundesgesundheitsamt ein Gutachten des Buches „Gesunde Geschäfte“ erstattet. Als erstes haben sie „eine Reihe konkreter Sachverhalte“ benannt, „die den Verdacht strafbarer Handlungen begründen.“ Es liegt nun an den zuständigen Landesbehörden, ob sie gegen die betroffenen Pharmafirmen Strafanzeige stellen. Darüberhinaus finden sie eine Reihe „Anhaltspunkte, die längerfristig eine Tätigkeit des Bundesgesundheitsamtes erforderlich machen könnten“:

- In der BRD bestehe im internationalen Bereich eine hohe Resistenz der Bevölkerung gegen Antibiotika. Dies berge Gesundheitsgefahren. Es seien Maßnahmen zu erwägen, eine auf das notwendige beschränkte Abwendung derartiger Arzneimittel anzustreben.
- Klinische Prüfungen müßten stärker überwacht werden. Vorgeschlagen werden wenige, sachlich unabhängige Kommissionen.

- Die „mangelnde Seriosität von im Auftrag oder auf Veranlassung von pharmazeutischen Unternehmen erstellten Gutachten und Dokumentationen“ sei „nicht von der Hand zu weisen“.
- „Nach Erfahrungen des Bundesgesundheitsamtes werden Hinweise auf Arzneimittelrisiken in der Tat nur zögernd, häufig erst auf Anordnung des BGA in die Gebrauchsinformation aufgenommen.“
- Nach Ansicht des BGA sei das Vorgehen der Pharmaberater insgesamt glaubhaft geschildert.



Es werfe die Frage auf, ob eine derartige Tätigkeit auf die Dauer gesundheitspolitisch vertretbar sei, da sie dem erklärten Ziel einer größeren Markttransparenz zuwiderlaufe.

- Als Maßnahme gegen verfehlte Hoffnungen auf Arzneimittel kommt eine weitere Einschränkung der Arzneimittelwerbung in Betracht. Dies könnte den von Ärzten häufig beklagten Druck des Patienten auf den behandelnden Arzt, ein Arzneimittel zu verschreiben, verringern.

So begrüßenswert dieses Gutachten auch ist, aus den konkreten Sachverhalten werden wenig konkrete Schlüsse gezogen. Schade, denn die Pharmaindustrie gerät in die Defensive.

## Erfolg bei Kammerwahlen in Nordrhein

Bei den Wahlen zur Kammerversammlung der Ärztekammer Nordrhein erhielt die Liste Soziales Gesundheitswesen 11,4% = 9 Sitze (1977 5 Sitze) im Reg. Bezirk Köln. Leider fehlten im Reg. Bezirk Düsseldorf einige Unterschriften, so daß die Liste von der Ärztekammer nicht zugelassen worden war. Zum Vergleich die übrigen Gruppierungen: Marburger Bund 21 Sitze, Hartmannbund/NAV 40, Liste Ohling 6. Im Reg. Bezirk Düsseldorf erhielten Hartmannbund/NAV 38 Sitze, Marburger Bund 23 und eine rechtskonservative Gruppierung 28 Sitze.

## Bundesverfassungsgericht: Gewerkschaften haben in „kirchlichen“ Einrichtungen nichts zu suchen!

Das Bundesverfassungsgericht vervollständigt seine reaktionäre Rechtsprechung für den Krankenhausbereich durch ein Urteil (AZ 2 BUR 384/78 v. 17. Februar 1981), mit dem den Gewerkschaften untersagt wird, „von außen“ auf Kindergärten, Krankenhäuser und Altenheime einzuwirken, die sich in kirchlicher oder vergleichbarer Trägerschaft befinden. Es hob damit das entgegengesetzt lautende Urteil des Bundesarbeitsgerichts

vom 14. Februar 1978 auf und gab der Beschwerde der „Orthopädischen Anstalten Volmarstein“ – zum Bereich der Diakonie gehörend – statt.

Das Gericht schuf damit für 500 000 Beschäftigte in den entsprechenden Einrichtungen beider Kirchen und kirchenähnlicher Vereine ein Sonderrecht.

Für die Gewerkschaften werden damit ihre Grundrechte auf Artikel 9 GG stark eingeschränkt.

Das Bundesverfassungsgericht begründete seine Auffassung damit, daß die „Anerkennung eines koalitionsrechtlichen Zutritts für anstaltsfremde Gewerkschaftsbeauftragte das verfassungsmäßige Selbstbestimmungsrecht der kirchlichen Einrichtungen nach Art. 140 GG in Verbindung mit Art. 137 Abs. 3 der Weimarer Reichsverfassung“ verletzen würde. Dieses kirchliche Selbstbestimmungsrecht könne nur durch ein „für alle geltendes Gesetz“ eine verfassungsmäßig zulässige Einschränkung erfahren. Da ein solches Gesetz nicht vorhanden sei, fehle für das „Zutrittsbegehren der Gewerkschaft die Rechtsgrundlage“. Aus dieser Grundargumentation hatte das Bundesverfassungsgericht bereits das Krankenhausgesetz NRW im Frühjahr 1980 in wesentlichen Teilen aufgehoben. (vgl. DG 3/80) DG wird das Urteil im nächsten Heft ausführlich dokumentieren und besprechen.

## Es stand in DG und was draus wurde:

### „Ärztenotstand“ in Bedburg-Hau – Arzt wird nicht eingestellt

Seit mehr als einem Jahr bemüht sich der DG-Redakteur und Arzt Harald Kamps um seine Wiedereinstellung an der Rheinischen Landesklinik Bedburg-Hau. DG berichtete in der Ausgabe 2/81: „Alle Kollegen, bei denen erneut Hoffnungen auf eine offene Diskussion geweckt wurden, sehen dem erneuten Einstellungsgespräch mit gespannter Erwartung entgegen“, so endete unser Beitrag.

Dieses fand nie statt. Stattdessen erhielt der Kollege am 2. 6. 1981 ein 5seitiges Ablehnungsschreiben, daß so endete:

„Wenn Sie jedoch weiter ausführen, daß die zunehmende Offenheit des Betriebsklimas Ihnen die Wiederaufnahme

der Arbeit erleichtern würde, steht diese Erklärung im Widerspruch zu Ihrem nachhaltigen Bemühen um Wiedereinstellung. Außerdem bringen Sie damit zum Ausdruck, daß Sie für eine Wiedereinstellung nicht eine Änderung in Ihrem Verhalten, sondern in der betrieblichen Leitung erwarten.“

Nein, die feinen Herren in der Betriebsleitung glauben nicht, sich ändern zu müssen, selbst wenn sie gegen das Grundgesetz verstoßen und das Recht auf freie Meinungsäußerung und das Recht auf Gleichberechtigung unterdrücken, wo sie nur können. Ihnen geht das Wort vom „beklagenswerten Ärztenotstand“ leicht von den Lippen, wenn es ihnen mehr darum geht, die Reihen fest geschlossen zu halten. Leute, die es wagen, unzureichende Arbeitsbedingungen und nicht zu verantwortende Behandlungsbedingungen an die Öffentlichkeit zu bringen, sind unerwünscht. Wenn so einer dann noch für 8 Monate seinen Beruf aufgibt, um Hausmann und Vater zu sein, dann ist das Maß voll. Machte das jeder so, würde das „eine Gefährdung der Versorgung der Kranken mit sich“ bringen. Wissen die leitenden Männer nicht, wieviele Krankenschwestern und Ärztinnen ihren Beruf endgültig aufgeben mußten, um Haus und Kind zu versorgen? Aber ein Mann, das gefährdet die Ruhe in der Ordnung.

Für die Verwalter der überkommenen Anstaltspsychiatrie ist es eine schmerzliche Erkenntnis, daß sie unter der Lupe der Öffentlichkeit arbeiten. In Zukunft werden zunehmend die Gerichte und die demokratische Öffentlichkeit entscheiden, was Recht und was Willkür ist. Jetzt entscheiden die Arbeitsrichter über die Einstellung des Kollegen.

## Geschäfte mit den Kranken

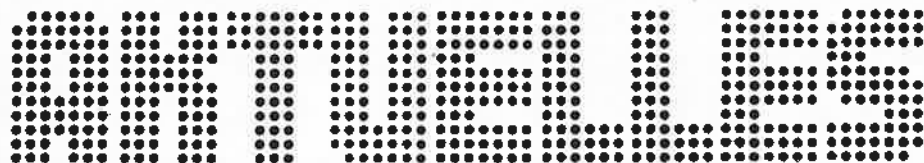
Die Kostenexplosion macht nun auch der Pharmaindustrie Sorgen. Obwohl sie mächtig daran verdient. Die Ausgaben der Krankenkassen für Arzneimittel stiegen 1980 um 9%, weit mehr als von der Konzentrierten Aktion vereinbart. Der Durchschnittspreis pro Packung war 1980 um 10,2% höher als 1979. Doch in einem Brief vom 3. 3. 1981 ließ der Vorstand des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie alle Mitgliedsfirmen wissen, „daß die Pharmaindustrie weit in die Zukunft reichenden grundsätzlichen Fragen gegenübersteht, an deren Beantwortung sie im eigenen Interesse tat-

kräftig mitarbeiten muß“. Oder im Klartext: staatliche Eingriffe zur Kostendämpfung müssen vermieden werden. Um den guten Willen zu demonstrieren, ließ man sich auch gleich was Werbewirksames einfallen: einen Preisstopp für 12 Monate. „Großer Bluff“ kommentierten lakonisch die Arbeitsgemeinschaft der Verbraucher und die Standesvertretung der Apotheker (ABDA). Beiden waren bereits erhebliche Preiserhöhungen im 1. Quartal 1981 aufgefallen. Bei Boehringer Ingelheim waren die Preise bereits soviel erhöht worden wie im gesamten Vorjahr. Madaus hob die Preise zum 1. 1. 1981 um 15% an. Für Aspirin sind in diesem Jahr je nach Packung bis zu 29% mehr zu zahlen.



Und der Bundesverband hatte noch einen „Sparvorschlag“ auf Lager: in der medikamentösen Therapie stecke die größte Rationalisierungsreserve, heißt es im Jahresbericht. Medikamente könnten nämlich „immer kostspieliger werdende arbeits- und kapitalintensive Behandlungsmethoden ersetzen“. Weniger Gespräche, weniger diagnostizieren, mehr Pillen! Für die Pharmaindustrie gilt es den Sparvorschlag zu verhindern, der Krankenkassen wie Patienten nützt, daß nämlich nur wirksame und notwendige Medikamente erstattet werden. Es ist höchste Zeit, daß die Krankenkassen und Gesundheitspolitiker eine solche Positivist zu erstattender Medikamente vorlegen. Dann bleiben es auch nicht leere Worte, als Minister Ehrenberg auf der Hauptversammlung des Pharmaverbandes „auf die Auffassung vieler Pharmakologen und Mediziner“ verwies, „daß ohnehin zu viele Arzneimittel konsumiert und verordnet würden und damit sogar erhebliche gesundheitliche Gefahren verbunden seien“. (Handelsblatt v. 6. 5. 1981)





## USA bauen die Neutronenbombe und beginnen erneute Nervengasproduktion

Auf Anweisung des US-Kongresses soll das amerikanische Energieministerium die Herstellung von Bauteilen für die umstrittene Neutronenwaffe veranlaßt haben. Wie die „Washington Post“ am 5. 6. 1981 berichtete, haben Ministeriumvertreter dem Wehrausschuß des Repräsentantenhauses jetzt mitgeteilt, daß mit der Produktion eines neuen nuklearen Sprengkopfes niedriger Sprengkraft für die Lance-Rakete begonnen worden sei. Das dreiwertige Wasserstoffisotop Tritium, das als Komponente des Sprengkopfes daraus eine Neutronenbombe machen würde, wird angeblich vorläufig getrennt gelagert.

Ende der 70er Jahre hatte die Absicht des damaligen Präsidenten Carter, eine Neutronenbombe bauen zu lassen, vor allem in Europa Proteste ausgelöst. Die hauptsächlich als Gefechtsfeldwaffe vorgesehene Neutronenbombe würde bei einer Explosion geringen materiellen Schaden anrichten, mit ihrer Strahlung jedoch Leben vernichten. Carter sah sich durch den Widerstand gegen die Einführung dieser Waffe veranlaßt, vorerst auf die Produktion zu verzichten.

Der „Washington Post“ zufolge erteilte der Kongreß im Dezember vergangenen Jahres Anweisung, mit der Herstellung der Waffenkomponenten fortzufahren und die benötigten Spaltstoffe bereitzustellen. Unter Berufung auf einen Gewährsmann im Verteidigungsministerium meldete die Zeitung weiter, die Regierung Reagan wolle von einer endgültigen Entscheidung darüber, ob die verschiedenen Komponenten der Waffe zusammengefügt oder getrennt gelagert werden sollten, zunächst die möglichen internationalen Auswirkungen abwägen.

Nach dem Amtsantritt der neuen US-Regierung hatte Verteidigungsminister Weinberger erklärt, er befürworte eine Stationierung der Neutronenbombe in Europa.

Weiterhin hat der amerikanische Senat am 21. 5. 1981 20 Millionen Dollar zur Produktion von Nervengas bereitgestellt. Die Herstellung gehört zu einem Programm für den Bau chemischer Waffen, das bis zu



vier Milliarden Dollar kosten könnten. Wenn das Repräsentantenhaus der Entscheidung zustimmt, soll eine Anlage im Bundesstaat Arkansas so ausgerüstet werden, daß sie mit der Produktion der aus zwei Einheiten bestehenden Waffe beginnen kann. Aus Sicherheitsgründen sollen die chemischen Komponenten des Nervengases getrennt gelagert werden. Es wirkt erst tödlich, wenn die Bestandteile gemischt werden. Nun sollen neue B.u.C.-Lager in der BRD hinzu kommen. Grund genug für den Senator des US-Staates Oregon, Mark O. Hatfield zu fragen „was halten die Deutschen davon... Schließlich gehören diese Waffen auf das potentielle Schlachtfeld – und das ist Europa. Unsere Freunde müssen sie aufnehmen, und dazu gehört die Bundesrepublik. Deshalb möchte ich genauer wissen, was die Deutschen davon halten...“

(Die Neue, rtr, AP, Rheinische Post)

## USA allein gegen den Rest der Welt

Gegen den nach sechsjähriger Diskussion unter Aufsicht der WHO und des UN-Kinderhilfswerks UNICEF ausgearbeiteten „Kodex gegen Werbung für Babynahrung“ stimmte als einziges Land der Welt die USA. 118 Länder votierten für den Kodex, drei enthielten sich der Stimme. Die USA begründeten ihre Ablehnung vor allem damit, daß die Empfehlungen marktwirtschaftswidrig seien.

Die Empfehlungen der WHO sehen vor, daß die direkte Werbung für

Säuglingsnahrung und die Verteilung von Gratispackungen zu Werbezwecken verboten werden sollen. Auf jeder Packung soll ein Aufdruck auf die Überlegenheit von Muttermilch und auf die Gesundheitsrisiken hinweisen, die durch unsachgemäße Zubereitung der künstlichen Nahrung entstehen können. Außerdem sollen die Herstellerfirmen davon absehen, Personalrabatte und Umsatzprovisionen für den Verkauf von Säuglingsnahrung zu gewähren.

Zwei Interessengruppen stehen sich in dieser Auseinandersetzung gegenüber. Die eine ist das „Internationale Netz von Aktionsgruppen für Kindernahrung“ (IBFAN), welches private und kirchliche Gruppen zusammenfaßt. Die andere ist der „Internationale Rat der Kindernahrungsindustrie“ TICIFI, der 85% der in den Entwicklungsländern verkauften Babynahrung vertritt. Zu seinen 14 Mitgliedern gehören Nestlé, Gervais-Danone (Frankreich), Cow and Gate (England), Meiji (Japan) Wyeth (USA), Dumex (Dänemark), und Nutricia (Holland).

Daß die Reagan-Administration gegen diesen Kodex stimmte, wird durch zwei parallel verlaufende Skandale noch peinlicher. Ernest W. Lefever war von Reagan ausgewählt worden, als Staatssekretär für Menschenrechte im Auswärtigen Amt zu dienen. Vor einem Senatsausschuß mußte Lefever zugeben, in lukrativen Geschäftsverbindungen mit der Firma Nestlé gestanden zu haben. Die Forschungsgesellschaft des Kandidaten „Ethics and Public Policy Center“ kassierte insgesamt 50000 Mark für eine Marketing-Studie, die den Verkauf von Milchpulver in der Dritten Welt testen sollte. Zwar wurde diese Studie nie vollendet, doch stellte sich Ethiker Lefever dem Washingtoner Rechtsanwalt Thomas Ward als Mittelsmann in einer Public relation-Kampagne zur Verfügung. Mr. Ward vertritt die Firma Nestlé.



## Priester mußte Mandat aufgeben

Deutsche Presse-Agentur

Den Haag – „Mit Bedauern“ gab gestern der christdemokratische Abgeordnete Jos Schreurs sein Mandat in der neugewählten niederländischen Ersten Kammer (Oberhaus) zurück. Schreurs, der katholischer Priester ist, war von seinem kirchlichen Vorgesetzten, Bischof Gijsen von Roermond, zu diesem Schritt gezwungen worden. Gijsen ist mit der liberalen Einstellung des Priesters zur Abtreibungsfrage nicht einverstanden. Schreurs hatte vor wenigen Wochen für das Gesetz gestimmt, das Schwangerschaftsunterbrechungen erlaubt, wenn sie „von Frau und Arzt gemeinsam beschlossen“ werden, wobei die „Notsituation der Frau“ ausschlaggebendes Kriterium ist. Das Verhalten des Bischofs wird in der niederländischen Öffentlichkeit als verfassungswidriger Eingriff der Kirche in die Politik betrachtet. Dem Vernehmen nach mißbilligt der niederländische Kardinalprimas Willebrands die Entscheidung Gijsens, der dem konservativen Flügel des zerstrittenen niederländischen Bischofskollegiums angehört, kann sie jedoch nicht korrigieren.

aus: Rheinische Post v. 4. 6. 1981

## Ausbildungsordnung für Hebammen vorgelegt

Über den Entwurf einer Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Hebammen (Verordnung des BMJFG, Bundesratsdrucksache 238/81) informiert die ÖTV in einem zentralen Flugblatt. Darin kritisiert die ÖTV, daß eine wirkliche Neuordnung der Medizinalfachberufe nicht stattfindet und das Krankenpflegegesetz bisher noch nicht verabschiedet worden ist. „Die Gewerkschaft ÖTV ist der Auffassung, gerade zum jetzigen Zeitpunkt, wo eine Vielzahl von Berufen des Gesundheitswesens neu zu ordnen sind, bietet sich ein Gesamtkonzept zur Beruflichen Bildung im Gesundheitswesen an. Statt dessen wird ein Verordnungstorsso vorgelegt, der in keiner Weise bildungs- und gesundheitspolitische Reformansätze verwirklicht.“

Außerdem fordert die ÖTV, daß die Auszubildenden in der Geburtshilfe in den Tarifvertrag zur Regelung der Rechtsverhältnisse für Lernschwestern/Lernpfleger einbezogen werden.

# Neuerscheinungen

Harold Rasch

## **NATO-Bündnis oder Neutralität?**

Plädoyer für eine neue Außenpolitik  
Kleine Bibliothek Band 207  
137 Seiten, DM 12,80



Heinz Becker/Otmar Leist (Hrsg.)

## **Militarismus in der Bundesrepublik**

Ursachen und Formen  
Mit Abbildungen  
Kleine Bibliothek Band 225  
140 Seiten, DM 9,—

Lew Besymenski

## **Die Schlacht um Moskau 1941**

Kleine Bibliothek Band 216  
Ca. 240 Seiten, DM 14,80

Autorenkollektiv

## **Deutschland im zweiten Weltkrieg**

Band 4: August bis Ende 1943  
Mit zahlreichen Abbildungen; Karten und Bildtafeln  
Großformat, Leinen mit Schutzumschlag  
680 Seiten, DM 48,—

Gustav Seeber/Heinz Wolter

## **Die preußisch-deutsche Reichgründung 1870/71**

Mit 32 Bildseiten und 50 Abbildungen  
Kleine Bibliothek Band 217  
160 Seiten, DM 14,80

Waltraud Bergmann u. a.

## **Soziologie im Faschismus 1933—1945**

Texte und Darstellungen  
Kleine Bibliothek Band 221  
205 Seiten, DM 16,80

Peter Hinrichs

## **Um die Seele des Arbeiters**

Arbeitspsychologie, Industrie- und Betriebssoziologie in Deutschland  
1871—1945  
Kleine Bibliothek Band 211  
319 Seiten, DM 19,80

Konstanze Wetzel

## **Gewerkschaftsbewegung und Persönlichkeitsentwicklung**

Mit einem Vorwort von Reinhard Kühnl  
Studien zur Kritischen Psychologie  
Band 26  
238 Seiten, DM 18,—

Georg Feuser / Wolfgang Jantzen (Hrsg.)

## **Jahrbuch für Psychopathologie und Psychotherapie I**

Mit Beiträgen von G. Feuser, U. Grüne, U. Hoiste, H. Kammerling, U. Roth, L. Toresini, E. Weimann  
Studien zur Kritischen Psychologie  
Band 28  
210 Seiten, DM 15,—

Harald Werner

## **Erfahrung, Erkenntnis und Motivation in der Arbeiterbildung**

Zur kritisch-psychologischen Theorie des Lernens  
Studien zur Kritischen Psychologie  
Band 29  
120 Seiten, DM 15,—

Johanna Hund (Hrsg.)

## **Unterm Rad des Fortschritts?**

Technik, Umwelt, Gesellschaft  
Kleine Bibliothek Band 213  
193 Seiten, DM 12,80

Wolfram Grüber

## **Sozialer Wohnungsbau in der Bundesrepublik**

Der Wohnungssektor zwischen Sozialpolitik und Kapitalinteresse  
StadtPlan 4  
196 Seiten, DM 14,80

Oswaldo Puccio

## **Ein Vierteljahrhundert mit Allende**

Erinnerungen seines Privatsekretärs  
48 Fotos, Leinen mit Schutzumschlag  
432 Seiten, DM 19,80

## **Kulturgeschichte der DDR** Joachim Streisand



Joachim Streisand

## **Kulturgeschichte der DDR**

Studien zu ihren historischen Grundlagen und ihren Entwicklungsetappen  
Kleine Bibliothek Band 220  
245 Seiten, DM 14,80

# Pahl-Rugenstein

Gottesweg 54 · 5000 Köln 51

Telefon (0221) 364051

# Verschiedenes

## Weiterer Redaktionszuwachs

Konnten wir in der letzten Nummer bereits drei Neuankömmlinge begrüßen, so haben wir diesmal einen Zuwachs von (nur) zwei zu melden:

**TINENIKI** (so heißt sie wirklich, auch wenn es das Standesamt nicht glauben wollte), geb. am 4. 5. 1981, sieben Wochen zu früh



und nun zu Hause bei Ingrid Hebel und Felix Richter. Hobbies: Trinken, Schlafen, Zunehmen.

Und Henning (Bild nebenstehend), der am 16. 6. 1981 pünktlich zur Welt kam. Er ist das zweite Kind unserer Redakteurin Kuni Christiansen-Kamps und ihres Ehemannes Harald Kamps.

Daß der vielfältige Redaktionszuwachs neben viel Freude auch reichlich Verwirrung gestiftet hat, konnte unserer Nr. 3/81 entnommen werden. Selbst gute Freunde der Redaktions vermochten nicht zu erraten, welches Kind zu wem gehört. Deshalb noch einmal: Steffen gehört zu unserem Redakteur Detlev Uhlenbrock und seiner Frau. Moritz ist das Kind von Wilma Wirtz-Weinrich und Ehemann Gregor. Norbert Andersch und Annette Sudek



möchten einige Glückwünsche zur „Geburt“ ihrer Pflegetochter Kerstin insoweit korrigieren, als selbige bereits stolze 14 Jahre alt ist. Alles klar?

Weitere Anfragen bitte ans Postfach.

## Aufgespießt

„Sie haben da inzwischen Zustände einreißen lassen, daß heute das soziale Netz für viele eine Hängematte, ja eine Sänfte geworden ist. Eine Sänfte, in der man sich von den Steuern und Sozialabgaben zahlenden Bürgern unseres Landes von Demonstration zu Demonstration, von Hausbesetzung zu Hausbesetzung, von einer Molotow-Cocktail-Party zur nächsten und anschließend zum ‚wohlverdienten‘ Urlaub in Mallorca tragen läßt.“

Der CSU-Haushaltsexperte Erich Riedl in der Etatdebatte als Begründung für die Notwendigkeit zum Einschnitt in das soziale Netz.

## Pharmaziestudenten

Ende des letzten Wintersemesters haben sich einige Pharmaziestudenten hier in Bonn zusammengefunden, um sich in einem Arbeitskreis kritisch mit der heutigen Pharmazie im Speziellen und dem heutigen Gesundheitswesen im allgemeinen auseinanderzusetzen. Um aber nicht als kleine Gruppe abgehoben von jedweder Realität zu diskutieren, versuchen wir durch Öffentlichkeitsarbeit, unsere Kommilitonen gezielt auf die Probleme aufmerksam zu machen, sowie den Studenten kritische Informationsquellen zugänglich zu machen.

In einer „Aktionswoche“ vom 15. 6. – 19. 6. wollen wir unsere bisherige Arbeit den Studenten in größerem Umfang als bisher vorstellen (Büchertische, Diskussionen, Vorträge etc.).

Fachschaft Pharmazie  
c/o Michael Römer  
5300 Bonn

## Argumente für eine soziale Medizin

Neu im Juni: Band IX



### Prävention — Gesundheit und Politik

mit Beiträgen von: H.H. Abholz, D. Borgers, Huber u.a. Primärprävention ist die Verhütung von Krankheiten. Das Buch ist der erste fundierte Überblick in deutscher Sprache. Es versteht sich als Beitrag zur Entwicklung konkreter Strategien der Primärprävention.

Dabei geht es um folgende Fragen:

- Krankheitsverhütung: Änderung individuellen Verhaltens oder gesellschaftlicher Verhältnisse?
- Volkskrankheiten: Medizin versus Umweltschutz
- Krebs: individuelles Schicksal oder gesellschaftliche Seuche? (Orter gegen Oester)
- Risikofaktormedizin: Pharmakoprophylaxe oder Sozialhygiene?
- Alkoholismus: zwischen Staatseingriff und Kompetenz der Betroffenen
- Arbeitsmedizin: Natur- oder Sozialwissenschaft?

Es wird deutlich, daß diese Alternativen vielfach selbst problematisch sind. Primärprävention verlangt eine neue Gegenstandsbestimmung der Medizin.  
(AS 64: ISBN 3-88619-002-1) 15,50 DM (f. Stud. 12,80)

U.a. bereits erschienen:

**Band VII: Lohnarbeit, Staat, Gesundheitswesen**  
(AS 12: ISBN 3-920037-60-X) 15,50 DM (f. Stud. 12,80)

**Band VIII: Gesundheitspolitische Analysen, Primärmedizin**  
(AS 30: ISBN 3-920037-46-4) 15,50 DM (f. Stud. 12,80)

Im Argument-Verlag erscheint außerdem die Reihe: »Jahrbuch für kritische Medizin«. Im »Medizin-Abo« erhalten Sie jährlich ein Band »Argumente für eine soziale Medizin« und ein Band »Jahrbuch für kritische Medizin« für 28,60 DM inkl. Versandkosten (Stud. 25 DM).

**Argument-Verlag, Tegeler Str. 6, D-1000 Berlin 65, Tel.: 030/4619061**

Soeben erschienen: die  
**NICARAGUA-**  
Solidaritäts-Schallplatte

22,- DM (incl. 2,- DM für Versandkosten). 5,- DM gehen als Solidaritätsspende ohne Abzüge direkt nach Nicaragua. Bestellung und Überweisung auf das Konto 2402 bei der Stadtsparkasse Frankfurt oder schriftlich bei: medico international  
Homburger Landstraße 455,  
6000 Frankfurt 50

LATEINAMERIKANISCHE KÜNSTLER SINGEN

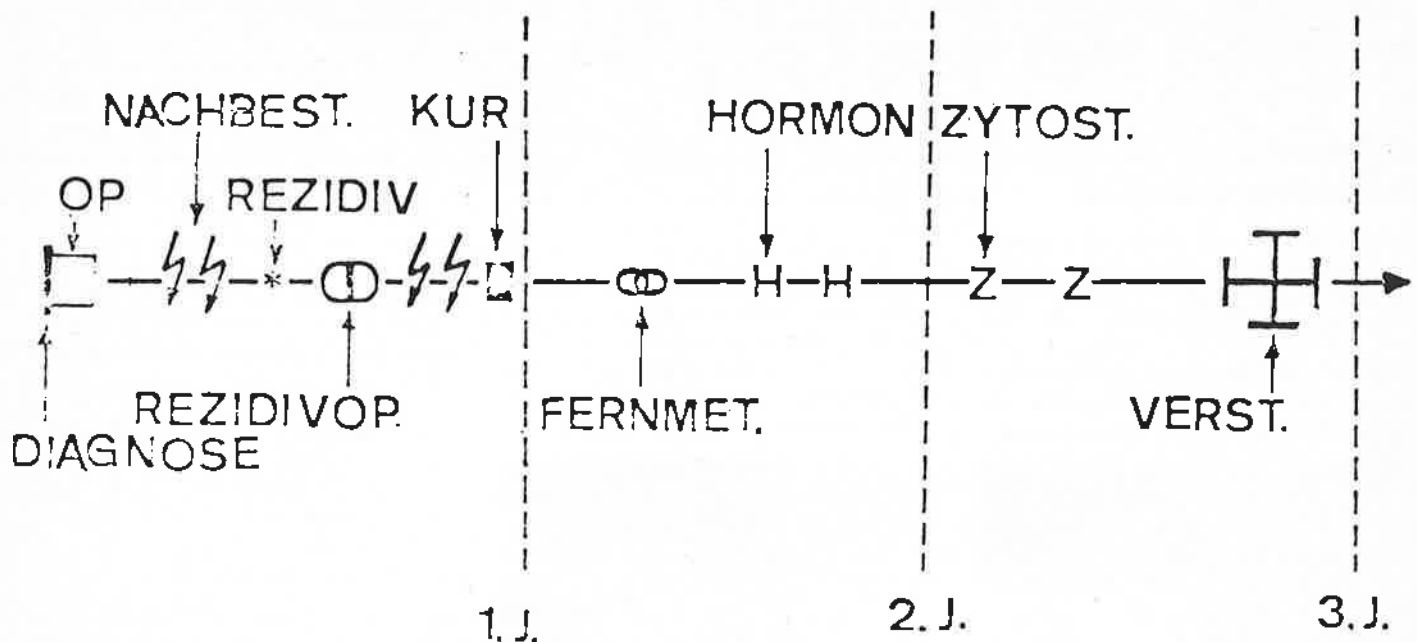
**FÜR NICARAGUA**

medico international 5 DM



HERMANOS ESCAMILLA -  
INTI ILLIMANI - JATARI QUILA-  
PAYUN - CARLOS MEJIA GODOY -  
PABLO MILANES - AMPARO  
OCHOA - ISABEL Y ANGEL  
PARRA - SILVIO RODRIGUEZ -  
ALFREDO ZITARROSA





# Leben mit einer kranken Frau

## Das Elend der psychosozialen Versorgung

Wie sehr nicht nur seelische, sondern gerade auch körperliche Erkrankungen das Leben der Betroffenen, ihrer Angehörigen und Freunde verändern, zeigt der folgende authentische Bericht.

Er dokumentiert, wie Krankheiten und Diagnosen, die für Ärzte und Pflegepersonal „Routine“ sind, jahrelang, oft lebenslang den Alltag der Erkrankten bestimmen. Wie unbedachte Äußerungen des medizinischen Personals ins Leben der Menschen eingreifen. Wie das lange Leiden ohne Hilfe zu Monotonie, Hilflosigkeit, Perspektivlosigkeit, Verbitterung, Verärgerung und Zerstörung persönlicher Beziehungen führt:

Es begann vor zehn Jahren, 1969, da hat L. die ersten leichten Anzeichen bemerkt. Wenn ich ein wenig stärker als normal mit ihrer Brust in Berührung kam, beim in den Arm nehmen zum Beispiel, dann sagte sie sofort, es hat ihr wehgetan. Bis zu diesem Zeitpunkt ist es nie der Fall gewesen. Im Laufe der nächsten Monate wurde es eine Tatsache, mit der wir uns intensiv beschäftigen mußten. Unser Hausarzt sagte uns, daß L. noch ein Jahr etwa warten sollte, bis zur nächsten Untersuchung.

(Nähere Daten aus dem Tagebuch müssen hier folgen.) Die Operation war am 30. Januar 1970, es wurde die linke Brust total entfernt, mit Lymphgefäß und noch einiges mehr, was ich hier nicht anführen kann, weil ich nicht der Arzt bin. Der Operation war die Entnahme einer Gewebeprobe vorausgegangen, L. blieb in der Narkose, und als der „positive“ Bescheid

kam, dann wurde erst operiert. In diesem Falle „positiv“ im negativen Sinne!

Der Schock für L. war groß, nicht nur für L., auch für mich als Ehemann. Mit einer Totaloperation hatten wir beide nicht gerechnet.

Man sollte bei allem Schmerz des Patienten, auch nicht den Ehemann vergessen, bzw. immer den anderen Partner nicht vergessen, denn er leidet ebenfalls, und nicht zu wenig, je nach körperlicher und geistiger Verfassung.

Es folgten schwere Jahre, mit Schonung des Ehepartners in jeder Beziehung. Man mußte Rücksicht nehmen in allen Lebensbereichen, im Hause, beim Weggehen, beim Einkaufen, bei Gesprächen mit L., bei Gesprächen mit Verwandten und Bekannten und mit Freunden.

Ich mußte alle Wünsche zurückstellen, von Urlaubsreisen durfte ich gar nicht sprechen, sie wollte nur zuhause bleiben. Nach den drei Kuren, die sie in den Jahren 1970, 1971 und 1972 in Anspruch nehmen durfte, wollte sie nicht mehr weg.

Zum Sport nach auswärts kam ich wenig, auch zum Theater nach Dortmund nur zweimal im Winter. Immer fuhr ich mit einem schlechten Gewissen, obwohl ich kein schlechtes Gewissen zu haben brauchte, aber es war einfach da, da, irgendwo in dem „Stübchen“ da oben, und dieses Gewissen ließ einem die ganze Zeit keine Ruhe. Es hätte ja wirklich in der Zeit zuhause etwas passieren können, obwohl L. mit diesen wenigen Fahrten immer einverstanden war.

Aber mit rechter Freude war ich trotzdem nie dabei, die nervliche Belastung war einfach zu groß für mich, obwohl ich einerseits froh war, für ein paar Stunden dem Alltag neben einer kranken Frau zu entfliehen, andererseits ließ die Verantwortung mir keine Ruhe, sie ließ mich immer an das Zuhause denken und an L.

Ich wollte mich erholen bei diesen Ausflügen, aber es wurde zum Schluß doch eine Belastung daraus.

Das Jahr 1978 brachte die zweite Operation. Wir hatten alle gehofft, nach dieser Zeitspanne von neun Jahren, seit der ersten Operation, es würde nichts mehr nachkommen, doch leider kam es anders. Trotz der regelmäßigen Fortführung der Nachuntersuchungen, die in den entsprechenden Zeiträumen durchgeführt wurden, erst vier-wöchentlich, dann nach drei Monaten, es folgten halbjährliche Nachuntersuchungen, und die letzten Jahre nur noch einmal jährlich, trotz dieser ständigen Kontrollen, hatten sich neue Verhärtungen nun an der rechten Brust gezeigt.

Im Jahre 1977 wurde eine erste kleine Verhärtung an der rechten Brust festgestellt. Das machte uns und besonders L. wieder unruhig. Sie selbst beobachtete sich das ganze Jahr über (selbst), und wir sprachen immer darüber. L. fand dann mal hier etwas, mal da etwas, konnte aber nicht genau sagen, was es sein könnte. Vielleicht sind es Gallensteine, sagte sie, dann könnte es der Hals sein, oder ist es ein Magengeschwür, auch der Rücken verursachte Beschwerden. Von nun an begleitete sie wieder die Angst, es könnte

etwas Ernsthaftes sein. Und heute weiß man, daß es etwas Ernsthaftes gewesen ist.

Am 4. 12. 1978 war in H., immer im Krankenhaus, die letzte der regelmäßigen Nachuntersuchungen. Es dauerte etwa eineinhalb Stunden. Der Doktor in H. sagte ihr, sie möchte in der nächsten Woche mit Dr. St. in A. sprechen. L. war nicht sehr froh darüber. Sie war in der ganzen letzten Zeit immer zu nichts zu gebrauchen. Wenn ich sie ablenken wollte, zum Beispiel mit einem Besuch der Eisrevue in Dortmund, dann sagte sie nur, sie möchte lieber zuhause bleiben.

Die Bandscheibe schmerzt ihr, sie hustet weißen Speichel aus, sie muß die Beine bandagieren, und die alten Narben der ersten Operation tun ihr weh, es sind nur noch Beschwerden, die sie beschäftigen.

Am 12. 12. 1978 waren wir am Nachmittag bei Dr. St. Ich habe L. begleitet. Dr. St. sagte, L. möchte am 14. 12. um 16.00 Uhr kommen, es wird nur einige Tage dauern. Mir ist nicht sehr wohl bei der Sache gewesen, aber ich durfte nichts sagen. Es belastete mich stark.

Am 15. 12. wurde erst ein Probeschnitt gemacht, doch dann mußte wieder „total“ operiert werden. Ich war 21/2 Std. bei L., und sie wußte in der Zeit noch nicht, daß doch wieder die ganze Brust entfernt werden mußte.

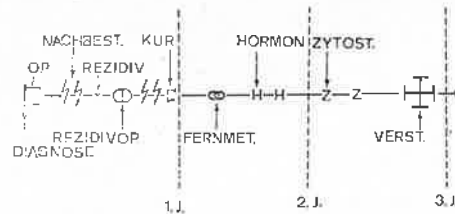
Am nächsten Tag erst konnte der Doktor ihr das sagen.

Immer muß ich Mut zusprechen, immer muß ich trösten, immer muß ich Anteilnahme zeigen, immer muß ich ablenken, immer muß ich besorgt sein, immer alles in mich hineinfressen, was ich laut hinaus-schreien möchte, aber L. würde das nicht verstehen. Nach mir fragt niemand, wie ich darunter leide fragt keiner, daß ich auch krank sein könnte kommt niemand in den Sinn, und ich darf das auf keinen Fall erwähnen, das würde die Lage von L. noch verschlimmern.

Ich muß durchhalten bis zum Umfallen, wenn ich das kann, und kann ich das nicht, dann wird das irgendwie nicht zur Kenntnis genommen.

Ein kranker Mensch wird auch ungerecht gegen die andern, er weiß immer alles besser, er hat alles immer schon vorher gewußt, er reagiert auf alles nur noch negativ, und wenn ich mir noch so viel Mühe gebe zu trösten, zwanglos zu reden und zu scheinen, zu beruhigen, vielleicht auch abzulenken, von den kranken Gedanken, ewig kann man dem Kranken auch nichts vormachen.

Dann sagt sie zum Beispiel: ich kann mich auf nichts mehr freuen, ich habe keine Lust mehr (wozu?), mir schmeckt nichts mehr, (und das will bei L. als gutem Esser schon was heißen).



Bei ihrer ständigen Selbstbeobachtung, entdeckt sie immer neue kranke Stellen, immer neue Krankheiten.

Der starke Husten mit Sputum (weißer Auswurf), dann ist ein geringer Haarausfall, den sie jeden Tag betrachtet, die rechte Schulter ist dick, kann es von der Schilddrüse kommen, habe ich Wasser im Körper, so fragt sie sich immer und auch mich. Mit einer ständigen Angst verfolgt sie sich selbst bei den Beobachtungen.

Sind es die Folgen der Kobaltbestrahlungen?

Ich glaube, ich habe Magengeschwüre. Vielleicht habe ich Herzasthma? Sie reiht Fragen an Fragen, sich selbst zur Beruhigung oder zur Beunruhigung, mir zur Beunruhigung, damit wir darüber reden können. Ich rede mit L. über alles, über alle Möglichkeiten, die wir uns als Laien vorstellen können, und je mehr Möglichkeiten wir uns vorstellen können, desto mehr hoffe ich ja immer, daß L. etwas von ihrer Beunruhigung verliert.

Vielen Kranken ist damit geholfen, wenn man mit ihnen über ihre Krankheiten spricht, anderen wieder hilft das gar nicht, es tritt die gegenteilige Wirkung ein.

Vielleicht habe ich eine Lungenentzündung, sagt sie an einem anderen Tag, aber dann müßte ich Fieber haben. So sucht sie und sucht sie nach den Ursachen ihrer Schmerzen.

Warum hat man erst jetzt entdeckt, daß Wasser unter der Lunge ist, warum, ich bin doch schon so oft zu den Röntgenaufnahmen gewesen, fragt L. wieder skeptisch. Fragen und Fragen – ohne Antworten.

Die Ärzte tun was sie können, mehr können sie auch nicht, sage ich zu ihr. Es hilft nicht viel, was ich sage, aber sagen muß ich etwas, denn nichts sagen, das hilft meistens noch weniger, ergo rede ich und rede, Hauptsache ist, sie hört mir noch zu.

Die rechte Schulter wird dicker, die Tabletten kann ich nicht mehr vertragen, sagt sie zu mir.

L. stöhnt oft vor sich her, beim Hinsetzen, beim Essen, beim Anziehen wird das besonders deutlich. Ich muß dann immer fragen, was denn ist, und dann sprechen wir wieder darüber, was es sein könnte, und was man machen kann.

Ich muß sie beruhigen, ich muß mit ihr sprechen, ob sie mir glaubt oder nicht, ob sie mir das sagt oder nicht.

Beim Anziehen muß ich ihr das Mieder zumachen, es hat viele Haken, damit die Brustprothesen besser gehalten werden können. Eine alltägliche Hilfe eines Ehemannes gegenüber seiner Frau, wenn sie gesund ist, aber in diesem Falle ist es jedesmal eine kritische Situation, zu der man nicht weiß, was man sagen soll.

Was denkt die Frau, wie der Mann darüber denkt, was denkt der Mann, was die Frau darüber denkt? Niemand spricht es aus. Man muß es still übergehen, aber auch das geht nicht immer, dann sagt man als Ehemann, soll ich alle Haken zumachen, sitzt es gut, das Mieder, soll ich oben zwei Haken offen lassen.

L. stöhnt ohne nähere Angaben, auch im Bett kann sie nicht mehr gut liegen.

Ich versuche, ihr die Harmlosigkeit ihrer Entdeckungen klarzumachen, obwohl sie selbst nicht weiß, was es ist, glaubt sie mir wahrscheinlich nicht. Wie sollte sie auch.

Ich frage mich manchmal, wie lange stehe ich das eigentlich noch durch, denn ich bin auch krank an Leib und Seele, darf es nur nicht zeigen, darf nicht darüber reden, um mich von diesem ständigen Druck zu befreien. Wer hört mir zu, wer „hört“ mich, wenn ich hier schreibe?

Mit zunehmender Krankheit nimmt auch der Ungerechtigkeitssinn der kranken L. zu. Ich entschuldige das natürlich bei L. mit der Angst allgemein, die ich nicht erklären kann, aber das immer recht haben, und das immer „das letzte Wort haben müssen“, das hat schlimme Formen angenommen, ja geradezu krankhaft ist es geworden, wie eine „Medizin“, die L. braucht.

Früher habe ich L. in solchen Situationen widersprochen, denn auch ich hatte manchmal recht, aber das riskiere ich heute nicht mehr, ich vermeide jede Auseinandersetzung, ganz gleich welcher Art, der Kranke hat immer recht, wenn es ihm nur damit geholfen ist.

Iß doch noch etwas, nein, ich bin voll! Das hat es früher bei L. nie gegeben.

Das ewige Stöhnen, das ständige Husten, es klingt wie ein Vorwurf an mich, so rede ich mir das ein, dabei kann ich nichts dafür, daß L. so krank ist, aber es reißt meine Nerven entzwei.

Und immer wieder muß ich etwas sagen, vieles wiederholt sich, was ich schon oft gesagt habe, aber es darf keine Stille entstehen, ich muß mir immer wieder etwas einfallen lassen, damit keine lautlose Leere sich bilden kann, dann wird es gefährlich, wenn Eheleute in solch einer schweren Lage sich nichts mehr zu sagen haben.

Neue Schwierigkeiten tauchen auf. L. kommt nach H. ins Krankenhaus. Man hat Wasser in der Nähe der Lunge entdeckt, es muß eine Punktion gemacht werden.

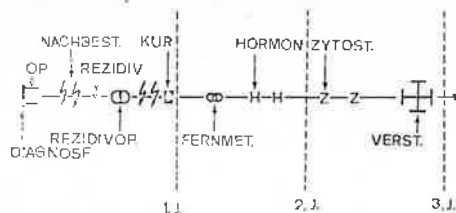
Wir, wir Laien rechnen mit einer Woche Dauer, vielleicht werden es zwei Wochen. Auch L. ist ganz zuversichtlich, als wollte sie mir Mut machen. Aber es wird länger dauern, der Doktor hat es ihr gesagt, sie hat es mir nicht gesagt, ich habe es aber hinterher vom Doktor erfahren.

Was soll ich nun wieder zu L. sagen, soll ich nichts sagen, es beginnt eine kritische Art des Theaterspiels mit dem Kranken, der darauf eingehen kann, wenn er noch die Kraft dazu hat, der Kranke kann auch durchdrehen, wenn er die Kraft nicht mehr hat. Wie geht das weiter?

Kann ich davon ausgehen, daß die Krankheit in ein bestimmtes Stadium getreten ist, wie lange wird dieses anhalten, können es Jahre werden, mit einem Dahinsiechen des Kranken, kann es schnell gehen, mit einer Erlösung für den Kranken, alles Fragen, auf die man keine Antwort bekommt. Die Krankheit ist sicher so schwierig, so umfangreich, so unüberschaubar, so unvorhersehbar, so unbestimmbar, so undurchsichtig, so unheimlich immer noch, obwohl die moderne Medizin schon sehr weit entwickelt ist, aber diesem Krebs kommt sie nicht auf die Spur.

Inwieweit kann L. die schwere Krankheit selbst objektiv einschätzen, was glaubt sie zu wissen, was möchte sie nicht wissen, glaubt sie an schnelle Heilung, glaubt sie an Verschlimmerung ihrer Lage. Das sind Fragen, die ich mit ihr nicht erörtern kann, ich muß diese Fragen umgehen, ich muß immer alles so darstellen, als wäre die Krankheit stets auf dem Wege der Besserung, ohne selbst daran glauben zu können, aber es muß für den Kranken immer so aussehen, als würde alles wieder besser werden.

Wenn ich sie beobachte, dann habe ich den Eindruck, sie sucht in meinen Blicken, in meinem Sprechen, in meinen Gesten, auch in meinem Schweigen einen Rettungsanker, aber sie sagt es nicht, sie umgeht diese Fragen, die sie vielleicht gern stellen möchte, sie hat selbst Angst davor, um sich zu schonen, um mich zu schonen, wer kann das so genau wissen. Man kann schon als Ehepartner verzweifeln, wenn man diesen „stillen inneren Kampf“ des Kranken über Jahre betrachten muß. Wie es dann immer schlimmer wird mit der Krankheit, die Hoffnungslosigkeit nimmt zu, aber immer noch versucht auch der Kranke sich etwas vorzumachen, und man muß ihn dabei noch unterstützen, ob man will oder nicht, ob er es merkt oder nicht, wie wenig davon wahr ist, wie viel verzweifelt geschauspielt wird, geschauspielt werden muß, zum Wohle des Kranken, der einem das nicht mehr abnimmt, nicht abnehmen kann, nicht ab-



nehmen will, und sich dann doch an diesem Strohalm der Hoffnung festhält.

Festhält – wie lange, bis zur nächsten Visite, bis zum nächsten Besuch, bis zur nächsten Behandlung, bis zur nächsten Enttäuschung.

Drei Wochen ist L. nun bereits im Krankenhaus, sie ist zuversichtlich, daß es vielleicht nur noch eine Woche dauern kann. Wer kann das wissen, aber sie möchte es sich gern einreden, mir einreden, uns einreden.

Am letzten Freitag, am Ende der dritten Woche, bin ich länger bei ihr geblieben, als ich es vorgesehen hatte. Sie hat so schön erzählt von den Behandlungen. Ich habe geduldig zugehört. Zu dem wöchentlichen Tropf bekommt sie jetzt auch noch jeden Tag einen, über zwölf Tage etwa, mit einer anderen Medizin, weil man nach der Punktion in dem Wasser „Pilze“ entdeckt hat, und diese „Pilze“ sollen damit bekämpft werden. So lasse ich sie erzählen, höre aufmerksam zu, stimme ihr zu in dem Glauben, daß damit ein guter Weg gefunden ist, ein „Weiterwachsen“ dieser Pilze zu stoppen. Die Hauptsache ist, sie glaubt fest daran. Ich beobachte sie genau, wir kommen auch auf andere Themen, auf private zu sprechen. Sie will dann wissen, wie es zuhause mit dem Essen usw. klappt. Ich sage ihr natürlich, daß alles klappt, auch wenn manches nicht so gut klappt. Ich ermuntere sie, mit mir nach unten zur öffentlichen Telefonkabine zu gehen, und die Schwester in D. anzurufen. Erst wollte sie nicht, doch dann ist sie einverstanden gewesen. Dieses erst nicht wollen, war eine typische Resignations-einstellung von ihr, sie will einfach nicht machen, was ein anderer ihr vorschlägt, es ist alles falsch, es ist nicht nötig, es ist überflüssig.

Das war nach dem Mittagessen, wir sind wieder zurück ins Krankenzimmer, und dort haben wir weiter erzählt, das heißt sie hat mehr erzählt als ich, denn ich spürte irgendwie, ich muß ihr heute etwas länger zuhören. Die Zeit verging, es wurde 15.00 Uhr, ich war schon fünf Stunden bei L., und sie wunderte sich noch immer nicht, daß ich noch da war. Ich hatte noch kein Mittagessen gehabt, habe aber nichts gesagt. Da fiel ihr das plötzlich ein, daß mit dem Mittagessen, und auch daß ich bald gehen müßte. Ja, es waren mittlerweile fünfeinhalb Stunden geworden.

In dieser ganzen Zeit habe ich sehen können, wie sie als Kranker sich an jedes Thema „gehängt“ hat, und wie es ihr wohl dabei war, mit mir so ausführlich darüber reden zu können.

Nun liest sie auch viel in diesen typischen Frauenzeitschriften. Da steht zum Beispiel, daß es Männer gibt, die sich scheiden lassen, wenn ihre Frau eine Brustoperation gehabt hat. Das erzählt sie mir dann auch, und wartet nun darauf, was ich dazu sagen werde. Ich sage ihr, daß dieses für mich nie ein Scheidungsgrund sein würde, und jetzt, nachdem wir schon so lange verheiratet sind, schon überhaupt nicht. L. weint dann zwischendurch auch mal ein bißchen, ich tröste sie dann, dann hört sie auch wieder auf mit dem Weinen, aber sie sagt mir nicht, warum sie geweint hat. Ich frage erst gar nicht danach, sie ist sehr wehleidig, und jetzt in ihrem Zustand ist das natürlich besonders verständlich, und Verständnis muß der Mann für die Situation seiner kranken Frau haben, immer haben, wenn es auch noch so schwer fällt.

Und es fällt schwer, vor allem, wenn man selbst nicht ganz gesund ist. Ich bin nach diesen fünfeinhalb Stunden wie im Trance aus dem Krankenhaus gegangen. Ich weiß gar nicht, wie ich bis zum Omnibus gekommen bin. Ich muß mir immer einreden, ich darf nicht krank werden, dann bricht alles zusammen, das ganze „Krankenhaus“, von dem L. nichts weiß.

Im Hause sind mehrere Familien verweist, sie haben sich verabschiedet, haben Grüße an L. und Besserungswünsche bestellt, ich habe ihnen gute Erholung gewünscht.

Ich möchte auch gern verreisen, aber es geht nicht, solange L. krank ist. Ich träume nachts vom Verreisen, vor einigen Tagen wurde ich mitten in der Nacht wach, schreckte auf in dem Glauben, ich hätte den Zug versäumt.

Das war keine Erholung, das war ein Alptraum.

Vieles möchte ich mir vornehmen, doch nichts kann ich durchführen, sogar die zwei Theaterfahrten nach Dortmund werde ich auf meinem „Plan“, den ich gar nicht habe, streichen. Der persönliche Horizont verengt sich immer mehr, man kann nur noch ein Thema ausführlich und erschöpfend behandeln, behandeln im doppelten Sinne, die Krankheit von L., und daran könnte ein labiler Mensch glatt zugrunde gehen.

Heute ist Sonntag, morgen ist Montag, da muß ich wieder ins Krankenhaus, und was soll ich da der L. wieder erzählen, was wird sie mir wieder erzählen, vieles was wir uns immer wieder erzählen, erzählen, erzählen...

Die Besuche in einem Krankenhaus haben schon ihre Schwierigkeiten, für den Pa-

Fortsetzung Seite 42

DG 4/81





Plenum des Mannheimer Kreises: Kulenkampf geht!

## Wohin bewegt sich die Psychiatrie?

### Auflösung der Großkrankenhäuser – Gemeindepsychiatrie – Psychiatrisierung – Vorsorge

DG-Gespräch zum Auftakt des Mannheimer Kreises mit den DGSP-Vorstandsmitgliedern Wolfgang Münster, Niels Pörksen, Klaus Pramann und Helga Schmidt

**DG:** Der Sternmarsch mit der Forderung „Auflösung der Großkrankenhäuser“ hat sicherlich Bewegung in die Psychiatriediskussion gebracht. Unsere erste Frage an Euch, was ist seit dem Sternmarsch passiert? Bewegt sich die Psychiatrie in die richtige Richtung?

**Wolfgang:** Neben den vielen positiven Reaktionen ist für mich die entscheidende Frage – und das ist auch das Motto der Mannheimer Kreis Tagung – Auflösung, wie und wie nicht? Wird z. B. mit der Auflösung der Privatisierung Vorschub geleistet? Wie kann es gelingen, die Diskussion in die Großkrankenhäuser hineinzubringen? Wie gelingt es zu verhindern, daß mit der Auflösungsforderung Stellen gestrichen werden?

**Niels:** Ich sehe auch drei Gefahren. Einmal Privatisierung, Stellenstreichungen und das Dritte ist die Gefahr der Ausuferung von unverbindlichen ambulanten Angeboten und der Ausweitung des Psychobooms auf die psychosoziale Versorgung. Und ich denke, daß gerade die dritte Sache die ist, die in der DGSP am gefährlichsten ist. Ich befürchte, daß in unseren Reihen viele sind, die eigentlich nur versuchen, einen besseren Arbeitsplatz und eine bessere

Arbeitsatmosphäre zu finden, die aber den Psychiatriealltag nicht dabei haben wollen. Sie tun dies über den Weg des methodenzentrierten Arbeitens, anstatt sich an den Bedürfnissen der Patienten zu orientieren.

**DG:** Klaus, Du hast da andere Erfahrungen gemacht. Du hast den Psychiatriealltag im LKH Schleswig am eigenen Leibe erfahren.

**Klaus:** Ich wollte schon sagen, ich finde, daß sich seit der Bonner Demo auch was Positives in Richtung Auflösung getan hat. Es wurde mit dem Tabu gebrochen, überhaupt über die Großkrankenhäuser zu sprechen, den eigenen Arbeitsplatz in Frage zu stellen. Auflösung ist ja eine Sache, die mit Bewußtseinsbildung zu tun hat. In dem Punkt hat sich unsere Hoffnung von damals bestätigt: keine Gruppierung in der Psychiatrie ist daran vorbeigekommen, über Auflösung zu sprechen und sie sind dabei zu Aussagen gekommen, die sie vorher nie gemacht hätten. So hat sich z. B. die Bundesdirektorenkonferenz auf eine Größenordnung von Großkrankenhäusern festgelegt, die „fortschrittlicher“ ist als die Enquête.

In meinem Bereich in Schleswig hat die

Demo zu ganz empfindlichen Diskussionen geführt, zu großen Ängsten. Ängste, den Arbeitsplatz zu verlieren. Ich selber habe ja einen Personalrat erlebt, der da ganz kräftig zu Werke gegangen ist mit Kündigungen – und nicht nur mit meiner, sondern es geht weiter da. Und dahinter steht, daß man die Leute loswerden will, die Auflösung meinen. Auch das ist, so meine ich, kein Rückschritt, sondern ein Zeichen dafür, daß etwas daran ist an dieser Angst, daß die Leute ein schwieriges Verhältnis zu ihrem Arbeitsplatz haben, ihre eigene Unzulänglichkeit im therapeutischen Handeln erleben, weil da ja auch gar nicht therapeutisch gehandelt wird. Daß das in Frage gerät, ist ein Anfang zu einer Bewußtseinsbildung in Richtung Auflösung. Für mich ein wichtiger Schritt.

**DG:** Führt nicht die Ausweitung der Psychiatrie in die Gemeinde zu einer Ausweitung des Krankheitsbegriffes. Wenn z. B. in einem Sanierungsgebiet die Angst der Leute aus ihren Häusern zu müssen pathologisiert wird. Oder wenn wir an das Plakat der Aktion Psychisch Kranke denken, wo eine Stadt dargestellt ist, in der an jeder Ecke ein psychosozialer Dienst ist.

**Wolfgang:** Ich habe nicht die Bedenken, wenn man berücksichtigt, was wir jetzt haben. Große psychiatrische Einrichtungen, die ein großes Gebiet zu versorgen haben, bestimmen das Bild. Die vielen einzelnen Gemeinden haben mit der Psychiatrie nichts zu tun. Ich denke, daß es erst mal wichtig ist, das Problem dahin zurückzuführen, wo es herkommt, daß überhaupt in den Gemeinden über psychische Krankheit diskutiert wird und erlebt wird. Da finde ich den Einwand der Psychiatisierung zweitrangig.

**Niels:** Wenn die Angebote uferlos werden, ist die Gefahr der Psychiatisierung gegeben. Ich fühle mich an der Horrordisziplin mitschuldig, daß an jeder Straßenecke eine psychiatrische Einrichtung ist. Das haben wir vor 10 Jahren bei der Enquête nicht bedacht. Wir haben die Eigendynamik des Systems unterschätzt. Wir sind nicht davon ausgegangen, daß plötzlich ein Heer von Arbeitslosen auf der Straße steht und in solche Einrichtungen rein-drängt.

Ich seh das jetzt in Ulzen. Wichtig ist nicht so sehr die Organisationsform, sondern das, was wir wollen. Die Arbeitsprinzipien unseres Dienstes sind: 1. Die Verhinderung von Ausgrenzung; 2. Förderung von Selbsthilfe und 3. Hilfen, die wir geben in Krisenfällen. Wenn man das klar definiert und versucht, jedes Handeln und jede Einzelentscheidung darauf abzustimmen, dann verhindert man Psychiatisierung. Oder wenn man z. B. sagt, wenn ein anderer Dienst versucht einen Menschen zum Patienten zu machen oder an uns abzuschleiben, dann können wir sagen: Gut, die Teilverantwortung übernehmen wir, aber nur dann, wenn ihr euch daran beteiligt, sei es die Gemeindeschwester, die Familie oder ein Krankenhaus. Die Arbeitshaltung ist für mich das Wichtigste.

**Klaus:** Die Fragestellung nach mehr Kontrolle beinhaltet ja eigentlich den Gedankengang Auflösung, wie wir ihn nicht wollen. Solche Leute denken institutionell. Wenn man aber bereit ist, Partei zu nehmen für den Patienten auch mal gegen die Institution, wenn man verzichtet auf die scheinbare Objektivität auf dem Boden von Wissenschaftlichkeit, dann kommt auch keine Kontrollfunktion für den Patienten raus. Dann kann dieser Dienst auch Vertrauen bei den Patienten genießen.

**Wolfgang:** Die Auseinandersetzung zurück in die Gemeinde zu bringen, bedeutet eben nicht zu akzeptieren, wenn ein Betrunkener vor der Klinikstür abgeliefert wird. Wir müssen sagen können, das ist nicht unsere Aufgabe. Doch diese Auseinandersetzung wird überhaupt nicht geführt. Da wo ich her komme, ist es üblich, daß wenn jemand auffällig ist, dann kommt er

ins LKH. Da schreibt gerade noch ein Arzt einen Aufnahmeschein. Mehr nicht. Zwischen Klinik und denen, die diesen Menschen nicht mehr ertragen können, findet kein Gespräch statt. Das ist bei Einrichtungen in der Gemeinde anders.

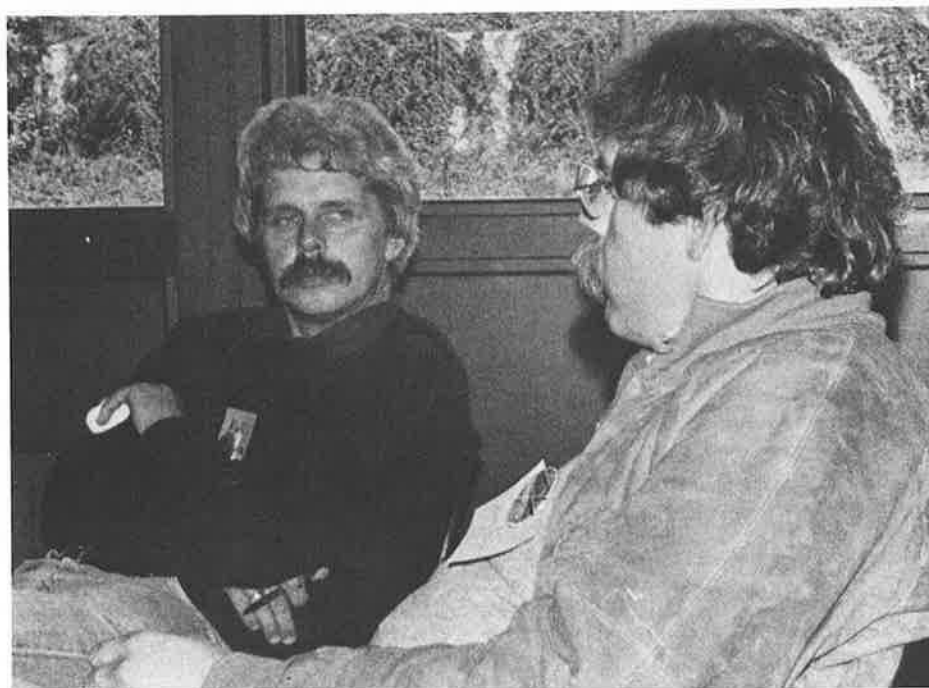
**DG:** Wir haben jetzt die Gratwanderung zwischen Psychiatisierung und der Grundhaltung, sich für und mit den Bürgern in einer Region einzusetzen, beschrieben. Welche Möglichkeiten habt ihr mit dem medizinischen Apparat, der darauf ausgerichtet ist zu heilen, zu lindern usw. Krankheiten zu verhindern. Könnt ihr sowas wie präventive Arbeit leisten?

**Niels:** Das ist schwierig zu beantworten, ich möchte da gerne was ausholen: Als wir in Ulzen angefangen haben und als Mo-

Solche Einstellungsänderungen sind nur langfristig zu erzielen. Viele von uns, die häufig die Arbeit wechseln, mal hier 2 Jahre, mal da 2 Jahre, schätzen diesen wichtigen Zeitfaktor nicht richtig ein. Oder nehmen wir die Teestube, die jetzt ganztags von Patienten getragen wird. Die war auch das Ergebnis einer langfristigen Arbeit.

**Klaus:** Da ist doch was ganz Konkretes dabei. Nämlich, daß bei einer derartigen Versorgung die Patienten selber ihre Wünsche und Sorgen direkt an die Verantwortlichen heranbringen können. Dabei entwickelt sich auch das notwendige Selbstbewußtsein.

**Wolfgang:** Ich halte es an dieser Stelle auch für notwendig zu sagen, was Präven-



Niels Pörksen und Wolfgang Münster

delleinrichtung anerkannt wurden, meldete sich sogleich der Ärzteverein für den Landkreis und fragte als erstes: sind wir eigentlich verrückter als der Nachbarkreis, warum eigentlich wir? Die beiden Nervenärzte haben klar gesagt: ihr seid eine Konkurrenz für uns. Und nach 4 Jahren, als zur Diskussion stand, uns wieder aufzulösen, haben spontan 2/3 aller Ärzte im ganzen Landkreis schriftlich unser Fortbestehen gefordert. Die Arbeitsgruppe, die wir haben, eine Balintgruppe mit Ärzten, hat gemeinsam mit Patienten bei den Politikern für die Erhaltung unseres Dienstes gekämpft. Der Nervenarzt, der sich vor Jahren nicht mit Patienten zur Durchsetzung einer Forderung an einen Tisch gesetzt hätte, hat dies gemacht. Heute kommt er stolz, wenn wir unsere Montagsgruppe haben und berichtet: Am Wochenende habe ich wieder zwei Zwangseinweisungen verhindert. Das war für den früher überhaupt kein Problem.

tion ist und nicht ist. Prävention bedeutet nicht Verhinderung von Problemen. Prävention setzt da ein, wo Probleme eskalieren würden, wenn Hilfen entweder nicht akzeptiert werden können oder Hilfen nicht da sind.

**Niels:** Für mich hat Prävention mit dem gesellschaftlichen Leben im großen und kleinen was zu tun. Vor 10-15 Jahren suchten wir unsere Erfolge in der großen Politik. Heute machen wir die Erfahrung, daß wenn wir überhaupt eine Chance für eine Erneuerung sehen, dann müssen an der Basis, da wo wir leben, Veränderungen erreicht werden. Dieses Ohnmachtsgefühl gegenüber Aufrüstung, Kriegsgefahr, Umverteilung des Sozialhaushalts in den Rüstungshaushalt – und diese Umverteilung – läuft ja bereits – ist doch sehr verständlich. Anstatt zu resignieren, sehe ich die Chance in der Arbeit vor Ort.

**Klaus:** Zum Begriff Prävention gehört auch unser Krankheitsbegriff dazu. Für die WHO ist das eben nicht Abwesenheit von Krankheit, sondern Wohlbefinden, sich aktiv fühlen, sich am sozialen Leben beteiligen können. In einer kommunalen Versorgung wird jeder mehr das Gefühl bekommen, wie er seine Fähigkeiten einsetzen kann und wie er tragfähige Bindungen herstellen kann. Dieses Gefühl geht in der Anstalt verloren. Dort kommt es auf die Abwesenheit von Symptomen an. Prävention innerhalb eines kommunal strukturierten Versorgungssystems setzt an der Beziehung zwischen Menschen an und kann sie tragfähiger machen für Probleme; sie beschränkt sich nicht nur auf ein Individuum mit seinem „stoffwechselkranken Gehirn“, dem der Fachmann Vermeidung von Symptomen einübt.

**DG: Helga, du bist jetzt zu dem Gespräch dazugekommen. Wie bewältigst du als Sozialarbeiterin die Gratwanderung zwischen Gesundheitspolizei und Patientenanwalt?**

**Helga:** Ich arbeite als Sozialarbeiterin im Stadtjugendamt in der Familienfürsorge. Kontrolle auszuüben gehört einerseits zu meinen Aufgaben. Für Bürger verkörpern wir häufig die Institution, von der wir kommen. Auf der anderen Seite beschäftigen wir uns mit Sachen, Problemen, die aus dem Stadtteil erwachsen, und den Leuten genannt werden, mit denen wir zu tun haben. Hauptsache ist, daß mir meine Rolle klar ist. Ich darf nicht so tun, als ob ich einer von ihnen bin – bin ich ja auch gar nicht.

Ich muß deutlich machen, was ich für eine Haltung habe, wenn ich einen Auftrag ausführen muß, den ich selbst durchaus kritisch sehe. Z.B. wenn ich eine Stellungnahme zur Regelung der elterlichen Sorge abgeben muß. Wenn ich also feststellen soll, wer von den Eltern besser geeignet ist, für ein Kind zu sorgen, wenn sich die Eltern trennen. Das ist schon ein schwerwiegender Eingriff.

Oder wenn Klagen kommen von Nachbarn, die mit alten Menschen zusammen wohnen, und die finden, daß die Verwahrlosung in der Wohnung der alten Menschen zunimmt, daß es stinkt, daß es dreckig ist; die müssen da raus, müssen ins Heim, so oder ähnlich lautet dann die Forderung an uns. Wir handeln dann unter dem Druck der Öffentlichkeit, als Amt. Auf der anderen Seite aber als Sozialarbeiter, der die Umgebung und auch die alten Leute kennt und denkt, was ist daran eigentlich so schlimm? Warum soll es in deren Wohnung nicht so aussehen? Für mich ist das Wichtigste mit welcher Haltung ich das eine oder das andere deutlich mache. Ob ich mich als Mitarbeiter eines Amtes übermächtig sehe und der andere zählt gar nicht, und ich ihm mein Handeln auch noch mit schönen Worten schmackhaft mache oder ob ich mit ihm über sein Bedrohtheit einerseits und meine Aufgabe andererseits

rede und wir eine gemeinsame Lösung finden. Für mich ist die Arbeit im Stadtteil befriedigender als in einem LKH, obwohl die Probleme sich gleichen. Dort wo ich arbeite, dort hat meine Arbeit mit dem Leben zu tun.

**Niels:** In so einem Obdachlosenasyl sind die Schwierigkeiten des Zusammenlebens oft nicht weniger als in einer psychiatrischen Institution. Dort gibt es ebenfalls Prügeleien, kaputte Scheiben, da gibt's schwer psychisch kranke Menschen. In der Nichtseßhaftenberatungsstelle sind mehr psychisch Kranke als in der Heidelberger psychiatrischen Poliklinik. Nur, in der einen sitzt ein Sozialarbeiter, in der anderen acht hochqualifizierte Psychiater.



Helga Schmidt

**DG: Hast du die Zeit, Helga, mehr als Feuerwehr und Problemlöser zu sein?**

**Helga:** Ich nehme mir die Zeit, als Vertreter der Familienfürsorge an Sitzungen teilzunehmen, und Kontakte zu Institutionen zu knüpfen, die z.B. mit dem Problem wohnen zu tun haben. Ich sammle die Erfahrungen auch anderer Kollegen (im sozialen Dienst sind über 100 Mitarbeiter beschäftigt), um sie dort einzubringen, wo die Entscheidungen vorbereitet werden oder fallen. Es fällt mir häufig schwer abzuwägen zwischen beiden Seiten: Man hat einmal die Möglichkeit zu rennen, wenn es irgendwo brennt, zu reagieren. Das kann einen völlig erschöpfend auslasten. Man kann aber in etlichen Situationen auch anders entscheiden. Wir haben z.B., da in manchem Stadtteil sehr viele Kinder leben, begonnen, Kindergruppen- und Schülergruppenarbeit aufzubauen. Vor 15 Jahren war es noch üblich, daß jedes einzelne Kind gemeldet wurde, weil es die Schule nicht besuchte oder weil es im Verhalten auffiel. Es wurde eine Akte angelegt und dann hat der Sozialarbeiter eine Einzelbetreuung durchgeführt. Er ist 2-3mal pro Monat hingelaufen. Hat mal mit dem Lehrer, mal mit dem Kind, mal mit den Eltern

geredet – jahrelang. Und es hat sich nicht viel getan. Es wurden viele Kinder betreut, aber man merkte, das bringt überhaupt nichts.

Wir konnten dann sagen, soundso viele leben hier und haben die gleichen Probleme, die Schwierigkeiten in der Schule hängen häufig mit der unzureichenden Wohnsituation zusammen, die Eltern haben vergleichbare Schwierigkeiten, ihren Lebensalltag zu finanzieren. Wir begannen, Raum zum Spielen zu schaffen, den Kindern die Möglichkeit zu geben, die Stadt zu sehen und kennenzulernen. Diese Kinder aus einer Obdachlosensiedlung waren z. T. noch nie mit der Straßenbahn in die Innenstadt gefahren. Es war für sie ein völlig neues Erlebnis auf einem Bahnhof zu sein oder bei der Feuerwehr. Inzwischen hat die Arbeit dazu geführt, daß die Schulversäumnisse nachgelassen haben, daß die Zahl der Umschulungen in die Sonderschule abnimmt...

**Niels:** Wo ja sonst die Zahl der Sonderschüler zugenommen hat!

**Helga:** ... und es fällt leichter, diese Arbeit auf andere Stadtteile zu übertragen. Ein anderes Beispiel ist die Bewohnerinitiative. Das ist eine Gruppe von Bewohnern einer Obdachlosensiedlung, die inzwischen ohne Sozialarbeiter eintritt für Forderungen, die sie an ihre Wohnsituation haben. Sie telefonieren inzwischen selbstständig mit dem Oberbürgermeister und allen Dezernaten, und das mit einer Geübtheit, die nur verblüffen kann. Neulich haben sie zu einer Pressekonferenz in den Räumen einer Dienststelle eingeladen. Keiner von uns wußte was davon. Sie durften das dann auch, weil sie ja sonst in den Räumen auch tagen. Ich finde das toll. Präventiver kann ich mir nicht vorstellen zu arbeiten. Und man kann inzwischen die Veränderung sehen, das geht bis zur Körperhaltung. Das sind Leute gewesen, die hätten mir gut im chronischen Bereich eines LKH vorstellen können, so wie ich sie am Anfang erlebt habe. Doch die sind wieder aufgelebt, haben mehr auf ihr Äußeres geachtet, haben selbst eingeführt, daß Alkohol in einer besonderen Weise auf den Sitzungen gehandhabt wird, daß nicht so viel Bier getrunken wird, daß man sich nach einer halben Sitzung nicht mehr verstehen kann. Da achten die jetzt selber drauf... und sie üben Druck aus. Wenn die Beschwerdegruppe in einer Gemeinderatsitzung anwesend ist, wenn ein Thema behandelt wird, das ihren Stadtteil angeht,...

Da könnte man stundenlang drüber erzählen. So begeistert ist das, wie das läuft.

**DG: Wir danken Euch für das Gespräch.**

Von der Redaktion führten das Gespräch Harald Kamps und Peter Liebermann.



# Frauenselbsthilfe nach Krebs

## Mehr als nur Lückenbüßer?

von Detlev Uhlenbrock

Im Knappschaftskrankenhaus Hamm, meinem Arbeitsplatz, hing seit einigen Wochen ein Flugblatt, in dem sich die Frauenselbsthilfe vorstellte und zur Mitarbeit aufrief. Mein Arbeitsgebiet ist u.a. die Onkologie, das heißt die Therapie und Nachsorge bei Krebserkrankungen. Ich beschloß deshalb, dorthinzugehen.

Während der 2stündigen Teilnahme an einem Nachmittagstreffen erfuhr ich viel Überraschendes. Um es vorweg zu beantworten: Selbsthilfegruppen sind mehr als nur Lückenbüßer, ich glaube, sie sind unersetzlich.

Krebstherapie wird in Hamm in verschiedenen Krankenhäusern durchgeführt, das Knappschaftskrankenhaus hat als einziges auch eine strahlentherapeutische Abteilung. Seit Jahren wird dort eine **medizinische** Nachsorge bei bestrahlten Patienten betrieben, aber eben nur medizinische. In den anderen Krankenhäusern findet eine regelmäßige Tumornachsorge meist nicht statt.

Die Frauenselbsthilfe nach Krebs in Hamm besteht seit 2 Jahren und ist der Mannheimer Frauenselbsthilfe angeschlossen, die wiederum ist Mitglied im Paritätischen Wohlfahrtsverband. Man trifft sich alle 4 Wochen im Kreis von etwa 30 Frauen, nicht um nur über die Krankheit zu reden, sondern um z. B. zusammen Kaffee zu trinken, sich Vorträge anzuhören, Nikolaus oder Karneval zu feiern. Zwischendurch geht ein Teil zusammen schwimmen, wird gewandert.

„Stört es denn eigentlich nicht, durch den Kreis der Frauen immer wieder an die eigene Krankheit erinnert zu werden?“ fragte ich.

„Nein, denn wir wollen uns nicht als Kranke verstehen, wir wollen gesund sein und reden ja auch viel über andere Dinge. Aber wer sagte uns denn nach der Brustoperation, wo man eine Prothese anpassen lassen kann oder wie man einen Schwerbehindertenausweis beantragt. Im Krankenhaus ist doch über solche Dinge nicht gesprochen worden, man steht nach der Entlassung völlig hilflos da. Und ich kann doch nicht zu meinen Verwandten fahren und dort meine Prothese auspacken und sagen: ‚Schaut mal, die paßt mir nicht!‘ Hier kann ich das aber!“

„Und dann folgendes“, erzählt eine andere: „da kommst Du aus dem Krankenhaus und bist keine vollwertige Frau mehr, jetzt geh mal hin und sag das Deinem Mann: ‚Hör mal, bei mir läuft ab jetzt nichts mehr,

das ist jetzt vorbei!‘ So ist es heute aber doch. Ich meine, daß solch ein Gespräch, auch über sexuelle Dinge und die Folgen der Operation, vom Arzt mit Mann und Frau gemeinsam geführt werden müßte.“ Hierüber entspannt sich eine Diskussion, einige sind der Meinung, daß die Frau dieses Gespräch mit dem Arzt allein führen müßte. Man einigt sich schließlich, daß die Frau selbst entscheiden soll, ob mit Mann oder nicht.

„Was passiert eigentlich, wenn jemand wieder krank wird und nicht mehr kommen kann?“ möchte ich wissen. „Die Frau wird von uns besucht, da gehen wir hin!“ Ich erkundige mich danach, wie lang bei einigen

ist, nur noch morgens zum Frühstück kommt und das Hemd wechselt. Eine Frau (Brustoperation) sagt daraufhin spontan, sie würde sich deshalb vor ihrem Mann nicht mehr ausziehen. Wenn er ins Zimmer kommt, dreht sie sich um. „Ich kann es einfach nicht!“ Die Diskussion wird lebhaft, viele bestätigen dies, sie machen es genauso, die jüngeren vor allem widersprechen. Sie haben andere Erfahrungen gemacht. „Mein Mann ist ins Zimmer gekommen und hat gesagt: ‚Laß mal sehen, wie die Narbe verheilt ist.‘ Von da an ging es bei mir.“

Wir sprechen über viele Dinge, ob die Ärzte **immer** die Wahrheit sagen sollen, ob die Hausärzte sich immer genug Zeit nehmen („Ich will Ihnen mal



die Operation zurückliegt. Zum Teil mehr als 20 Jahre, wird mir gesagt. „Läßt das Interesse nach so vielen Jahren denn nicht nach? Will man dann nicht bald vergessen?“

„Nie! Das vergißt man nicht, das vergißt man nie! Die Brust ist weg, die wächst nicht wieder nach. Und wir gehen ja immer wieder zur Kontrolluntersuchung.“ „Und was ist mit meinem Arm? Den kann ich doch nicht mehr richtig bewegen. Da hab ich keine Kraft mehr drin. Schauen Sie mal, wie dick der ist, Lymphödem.“

Ich frage danach, ob denn Eheprobleme statt von den Frauen allein besser in der Gruppe mit den Ehemännern besprochen werden sollten, aber die meisten winken ab. Die Männer kämen nicht, vielleicht verständlich. Einige Frauen erzählen von Bekannten, denen der Mann davongelaufen

was sagen: Bei mir heißen alle Ärzte ‚Dr. Schnell‘, die haben alle keine Zeit für die Patienten, aber für Grundstücksverkäufe und ähnliches, da nimmt sich mein Hausarzt Zeit!“

Wir sprechen über das, was sich ändern muß.

Kliniken für Lymphdrainage werden gefordert, auch für Hamm. Die Schwerbehindertenprozentsätze müssen vereinheitlicht werden. In die Krankenhäuser gehören Sozialarbeiter und Psychologen, die die Betreuung übernehmen. Es müßte mehr Aufklärung über den Krebs geben, wahrheitsgemäße und nicht Sensationshaschelei.

Man stellt mir Fragen: „Warum die einen Bestrahlung, die anderen Chemotherapie?“ „Darf ich abnehmen?“ „Was darf ich essen?“ „Wie ist es mit Massagen?“

Die Betreuung der Krebspatienten durch die Ärzte funktioniert? Die Medizin funktioniert vielleicht, aber der Mensch dahinter, für den bleibt keine Zeit . . .



# „Ein Weg voller Schikanen und Erniedrigungen ...“

**Seminar zur Gesundheitsversorgung ausländischer Frauen in der BRD; Mülheim 30./31. 5. 1981**

„Man spricht über uns, aber nicht mit uns!“ Dies war das zornige, aber auch verbitterte Fazit einer jungen Ausländerin am Ende des Seminars.

Über Ausländer zerbrechen sich „Wissenschaftler“ in „Projektstudien“ und „Experten“ in „Sonderprogrammen“ die Köpfe.

Aber mit ihnen reden will keiner! Auch nicht die politische Prominenz, die nach Mülheim herzlich eingeladen, durch Abwesenheit glänzte.

In Mülheim konnte man allerdings auch keine Sonntagsreden halten. Hier saßen nicht „Experten“ sondern die Betroffenen selbst: Hausfrauen, Arbeiterinnen, Angestellte aus der Türkei, Griechenland, Spanien, Italien und Portugal.

Auch die geladenen Vertreter der Ärzteverbände behandelten die Tagung mit skandalöser Ignoranz. Hier hätten sie bezüglich ihrer Schwachsinnsdiaagnosen: „Mamma-Mia-Syndrom“, „Mittelmeerkrankheit“, „Morbus Ankara“ ... mit denen ausländische Kollegen tagtäglich betitelt werden, einiges hinzulernen können.

Besonders peinlich: Nicht einmal die eingeladenen Gewerkschaften hielten ihr Erscheinen für notwendig.

Ein Tagungsaufakt, der die ganze Misere einer angeblichen „Integrationswillens“ schlagartig beleuchtete.

Die Gesundheitssituation ausländischer Frauen war das Seminarthema. Zur Diskussion kam dabei zwangsläufig das gesamte Elend der Ausländerdiskriminierung: Am Arbeitsplatz, in Lebens- und Wohnverhältnissen.

Übereinstimmend kommen die verschiedenen Diskussionskreise zu dem Ergebnis, daß die Ausländer unter den grundsätzlich gleichen Verhältnissen zu leiden haben, wie der Großteil der lohnabhängigen bundesdeutschen Bevölkerung. Wer Ausländer ist – und dazu noch weiblichen Geschlechts, bekommt die negativen Faktoren jedoch gleich mehrfach potenziert zu spüren.

Kulturelle und sprachliche Barrieren wurden auch besprochen, sie stellen jedoch nicht das Hauptproblem dar.

Bei der Suche nach Lösungsvorschlägen blieben deshalb auch kurzfristige Forderungen (mehr Dolmetscher, fremdspra-



chige Anamnesebögen, Ausländersprechstunden etc.) weitgehend im Hintergrund.

Statt dessen dominierten Forderungen nach Änderung des diskriminierenden Ausländergesetzes, Arbeits- und Aufenthaltserlaubnis, Verbot der Abschiebeverfahren bei Kranken oder nach Trennung vom Ehemann. Anständige Wohnung, Bildung. Mehr Kindergärten, Polikliniken. Kommunalwahlrecht für Ausländer.

Die ausländischen Frauen wollen damit keinen Utopien nachjagen; aber sie sind die ständigen Provisorien, Übergangsregelungen, Sonderregelungen und Zwischenlösungen satt. Mehr als 20 Jahre haben sie dazu gedient, den Ausländern verbriefte Rechte zu verweigern! Obwohl Millionen von Ihnen ihren Anteil zum wirtschaftlichen Aufschwung beigetragen; die Entwicklung der BRD mitbeeinflusst und an ihren sozialen Auseinandersetzungen und Erfolgen Anteil hatten und haben werden banalste Rechte nicht gewährt. Hier kam zum Ausdruck, daß die Probleme der medizinischer Versorgung ohne die Lösung vorrangiger politischer Probleme nicht zu bewältigen sein werden.

Am Rande ein besonders übles Kapitel: die ständigen Schikanen, Demütigungen und Erniedrigungen ausländischer Frauen in bundesdeutschen Arztpraxen und Krankenhäusern.

Untersuchungen in Frankfurt ergaben, daß bei fast 90% der Anamnesen von ausländischen Patienten die Angaben oberflächlich, unvollständig und falsch waren. Selbst bei Operationen fehlten in den meisten Fällen Angaben über frühere Eingriffe, bei Schwangeren waren oftmals nicht einmal frühere Entbindungen oder Fehlgeburten registriert. Nur in 5,4% der Krankenakten fanden sich Angaben über Vorerkrankungen. Angaben ausländischer Patienten wurden in vielen Fällen bagatellisiert und

führten so zur Verschlimmerung und Nichtbeachtung von Symptomen. Die Behandlung erfolgte fast ausschließlich medikamentös. So ist es kein Wunder, daß viele Ärzte in den Augen ausländischer Patienten ihr Ansehen verspielt haben.

Gründlich aufgeräumt wurde mit dem Vorurteil über kranke, faule, empfindliche Ausländer. Trotz höherer Gesundheitsrisiken gehen sie seltener zum Arzt als Deutsche. Alkohol- und Drogenabhängigkeit, Verwahrlosung, aggressives oder kriminelles Verhalten sowie soziale Schwierigkeiten sind bei ihnen **seltener** als bei Einheimischen. Die Zahl psychischer Erkrankungen, chronischer Leiden, Guizidfälle ist deutlich **niedriger** als bei der deutschen Bevölkerung. Ihr Krankenstand ist – trotz hartnäckiger Vorurteile in Presse und Öffentlichkeit – unter dem einheimischer Arbeiter.

Die klassischen Diagnosen „Mittelmeerkrankheit“ und „Mamma-mia-Syndrom“ geben so nicht etwa Zeugnis von der Faulheit und Empfindlichkeit ausländischer Arbeiter, sie dokumentieren vielmehr in erschreckender Weise die Oberflächlichkeit, Dummheit, Ignoranz, das mangelnde Einfühlungsvermögen und das unverschämte Auftreten vieler Ärzte gegenüber ihren ausländischen Patienten.

Es stimmt mehr als bedenklich wenn nicht nur im ärztlichen sondern auch im politischen Bereich nach wie vor Vorurteile, Dummheit und Ignoranz unser Verhalten Ausländern gegenüber bestimmen. Die Ausländer selbst – dies war auf der Tagung zu spüren – sind jedenfalls nicht länger bereit sich und ihre Forderungen mit dummen Sprüchen abspesen zu lassen. Sie wollen für die Durchsetzung ihrer Forderungen kämpfen. Nicht Mitleid – sondern Recht. Dies war das ermutigende Ergebnis der Tagung.

**Norbert Andersch**

# Selbsthilfegruppen als Ersatz für professionelle Leistungen?

– Überlegungen zur Frage, ob Selbsthilfegruppen die Gesundheitssicherung verbilligen –

Von A. Trojan

Seit einigen Jahren findet die Kritik an verberuflichten („professionalisierten“) und bürokratisierten Gesundheits- und Sozialdiensten ein offenes Ohr. Überdurchschnittliche Anstiegsraten bei den Ausgaben für Gesundheit haben zum (eher problemvernebelnden) Schlagwort der „Kostenexplosion“ und einigen, bisher wenig erfolgreichen „Sparversuchen“ geführt. Neuerdings entsteht zusätzlicher Druck auf die Politiker durch amerikanische Forderungen, Sozialleistungen abzubauen und stattdessen atomar aufzurüsten. Liegt es für Politiker in dieser Situation nicht nahe, Selbsthilfegruppen „hochzujubeln“ und als Vorwand für Mittelleinsparungen im Gesundheitswesen zu benutzen?

Des Politikers Hoffnung ist des professionellen Helfers Angst: Angesichts zunehmend geringeren Stellenangebots erscheinen die Selbsthilfegruppen etlichen als zusätzliche Bedrohung ihres Arbeitsplatzes in der Gesundheitsversorgung. Aus dieser Situation erklärt sich m.E. die häufige (teils eher hoffnungsvolle, teils eher bange) Frage, ob nicht Selbsthilfegruppen die Kosten im Gesundheits- und Sozialwesen senken könnten.

Zu dieser Frage will ich hier etwas sagen, obwohl ich keine handfeste, empirisch fundierte Antwort geben kann. Ich kann nur versuchen, meine Gedanken (teilweise auch spekulativer Art) zu diesem Thema verständlich zu machen.

## Auf welche Art Selbsthilfegruppen bezieht sich die Frage?

**Bürgerinitiativen** gegen chemische Umweltverschmutzung mit HCH wie die „Bürgeraktion Moorfleet“ oder gegen Lärm- und Abgasbelastung wie die Gruppe „Schöne Holstenstraße“ sind zweifellos gesundheitsrelevant. Wenn solche Gruppen in ihrem Kampf erfolgreich sind, werden hierdurch auch Krankheitsrisiken verringert, so daß Institutionen der Gesundheitsversorgung von der Bevölkerung weniger in Anspruch genommen werden. Die eingangs zitierte Problematik bezieht sich jedoch offensichtlich **nicht** auf diese Art von präventiver Selbsthilfe, da weder Politiker mit der Existenz dieser Gruppen Einschränkungen der Gesundheitsversorgung begründen würden, noch irgendwelche Helfer-Berufsgruppen ihre Arbeitsplätze dadurch bedroht sähen.

Eine andere Art gesundheitsrelevanter Selbsthilfe beinhaltet vor allem **Aktionen**

**im Versorgungssystem.** Teilweise sind es Betroffene (z. B. die „Bürgerinitiative zur Erhaltung der Geburtshilfe im Krankenhaus Alsterdorf“), teilweise überwiegend Beschäftigte im Gesundheitswesen (z. B. der „Arbeitskreis Berliner Kinderkliniken“), die versuchen, auf Umfang und Art der Gesundheitsversorgung Einfluß zu nehmen. Auch auf diese Gruppen bezieht sich die Frage offensichtlich **nicht**, da solche Gruppen fast immer für **mehr** Mittel und Personal eintreten, bzw. sich gegen die Kürzung bestimmter Gesundheits- und Sozialdienste richten. Grob vereinfachend könnte man so eingrenzen: Die Hoffnungen und Ängste hinsichtlich Kosteneinsparungen beziehen sich auf **Selbsthilfegruppen, die sich zur Bewältigung bestimmter Krankheits- und Lebensprobleme zusammengeschlossen haben.**\*\*).

## Wo konkurrieren Selbsthilfegruppen mit professionell erbrachten Leistungen?

Um Personaleinsparungen zu Recht mit dem Vorhandensein von Selbsthilfegruppen legitimieren zu können, müßten Selbsthilfegruppen genau die Funktionen übernehmen können, die bisher professionell, d.h. durch berufliche Helfer wie Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter u.a., erfüllt werden. Können und wollen Selbsthilfegruppen dies tatsächlich?

Im **medizinischen Bereich** sehe ich keine Anzeichen dafür, daß Selbsthilfegruppen die Funktionen von Ärzten und Pflegepersonal ersetzen wollen. Eine Frauenselbsthilfegruppe nach Krebs z.B. erfüllt eine **neue** Funktion, die man als Ansatz zur Bewältigung der psychosozialen Dimension von Krankheit bezeichnen könnte. Nicht einmal die Kommunikation mit dem Patienten entfällt als Aufgabe für den Arzt; in den Worten einer Patientin: „...“ wenn über die Krankheit selber gesprochen wird, muß eigentlich wirklich jemand, der es kann – also, da muß mir der Arzt drüber sprechen...“ (Schafft 1981; vgl. a. Behrendt u.a. 1981). Ein anderes Beispiel stellt die „Selbsthilfe- und Nachsorgegruppe der Eltern hämatologisch und onkologisch erkrankter Kinder“ dar: Hauptziel ist, „sich gegenseitig den notwendigen seelischen Halt zu geben, den nun einmal vom gleichen Schicksal betroffene Eltern benötigen, um mit dem veränderten Leben und den besonderen Problemen fertig zu werden.“ Daneben jedoch will die Eltern-

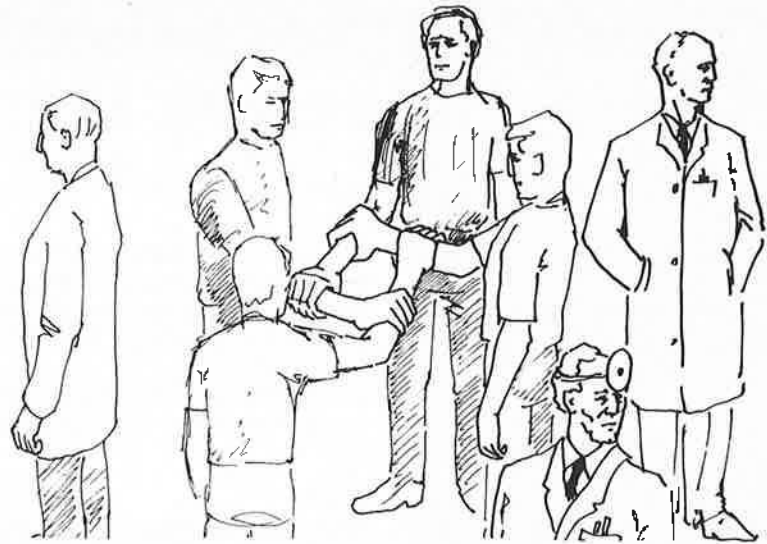
gruppe versuchen, „die Situation im Krankenhaus dahingehend zu verändern, daß mehr qualifiziertes Personal für die Behandlung der Kinder zur Verfügung steht, aber auch, daß die Kinder und Eltern mehr psychologisch betreut werden“. Hier geht es also nicht um den Ersatz ärztlicher Hilfen, sondern im Gegenteil, u.a. sogar darum, zusätzliche professionelle Dienste einzufordern.

Im **Bereich der Sozialarbeit** sehe ich zwar gewisse Aufgabenüberschneidungen mit Selbsthilfegruppen, z. B. bei der Information und Beratung für bestimmte Personen; jedoch kein Überflüssigwerden von Sozialarbeitern, da diese in aller Regel maßlos mit Klienten überlastet sind. Trotz Funktionsüberlappungen haben Selbsthilfegruppen bisher im wesentlichen nur in den Lücken professioneller Versorgung gearbeitet, dort aber erhebliche Leistungen vollbracht: „Nach einer Erhebung der Stiftung DIE MITARBEIT bei 46 Selbstorganisationen in der Gemeinwesenarbeit in der BRD erbrachten diese pro Gruppe während ihrer vier- bis sechsjährigen Tätigkeit Arbeitsleistungen von über 35 000 Stunden. Müßten diese Leistungen im Rahmen der öffentlichen Gemeinwesenarbeit (mit ca. 20,- DM Bruttostundenlohn) finanziert werden, so ergäbe sich pro Initiative ein Aufwand von jährlich rund 136 000,- DM.“ (Badelt 1980, S. 266) Diese Rechnung sieht zwar sehr imponierend aus; man darf diese Leistungen jedoch nicht als „Einsparungen“ ansehen (außer durch ihre präventive Wirkung), da sie **ohne** Selbsthilfe **gar nicht** vollbracht worden wären, d.h. durch die Selbsthilfe wurden keine öffentlich finanzierten Arbeitsleistungen überflüssig. Man könnte sogar sagen: Im Bereich der Gemeinwesenarbeit werden „Einsparungen“ umso wahrscheinlicher, je mehr Geld investiert wird: Da staatlich eingesetzte Ressourcen für selbstorganisierte Zusammenschlüsse durch die Eigenleistungen entsprechender Gruppen ergänzt werden, können mehr Werte geschaffen werden, als es dem finanziellen Einsatz entspricht. Man nennt dies „Multiplikatoreffekte“ (vgl. Badelt 1980, S. 262). M.E. wird im Bereich der Sozialarbeit die Konkurrenzangst bezüglich Selbsthilfegruppen nur eine untergeordnete Rolle spielen. Wichtiger scheint mir, daß Sozialarbeiter häufiger als andere Berufsgruppen vor die Entscheidung gestellt werden, wie weitgehend sie sich mit den Forderungen von Selbsthilfegruppen identifizieren und solidarisieren wollen. Zum Konflikt kann es deswegen leicht

kommen, weil sich Aktionen von Selbsthilfegruppen in sozialarbeiterischen Bereichen oft gerade gegen professionelle Institutionen bzw. die Arbeitgeber der Sozialarbeiter richten. Im „Sozialmagazin“ (Mai 1981, S. 10) wurde kürzlich über einen „Hinauswurf“ berichtet, den der entlassene Sozialarbeiter auf sein Engagement für Selbsthilfegruppen in der Obdachlosenarbeit zurückführt.

Im **psychologischen Bereich** scheint Selbsthilfe am ehesten eine Konkurrenz zur professionellen Hilfe darzustellen: In Giebener Untersuchungen zeigte sich, daß Selbsthilfegruppen im Vergleich zu expertengeführten Therapiegruppen sogar „insgesamt als befriedigender und effektiver“ angesehen werden (Möller 1981, S. 274). Das bedeutet jedoch **nicht** zwangsläufig, daß psychotherapeutische Gruppen durch Selbsthilfegruppen ersetzt werden können: „Fachleistung und Selbsthilfegruppen werden sehr wahrscheinlich von unterschiedlichen Personengruppen wahrgenommen. Es wird immer Menschen geben, die das eine dem anderen vorziehen.“ (Möller 1981, S. 190) Und es gibt offenbar auch nicht selten Menschen, die **beides nebeneinander** in Anspruch nehmen wollen: Edith Halves und Marion Binder berichten, daß sechs der 10 von ihnen interviewten Frauen während der Selbsthilfegruppe (und trotz ihrer positiven Bewertung) „eine geleitete Therapiegruppe begonnen haben“. Von den übrigen 4 Frauen setzten 3 eine schon vorher begonnene Analyse auch während der Selbsthilfegruppe fort. (in: Kickbusch/Trojan 1981, S. 156).

Für den psychologischen Bereich scheint mir kennzeichnend zu sein, daß Selbsthilfegruppen den Psychologen nicht auf ihren bisherigen Arbeitsgebieten nennenswert Konkurrenz machen, wohl aber dort, wohin die Psychologen zur Zeit vorzudringen versuchen: im stationären Bereich in die Betreuung chronisch kranker Patienten und im ambulanten Bereich zur „freien Niederlassung“, was weitgehende Möglichkeiten eröffnen würde, Lebensprobleme und Leiden jedweder Art als „behandlungsbedürftig“ zu definieren. Aufgrund meiner Auseinandersetzung mit der Definitionsmacht der Psychiatrie und ihren negativen Folgen für die Patienten (Trojan 1978), sehe ich eine Therapiefreiheit, wie sie im „Psychotherapeutengesetz“ (Entwurf) für Psychologen vorgesehen wurde, als überwiegend negativ an. Wenn Selbsthilfegruppen psychologische oder psychiatrische Behandlung ersetzen können, überwiegen die Vorteile (insbesondere die geringere Stigmatisierung der Patienten) m.E. bei weitem den Nachteil, daß möglicherweise ein Teil der Psychologen nicht therapeutisch tätig werden kann. (Überdies zeigt sich in der „Gemeindepsychologie“ eine Alternative zum traditionellen beruflichen Selbstverständnis der Psychologen; vgl. dazu z. B. Keupp/Zaumseil 1978).



Als Ergebnis der vorangegangenen Überlegungen kann festgehalten werden, daß Selbsthilfegruppen im allgemeinen **nicht** – wie es in manchen Überlegungen zur Selbsthilfe durchscheint – irgendwelche der bestehenden Gesundheits- oder Sozialdienste ersetzen **können**. Eine der wichtigsten Thesen zur Entstehung von Selbsthilfegruppen besagt, daß sich Selbsthilfegruppen wegen quantitativer und qualitativer Defizite der professionellen Versorgung gründen (vgl. Badura u.a. 1981). Dies bedeutet, daß die vielen Selbsthilfegruppen, bei denen diese Entstehungshypothese zutrifft, den professionellen Helfern primär auch gar keine Konkurrenz machen wollen.

### Thesenartige Zusammenfassung

1. Es gibt derzeit keine Bereiche der gesundheitlichen und sozialen Versorgung, in denen Selbsthilfegruppen die vorhandenen professionellen Dienste pauschal ersetzen können. Da Selbsthilfegruppen jedoch gegen die Pathologisierung der Gesellschaft und gegen weitere Professionalisierung und Bürokratisierung der Versorgung gerichtet sind, scheint es mir sehr wahrscheinlich, daß sie – insgesamt gesehen – einer weiteren Ausdehnung und Verteuerung professioneller Dienste entgegenwirken.
2. Viele quantitative (z. B. zuwenig Drogen-Therapieplätze) und qualitative Mängel (z. B. Vernachlässigung psychosozialer Probleme) in der Gesundheitssicherung können durch Selbsthilfegruppen besser und billiger bekämpft werden als durch professionelle Helfer. Dazu gehört jedoch auch, daß Selbsthilfegruppen sich an bestimmten Stellen für eine Vermehrung und Verbesserung professioneller Dienste einsetzen oder staatliche Gelder für die von ihnen erbrachten Leistungen fordern (vgl. z.B. Courage 2/1981 zur Finanzierung von Frauenhäusern).

3. Die Frage nach Möglichkeiten der Kostenreduktion im Gesundheitswesen liegt durchaus im Interesse des Bürgers: Gesundheits- und Sozialleistungen werden schließlich von ihm selbst (über Steuern und Versicherungsbeiträge) finanziert. Verurteilenswert erscheint mir die Frage nur dann, wenn sie nicht im Interesse einer verringerten Steuerlast für die Bürger, sondern im Interesse erhöhter Ausgaben für Atomwaffen gestellt wird. Eine Entlastung der zukünftig notwendigen Gesundheitsausgaben von Staat und Krankenkassen ist m.E. vor allem durch folgende Wirkungen von Selbsthilfegruppen möglich (oder sogar wahrscheinlich):

- gezieltere (und evtl. ökonomischere) Inanspruchnahme professioneller Dienste und medikamentöser Hilfen,
- höhere Bewertung der Unabhängigkeit von professionellen Leistungen und (Wieder-)Aneignung der dazu notwendigen Fähigkeiten (z.B. kommunikativer Art),
- spezifische und unspezifische Verhütung von Krankheiten unterschiedlicher Art (m.E. in großem Umfang möglich, aber wohl kaum je stichhaltig nachweisbar),
- „Multiplikatoreffekte“ bei Unterstützung von Selbsthilfegruppen (d.h. höherer Gegenwert an Leistungen als wenn man in professionelle Dienste „investieren“ würde).

\*) Alle Beispiele – sofern nicht anders angegeben – aus Kickbusch/Trojan 1981.

\*\*) Ausgeklammert bleibt in diesem Beitrag die Frage, inwieweit andere nichtprofessionelle Hilfsysteme wie Laienhelfer, Nachbarschaft und Familie stärker belastet werden können, damit Versicherungsträger und Staat finanziell entlastet werden. Wichtig ist bei dieser Frage, daß es um „Kosten“-Umverteilung, nicht um Kostenreduktion geht.





*Demnächst erscheint*

**Autorengruppe  
Häcklingen / Uelzen:**

**Ausgrenzen ist leichter**

**Alltag in der Gemeindepsychiatrie**

Ein Lesebuch über die Entwicklung der Klinik Häcklingen vom alternativen Freiraum zum gemeindenahen Konzept mit Verlagerung der Arbeit auf ambulante sozialpsychiatrische Einrichtungen im Kreis Uelzen.

ca 320 Seiten

ca DM 20,-

**Neuerscheinungen in der Reihe  
„Werkstattsschriften zur  
Sozialpsychiatrie“**

**H. Schädle-Deininger (Hrsg.):**

**Den Psychisch Kranken im Alltag  
begleiten - Pflege in der Psychiatrie**  
Die Beiträge entstanden auf Grund langjähriger praktischer Erfahrungen der Autoren.

Band 31, 124 Seiten

8,- DM

**Der Vorstand der DGSP (Hrsg.):**  
**Soziale und psychische Not bei Kin-  
dern und Jugendlichen**

Stellungnahme zur pädagogischen, sozialen, juristischen und therapeutischen Situation in der BRD.

Band 32, 96 Seiten

7,- DM

*Unser neuer Versandbuchhandelskatalog ist fertig! Noch schöner, um fangreicher und übersichtlicher als bisher mit einer großen Auswahl wichtiger Titel zur Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und angrenzenden Bereichen. Auf 48 Seiten finden Sie neben Fachbüchern auch unterhaltende Literatur und Frauenbücher. Einfach eine Postkarte ausfüllen mit „Versandbuchhandelskatalog zusenden“ und an den Verlag, Abt. Versandbuchhandel schicken. Übrigens: Auch jedes andere nicht im Katalog erwähnte Buch liefern wir schnell und zuverlässig!*

**Gesamtverzeichnis anfordern !!!**

**Psychiatrie-Verlag  
Mühlentorstraße 28  
3056 Rehburg-Loccum 1**

# Bundesweite Psychiatrie- zeitung „Türspalt“

von Bernd Hecht

„Türspalt“: erste unabhängige Psychiatriezeitung der Republik – ein Blatt für Mitarbeiter wie Bearbeitete. Frei, offen, peinlich – zum selber mitmachen. Einblick, Ausblick, Durchblick – ein spaltbreit mehr Offenheit, mehr Öffentlichkeit. Auffällig, eindringlich, irrwitzig – macht unruhig.

Nachrichten aus dem Land des Irrsinns, aus der Packeisgesellschaft, von Verschiebebahnhöfen und Abstellgleisen. Praxisberichte und kritische Analysen.

## Wie der Türspalt entstand

Der „Türspalt“ kommt aus München. In München fehlte eine Psychiatrie-Zeitung, wo Patienten, Profis und Laien gleichermaßen zu Wort kommen. Für Haar gab es sowas schon: den „Hipsy Report“ der Laienhelfergruppe „Hipsy“.

Aus dem „Hipsy Report“ entwickelten wir – Leute mit beruflicher, freiwilliger und zwangsweiser Psychiatrie-Erfahrung – letztes Jahr den „Türspalt“. Wir befragten im „Türspalt“ den Chef von Haar, Direktor Schulz, zum Abbau seiner Anstalt, geschockte Patienten zur Schockbehandlung, Drehtürpatienten zu ihrer Leidensgeschichte, druckten Kommentare zum bayerischen Psychiatrieplan, zum Hick-Hack um die Heckscher Klinik.

Im Juni und im August '80 stellten wir der Münchner Szene zwei Probenummern des „Türspalts“ vor – die Zeitung kam an! Im März '81 schoben wir die Nummer 1 mit 1500 Exemplaren nach. Für die Nummer 2 Ende Mai '81 mußten wir die Auflage auf 2200 aufstocken.

Auch Klinikchefs wurden „Türspalt“-Leser: ab Probenummer 2 wird jede Nummer der Zeitung in der Anstalt Haar auf Direktionsanweisung sofort wieder eingezogen. Die für Haar politisch verantwortlichen Abgeordneten des Bezirkstabs Oberbayern zieren sich, den Beschäftigten und Insassen das Grundrecht auf ungehinderte Unterrichtung aus allgemein zugänglichen Quellen (Artikel 5 GG) zu gewähren. – Wir erhoben mittlerweile Klage gegen Schulz auf Herausgabe der beschlagnahmten Hefte. – Jetzt liest auch Uni-Nervenklinik-Direktor Hippus den „Türspalt“: er läßt ihn ebenfalls einziehen.

Viele Leser ermuntern uns, weiterzumachen. Immer mehr schicken uns Beiträge und Leserbriefe. Die Abo-Liste wächst. Den „Türspalt“ kann man jetzt schon in 30 Städten kaufen.

## Was für eine Zeitung ist der „Türspalt“?

Im „Türspalt“ berichten Patienten von der zerstörenden Gewalt der Psychiatrie, von ihrer Verlassenheit, Angst, Verzweiflung, vom Stumpfsinn des Alltags und der Arbeit. Mitarbeiter berichten aus ihrer Praxis, zeigen ihr Unbehagen, ihre Unsicherheit, ihre Lähmung von der Anstalts-Atmosphäre.

Andere Fachleute analysieren die krankmachenden Lebensbedingungen in unserer Industriegesellschaft, die Absichten und das Zusammenwirken von Familie, Interessengruppen, Staat mit der Psychiatrie und die Bewegungen in dem System.

Die „Türspalt“-Mannschaft läßt Menschen ihr Recht auf Krankheit, sie tritt für selbstorganisierte Patienten- und Laienorganisationen ein, sie bezieht Stellung zur Psychiatrie-Planung des Staates, sie ermutigt zum Widerstand, sie ergreift Partei gegen Schockbehandlung... Wir begreifen die Beziehung zwischen „Helfer“ und „Geholfenem“ als Auseinandersetzung mit dem eigenen Leben.

Im „Türspalt“ kommen Initiativen zu Wort: Beschwerdezentren, Gesundheitsläden, Patientenschutzvereine. Der „Türspalt“ informiert in einem Veranstaltungskalender über das Angebot der Initiativen, Clubs, Dienste, Beratungsstellen und über Veranstaltungen, bringt Gedichte, Gerüchte, Grafiken, Geschichten und eine Presseschau.

Vom „Türspalt“ erscheinen vier Nummern im Jahr, ein Viertel der Auflage wird gratis an Einsitzende in den Anstalten verteilt. Die Zeitung finanziert sich selbst aus Verkauf, Spenden, Anzeigen.



# DOKUMENTE

## Ökonomische Bedingungen der Kostendämpfung

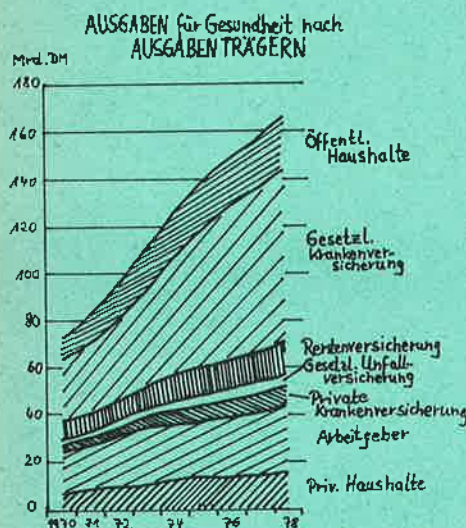
Referat von S. Lauinger bei einer Diskussionsveranstaltung niedergelassener Ärzte in Bremen

Das derzeitige Lieblingsthema im Bereich der Gesundheitspolitik läßt sich kurz mit den Begriffen „Kostenexplosion“ und „Kostendämpfung“ umschreiben.

Mein Referat umfaßt folgende Punkte:

1. Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen;
2. Darstellung der bisher wichtigsten Maßnahmen zur Kostendämpfung;
3. Die derzeitige Politik der Ärzteverbände;
4. Einige Bemerkungen zum Thema Selbstbeteiligung.

### Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen



Die Gesamtausgaben für das Gesundheitswesen haben sich von 1970 (70,3 Mrd.) bis 1978 (165,2 Mrd.) um 135% erhöht.

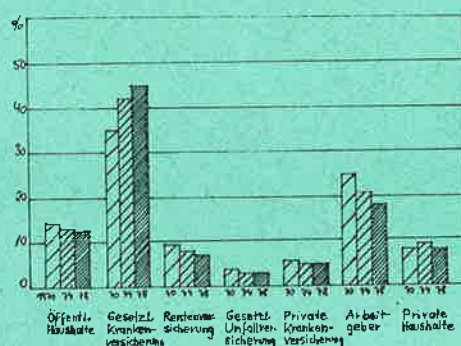
Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) als dem bedeutendsten Ausgabenträger im Gesundheitswesen haben sich im gleichen Zeitraum von 1970 (24,4 Mrd.) bis 1978 (73,6 Mrd.) um 201% erhöht.

Hauptverantwortlich für den Kostenanstieg ist der Anstieg der Behandlungskosten, die den bestimmenden Teil der Ausgaben darstellen.

Die Behandlungskosten haben von 1970 (35,2 Mrd.) bis 1978 (96,1 Mrd.) um 173% zugenommen (preisbereinigt entspricht dies einem realen Zuwachs von 55%). Diese überproportionale Steigerung ist in erster Linie auf das starke Anwachsen der stationären Behandlungskosten von 1970 (11,5 Mrd.) bis 1978 (33,8 Mrd.) um 193% zurückzuführen, während sich die Ausgaben z.B. im ambulanten Bereich nur um 148% steigerten.

Die GKV ist der hauptsächliche finanzielle Träger der Ausgaben für die Gesundheit. Die Ausgabenanteile der GKV für das Gesundheitswesen werden immer größer, während die anderen Anteile kleiner werden. Es findet eine Umverteilung zu Lasten der GKV statt.

Anteile der Ausgabenträger an den Ausgaben für Gesundheit

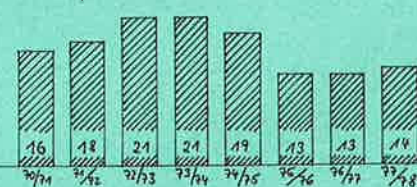


Der Grund für die unterproportionale Entwicklung bei den öffentlichen Haushalten liegt in einer Verschiebung der Lastenverteilung von den Krankenhausträgern zur GKV, wie sie durch das Krankenhausfinanzierungsgesetz von 1972 verursacht wird.

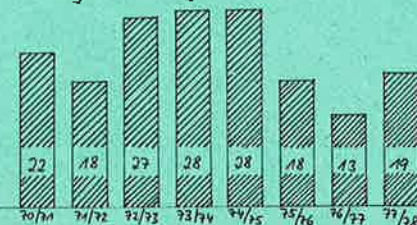
Die Umverteilung von der Rentenversicherung zur GKV ist ein Resultat des Krankenversicherungskostendämpfungsgesetzes von 1977. Bis zur Verabschiedung des KVKG zahlten die Rentenversicherungsträger rund 17% des Rentenvolumens als Beitrag für die gesundheitliche Versorgung der Rentner an die GKV. Ab 1. Juli 1977 sank dieser Satz auf 11,07%.

Bei der Ausgabenentwicklung der Arbeitgeber handelt es sich nicht um eine Umverteilung, sondern, außer einem statistischen Effekt, vor allem um eine nur sehr langsam gestiegene Lohnfortzahlung. Die Ausgaben der Arbeitgeber stiegen von 1970 (17,3 Mrd.) bis 1978 (29,9 Mrd.) um 73%.

Steigerung der Ausgaben für Gesundheit insgesamt im Vergleich zum Vorjahr in %

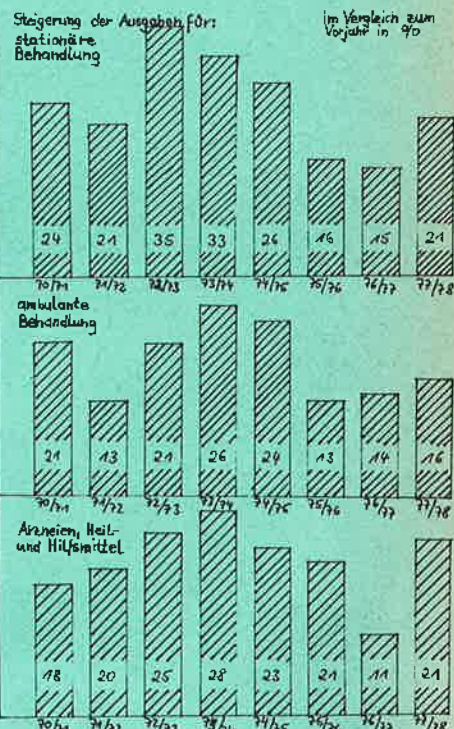


Steigerung der Ausgaben für Behandlung im Vergleich zum Vorjahr in %



Betrachtet man die Ausgabenentwicklung insgesamt, so zeigt sich seit 1976 ein deutlich gebremster Ausgabenanstieg für alle Ausgabenarten, insbesondere bei den Ausgaben für Behandlung.

Wenn man die hauptsächlichen Behandlungsausgaben und deren Entwicklung aufschlüsselt kommt man zu vorliegendem Bild. Während bei den Ausgaben für stationäre und ambulante Behandlung ein deutlich gebremster Ausgabenanstieg in den letzten Jahren festzustellen ist, entwickelt sich der Ausgabenanstieg bei den Ausgaben für Arzneien, Heil- und Hilfsmitteln nahezu ungebremst weiter.



Diese Entwicklungen sind ein Resultat der Kostendämpfungsdiskussion und des KVKG von 1977. Die immer weiter ansteigenden Kosten im Bereich des Gesundheitswesens, vorwiegend im Bereich der GKV, forderten von den Versicherten immer höhere Beiträge.

### Zusammenfassung

Die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen ist in den letzten 10 Jahren stark zunehmend. In erster Linie wird die Kostenzunahme von der GKV getragen. Zurückzuführen ist die Kostenzunahme vorwiegend auf eine Ausweitung der Kosten für Behandlung, in erster Linie durch die stationäre Behandlung. Zu verzeichnen ist eine Verschiebung der Lastenverteilung von den öffentlichen Haushalten und von der Rentenversicherung zur GKV. Die Kostenentwicklung verläuft, als Folge der einsetzenden Kostendämpfungsdiskussion und des KVKG ab 1976 gebremst. Infolge der zunehmenden Kostenentwicklung, v.a. im Bereich der GKV, kommt es zu einer immer höheren Beitragsbelastung.

### Darstellung der bisher wichtigsten Maßnahme zur Kostendämpfung

Die gesetzgeberischen Maßnahmen im Bereich des Gesundheitswesens innerhalb der letzten zehn Jahre zeigen zwei Hauptzüge:

- a) Kostenverschiebung zu Lasten der GKV
- b) allgemeine Kostendämpfung

Betrachten wir zunächst die beiden wesentlichen verabschiedeten Gesetze, das Krankenhausfinanzierungsgesetz von 1972 und das Kostendämpfungsgesetz von 1977.



## Das Krankenhausfinanzierungsgesetz von 1972

Ein Kernpunkt des KHG ist eine Neuregelung der Kosten für das Krankenhauswesen. Bis zur Verabschiedung des Gesetzes war es so, daß die Pflegesätze keineswegs die realen laufenden Kosten in den Krankenhäusern gedeckt haben. Die Differenzen wurden von den Ländern und Gemeinden beglichen.

Durch das KHG werden die Krankenhäuser angehalten ihre laufenden Kosten aus den Pflegesätzen zu decken. Die Pflegesätze aber werden von der GKV entrichtet. Es handelt sich hier also um eine Verschiebung der Finanzierungsträger von den öffentlichen Haushalten zu der GKV.

Der andere Kernpunkt des KHG betrifft die öffentliche Förderung der Krankenhäuser. Öffentlich gefördert werden jetzt nur der Neubau, die bauliche Erhaltung und Investitionen mit einer längeren Abschreibung als 3 Jahre. Gefördert werden sie jedoch nur dann, wenn sie in einen Krankenhausbedarfsplan, der von den jeweiligen Bundesländern erstellt wird, aufgenommen worden sind. Von vornherein von der Förderung ausgeschlossen sind Krankenhäuser mit weniger als 100 Betten.

Obwohl bis 1978 Übergangsbestimmungen galten, zeichnen sich bis dahin bereits Tendenzen ab.

Die Zahl der öffentlichen und freien gemeinnützigen Krankenhäuser verminderten sich von 1972 bis 1978 um 218, und zwar hauptsächlich (93%) infolge der Schließung von Krankenhäusern mit weniger als 200 Betten. (70% der Krankenhausschließungen betrafen Häuser mit weniger als 100 Betten). Die Bedeutung der kleinen Krankenhäuser liegt in einer gemeindenahen stationären Versorgung. Sie wird zunehmend durch

trifft das KVKG hauptsächlich den ambulanten Bereich. Ich will hier nicht auf alle Veränderungen, die das KVKG brachte eingehen. Ich beschränke mich auf einige wesentliche Punkte.

Durch das KVKG wurden eine Reihe von Selbstbeteiligungsmaßnahmen eingeführt.

1. Rezeptgebühr von DM 1,- pro Medikament;
2. Der Zuschuß zum Zahnersatz wird auf 80% der Kosten begrenzt;
3. Bei kieferorthopädischer Behandlung Eigenbeteiligung von DM 500,-;
4. „Bagatellarzneimittel“ soll der Patient selbst bezahlen (die Erstellung einer „Negativliste“ ist geplant)

Direkte Kostendämpfungsmaßnahmen sind folgende:

1. Das Einkommen der Ärzte soll nicht schneller steigen als in anderen Bereichen;
2. Einführung eines Arzneimittelhöchstbetrages;
3. Bildung einer „Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen“, die einmal im Jahr Empfehlungen zur Kostenbegrenzung vorlegen soll, z.B. hat sie vor kurzem die „Empfehlungen zum Bereich der Heil- und Hilfsmittel“ verabschiedet.

Das Kostendämpfungsgesetz enthält auch einschneidende Kostenverschiebungsmaßnahmen. Die Zuschüsse der Rentenversicherung zur Krankenversicherung der Rentner wird von bisher 17% auf 11% gekürzt. Das bedeutet letztlich eine Mehrbelastung der GKV, welche die entstehende Differenz zu tragen hat.

Wie bereits oben näher erleutert ist ein Resultat des KVKG von 1977 ein verminderter Kostenanstieg ab 1976 im Bereich der ambulanten Behandlung, während sich die Ausgaben für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel nahezu ungebrochen weiterentwickelten.

## Die derzeitige Politik der Ärzteverbände

(Schaubild 9)

Bildlich gesprochen ist durch das KVKG der Versuch unternommen worden dem großen Topf, aus dem sämtliche Ausgaben der GKV bestritten werden, einen Deckel aufzusetzen. Oder anders gesagt, handelt es sich beim KVKG um die Einführung einer „einnahmeorientierten Ausgabenpolitik“ (die GKV können nur soviel ausgeben, wie sie durch die Beiträge eingenommen haben). Den ärztlichen Verbänden ist dieses durch das KVKG postulierte Prinzip ein Dorn im Auge. Sie fordern umgekehrt, daß „die Beitragsätze der Krankenkassen sich nach den Ausgaben zu richten haben“ (Muschallik in seinem Bericht zur Lage). Sie sind aber angesichts der wirtschaftlichen Lage und des bestehenden KVKG kompromißbereit, dergestalt, daß der verbleibende Topfinhalt zum Schauplatz erbitterter Verteilungskämpfe wird. Um den entgehenden überproportionalen Honorarzuwachs zu kompensieren ergeht der allgemeine Aufruf an die niedergelassene Ärzteschaft „soviel ambulant wie möglich, soviel stationär wie nötig“. Anders gesprochen bedeutet dies so wenig wie irgend möglich Patienten ins Krankenhaus einweisen und sie statt dessen ambulant behandeln. Man scheut sich nicht dies als besonders humane Krankenversorgung hinzustellen. Im berühmten „Bayern-Vertrag“ wird dieses ärztliche Verhalten mit einem Honorarbonus belohnt. Diese Politik findet bereits ihren Niederschlag in der letzten Honorarempfehlung der KBV/RVO-Kassen. Dort heißt es: „Eine Kürzung der Gesamtvergütung auf Grund der Fallwertbegrenzung ganz oder teilweise findet nicht statt, wenn die Partner des Gesamtvertrages übereinstimmend feststellen, daß die Überschreitung auf eine Leistungsverlagerung aus dem stationären in den ambulanten Bereich zurückzuführen ist.“ In diesem Zusammenhang sind auch die Vereinbarungen über die Durchführung von ambulanten Operationen zu sehen.

Ebenso erging in den letzten Wochen an die niedergelassenen Ärzte von Seiten der „Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen“ und von den verschiedenen Ärzteorganisationen der Aufruf die Behandlung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln deutlich einzuschränken.

Die eingeschlagene Strategie heißt: möglichst viel selbst aus dem Topf herausholen!

Ich bezweifle ernsthaft, daß diese sich abzeichnende Spar-Behandlung die bisherige Qualität der medizinischen Behandlung aufrecht erhalten kann.

Hier sind auch die Cassandra-Rufe über die auf uns zukommende „Ärztenschwemme“ einzuordnen. Je mehr Ärzte sich den Topfinhalt teilen müssen, um so weniger kommt für den einzelnen Arzt heraus. Jeder praktische Arzt aber weiß, daß er mit mehr als 800 Patienten/Quartal überfordert ist und eine vernünftige Betreuung nicht mehr zu gewährleisten ist. Tatsächlich sind es aber wesentlich mehr Patienten, die die meisten zu betreuen haben. Von einer „Ärztenschwemme“ kann also vom Blickwinkel der Patientenbetreuung gar nicht die Rede sein, sondern nur aus dem Blickwinkel des Geldbeutels.

|       | Zahl der Krankenhäuser | Krankenhausbetten | je 10000 EW | stationär behandelte Kranke | je 10000 EW | durchschn. Verweildauer | Pflegeschlüssel |
|-------|------------------------|-------------------|-------------|-----------------------------|-------------|-------------------------|-----------------|
| 1972  | 3 519                  | 701 263           | 113,5       | 9 829 468                   | 1 590,3     | 23,9                    | 5,62            |
| 1975  | 3 481                  | 729 791           | 118,4       | 10 426 753                  | 1 691,4     | 22,7                    | 5,06            |
| 1978  | 3 328                  | 714 879           | 116,6       | 11 209 912                  | 1 831,9     | 20,4                    | 4,33            |
| 75-78 | 153                    | - 14 912          |             | + 783 159                   |             |                         |                 |

größere Krankenhäuser in natürlich gewachsenen oder künstlich geschaffenen Zentren ersetzt. Die öffentlichen Verkehrsverbindungen v.a. auf dem Land zu diesen Zentren ist oft denkbar schlecht.

Im gleichen Zeitraum hat sich die Zahl der Krankenhausbetten, die Zahl der stationär behandelten Kranken, die Verweildauer und der Pflegeschlüssel wie folgt entwickelt.

(Bei der Beurteilung des Pflegeschlüssels muß bedacht werden, daß sich im betrachteten Zeitraum die tarifliche Arbeitszeit auf 40 Stunden/Woche verkürzt hat)

## Zusammenfassung der Auswirkungen des KHG:

1. Verschiebung der Kosten von den öffentlichen Haushalten zu den GKV, d.h. auf die Versicherten;
2. Strukturelle Verschlechterung durch Schließung von gemeindenahen Krankenhäusern;
3. Der steigende Bedarf an stationärer Behandlung und die Verminderung der Anzahl der Krankenhausbetten führt zu einer Kürzung der durchschnittlichen Verweildauer. Dies legt die Befürchtung nahe, daß die Qualität der Behandlung sich rückläufig entwickelt;
4. Steigende Belastung des Krankenhauspersonals; auch aus diesem Gesichtswinkel ist eine Minderung der Behandlungsqualität zu erwarten.

## Das Krankenversicherungskosten-dämpfungsgesetz („Kostendämpfungsgesetz“) von 1977

Während das KHG die medizinische Versorgungslage im stationären Bereich einschneidend veränderte, be-

Für die Mehrzahl der Versicherten stellt das KVKG eine deutliche Verschlechterung ihrer sozialen Lage dar, in erster Linie durch eine im Gesetz vorprogrammierte Verteuerung der Kosten für ihre Gesunderhaltung durch die genannten Punkte der Selbstbeteiligung bei weiter ansteigenden Krankenkassenbeiträgen, v.a. infolge der Umlastung von der RV zur GKV. Medizinisch bedeutet das KVKG insofern eine Verschlechterung als Behandlungen (Arzneimittel, Kuren, Heil- und Hilfsmittel) wesentlich restriktiver gehandhabt werden als bisher.

## Entwicklung der Ausgaben der GKV in %

|      | vorbauende und betreuende Maßn. | ambulante Behandlung | stationäre Behandlung | stationäre Kurbehandlung | Arzneien, Heil- und Hilfsmittel | Zahnersatz | Lohnfortzahlung | nicht aufteilbar |
|------|---------------------------------|----------------------|-----------------------|--------------------------|---------------------------------|------------|-----------------|------------------|
| 1970 | 3,4                             | 29,4                 | 25,4                  | 0,2                      | 20,0                            | 3,4        | 12,7            | 5,4              |
| 1971 | 3,7                             | 29,2                 | 26,1                  | 0,2                      | 19,3                            | 4,0        | 12,2            | 5,2              |
| 1972 | 3,9                             | 27,7                 | 27,3                  | 0,2                      | 19,5                            | 4,3        | 11,8            | 5,3              |
| 1973 | 3,7                             | 26,7                 | 28,7                  | 0,2                      | 19,8                            | 4,4        | 10,9            | 5,6              |
| 1974 | 3,7                             | 26,1                 | 31,0                  | 0,2                      | 19,6                            | 4,0        | 9,9             | 5,3              |
| 1975 | 3,6                             | 25,7                 | 30,4                  | 0,1                      | 19,1                            | 7,0        | 9,1             | 4,9              |
| 1976 | 3,3                             | 24,9                 | 30,7                  | 0,2                      | 19,5                            | 8,1        | 8,4             | 4,6              |
| 1977 | 3,2                             | 25,2                 | 31,2                  | 0,1                      | 19,3                            | 7,9        | 8,2             | 4,8              |
| 1978 | 2,9                             | 25,0                 | 31,2                  | 0,3                      | 19,8                            | 7,8        | 8,2             | 4,6              |
| 1979 |                                 | 25,1                 | 30,0                  |                          | 20,3                            | 8,3        | 7,7             |                  |

|      | davon Ärzte: |
|------|--------------|
| 1970 | 22,9         |
| 1979 | 18,3         |

|      | davon Heil- und Hilfsmittel |
|------|-----------------------------|
| 1970 | 2,8                         |
| 1979 | 5,5                         |



Aber den Ärzteverbänden geht es nicht nur um eine Sicherung ihres Einkommens. Es geht auch um Politik. In einem Sonderrundschreiben der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein heißt es:

„Bitte betrachten Sie diesen Brief nicht als eine Pflichtübung, sondern bedenken Sie, daß letzten Endes die freihetliche Berufsausübung auf dem Spiele steht. Das soll nicht heißen, daß wir uns mit der seit 1976 von der Bundesregierung verfolgten Gesundheitspolitik abfinden. Unter den gegebenen Umständen gibt es aber für uns derzeit keine andere Möglichkeit, unseren Status zu erhalten, als den sparsamsten Umgang mit Leistungen und Verordnungen.“ Angesichts der auf uns zukommenden „rapide schlechter werdenden wirtschaftlichen Lage der BRD in der schon jetzt abzusehen ist, daß die Zahl der Arbeitslosen im Jahresdurchschnitt 1981 wahrscheinlich über 1,5 Mio. liegen wird“, ist es für die Krankenkassen zunehmend schwierig ein genügend großes Beitragsaufkommen einzuziehen.

Das gesamte soziale System beginnt zu wanken und die organisierte Ärzteschaft sieht, daß die „freihetliche Berufsausübung auf dem Spiele steht“. Deshalb: lieber an der Behandlung sparen und dabei doch so viel als möglich für sich selbst herausholen, als später mit einer Notverordnung leben müssen, die alle zu Gehaltsempfängern zu machen droht.

Beachtlich bei den dunklen Prognosen der Ärzteverbände ist, daß sie grundsätzlich nur sich selbst damit meinen. Selbst das scheinbare Bedauern, das man von der großen Politik her kennt („Wir müssen eben alle den Gürtel etwas enger schnallen“) fehlt hier völlig. Die soziale Zukunft der Patienten ist für sie kein Thema, höchstens Anlaß zum gelegentlichen humanen Wortgeklänge.

Jetzt wird auch verständlich, warum der Vorsitzende der KV Bayern Sewering sich vollkommen gegen die Selbstbeteiligung als Instrument der Kostendämpfung im Gesundheitswesen ausspricht. Denn Selbstbeteiligung, wie sie in letzter Zeit im Gespräch war, kann eine kostendämpfende Wirkung nur haben, wenn sie die Inanspruchnahme von ärztlichen Leistungen vermindert. Dies würde auf eine Honorarkürzung hinauslaufen und kann nicht im Sinne der ärztlichen Standesorgane sein.

## Die Selbstbeteiligung

Auf die Selbstbeteiligung will ich nur kurz eingehen. Eine Selbstbeteiligung im Rahmen der GKV ist nichts grundsätzlich Neues. Bei der ganzen Diskussion geht es um eine Ausweitung der bestehenden Selbstbeteiligung mit dem Ziel einen Kostendämpfungseffekt für die Ausgaben der GKV zu erzielen.

Dazu gibt es verschiedene Modelle und Vorstellungen, die alle im Einzelnen abzuhandeln zu weit führen würde. Wenn man von einer differenzierten Betrachtung absieht, hat die Selbstbeteiligung zwei Effekte:

1. Verlagerung eines Beitragsteils von Arbeitgeber zum Versicherten;
2. Minderung der Inanspruchnahme von Leistungen.

Zum ersten Punkt:

Die Versicherten bezahlen schon jetzt mehr als genug für ihre soziale Sicherung und die Beiträge sind laufend erhöht worden, v.a. wie wir gesehen haben wegen der zunehmenden Behandlungskosten. Und obwohl immer mehr Geld in die Behandlung gesteckt wurde besteht nicht der Eindruck, daß diese menschlicher und medizinisch besser geworden ist, weder in den Krankenhäusern noch in den Praxen. Jede weitere Erhöhung der Beiträge, egal wodurch sie zustandekommt lehne ich deshalb grundsätzlich ab.

Zum zweiten Punkt:

Minderung der Inanspruchnahme heißt, daß die Schwelle zum Arztbesuch sehr hoch gesetzt wird. Wenn die erklärte Absicht auch darin besteht die Bagatelldfälle auszuschalten, so werden doch Versäumnisse im sensiblen Krankheitsbereich von vornherein in Kauf genommen. Die Schwelle zum Arztbesuch muß so niedrig wie möglich sein, um Krankheiten so früh als möglich zu erkennen und zu behandeln. Außerdem würde die Inanspruchnahme dann wieder stark vom sozialen Status abhängen.

## Ausblick

Zum Schluß noch ein kurzer Ausblick in die Zukunft unseres Gesundheitswesens:

Unser ganzes System der sozialen Sicherung ist auf engste mit der wirtschaftlichen Entwicklung verknüpft, die Rentenversicherung wie die Krankenversicherung. Denn das Beitragsaufkommen hängt von der Anzahl der Erwerbstätigen und deren Grundlohnsumme ab. In wirtschaftlichen Krisenzeiten, und auf solche Zeiten steuern wir offensichtlich hin, steigt die Zahl der Arbeitslosen und sinken die Löhne durch entsprechend niedrigere Tarifabschlüsse. Für die Renten- und Krankenversicherung bedeutet dies eine gewaltige Finanzierungslücke. 1977 stellte Bundesminister Ehrenberg fest: „Jeder Rückgang der Beschäftigten um 200 000 Personen bringt derzeit einen Einnahmeausfall in der RV von knapp 1 Mrd. DM im Jahr. Jeder Prozentpunkt weniger Lohnzuwachs verringert die Einnahmen der Krankenversicherung um 800 Mio. DM im Jahr.“ Auf der anderen Seite ist vorerst nicht eine Minderung der Inanspruchnahme der Leistungen der Renten- und der Krankenversicherung zu erwarten. Je tiefer sich die wirtschaftliche Krise entwickelt, um so weiter klappt die beschriebene Schere auseinander und der Zusammenbruch unseres Systems der sozialen Sicherung rückt in greifbare Nähe.

Die Vorboten sind in den Kostendämpfungsmaßnahmen jetzt schon zu spüren.

Eine entschiedene Konfrontation gegen den weiteren sozialen Abbau kann von den Standesorganisationen nicht erwartet werden, im Gegenteil, sie helfen die Kostendämpfung mit wohlklingenden Parolen durchzusetzen und hoffen, daß sie selbst gut dabei wegkommen.

Eine Opposition im Gefüge der Standesorganisationen ist da und dort im Entstehen begriffen. Sie ist notwendig und muß unbedingt unterstützt und weiter ausgebaut werden. Über entsprechende Erfahrungen werden wir heute noch hören. Meiner Ansicht nach sind jedoch die Gewerkschaften die entscheidende Kraft, die es vermögen dem weiteren sozialen Abbau Paroli zu bieten. Kein oppositioneller Arzt wird deshalb umhin können den Kampf der Gewerkschaften auf diesem Gebiet aufmerksam zu verfolgen und, wo richtige Forderungen aufgestellt werden, diese entschieden zu unterstützen.

## ÖTV bleibt im kirchlichen Bereich aktiv

Erklärung des geschäftsführenden Hauptvorstandes der Gewerkschaft ÖTV zum Beschluß des zweiten Senats des Bundesverfassungsgerichtes über die Verfassungsbeschwerde der Orthopädischen Anstalten Volmarstein zum Zugangsrecht von Gewerkschaftsbeauftragten.

Die Gewerkschaft Öffentliche Dienste, Transport und Verkehr (ÖTV) ist empört und bestürzt, daß das Bundesverfassungsgericht das gewerkschaftliche Zugangsrecht zu kirchlichen Einrichtungen für verfassungswidrig erklärt hat, obgleich das Bundesarbeitsgericht (BAG) der Gewerkschaft ÖTV dieses Recht ausdrücklich bestätigt hatte.

Das Bundesverfassungsgericht stellt damit im Ergebnis das Selbstbestimmungsrecht der Kirche über die verfassungsrechtlich garantierte Koalitionsfreiheit, die nach gewerkschaftlichem Selbstverständnis auch das Zugangs- und Informationsrecht für Gewerkschaftsbeauftragte umfaßt. Damit werden den über 550 000 Arbeitnehmern des zweitgrößten Arbeitgebers in der Bundesrepublik Deutschland grundlegende Arbeitnehmerrechte vorenthalten. Es ist unerträglich, daß sich die Kirchen als Arbeitgeber auf diese Weise zum Staat im Staate entwickeln.

Der Beschluß des Bundesverfassungsgerichtes soll aber offenbar über den kirchlichen Bereich hinauswirken. Obwohl der Grundgesetzartikel 9 Abs. 3 keinen gesetzlichen Vorbehalt kennt, hat das Gericht einen solchen Vorbehalt hineininterpretiert und will auf diese Weise die Gewerkschaften in ihren Betätigungsmöglichkeiten beschneiden.

Wenn das Bundesverfassungsgericht glaubt, eine jahrzehntelange Praxis gewerkschaftlicher Betätigung mit einem Federstreich beseitigen zu können, gefährdet es den sozialen Frieden in der Bundesrepublik Deutschland.

Die Orthopädischen Anstalten Volmarstein haben mit dieser Entscheidung des Bundesverfassungsgerichtes

zwar eine Schlacht gewonnen, die Kirchen aber haben den Kampf um ihre Glaubwürdigkeit gegenüber den eigenen Mitarbeitern verloren. Der Widerspruch zwischen wohlmeinenden Worten zur Arbeiterbewegung und einer krassen „Herr-im-Haus-Politik“ als Arbeitgeber ist offensichtlich. Mit Hilfe des Bundesverfassungsgerichts haben sich die Kirchen erneut in die Reihe derjenigen eingeordnet, die die soziale Mitwirkung der Arbeitnehmer und ihrer Gewerkschaften schon immer bekämpft haben.

Die Gewerkschaft ÖTV wird die Interessen ihrer Mitglieder im kirchlichen Bereich auch künftig mit aller Entschiedenheit vertreten. Die Feststellung des Bundesverfassungsgerichtes, daß es den gewerkschaftlich organisierten Betriebsangehörigen unbenommen bleibe, „sich – gegebenenfalls nach entsprechender Einführung – innerhalb des Betriebs, am gemeinsamen Arbeitsort, werbend und unterrichtend zu betätigen, in zulässigem Umfange Plakate auszuhängen, Prospekte auszulegen und zu verteilen und mit den Arbeitnehmern zu besprechen“, ist eine pure Selbstverständlichkeit und mildert die gewerkschaftsfeindliche Tendenz des Urteils nicht.

Das Urteil ist einer Herausforderung für alle Arbeitnehmer. Die Beschäftigten der Kirchen können weiterhin mit der solidarischen Unterstützung ihrer Gewerkschaft ÖTV rechnen.

An seinem Urlaubsort erklärte der Vorsitzende der Gewerkschaft ÖTV, Heinz Kluncker, die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichtes bringe einen „Hauch von Khomeini“ in die soziale Landschaft der Bundesrepublik. Er erwarte von den Verantwortlichen der kirchlichen Einrichtungen, daß sie Gewerkschaftsbeauftragte in Zukunft nicht wie Aussätzige behandeln. Es liege jetzt nur an ihnen, ob in der Zukunft überhaupt eine konstruktive Zusammenarbeit zwischen Kirchen und Gewerkschaften möglich sei.



## Vom Behandeln zum Handeln

über die Verrücktenbewegung in Dänemark

von Harald Kamps

Es fing eigentlich ganz normal an – mit einem Seminar. Gekommen waren über 100 psychiatrische Patienten, Behandler und Angehörige. Die gemeinsame Kritik am verrückten psychiatrischen Behandlungssystem löste eine Lawine aus und sie war nicht mehr aufzuhalten: die Verrücktenbewegung in Dänemark. Und es ging wie verrückt weiter.

Die Zeitschrift „AMALIE“ wurde gegründet. Den Namen bekam sie von Amalie Skram (1846–1905), die als erste Patientin ihre psychiatrische Behandlung öffentlich kritisierte. „Amalie“ wurde zu einem wichtigen Sprachrohr für die vielen Gruppen und Aktivitäten überall im Lande. Und es gab irre viel zu berichten: Solidaritätsfeste wurden veranstaltet, Podiumsdiskussionen und weitere Seminare. Im Sommer 1979 trafen sich die Verrückten zum ersten Verrücktenfestival. „Wir wollen handeln, nicht behandelt werden“, wurde die gemeinsame Parole. Und die Öffentlichkeit wurde aufmerksam. Verrückte Menschen, die Seminare und Festivals arrangieren, waren offenbar guter Stoff für Zeitungen und Fernsehen. Die Rede, die Anders Kelstrup auf diesem ersten Festival hielt, wurde zum gemeinsamen Programm (DG dokumentiert diese Rede im Innenteil dieser Ausgabe).

Und es bewegte sich weiter. Immer mehr Menschen schlossen sich der Verrücktenbewegung an. Im Sommer 1980 verbrachte man die ersten gemeinsamen Ferien in einem Zeltlager. Neujahr 1980 wurde das „Verrücktenhaus“ in Aarhus eingeweiht und feierlich begossen.

Bald wirkten sich aber auch die Widersprüche der normalen Gesellschaft und der normalen Psychiatrie aus. Es gab Gegensätze zwischen Behandlern und Patienten, zwischen Irrsein und Vernunft, zwischen dem Bedürfnis nach mehr Organisation und der Furcht vor Bürokratisierung. Manche meinten, daß die Verrücktenbewegung für die Behandler ein Kampf um bessere Arbeitsbedingungen bedeute, während es für die Patienten eine Frage um Leben oder Tod sei. Bisher behielt die Basis die Führung, diejenigen die meinen, daß die Zusammenarbeit von Patienten und Behandlern das gemeinsame Fundament der Bewegung sei, weil man sich gegenseitig braucht und voneinander lernen kann.

Der Blick über unsere Landesgrenzen macht neidisch. Die dänische Bewegung ist nun zwei Jahre alt. Eine vergleichbare Bewegung gibt es in Holland seit einem Jahrzehnt. Das alljährliche Fools-Festival in Amsterdam hat Tradition. Doch auch in der BRD bewegt sich was. Die Zeitungen TÜRSPALT und DER AUSBLICK werden bundesweit. Wann gibt es das erste bundesweite Verrücktenfestival?

### Rede beim Verrücktenfestival in Viborg/Dänemark am 18. 8. 1979 von Anders Kelstrup

Es ist mir eine große Freude, so als Vertreter für „kritische Behandler“, mit zu diesem Solidaritätsfest eingeladen zu sein. Dies ist ein Fest für Behandler, Patienten, Angehörige und andere in unserer Gesellschaft, die verrückt sind:

- uns macht es verrückt, daß so viele Menschen in dieser Gesellschaft zu psychiatrischen Patienten gemacht werden,
- uns macht es verrückt, daß psychiatrische Patienten ausgeschlossen werden von sinnvoller Arbeit, Kontakt mit anderen und persönlicher Entwicklung.
- Uns macht es verrückt, daß man so böse, ängstlich oder verzweifelt werden kann, daß man sich nicht mehr selber an den Haaren hochziehen kann, um nach den Erfordernissen unserer Gesellschaft nach Produktivität, Effektivität und Normalität zu leben und deshalb zum psychiatrischen Patient gemacht wird.
- Uns macht es verrückt, daß man als psychiatrischer Patient nicht Hilfe bekommt, um zu handeln und sich selber aus seiner unglücklichen Situation zu kämpfen, sondern daß man als krank behandelt wird, als unmündig, als ein menschliches Wrack, ein Invalider.

Es ist mir eine große Freude, bei diesem Festival dabei zu sein unter uns Verrückten, weil dies ein Ausdruck dafür ist, daß in diesem Land eine Bewegung entsteht. Eine Bewegung, die sich nicht mehr mit dem etablierten Behandlungsapparat zufrieden gibt. Eine Bewegung, die nicht einfach antipsychiatrisch ist, in dem Sinne, daß sie sich damit zufrieden gibt, das Etablierte zu kritisieren, aber die selbst Forderungen erhebt, daß etwas passieren muß, daß etwas anderes an dessen Stelle muß. Eine Bewegung, die selber aufzeigt, was an diese Stelle soll, die wünscht, daß alle Kräfte gesammelt werden sollen, um sich zu organisieren und einen Kampf zu führen für die Entwicklung einer neuen und alternativen Psychiatrie.



Amalie – Zeitung der Verrücktenbewegung „Fri von Bevormundung und Zwang“

Was ist nun die Grundlage für diese Bewegung, die gerade entsteht, und von der wir selbst ein Teil sind?

Diese Grundlage wurde vorläufig auf dem Seminar i Slagelse im April formuliert und es wurden 3 Punkte aufgestellt:

1. Ein kritisches Verhältnis zur etablierten Psychiatrie
2. Wunsch nach Entprivatisierung von psychischen Problemen
3. Forderung, krankmachende Faktoren in unserer Gesellschaft nachzuweisen und vorzubeugen.

Ich habe jetzt Lust, zu vertiefen, was meiner Meinung nach in diesem Punkt steckt oder stecken sollte:

## Ein Kritisches Verhältnis zur etablierten Psychiatrie

Die etablierte Psychiatrie ist heute eine umfassende gesellschaftliche Institution. Sie umfaßt 12.000 Betten, etwa 40.000 dänische Bürger werden jedes Jahr eingewiesen, die Institution schluckt ein paar Prozent des Bruttosozialproduktes; es handelt sich also wie das Polizeiwesen, das Postwesen und das übrige Gesundheitswesen um eine der wesentlichen Institutionen einer bürgerlichen Gesellschaft; einer von denen, die dazu da sind, daß die Gesellschaftsmaschine reibungslos funktioniert.

In diesem Zusammenhang soll nicht kritisiert werden, daß psychiatrische Institutionen existieren. Solange wir eine Gesellschaft haben, die psychische Krankheit und psychische Krisen schafft, solange brauchen wir auch eine psychiatrische Institution. Das, was kritisiert werden soll, ist die Art und Weise, wie diese Institution arbeitet. Folgende Verhältnisse sind besonders wichtig zu kritisieren:

### Die grundlegende Denkweise in der Psychiatrie: der psychiatrische Krankheitsbegriff:

Der psychiatrische Krankheitsbegriff definiert psychische Krankheit als einen Defekt drinnen im Kopf des Einzelnen. Egal ob es sich nun um soziale, persönliche oder entwicklungsbedingte Probleme handelt, werden diese als eine Krankheit im Gehirn definiert. Eine Krankheit, die es darin treibt wie ein lauerndes Feuer. Oder wie ein Teufel, der loshämmert und verursacht, daß man deprimiert wird, verrückt wird, oder neurotisch oder was man nun wird. Psychiatrische Forschung ist heute auch im Wesentlichen damit beschäftigt, nach diesem Teufel zu suchen, nach dem erblichen oder biochemischen Defekt im Gehirn zu suchen. Und psychiatrische Behandlung besteht im Wesentlichen daraus, den vermuteten Teufel anzugreifen, den vermuteten Defekt mit Arznei, Schock oder Psychochirurgie zu heilen. Oder zumindest den kleinen Teufel zu dämpfen, damit er nicht allzu viele Unglücke verursacht.

Das was wir kritisieren und bekämpfen ist was man Psychiatisierung nennt. D. h. die Ideologie und Wirklichkeitsverfälschung, bei der psychologische, gesellschaftliche Probleme und Konflikte als körperliche Krankheit definiert werden. Und so behandelt werden, als wären es welche. Nämlich mit dem Wissen, daß sich ein Arzt angeeignet hat. Und mit den Mitteln, die die Pharmaindustrie und andere moderne Technologie zur Verfügung stellt.

### Die grundlegende Organisation des psychiatrischen Behandlungsapparates

Der psychiatrische Behandlungsapparat ist historisch und aktuell um den Arzt herum aufgebaut. Eine Irrenanstalt ohne Arzt, ist wie ein Körper ohne Seele, sagte der Arzt Harald Selmer schon 1846. Der Behandlungsapparat ist dazu da, die Leute zu behandeln, so als ob sie krank seien: der Arzt heilt Krankheiten. Die Krankenschwestern und Pfleger pflegen die Kranken. Moderne psychiatrische Abteilungen werden in normalen Krankenhäusern eingerichtet, um eindrucklich nachzuweisen, daß es keinen Unterschied macht, sich das Bein zu brechen oder psychisch zusammen zubrechen. Sogar die aktuellen Pläne einer Gemeindepsychiatrie bauen auf Ärzten und Psychiatern als den zentralen Therapeuten auf, weshalb man reell von einer Ausweitung des ärztlichen Imperiums sprechen kann.

Wir müssen kritisieren, daß der Arzt die zentrale Figur im psychiatrischen Behandlungsapparat ist. Wir müssen kritisieren, daß andere Fachgruppen nur eine untergeordnete Rolle spielen. Daß Psychologen, Sozialarbeiter, Ergotherapeuten und das übrige gut ausgebildete und gut qualifizierte Personal ärztlichen Anweisungen unterworfen ist. Wir müssen die Psychiatisierung als die tragende Ideologie hinter der Organisation des psychiatrischen Behandlungsapparates kritisieren.



Homburger Landstraße 455  
6 Frankfurt/M. 50,  
Tel. 0611/541091

Katutura heißt sinngemäß übersetzt: "hier haben wir keine feste Bleibe" oder: "ein Ort, an dem wir nicht leben wollen".

Katutura ist nicht der Name einer unbewohnbaren Wüste, sondern so heißt eine ausschließlich von Schwarzen bewohnte Siedlung in der Nähe von Windhoek, der Hauptstadt Namibias. Die dort lebenden 60 000 Menschen haben eins gemeinsam: sie wurden gewaltsam aus ihren alten Wohngebieten in Windhoek vertrieben und in dem von den Militärs erdachten und künstlich aus dem Boden gestampften Ghetto konzentriert. Katutura steht unter der ständigen Bewachung durch Einheiten der südafrikanischen Militärpolizei und kann von dieser jederzeit völlig abgeriegelt werden. "Es ist", so sagt ein Namibianer, der dort lebte, "praktisch ein Gefängnis".

Katutura ist jedoch kein Einzelfall. In ganz Namibia sind seit der Besetzung durch südafrikanische Truppen ähnliche Ghettos für die schwarze Bevölkerungsmehrheit entstanden.

Dem Zustand aber, in der eigenen Heimat gefangen zu sein, sind in den letzten Jahren immer mehr Namibianer entflohen. Tausende haben inzwischen jenseits der Grenze in Angola Zuflucht gefunden und leben nun in Lagern, die von der namibianischen Volksbewegung SWAPO (Organisation des Volkes von Süd-West-Afrika) betreut werden.

medico international wurde von der SWAPO gebeten, einen Beitrag zur medizinischen Versorgung der Flüchtlinge zu leisten. Aus diesem Grunde möchten wir Sie heute näher mit der sozialen Lage der schwarzen Bevölkerung Namibias bekannt machen und dabei speziell auf die Situation der Flüchtlinge in Angola eingehen.



## NAMIBIA UNTER DER APARTHEID

Deutsche Siedler und Kaufleute drangen im letzten Jahrhundert in das damalige Deutsch-Süd-West-Afrika ein und raubten den afrikanischen Einwohnern die besten Weidegebiete und das ertragreichste Ackerland. Noch heute besitzen die ca. 100 000 Weißen, von denen etwa 20 000 deutscher Abstammung sind, fast 50% des bebaubaren Bodens, während der Mehrheit, den 900 000 Schwarzafrikanern weniger als 40% des meist kargen Bodens bleibt.

Als Konsequenz der strikten Apartheid-Politik wurde die schwarze Bevölkerung in städtische Ghettos oder armselige ländliche Gebiete, sogenannte "Heimatländer" (homelands) umgesiedelt. Damit versucht die von der südafrikanischen Regierung eingesetzte Generaladministration nicht nur die weiße Bevölkerung von der schwarzen zu trennen, sondern auch die verschiedenen ethnischen Gruppen streng getrennt voneinander zusammenzufassen.

So ist auch das im Süden Namibias gelegene Namaland geschaffen worden. Dort ist es heiß und trocken, Regen kommt nur einmal im Jahr. In den vielen winzigen Landwirtschaften werden vor allem Ziegen und Karakulschafe gehalten; eine Rinderwirtschaft ist wegen des großen Wassermangels nicht möglich. Für den Ackerbau fehlen die Bewässerungssysteme, so daß die Bewohner des Namalandes gezwungen sind, ihre Lebensmittel in Läden zu kaufen, deren Preise fast doppelt so hoch sind wie in Windhoek. Der arbeitsfähigen Bevölkerung und insbesondere den Männern bleibt nichts anderes übrig, als in den Städten nach Arbeit zu suchen. Von ihren Familien getrennt werden sie dort in Barackenunterkünften zusammengepfercht. Strenge Kontrollen am Eingang der umzäunten Lager sorgen für die Einhaltung der Rassengesetze und der auferlegten Bewegungsverbote.

Die medizinische Versorgung in diesen Ghettos, wie auch in den sog. "Heimatländern" ist minimal. Dagegen entspricht das Gesundheitssystem, das den Weißen offensteht, durchaus westlichen Standards. In den Gesundheitsstatistiken kommen dann auch die Folgen der unmenschlichen Apartheid-Politik deutlich genug zum Ausdruck: Während die weiße Bevölkerung an den gleichen Krankheiten leidet, wie beispielsweise die bundesrepublikanische Bevölkerung, sind die Krankheitsbilder der Schwarzafrikaner typisch armutsbedingt. Die Lebenserwartung liegt mit ca. 41 Jahren fast um die Hälfte niedriger als bei den Weißen. Die Säuglingssterblichkeit ist etwa 10mal so hoch.

## UNTERDRÜCKUNG UND WIDERSTAND

Der Kampf um die Befreiung von der fremden Herrschaft geht zurück in das letzte Jahrhundert. Damals wehrten sich die schwarz-afrikanischen Stämme gegen die deutschen Kolonisatoren. Doch der Aufstand wurde blutig niedergeschlagen: 70.000 Hereros und die Hälfte des Nama-Stammes wurden umgebracht.

Nach dem ersten Weltkrieg übertrug der Völkerbund dem Königreich England Namibia als Mandatsgebiet. England wiederum beauftragte Südafrika, das Land auf die Unabhängigkeit vorzubereiten.

Obwohl die UNO 1966 die Mandatsherrschaft für beendet erklärt hat, wird Namibia bis heute von dem südafrikanischen Generaladministrator, der seinerseits einen südafrika-freundlichen Ministerrat einsetzte, verwaltet. Alle diese Schritte wurden von der UNO als völkerrechtswidrig verurteilt. Über die Splitterparteien der sog. "Turnhallen-Allianz" versucht Südafrika, eine von ihr abhängige Regierung einzu-



setzen. Da diese jedoch keinerlei Basis in der schwarzen Bevölkerungsmehrheit hat, sind freie und faire Wahlen unter Aufsicht der UNO bislang am Widerstand Südafrikas gescheitert. Denn gerade das südafrikanische Regime weiß, daß bei solchen Wahlen die SWAPO, die für die nationale Unabhängigkeit kämpft, als eindeutiger Sieger hervorgehen würde. Zumal es entgegen den Versuchen, die verschiedenen ethnischen Gruppen Namibias aufzusplitten, mit der Gründung der SWAPO im Jahre 1960 gelungen ist, den Widerstand über die Stammesgrenzen hinweg gemeinsam zu organisieren.

Von der Organisation für Afrikanische Einheit (OAU) und von den Vereinten Nationen wurde die SWAPO als einzig legitime Vertretung des namibianischen Volkes anerkannt.

Dennoch werden die Angehörigen und Anhänger der SWAPO von den südafrikanischen Sicherheitsbehörden brutal verfolgt. Etwa 80% der Bevölkerung Namibias leben heute in sog. Sicherheitszonen, in denen das Kriegsrecht herrscht. Menschen dürfen ganz "legal" verschwinden, denn die Sicherheitskräfte wurden mit dem zweifelhaften Recht ausgestattet, Personen bis zu 30 Tagen festnehmen zu können, ohne daß es die Außenwelt erfährt. Mit der Genehmigung des Generaladministrators kann die Haft sogar noch beliebig verlängert werden. So waren in der Nähe Marienthals etwa 200 Flüchtlinge über zwei Jahre inhaftiert, ohne daß die Öffentlichkeit etwas davon erfuhr.

Politisch Verdächtige schweben immer in der Gefahr, von der Polizei bzw. dem Militär gefoltert zu werden. Der katholische Geistliche Hunke, der lange Zeit in Namibia arbeitete und zum ersten Mal Fälle von Folter dokumentierte, spricht von einer quasi "institutionalisierten Folter im Land".

Eine legale politische Arbeit ist für die SWAPO unter diesen Umständen unmöglich. Sie muß unerkannt arbeiten und den Widerstand vom Ausland aus führen.



## DIE SITUATION DER FLÜCHTLINGE

Bisher sind etwa 50 000 Menschen allein nach Angola geflüchtet. Als zu Beginn dieses Jahres bekannt wurde, daß nun auch schwarze Jugendliche in die namibianische Armee eingezogen werden sollen, sind die Flüchtlingszahlen sprunghaft angestiegen.

Bis vor drei Jahren lebten die Flüchtlinge in relativ grenznahen Camps. Im Mai 1978 griffen jedoch südafrikanische Flugzeuge die Lager der Stadt Kassinga an. Es starben 600 Menschen, zumeist Frauen und Kinder. Seit dieser Zeit haben die südafrikanischen Truppen ihre Angriffe auf angolanisches Gebiet mehrere hundert Male wiederholt, so daß die Flüchtlingslager weiter in den Norden verlegt und in Kaffeeplantagen bzw. Wäldern versteckt werden mußten.

Eine ausreichende medizinische Versorgung ist unter diesen Umständen äußerst schwierig. Die Lager bleiben in jeder Hinsicht provisorisch. Da es notwendig ist, sie aus Sicherheitsgründen jederzeit erneut verlegen zu können, gibt es keine festen Gebäude. Auch müßten für solche Einrichtungen große Teile der Kaffeeplantagen abgeholzt werden, die die Existenzgrundlage der einheimischen angolanischen Bevölkerung darstellen. Lediglich das Lager Cuanza Sul hat eine Klinik-Baracke mit 30 Betten für insgesamt 25 000 Flüchtlinge. Hier können die am häufigsten auftretenden Krankheiten wie Mangel- und Fehlernährung, Typhus, Gelbfieber, Malaria, Wurm- und Parasitenbefall sowie kriegsbedingte Verletzungen nur unzureichend behandelt werden. Auch fehlt es an einer adäquaten Versorgung der neuankommenden Flüchtlinge, die oft hunderte von Kilometern zurückgelegt haben, bevor sie völlig entkräftet ein Lager erreicht haben.

medico international hat angesichts dieser Lage bereits eine transportable Ausrüstung für ein Gesundheitszentrum zur Verfügung gestellt. Um den speziellen Bedingungen der Flüchtlingslager gerecht werden zu können, möchten wir zusätzlich eine mobile medizinische Einheit, ein geländegängiges Spezialfahrzeug mit Untersuchungs- und Operationsraum, in die Lager schicken. Wir sehen darin zum gegenwärtigen Zeitpunkt die einzige Möglichkeit, mit begrenztem Personal zumindest eine notdürftige Versorgung der Flüchtlinge zu gewährleisten.

Wir bitten Sie für dieses Vorhaben um Ihre Unterstützung und großzügige Spende auf das unten angegebene Konto.

Nicht nur die Anschaffung der Mobilen Klinik, die Sie auf nebenstehendem Foto sehen können, kostet eine Menge Geld, sondern auch deren weitere Unterhaltung mit neuen Medikamenten, Verbrauchsmaterial, Treibstoff usw. muß sichergestellt werden.

Wir bitten deshalb diejenigen, die dazu in der Lage sind, eine Einzugsermächtigung auszustellen (bei medico international erhältlich) oder Ihrer Bank einen Dauerauftrag zu erteilen.



**Spendenkonto 1800**

**Stadtparkasse Frankfurt/M. Stichwort Namibia**



## Ent-privatisierung von psychischen Problemen

Wie schon erwähnt plazierte der psychiatrische Krankheitsbegriff „psychiatrische Krankheit“ als irgendwas **Schlechtes im Kopf des Einzelnen**. Als ein **individueller mentaler Defekt**, als etwas **Privates**, der andere nur dann etwas angeht, wenn sie sich des Defektes annehmen müssen oder er ihnen zur Last geht.

Es muß ein Weg gefunden werden für ein durchgreifendes neues Verstehen, was „psychisch“ eigentlich heißt. Ein Verständnis, das auf der grundlegenden Erkenntnis baut, daß die **menschliche Psyche ein gesellschaftliches Geschöpf** ist. Daß das Psychische, unsere Persönlichkeit, unsere Persönlichkeitsentwicklung auf keinen Fall was Privates ist. Daß sich der Mensch entwickelt durch die Aneignung der historisch entwickelten Gesellschaftsverhältnisse, der historisch entwickelten Denkweisen, Sprache, Kultur, Traditionen und Normen.

Die menschliche Psyche entwickelt sich nicht als irgendwas frei schwebendes in der Luft. Die menschliche Psyche arbeitet nicht in einem Vakuum, sondern im Gegenteil **bestimmt durch und in Kraft ihrer sozialen Beziehungen**. Und das gilt deshalb auch für den, der psychische Probleme hat, ein psychisches Leiden oder das, was man psychische Krankheit nennt.

Wir müssen eigentlich ganz von vorne anfangen. Die Psychologie, die den Menschen als ein gesellschaftliches Wesen begreift, ist faktisch immer noch nicht umfassend formuliert. Erst recht ist keine Psychiatrie geschrieben, deren Krankheitsbeschreibung auf dem grundsätzlichen Verständnis baut, daß die menschliche Psyche ein gesellschaftliches Wesen ist.

Aber wir sollen uns **selbstverständlich nicht mit den Händen im Schoß hinsetzen** und warten, daß die Wissenschaft und die Universitäten es schaffen, eine haltbare Theorie der menschlichen Psyche zu entwickeln. In der täglichen Arbeit, gibt es genug zu tun. Dem, der sich heute wegen seiner psychischen Probleme an uns wendet, müssen wir natürlich helfen, so gut wir können, und nach unserem besten Verständnis des Sozialen.

Die professionelle Aufgabe gegenüber dem, der sich an uns Behandler wendet, um Hilfe zu bekommen, ist, sich **zusammen mit dem Patienten** einzusetzen und gemeinsam mit ihm dessen **Gesamtsituation zu untersuchen**. Das bedeutet: Nicht allein Ausschau halten nach den Gefühlen, Gedanken, Konflikten und Problemen des Einzelnen auf einer **individuellen Ebene**. Sondern auch die **zwischenmenschlichen Beziehungen**, Abhängigkeitsverhältnisse, gefühlsmäßigen Bindungen, Liebe und Sicherheit oder Angst und Unsicherheit gegenüber den Nächsten, den Personen, mit denen er aufgewachsen ist oder mit denen er zusammenlebt. All dies gilt es zu untersuchen, zu verstehen und mit einzubeziehen. Und ebenso die **gesellschaftlichen Verhältnisse**, die das Wohlbefinden des Einzelnen, seiner Familie und seiner Umgebung, seine Lebensweise und Entfaltungsmöglichkeiten bedingen.

Ergebnis einer solchen Untersuchung der Gesamtsituation soll nicht nur sein, daß man dem Patienten evtl. private Defekte oder Mängel „bewußt macht“. Ergebnis einer solchen Untersuchung soll **gemeinsames Handeln mit dem Patienten sein**. Solches Handeln kann zum Ziel haben: auf der individuellen Ebene: **zusammen mit dem Patienten zu kämpfen** evtl. **Behinderungen zu überwinden** oder zu überschreiten und **neue Kräfte und neue Eigenschaften** zu entwickeln. Auf der zwischenmenschlichen Ebene: **sinnvolle menschliche Beziehungen zu knüpfen**, ein soziales Milieu und Institutionen zu schaffen, in denen es sich lohnt zu leben. Auf der gesellschaftlichen Ebene: **gemeinsam schädliche Gesellschaftsverhältnisse zu bekämpfen**, für die Änderung von solchen sozialen Verhältnissen zu arbeiten, die viele psychisch leidend machen und **Gesellschaftsverhältnisse zu schaffen, in denen und für die es sich lohnt zu leben**.

## Nachweis und Vorbeugung krankmachender Faktoren in unserer Gesellschaft

Wir fordern eine Psychiatrie, die direkt auf konkrete gesellschaftliche Verhältnisse hinweisen kann,

wenn diese zur Entwicklung psychischer Leiden beitragen. Es ist bereits zum jetzigen Zeitpunkt eine Tatsache, daß die Häufigkeit so gut wie aller psychischen Leiden am größten ist bei solchen **Menschen, die in unserer Gesellschaft am schlechtesten gestellt sind**. D. h. bei solchen Menschen mit einer schlechten Ausbildung, bei Hilfsarbeitern, denen man die am meisten belastende, monotone und anstrengende Arbeit in der Gesellschaft anbietet. Bei den Menschen mit unsicheren Arbeitsverhältnissen, bei denen, die Entlassung und Arbeitslosigkeit riskieren, sobald sie bei dem Akkordtempo nicht mehr mithalten können.

Es ist auch eine Tatsache, daß **psychisch Leidende** oder nur solche mit psychischen Problemen, auf dem **Arbeitsmarkt am schlechtesten gestellt sind**. Man braucht keine psychisch Kranken. Man braucht keinen, der schon mal in einer psychiatrischen Anstalt war.

Verrückte, Irre oder psychisch Kranke sind ohne Wert auf dem kapitalistischen Arbeitsmarkt. Das sind nicht Verhältnisse, die in den letzten Krisen Jahren entstanden sind, sondern im Gegenteil ist das ein grundlegendes Verhältnis in der bürgerlichen kapitalistischen Gesellschaft. Und das ist in sich selbst bereits eine der Hauptursache von Angst, Hoffnungslosigkeit, Depression, nervösen Symptomen, Zwängen sich zu isolieren und sich in die Phantasie zu flüchten usw. usw. So verstanden ist eine der wesentlichen Ursachen von psychischer Krankheit: **Das Recht der Arbeitgeber Arbeit zu kaufen und zu verteilen**. Das Recht, Arbeitskraft wieder **zu entlassen**, wenn sie nicht 100% effektiv oder stabil ist. Das Recht **zu unterlassen**, Menschen **anzustellen**, von denen man weiß, daß sie psychische Probleme haben – oder nur gehabt haben. Das Recht, **Menschen zu sortieren** nach unmenschlichen Arbeitsmarkterfordernissen.

Wir fordern eine Psychiatrie, die sich **aktiv in die politische Arena** begibt. Eine Psychiatrie, die auf diese Verhältnisse hinweist und den Kampf aufnimmt, für die am schlechtesten Gestellten in unserer Gesellschaft. Eine Psychiatrie, die sich **nicht damit zufrieden gibt, Diagnosen zu stellen**, Rentenbescheide auszuteilen und Menschen mit psychischen Problemen und Leiden in Einsamkeit und Sinnlosigkeit leben läßt. Eine Psychiatrie, die **soziale Mißverhältnisse aufdeckt**, anstatt soziale und psychische Verschiedenheiten zuzudecken mit symptomendämpfenden Psychopharmaka.

## Was tun?

Die heutige Psychiatrie ist in einer Krise. Die ehrwürdige, hierarchische Institution wackelt. Die ärztliche Autorität und Unangreifbarkeit fällt. Die überkommenen Zusammenarbeitsformen mit dem Arzt als dem Herrscher lösen sich auf und werden von anderen Fachgruppen angegriffen, die mit gutem Grund und wesentlichen Argumenten fordern, gleichberechtigt zu werden.

Die heutigen psychiatrischen Behandlungsinstitutionen befinden sich im Chaos. An einigen Orten klappt's noch nach dem alten Rezept: Der Arzt macht Visite, Krankenschwestern und Pfleger führen ärztliche Anordnungen aus, der Patient wird entmündigt und einer Behandlung unterworfen, die von oben bestimmt wird. Anderenorts hat man die alten Strukturen aufgelöst. Die Abteilungen werden zur „therapeutischen Gesellschaft“ umgeformt, von der man glaubt, daß sie ein kleines Modell des wirklichen Lebens ist. Das Personal bildet sich ein, daß sie dieselben Probleme wie die Patienten haben, benutzen aber den Vorteil, daß sie sicher nach der Arbeitszeit nach Hause gehen können. In den Institutionen schwirrt es nur so von Behandlungsideologien. Hier gibt man Schock und Psychopharmaka, dort pflegt man Transaktionsanalyse, Gestalttherapie, Selbstverwirklichungstherapie, und andere Strömungen aus Amerika. Noch woanders versucht man sich mit Verhaltenstherapie, mit Realitätstherapie, mit Ernährungspädagogik. Sich widersprechende, mehr oder weniger unvereinbare Auffassungen, Behandlungsstrategien kämpfen im psychiatrischen Behandlungssystem und werfen den psychiatrischen Patienten in alle mögliche Richtungen gleichzeitig.

Was soll nun in diesem Chaos **getan werden**? Ich will auf einige Punkte hinweisen:

1. Die Patienten in unseren Anstalten, die bisher passiv gewesen sind, unterdrückt und entmündigt, sollen eine Gemeinschaft entwickeln. Sol-

len für ihre Rechte kämpfen, sollen sich **gegenseitig auf der Grundlage ihrer gemeinsamen Erfahrungen helfen**. Sollen gemeinsame Probleme diskutieren. Sollen sich organisieren in **Patientenräten, Clubs und Vereinen und Forderungen stellen, sollen ihre Sache in die eigene Hand nehmen**. Und sie sollen **unterstützt werden von ehemaligen Patienten**, von denen außerhalb der Anstalten, die es selbst am eigenen Leibe erfahren haben und die jetzt in der Lage sind zu helfen und diejenigen zu inspirieren, die im Augenblick in der Falle sitzen.

2. Die Angehörigen, die so oft im Stich gelassen werden, – die selten was anderes von den Psychiatern gehört haben, als daß sie demjenigen, der Patient geworden ist, Pillen geben müssen, – die Angehörigen, die immer beteiligt sind, aber selten die Gelegenheit haben, Anleitung zu bekommen, um zu erkennen, was sie verkehrt und was sie richtig gemacht haben. Die Angehörigen müssen sich **auch zusammenfinden**. Überall im Land sollen sich **Angehörigengruppen** bilden. Die Angehörigen sollen für ihre eigenen und für die Interessen der Patienten kämpfen. Für die Entwicklung eines besseren psychiatrischen Angebotes, daß auch von Familien genutzt werden kann. Für den Aufbau von Wohngemeinschaften, Übergangsheimen, für Aufklärung und Ausbildung.
3. Die Professionellen, Mitarbeiter in Institutionen, Mitarbeiter „an der Basis“, alle Fachgruppen, die mit Patienten arbeiten, sollen sich organisieren und berufsübergreifende Gruppen bilden. Man muß diskutieren, wie man eine reelle psychiatrische Behandlung entwickelt. Man muß soweit kommen, daß man sich stark macht und Forderungen gegenüber der Gruppe der Ärzte stellt. In den Anstalten muß man eine Diskussion und Zusammenarbeit entfachen darüber, wie man die Anstalten nach draußen hin öffnet.
4. Es muß **in die Breite gearbeitet** werden. Wir müssen raus in die Bevölkerung. Aufklärung schaffen, Verständnis, Debatten. Zu Veranstaltungen einladen, die begeistern. Die Medien benutzen, Aufmerksamkeit schaffen für unsere Wünsche, für unsere Forderungen argumentieren.
5. Es muß **praktisch was getan** werden. Es müssen neue Behandlungsformen und Behandlungsstrategien geschaffen werden. Patientenklubs müssen entstehen und sinnvolle Aktivitäten. In allen Städten müßte es „Teestuben“ geben. Es muß Übergangsinstitutionen und therapeutische Wohngemeinschaften geben. Es müssen Milieus geschaffen werden, wo man sich nicht isoliert, sondern sich entfaltet im gegenseitigen Verständnis und Solidarität.
6. Es muß **theoretisch gearbeitet** werden. Die Psychiatrie soll sich entwickeln als die gesellschaftliche psychologische Wissenschaft, die sie längst sein sollte. Es müssen **Lehrbücher in Psychiatrie** geschrieben werden, die denjenigen, der sie liest nicht verdummen und in seinem Bewußtsein einschränken, die aber den Grund bilden für eine neue Generation von gesellschaftsbewußten professionellen psychiatrischem Personal.
7. Die Psychiatrie muß **raus aus den Krankenhäusern**. Der psychisch Leidende soll nur ins Krankenhaus, wenn er sich das Bein bricht, an Blutmangel leidet oder ihm sonst was Körperliches fehlt. Die Psychiatrie muß raus in die Bevölkerung in Form von **Krisenzentren**, kleinen Institutionen, mit gut ausgebildetem Personal, wo man wohnen und sich aufhalten kann, so lang man sich nicht selber helfen kann. Die **großen alten Anstalten sollen nicht aufgelöst werden**, man soll auch keine Pflege daraus machen. Macht sie zu **Ausbildungsstätten, Hochschulen und kleinen Universitäten**, wo man was von psychischen Krankheiten lernen kann, wo Patienten, die „Selbstfahrer“, mit dabei sind, diejenigen zu unterrichten, die später professionelle Therapeuten werden wollen, wo Patienten und Angehörige Psychiatrie lernen können, wo Patienten, Angehörige und Professionelle teilnehmen können an allen möglichen anderen notwendigen und sinnvollen Ausbildungsangeboten.

Nachdruck aus AMALIE, März 1980  
Übersetzt aus dem Dänischen von H. Kamps



# I. Internationaler Ärztekongreß für die Verhütung eines Atomkrieges

Vom 20.–25. März 1981 fand in Airlie, US-Bundesstaat Virginia der erste internationale Ärztekongreß für die Verhütung eines Atomkrieges statt. Es nahmen ca. 100 Delegierte aus der UdSSR, den USA, Kanada, Israel, Japan, Großbritannien, Niederlande und anderen westeuropäischen Ländern teil. Die bundesdeutschen ärztlichen Standesvertreter glänzten durch Abwesenheit, so daß es der Eigeninitiative zweier Mitglieder der Hamburger Ärzteiniziativa gegen Atomenergie überlassen blieb, an dem Kongreß teilzunehmen. Die Delegierten setzten sich im wesentlichen aus Wissenschaftlern und Ärzten verschiedener Fachrichtungen (Radiologie, Chirurgie, Genetik, Physiologie, Psychiatrie, Physik, Präventive Medizin) zusammen sowie Delegierten aktiver Ärztesgruppen.

Bei diesem Kongreß ging es darum – unabhängig von ideologischen und politischen Differenzen – eine offene, medizinisch und wissenschaftlich exakte Antwort zu geben auf die Frage nach den Folgen eines Atomkrieges, auf die Frage eines möglichen Schutzes durch Bunkerbauten und schließlich auf die Frage nach der Möglichkeit des Überlebens überhaupt. Die eindeutige Antwort der Teilnehmer lautete: Es wird keinen effektiven Schutz in einem Atomkrieg geben. Es gibt nur eine effektive „medizinische“ Maßnahme und das ist die Verhütung eines Nuklearkrieges.

Und so wurde der Kongreß selbst zu einer Demonstration von Ärzten aus Ost und West gegen den Atomkrieg. Dies fand auf dem Kongreß seinen Ausdruck in einer einstimmig verabschiedeten und ausführlich diskutierten Deklaration von Ärzten gegen den Atomkrieg. Aus Platzgründen können wir nachfolgend nur den von Teilnehmern verabschiedeten „Aufruf an alle Ärzte der Welt“ und den „Aufruf an alle Regierungschefs und an die Organisation der Vereinten Nationen“ abdrucken. Gleichzeitig wurde eine engere Zusammenarbeit besprochen, z.B. eine Unterstützung bei der Durchführung regionaler oder landesweiter Veranstaltungen gegen den Atomkrieg, welches seinen Niederschlag bereits in dem am 19./20. 9. 1981 in Hamburg stattfindenden „Medizinischen Kongreß zur Verhinderung des Atomkrieges“ findet. Für das nächste Jahr wird ein europäischer Kongreß unter Einbeziehung der osteuropäischen Staaten ins Auge gefaßt als ein weiterer Schritt zur Aufklärung der Öffentlichkeit über die tatsächlichen Gefahren eines Atomkrieges als ein Schritt zur Unterstützung der Friedensbewegung.

Veranstalter des Kongresses: Physicians for Social Responsibility, P.O. Box 144, 56 North Beacon Street, Bactertown, MA 02171, USA

## Aufruf an alle Ärzte der Welt

„Sehr geehrte Kollegen!

Wir wenden uns an Sie, die uns die Treue zum Werk des Gesundheitsschutzes der Menschen teilen, mit dieser Botschaft. Das Gefühl der beruflichen Verantwortung hat uns zusammengeführt und ließ uns die Folgen eines Kernwaffeneinsatzes prüfen.

Wir beteiligten uns an einer ausführlichen und freimütigen Diskussion über die vorhandenen Daten bezüglich der medizinischen Folgen eines Nuklearkrieges und seiner Wirkung auf den Planeten. Wir sind zu der unvermeidlichen Schlußfolgerung gelangt: Ein Nuklearkrieg wird nicht wiedergutzumachende Folgen haben.

Schon in den ersten Stunden und Tagen eines Nuklearkrieges werden gewaltige Menschenmassen zugrunde gehen. Die Überlebenden – Verwundete, an Brandwunden leidende oder der Kernstrahlung ausgesetzt Gewesene – werden unter unerträglich schwierigen Bedingungen geraten, da sie wirksame medizinische Hilfe, Wasser und Lebensmittel entbehren müssen werden. Die Folgen eines Nuklearkrieges werden sich auch auf die kommenden Generationen vererblich auswirken. Ein massierter Nuklearkrieg wird sogar für die daran nicht unmittelbar beteiligten Länder unvermeidlich tiefgreifende und langwierige Folgen nach sich ziehen.

Niemand darf gegenüber der nuklearen Gefahr gleichgültig sein. Sie bedroht Hunderte Millionen Menschen. Als Ärzte, die begreifen, daß alles auf die Karte gestellt ist, müssen wir weitgehend zu der vorbeugenden Medizin greifen und die größte Gefahr, mit der die Welt jemals konfrontiert wurde, abwenden. In diesem erhabenen Vorhaben sind wir auf Ihre Hilfe angewiesen. Wir fordern Sie nachdrücklich auf:

1. sich mit den medizinischen Folgen eines Nuklearkrieges bekannt zu machen und Ihre Kollegen sowie die breite Öffentlichkeit davon zu informieren,
2. die medizinischen Folgen eines Nuklearkrieges in Sitzungen der medizinischen Gesellschaften, besonderen Symposien und Konferenzen zu besprechen,
3. Artikel über die medizinischen Folgen des Kernwaffeneinsatzes zu schreiben und in der medizinischen Presse sowie in Fachzeitschriften zu veröffentlichen,
4. über die medizinischen Folgen eines Nuklearkrieges zu Medizinstudenten und denjenigen, von denen Sie umgeben sind, zu sprechen,
5. Ihren Einfluß und Ihre Kenntnisse zu benutzen, um die Bewegung der Ärzte für Abwendung eines Nuklearkrieges zu verstärken.

Hochachtungsvoll,

die Teilnehmer der ersten internationalen Konferenz „Ärzte für die Verhütung eines Atomkrieges“  
Airlie, Virginia, 23. März 1981

## Internationale Konferenz „Atomkrieg in Europa“

Internationale Konferenz in Groningen/Holland über „Atomkrieg in Europa“ vom 22.–24. April 1981, so lautete das Thema. Ein interessantes und wichtiges Thema auch für die zahlreich anwesende bundesdeutsche Presse, insbesondere vor dem Hintergrund der Kompetenz der referierenden militärischen und wissenschaftlichen Sachverständigen. Doch so gut wie nichts fand sich später im deutschen Blätterwald wieder, wohl um die Diskussion um den sogenannten Nachrüstungsbeschluß nicht weiter anzufachen

Die Konferenz in Groningen war in vier Abschnitte eingeteilt:

1. Wie kann ein Atomkrieg in Europa entstehen?
2. Wie würde er geführt werden?
3. Welche Folgen hätte er?
4. Wie kann er verhindert werden?

Beeindruckend war vor allem die Einschätzung von Ex-US-Admiral Gene R. La Rocque: „Wie ein Atomkrieg in Europa aussehen würde.“ Er schilderte sehr eindrucksvoll die Mentalität der Militärs und beschrieb seine Zeit als Kommandeur zweier mit Atomraketen ausgerüsteten Raketenkreuzer-Flotten. Er ließ keinen Zweifel daran, daß er damals (so wie heute die anderen Befehlshaber) jederzeit Atomwaffen eingesetzt hätte, wäre der Befehl dazu ergangen. Nachzulesen ist sein Groninger Beitrag einzig und allein in den „Blättern für Deutsche und Internationale Politik“ 5/81 (Pahl-Rugenstein Verlag, Köln).

Am besten waren jedoch die Beiträge über die Folgewirkungen eines atomaren Krieges über Europa. Zuerst wäre der Beitrag von Prof. Patricia J. Lindop (Großbritannien) zu nennen über die „Auswirkung der Radioaktivität bei einem Atomkrieg in Europa“. Da sie sich auf der Konferenz jedoch bereit erklärt hat, erneut auf dem Hamburger „Medizinischen Kongreß zur Verhinderung des Atomkrieges“ im September 1981 zu referieren, wird ihr Beitrag dort sicherlich weite Verbreitung finden. Dies erscheint umso wichtiger, ernteten die

## Aufruf an alle Regierungschefs

„Die Errungenschaften der Technik des 20. Jahrhunderts haben der Menschheit Wohltaten gebracht, führten aber zugleich zu der Entwicklung verheerender Massenvernichtungswaffen. Die Hortung gewaltiger Kernwaffenvorräte macht die Welt immer unsicherer. Ein thermonuklearer Konflikt würde dem Leben auf der Erde einen Schlag versetzen.“

Als Ärzte setzen wir uns für die Interessen der Menschen ein, deren Gesundheit zu schützen wir geschworen haben. Wissenschaftliche Daten über medizinische Folgen eines Kernwaffeneinsatzes überzeugen uns davon, daß die Gewährleistung einer wirksamen medizinischen Hilfe an die in Mitleidenschaft Gezogenen unmöglich sein wird. Deshalb fordern wir dringend dazu auf, daß der Beseitigung der Nuklearkriegsgefahr die höchste Priorität eingeräumt wird. Es gibt kein wichtigeres Ziel, als Voraussetzungen für die Erhaltung der menschlichen Zivilisation sicherzustellen. Als Ärzte wissen wir, daß das Wirken der Weltgesundheitsorganisation zur Ausmerz der Pocken intensive internationale Kontakte, Zusammenarbeit und selbstlose Anstrengungen erforderte. Ein Nuklearkrieg stellt für die Menschheit eine unvergleichbar größere Gefahr dar. Zu seiner Verhütung ist die Fortsetzung der Verhandlungen zwischen den Nuklearmächten und anderen Ländern erforderlich, damit der Wettlauf in der Produktion dieser Massenvernichtungsmittel so bald wie möglich eingestellt, ihre Ausbreitung nicht zugelassen wird und sie im Endeffekt beseitigt werden.

Hochachtungsvoll,

die Teilnehmer der ersten internationalen Konferenz „Ärzte für die Verhütung eines Atomkrieges“  
Airlie, Virginia, 23. März 1981

in bundesdeutschen Ärzteblättern niedergelegten Vorstellungen der „Katastrophenmediziner“ (z.B. des Bundeswehrarztes Dr. med. Messerschmidt), Strahlendosen von über 600 rem könnten noch überlebt werden, nur unglaubliches Kopfschütteln.

Auf einer Pressekonferenz zu den medizinischen Folgen eines Atomkrieges bemerkte der US-Arzt Dr. Chivian dazu: „Viele westdeutschen Kollegen scheinen über Erkenntnisse und Mittel zu verfügen, um die Folgen eines Atomkrieges zu beherrschen, die den Ärzten der restlichen Welt verborgen geblieben sind. Wir wären ihnen dankbar, wenn sie uns diese Erkenntnisse zur Verfügung stellen würden; wir sind jederzeit bereit, uns darüber wissenschaftlich auseinanderzusetzen.“ Wir hoffen auf zahlreiches Erscheinen unserer bundesdeutschen „Katastrophenmediziner“ auf dem Hamburger Kongreß.

Daher veröffentlichen wir den Beitrag von Prof. Henry W. Kendall, Physiker am Institut für Technikologie, Cambridge, Massachusetts, USA. Der Autor ist Vorsitzender einer Organisation von Wissenschaftlern, die sich besonders mit den Problemen der Reaktorsicherheit und des atomaren Wettrüstens beschäftigen.

### Zur Erklärung des Textes:

- 1 Fuß = 30,48 cm
- 1 Meile = 1.609,33 m
- 0,36 Quadratmeile = 1 qKm



# Atomkrieg in Europa

Henry W. Kendall

## Inhalt

1. Einführung
2. Die Auswirkungen von einzelnen Atomexplosionen
3. Bestände vorhandener Nuklearwaffen
4. Konsequenzen eines Nuklearkrieges – Beispiel: Schauplatz Europa
5. Konsequenzen eines nuklearen Weltkrieges

## 1. Einführung

Die Möglichkeit eines Nuklearkrieges kennzeichnet eines der schrecklichsten Merkmale des modernen Lebens.

Wie die verschmutzte Luft, die wir atmen, wie die giftigen Substanzen, die wir nicht immer sehen können, so ist die Drohung des Nuklearkrieges ein subtiles aber immer anwesendes Element unseres Daseins. Wir ziehen es natürlich vor, diese unerfreuliche Drohung zu verdrängen, aber sie wird nicht verschwinden, bloß weil wir Gleichgültigkeit heucheln. Die Möglichkeit eines Nuklearkrieges scheint in der Tat zu wachsen, insbesondere ein solcher, der Europa einschließt oder in Europa stattfindet. Die Nationen des Kontinents sind durch politische Allianzen an die Vereinigten Staaten oder die Sowjetunion gebunden. Die beiden Supermächte sind gegenseitig an eine Militärpolitik gekettet, die zu einem schrecklichen Wettrennen geführt hat. Beide Seiten haben in Europa Tausende von Nuklearwaffen stationiert und es erscheint möglich, daß der 3. Weltkrieg, so wie der 1. Weltkrieg und der zweite, sehr leicht, zumindest teilweise auf europäischem Boden ausgefochten werden würde. Einige US-Nuklearstrategen, von denen manche mit der gegenwärtigen Reagan-Administration verbunden sind, glauben sogar, daß „begrenzte“ Nuklearkriege möglich seien und daß sie nach den Ausdrücken amerikanischer politischer Sachlichkeit sogar „gewonnen“ werden könnten. Europäer, die ja auf einem der primären potentiellen Kampffelder leben, müssen zweifellos diese Meinung recht verwirrend finden.

Die folgende Zusammenfassung erklärt, welche Folgen ein großer Nuklearkrieg in Europa nach sich ziehen muß und sie schafft eine Basis, auf der, wie ich hoffe, ein breites öffentliches Überdenken der Nuklearpolitik in Europa stattfinden wird.

## 2. Die Auswirkungen einzelner Atomexplosionen

Die Atombombe, die 1945 Hiroshima zerstörte, besaß eine Sprengleistung von etwa 13 KT (Kilotonnen) TNT äquivalent. Heute können sich die Leistungsbereiche von Waffen weit über 10 MT (Megatonnen) hinaus bewegen; bei Kampfwaffen bzw. taktischen Waffen sind Bereiche bis hinunter zu 1 T (Tonne) oder noch weniger zu finden.

Die Explosion einer Waffe von 1 MT in der unteren Atmosphäre erzeugt einen Feuerball von etwa 7000 Fuß Durchmesser. Das heißt: eine Million Tonnen Luft wird auf über 2000 Grad C erhitzt. Detoniert die Waffe am Boden oder in Bodennähe, so entsteht ein Krater von fast 1/5 Meilen Durchmesser und 300 Fuß Tiefe. Wenn eine solche Explosion in einem Stadtgebiet vorkommt, dann werden etwa 50 Quadratmeilen von der Detonationswirkung völlig zerstört und ein Großteil der Ruinen brennt aus, da durch die Hitze überall Feuer aufkommt. Die Wärmestrahlung ist in der Lage, ein Gebiet von 150 Quadratmeilen in Brand zu setzen. Sie verursacht bei den Menschen im Umkreis von 250 Quadratmeilen Verbrennungen mindestens zweiten Grades. Eine Bodenexplosion verursacht das Hochwirbeln einer großen Menge von radioaktivem Schutt. Dieser wird mit dem Wind fortgetragen und setzt sich nach Minuten, Stunden oder Tagen wieder ab, wodurch Boden und Gewässer schwer radioaktiv belastet werden. Tabelle 1 faßt die Konsequenzen eines solchen atomaren Niederschlages am Beispiel einer typischen Situation zusammen.

Von den vielen Millionen Tonnen Gestein und Erde, die von der Explosion abgetragen werden, werden etwa 2000 Tonnen in Form von Partikeln in die obere Erdatmosphäre hinaufgeschleudert, wodurch sie an einer weltweiten Wetterveränderung ursächlich beteiligt sein

Tabelle 1: Auswirkungen von radioaktivem Niederschlag/1 MT Bodenexplosion

|  |                            |
|--|----------------------------|
| Tödlich für ungeschützte Personen      | 600 Quadratmeilen          |
| Evakuierung für 1–3 Jahre erforderlich | 2–300 Quadratmeilen        |
| Ernstes Risiko, Tod oder Lähmung       | 2000 Quadratmeilen         |
| Wegen Verseuchung Gefahrbereich        | weitere 2000 Quadratmeilen |
| Absterben von Nadelbäumen              | 250–500 Quadratmeilen      |
| Verseuchung von Agrarerzeugnissen      | 1000 Quadratmeilen         |
| Verseuchung von Milch                  | 4000 Quadratmeilen         |

können. Die hohen Temperaturen im Feuerball erzeugen etwa 5000 Tonnen Nitrogenoxide aus der Verbrennung von atmosphärischem Stickstoff. Eine bestimmte Menge dieser Stoffe wird in die obere Erdatmosphäre hinaufgeschleudert. Dort können diese Gase teilweise das natürlich vorkommende Ozon zerstören, das die Biosphäre vor den ultravioletten Strahlen des Sonnenlichts schützt, indem es diese besonders schädigend wirkenden Strahlen absorbiert.

Eine große Waffe, die über einem Stadtgebiet detoniert, führt dazu, daß eine große Anzahl Menschen getötet oder verletzt werden, und zwar aufgrund der zusammenwirkenden Ursachen Detonationsdruck, Wärmestrahlung und – was besonders für Waffen im niedrigeren Leistungsbereich gilt – unmittelbare nukleare Strahlungen. Tabelle 2 zeigt Schätzwerte auf der Grundlage von Studien über Großstädte in den USA: die Anzahl der Todesopfer und die Gesamtzahl der Opfer, tote und Überlebende, nach Explosion einer einzigen Waffe über typischen Großstadtgebieten. Verletzungen durch radioaktiven Niederschlag sind hier nicht berücksichtigt.

Tabelle 2: Betroffene nach einer einzelnen Explosion über einem Stadtgebiet. Todesopfer (T), Gesamtzahl der Opfer (G)

| Ansässige Bevölkerung |   | Waffenleistung (MT) |           |           |
|-----------------------|---|---------------------|-----------|-----------|
|                       |   | 0,2                 | 1,0       | 5,0       |
| 4.000.000             | T | 160.000             | 800.000   | 1.700.000 |
|                       | G | 700.000             | 1.700.000 | 2.800.000 |
| 1.000.000             | T | 140.000             | 420.000   | 750.000   |
|                       | G | 400.000             | 750.000   | 930.000   |
| 250.000               | T | 80.000              | 170.000   | 230.000   |
|                       | G | 160.000             | 220.000   | 250.000   |

Diese Zahlen unterliegen möglicherweise Veränderungen infolge von Unterschieden bei der Festsetzung des Angriffszieles und bei der Bevölkerungsdichte und -verteilung im jeweiligen Gebiet.

## 3. Bestände vorhandener Nuklearwaffen

Tabelle 3 zeigt die Anzahl der nuklearen Sprengköpfe im Besitz der Nuklearmächte auf dem europäischen Schauplatz und in den Waffenlagern der NATO-Nationen und der Staaten des Warschauer Paktes. Infolge forcierter Geheimhaltung sind diese Zahlen – insbesondere was den Waffenbestand des Warschauer Paktes betrifft – nicht mit restloser Sicherheit als zutreffend zu erachten. Dieser Unsicherheitsfaktor ist jedoch für unsere Zwecke unwesentlich, wie sich zeigen wird.

Tabelle 3: Bestände an nuklearen Sprengköpfen

|   | NATO    | Warschauer Pakt |
|---|---------|-----------------|
| 1980                                    |         |                 |
| Taktische nukleare Sprengköpfe (Europa) | 8–9.000 | 4–5.000         |
| Strategische nukleare Sprengköpfe       | 10.000  | 7.000           |

Eine breite Vielfalt an Systemen steht zur Verfügung, um diese Sprengköpfe auf die vorgesehenen Zielorte loszuschicken. Tabelle 4 zeigt einen Überblick über die taktische Streitmacht des Warschauer Paktes. Diese Systeme beinhalten Jagdbomber, Bombenträgerflugzeuge, Flugzeuge auf Trägerbasis, Interkontinentalbomber, Artillerie mit Befähigung zum Nukleareinsatz, Mittelstrecken- und Interkontinentalraketen mit Bodenbasen, Fla-Flugkörper und Luft-Meeresoberfläche-Kampfflugkörper, Unterseeböte mit nuklearer und konventioneller Kampfkraft und – vorgeschlagen zur Einführung in die NATO-Streitkräfte – unbemannte, luftdurchlässige Marschflugkörper mit nuklearen Sprengköpfen. Unter den vielen Arten von nuklearen Sprengköpfen befinden sich die „Atomic Demolition

Munitions“ (ADM), die – bei verzögerter Fusion – in Häfen, Flüssen oder im unterirdischen Bereich eingesetzt werden können. Sie zerstören Hafenanlagen, Straßen, Brücken, Dämme und sonstige Anlagen. Weiterhin machen sie Gebirgspässe unbegehbar und zerstören Tunnel. Ebenso sind nukleare Tiefenbomben einsatzbereit. Diese werden als eindringende Flugkörper für den Beschuß von Zielen unter der Meeresoberfläche aus der Luft eingesetzt, wo eine Platzierung von ADM schwierig oder unmöglich ist.

## 4. Konsequenzen eines Nuklearkrieges – Beispiel: Schauplatz Europa

Überlegen wir uns zunächst einmal die Folgen, die sich für die NATO-Länder für den Fall ergeben, daß eine Detonation von 1000 Nuklearwaffen des Warschauer Paktes über Militär-, Industrie- und Verkehrsanlagen in oder im Umkreis von Großstadtgebieten stattfindet, wobei es sich in der Hälfte der Fälle um Bodenexplosionen handelt. Geht man dabei von einer Durchschnittsleistung von 1 MT pro Geschloß aus, so kommen wir mit einer einfachen Berechnung auf der Grund-

lage der bekannten Detonationsauswirkungen auf die Gesamtkonsequenzen. Der Einfachheit halber nehmen wir an, daß die Auswirkungen additiv sind, d.h. daß es keine Überschneidungen zwischen Detonations- oder Niederschlagswerten gibt. Die Ergebnisse erscheinen in Tabelle 5.

In Westeuropa gibt es etwa 150 zentral gelegene Großstädte mit einer jeweiligen Bevölkerung von über 200.000. In ihnen lebt etwa ein Drittel der 350 Millionen Einwohner des gesamten Gebietes. Unser Angriffsbeispiel würde diese sowie weitere Ballungspunkte mit Bevölkerungszahlen von weit unter 100.000 betreffen.

Die zehn größten Städte Westdeutschlands bilden eine Gruppe von West-Berlin (Bevölkerungszahl 1,9 Millionen) bis Duisburg (mit 0,57 Millionen). Das gesamte Stadtgebiet dieser 10 Städte beträgt 1250 Quadratmeilen. Ihre gemeinsame Gesamtbevölkerung von 9,5 Millionen beträgt 15% der 61 Millionen zählenden Gesamtbevölkerung der ganzen Nation. 25 Waffen zu je 1 MT würden diese zehn Großstädte und den größten Teil ihrer gesamten Bevölkerung total vernichten. Handelt es sich bei der Hälfte der Treffer um Bodenexplosionen, so würde sich der entstehende Niederschlag auf ungeschützte Menschen im Umkreis von etwa 7.500 Quadratmeilen tödlich auswirken. Ein erhebliches Todes- oder Lähmungsrisiko bestünde im Umkreis von etwa 25.000 Quadratmeilen bzw. dement-



sprechend für 26% der Gesamtfläche des Landes, die 95.815 Quadratmeilen beträgt. Dies würde lediglich ein Sechstel des Gesamtangriffs auf Westdeutschland darstellen. Auf diese Nation würden im Ernstfall 150 Waffen gerichtet. Das ganze Land würde völlig zerstört.

Die zehn größten Städte im Vereinigten Königreich reichen von London (7,03 Millionen Einwohner) bis Bristol (0,42 Millionen Einwohner). In ihnen leben 12 Millionen Menschen, also fast ein Viertel der Gesamtbevölkerung des Landes, und sie bedecken eine Fläche von 1.130 Quadratmeilen. Zu ihrer Vernichtung sind 23 Waffen zu je 1 MT erforderlich. Unser hypothetischer Angriff geht davon aus, daß für das Vereinigte Königreich 140 Bomben vorgesehen sind.

Die Nuklearwaffen der Staaten des Warschauer Paktes weisen eine vielfältige Leistungsskala auf. Ein Großangriff würde tatsächlich auf eine komplexe Mischung von Bomben sowohl aus strategischen als auch aus taktischen Arsenalen zurückgreifen (siehe Tabelle 4). Das Verhältnis zwischen Waffenleistung und dem vom Detonationsdruck zerstörten Gebiet beispielsweise ergibt, daß fünf Bomben zu je 0,1 MT hinsichtlich der Gesamt-Detonationswirkungen in etwa gleichzusetzen sind mit einer einzigen Bombe zu 1 MT. Für kleinere Angriffsziele in Form von Städten sind kleinere Waffen relativ gesehen weitaus effektiver als die größeren (siehe Tabelle 2). Ein Angriff mittels einer sorgfältig zusammengestellten Waffenmischung und einer noch sorgfältigeren Zielabstimmung könnte dasselbe Ausmaß an Städtevernichtung bewirken wie unser als Beispiel beschriebener Angriff aus 1.000 MT, auch wenn insgesamt nur 500 MT verwendet würden. Es wären zwischen unter 1.500 und 2.000 Waffen erforderlich.

Der von uns ins Auge gefaßte Angriff – oder einer von gleichwertiger Art – liegt ohne weiteres im Möglichkeitsbereich der Sowjetunion. Er wäre imstande, fast alle Menschen in den städtischen Ballungsgebieten Westeuropas umzubringen und diese Gebiete nahezu völlig zu vernichten. Tatsächlich könnte man sagen, daß es für den Angriff allmählich nicht mehr genug Opfer und Ziele gibt. Das vom tödlichen Niederschlag betroffene Gebiet wäre praktisch nicht groß genug, um alle diejenigen Menschen zu gefährden, die außerhalb dieser Ballungsräume nicht den unmittelbaren Auswirkungen des Angriffs ausgesetzt waren. Ein Bruchteil von ihnen – vielleicht 1/3 bis 2/3 – könnte jedoch je nach den Angriffsgegebenheiten betroffen sein. Angesichts der vorherrschenden Windverhältnisse ist es sehr wahrscheinlich, daß die westlichen Länder des Warschauer Paktes ernstlich mit Radioaktivität verseucht würden, die aus ihrem eigenen Angriff auf die NATO-Länder herkäme, zusätzlich zu jeglichem Schaden, der sonst noch durch NATO-Waffen verursacht würde. Bei alledem haben wir noch nicht die Tausende von kleineren, taktischen Nuklearwaffen berücksichtigt, die von den beteiligten Nationen außerhalb von

moderne Industrieländer zu funktionieren, nicht einmal in annähernder Form. Durch die Zerstörung des physischen und kulturellen Erbes würde jegliche nationale Identität ausgelöscht.

Unter den Überlebenden gäbe es viele Verletzte. Sie würden sich in einer völlig verwüsteten Umgebung vorfinden. Sie müßten sich um die verbliebenen Vorräte an Lebensmitteln, Brennstoffen, Medikamenten und sonstigen notwendigen Dingen streiten, die für ihr Überleben entscheidend wären. Mit einem weiteren Schwinden dieser Vorräte würde sich die Misere der Überlebenden noch bedeutend verschlimmern. Sie wären einem argen Wettrennen ausgesetzt, um die Produktion von Nahrung und sonstigen notwendigen Dingen wieder in Gang zu bringen und eine ausreichende Industriekapazität zu erreichen, ebenso wie ein entsprechendes Transportsystem, bevor es zu einer unüberbrückbaren Verknappung der vorhandenen Vorräte käme.

Die Durchführung dieser lebenswichtigen Aufgaben würde stark erschwert durch das immense seelische Trauma, das die Überlebenden durch diese nie gekannte Zerstörung in ihrem gesamten Umkreis erleiden würden. Weitere traumatische Faktoren wären der Verlust aller vertrauten Orientierungspunkte und der angenehmen Lebensumstände, in denen sie sich vor dem Konflikt befanden, sowie die erschreckenden Zukunftsaussichten, denen sie sich nun gegenübersehen. In welchem Ausmaß diese Tatsachen die Anstrengungen um eine Wiederherstellung behindern oder zum Erliegen bringen und die Überlebenden dazu veranlassen könnten, in Apathie zu verfallen und nur noch auf den Tod zu warten, ist nicht mit Sicherheit bekannt. Es geht jedoch aus Untersuchungen über die Überlebenden von Hiroshima und Nagasaki und über weitere, durch Naturereignisse oder kriegerische Auseinandersetzungen herbeigeführte Katastrophen hervor, daß das Trauma einen grundlegend erschwerenden Faktor für die Wiederherstellung darstellen würde.

Es muß unbedingt hervorgehoben werden, daß ein Angriff von kleinerem Ausmaß entlang der von uns dargelegten Linien immer noch für die getroffenen Nationen ein noch nie gekanntes Ausmaß an Vernichtung mit sich brächte. Ein Angriff im Bereich von 2–300 MT könnte zu einer weit über 100.000.000 liegenden Anzahl von Opfern führen und würde außerdem noch schwerwiegende Langzeitschäden in der Umgebung und der Flora und Fauna des betroffenen Gebietes verursachen. Ein solcher Angriff könnte zudem eine nahezu völlige Zerstörung der wichtigen Sektoren der Schlüsselindustrie und der wesentlichsten Energiesysteme sowie der Verbindungswege im Verkehrs- und Nahrungsmittelbereich herbeiführen; von all diesen Faktoren wäre jedoch das gesamte Bemühen um Wiederaufbau und dessen erfolgreicher Verlauf abhängig.

Die Detonationen würden etwa 75 Millionen Tonnen Nitrogenoxide produzieren. Diese würden, wie bereits erwähnt, die Ursache dafür sein, daß biologisch schädigendes ultraviolette Licht in gefährlichem Ausmaß den Erdboden erreicht, und zwar möglicherweise zu einem Steigerungsfaktor zwischen 6 und über 100 über den Normalwerten. Infolgedessen könnten Tiere und Insekten erblinden, Verbrennungen erleiden oder zu Tode kommen. Feldfrüchte sowie andere Pflanzen und Bäume würden versengt oder zum Absterben gebracht. Auch die Lebewesen der Meere würden betroffen. Beim Menschen könnten innerhalb von 2 Stunden Verbrennungen durch Sonnenbestrahlung in tödlichem Ausmaß auftreten. Niemand könnte mehr ohne dichte Verhüllung und starke Sonnenbrille in die Sonne gehen. Von dieser Schädigung wäre die gesamte nördliche Hemisphäre und in geringerem, jedoch nicht unbedeutendem Ausmaß auch die südliche. Diese Art von Schädigung kann noch Jahre nach den Angriffen bestehen bleiben.

Wie bereits erwähnt, werden durch nukleare Bodenexplosionen große Mengen von Geröll und Schutt in die Atmosphäre hinaufgeschleudert. Bei einem weitläufigen nuklearen Austausch würde sich das auf mehrere Kubikmeilen solcher Stoffe beziehen. Das ist mehr als bei der größten natürlichen Explosion, die sich bisher auf der Welt ereignet hat – dem Ausbruch des Vulkans Krakatau im Jahre 1883 – in die Luft geschleudert wurde. Ein Teil dieser Stoffe ist so fein, daß er über Jahre hinweg in der Atmosphäre verbleiben würde. Aus riesigen Feuern würden zusätzlich Rauch und Staub aufsteigen – diese Feuer würden teils durch die Explosionen selbst, teils auch in abgestorbenen Wäldern ausbrechen und könnten sich in manchen Abschnitten des Jahres über Hunderte oder Tausende von Quadratmeilen hin ausbreiten. Weil diese Staubwolken kleine Mengen von Sonnenlicht reflektieren oder absorbieren, die ansonsten die Erdoberfläche wärmen würden, können sie eine weltweite Abkühlung sowie Veränderungen in der Verteilung und Menge der Regenniederschläge herbeiführen.

Die Auswirkungen der schwebenden Partikel und die Konsequenzen einer Ozonerschöpfung könnten zu einer weltweiten Abkühlung mit einem Absinken der Durchschnittstemperaturen um mehrere Celsiusgrade – möglicherweise auch weniger oder in geringfügigem Ausmaß – führen. Infolgedessen kann man auf keinen Fall die Möglichkeit klimatischer Veränderungen schwerwiegender Art außer acht lassen. Schon ein einziger Abkühlungsgrad würde nach Angaben eines Berichtes der National Academy of Sciences den Weizenanbau in Kanada unmöglich machen. Die bisherigen normalen Wachstumsgebiete für Feldfrüchte könnten überall Änderungen unterliegen, ebenso bisher bestehende Wetterverhältnisse. Beispielsweise könnte der Monsun im indischen Subkontinent eine Änderung durchmachen, wovon 500 Millionen Menschen betroffen wären. Eine Klimaveränderung würde den Nahrungsanbau in so gut wie jedem Land der Welt unmittelbar betreffen. Würde der Getreideexport der USA und Kanadas zum Stillstand kommen, so wäre es mit zwei Dritteln des internationalen Handels mit diesen wesentlichen Nahrungsmitteln vorbei. Dadurch käme es sowohl in den Entwicklungs- als auch in den Industrieländern zu einer ausgedehnten Hungersnot.

Alle diese genannten Konsequenzen eines umfassenden Nuklearkrieges könnten somit zu einer drastischen Verschlechterung der Lebensbedingungen auf dem gesamten Erdball führen. Noch ist nicht bekannt, ob irgendeine besonders ungünstige Kombination aus biologischen oder physikalischen Ereignissen das Überleben der Menschheit endgültig unmöglich machen würde. Es bestehen große Unsicherheiten, und das derzeit vorhandene Wissen reicht für eine zuverlässige Vorhersage nicht aus. Jedenfalls läßt sich eine solche Möglichkeit nicht ausschließen.

Sollte es jedoch ein biologisches Überleben der Menschheit geben, dann hätte der Krieg immer noch die Zukunftsaussichten der Menschheit aufs schwerste beeinträchtigt und die Hoffnungen auf eine stetige Verbesserung der Lebensbedingungen höchst abrupt und ernstlich zunichte gemacht. Die Narben daraus würden noch jahrhundertlang, wenn nicht darüber hinaus, bestehen bleiben und könnten vielleicht nie mehr vollständig verheilen.

Tabelle 4: 1000 Waffen von je 1 MT

|  |                                   |
|--|-----------------------------------|
| Völlige Zerstörung, Feuer und Detonationsdruck     | 50.000 Quadratmeilen              |
| Weitgehende Zerstörung, Feuer und Detonationsdruck | 40.000 Quadratmeilen (zusätzlich) |
| Beschädigungen, Feuer und Detonationsdruck         | 150–250.000 Quadratmeilen         |
| Todesfälle, direkte Auswirkungen des Angriffs      | über 200.000.000 hinaus           |
| Niederschlag, für ungeschützte Personen tödlich    | 300.000 Quadratmeilen             |
| Niederschlag, starke Verseuchung                   | Mehrere Millionen Quadratmeilen   |

Stadtgebieten im Verlauf der militärischen Operationen des Krieges zur Explosion gebracht werden könnten.

Kein einziges Land hat jemals eine so intensive, allgegenwärtige Vernichtung durchgemacht, wie sie auf diejenigen Länder zukäme, die von einem solchen Angriff getroffen würden. Die industrielle Infrastruktur wäre im wesentlichen ausgelöscht, und das möglicherweise über den ganzen Kontinent hin. Die städtischen Ballungsgebiete wären weitgehend verschwunden. Verkehr, Treibstoffe und Schlüsselindustrien wären völlig zerstört. Weite landwirtschaftliche Gebiete wären verseucht. Es gäbe in der Umgebung keine unbeschädigten Regionen, die Unterstützung bieten und bei der Einleitung von Wiederherstellungsmaßnahmen behilflich sein könnten. Es besteht daher die größte Wahrscheinlichkeit, daß die Überlebenden einer erschreckenden und möglicherweise hoffnungslosen Aufgabe des Wiederaufbaus gegenüberstünden. Mit Sicherheit wären die angegriffenen Nationen nicht mehr in der Lage, als

## 5. Konsequenzen eines nuklearen Weltkrieges

Es besteht eine nicht geringe Wahrscheinlichkeit, daß mit einem Nuklearkrieg in Europa ein nuklearer Konflikt großen Ausmaßes zwischen der Sowjetunion und den USA – möglicherweise unter Einbeziehung Chinas – einhergehen würde. In einem solchen Falle könnten der gesamten, die Erde umfassenden Umwelt und der erdumfassenden Biosphäre völlig neue Arten von Schädigungen zugefügt werden. Als Folge eines solchen allgemeinen Nuklearkrieges würde dann in hohem Maße die Möglichkeit ins Feld rücken, daß die Menschheit – und mit ihr jegliches Leben überhaupt – nicht länger in der bisherigen Weise weiterexistieren kann. Die spezifischen Probleme der Überlebenden in Europa würden die Überlebensfrage bilden zu dem noch viel größeren Unglück, dem jeder ausgesetzt wäre.



## „Türspalt“ bundesweit

Die vorhandenen Medien greifen Skandale in der Psychiatrie begierig auf, der zermürbende Alltag findet so schnell keine Öffentlichkeit. Der bundesweite „Türspalt“ soll Raum schaffen für die Darstellung der alltäglichen Wirklichkeit von Patienten und Beschäftigten in Bedburg-Hau, Ochsenzoll oder Kaufbeuren – in Berichten, Reportagen, Interviews. Am erweiterten „Türspalt“ sollen alle mitmachen können. In einem eigenen Teil sollen Beiträge aus den Regionen stehen.

Wir rufen die auf, denen eine Zeitung wie der „Türspalt“ fehlt: macht mit! Schreibt, fotografiert, zeichnet, dichtet, nimmt auf Kassette auf, was an die Öffentlichkeit gehört. Schickt es uns. Wir drucken fast alles! Wer unter Druck steht, soll sich hier Luft verschaffen, wer sich beschissen fühlt, soll das im „Türspalt“ sagen. Wer was anerkennen möchte, hat hier gute Gelegenheit.

Wir brauchen noch mehr Abonnements. Das Jahresabo (4 Nummern) kostet DM 20,-, Schüler, Rentner, Studenten und Arbeitslose zahlen DM 16,-. Klinikpatienten kostet das Abo nichts. Der nächste „Türspalt“ erscheint vor dem Gesundheitstag in Hamburg. Wir machen dort eine Arbeitsgruppe für unsere gemeinsame Zeitung. – Der „Türspalt“ ist keine Konkurrenz zu der Patientenzeitung „Der Ausblick“, die auch auf die ganze BRD ausgeweitet wird.

Es macht wirklich Spaß, an einer Zeitung mitzumachen, die was auslöst: Kritik, Ärger, Streit, Zustimmung, Bewegung, ein Blatt, das den Leuten die Sprache wiedergibt, denen es die Sprache verschlagen hat, wo Sachen drinstehen, die sonst verschwiegen werden.

Wer mehr weiß, schreibt mehr! – Schickt eure Beiträge und Abobestellungen an:



„Türspalt“  
Postfach 46 8000 München 65

# Patienten machen eine Zeitung

## „Der Ausblick“ – ein Wagnis gegen die strukturelle Gewalt

Wer will denn von uns etwas wissen?  
Was sollen wir schon schreiben, was für  
die draußen interessant ist? Das schaffen  
wir doch sowieso nicht.

So die ersten Reaktionen auf die Idee „Patientenzeitung“ bei einer Stationsbesprechung im Juli '80 auf der chronischen Männerstation 5/2 im LKH-Schleswig. 5/2 ist das „Abstellgleis“ und beherbergt im 1. Stock des einzigen noch mit Gitterfenstern versehenen Hauses sogenannte chronisch psychisch Kranke, Alkoholiker, Anfallsleidende, Schwachsinnige, fast durchweg entmündigte Patienten. Lethargie, Autismus, Mutlosigkeit, Herumlungern, planloses Auf- und Abgehen, Gereiztheit – all das prägt am Tage das Bild dieser Station, auf der der größte Teil der Patienten seit durchschnittlich 10 Jahren in einem Wach- bzw. Schlafsaal „wohnt“. Trotz und wegen der vergitterten Fenster gibt es hier die meisten Fenstersprünge und Abseilaktionen im LKH-Schleswig. „Wir brauchen solche Stationen“, ist die Meinung leitender Ärzte und des Trägers, dem Sozialministerium, damit von den übrigen Männerabteilungen, besonders den oft völlig überfüllten Aufnahmeabteilungen, die schwierigsten Patienten abgeschoben werden können – „aus organisatorischen Gründen“, damit der „Betrieb arbeitsfähig bleibt“, und das Anstaltsprogramm reibungsfrei läuft.

Ausgerechnet diese Abgeschobenen von 5/2 wollten nun eine Zeitung machen, um drinnen und draußen wieder etwas Beachtung zu finden. A. Dörmeyer in der 1. Ausgabe des „Ausblicks“: „Wir Patienten haben uns durch das Schreiben in der Zeitung erhofft, die miserablen Abneigungen und Vorurteile ein wenig abbauen zu können, die gegen uns ausgesprochen werden.“ Die Antwort von den Lesern draußen: Eine Welle der Anteilnahme und großer Zuspruch, noch mehr über das Leben auf 5/2 zu berichten. Das war nicht programmgemäß. Drinnen erweckte „Der Ausblick“ subversive Neugier und verholene Solidarität bei den einen, Ängste und doppelzüngige Bekenntnisse bei den anderen, den Verantwortlichen. Exemplare der 1. Ausgabe wurden von der Anstaltsleitung zunächst konfisziert („Arztgeheimnis wahren“), wodurch jedoch Leserneugier und Verteilungsfreude erst recht stiegen. Dienstlich distanzierte sich der für 5/2 zuständige Abteilungsleiter schnell und heimlich vom „Ausblick“ („... bin mit der Erstellung der Zeitung überrumpelt worden ... halte den Arbeitsfrieden für nicht mehr gegeben ...“), um dann öffentlich und nach Bekanntwerden des positiven Echos draußen dem Rundfunk lobend zu versichern, für ihn stelle das Anfertigen der Zeitung „einen nicht hoch genug einzuschätzenden therapeutischen Wert“ dar. Doch intern waren solche Öffentlichkeits-therapie und der Therapeut nicht mehr erwünscht: „Der verleidet einem die Freude

an der Arbeit. Warum wird dem eigentlich nicht gekündigt?“ Ein weiterer leitender Arzt meldete seinem Dienstherrn heimlich noch deutlicher, was er dachte: bei der Zeitungsinitiative handele „es sich um Mißbrauch von geistig Schwachen und psychisch Kranken. Ein ideologisch bestimmter, indoktrinierend wirkender Mediziner benutzt Geschäftsunfähige als Sprachrohr und versteckt sich hinter ihnen. Ass.-Arzt Pramann spricht und denkt halb wahr, wie es kadergeschulten Dialektikern eigen ist ... Wer sich nicht von ihm distanziert, ist verantwortlich und wird mitschuldig bei seinen Vorbereitungen zu einem Polit-Patienten-Pfleger-Kollektiv, mit dem Ziel, Gesellschaft und Staat zu torpedieren ...“.

Das war angesichts des harmlosen „Ausblicks“ zu starker Toback. Solchen Aufforderungen zur Wiederherstellung des Betriebsfriedens mochte der Sozialminister, Prof. W. Braun, nicht recht folgen. Er begnügte sich erstmal mit dem Hinweis auf das Presserecht, das Entmündigten eigentlich untersagt, eine Zeitung zu machen. Man wollte sich im Ministerium aber noch abwartend verhalten und begrüßte den „Ausblick“ im Übrigen als „sinnvolle Freizeitbeschäftigung“.

Der „Therapeut“ wurde auf die Altenabteilung versetzt, aus Gründen der Facharztausbildung, wie man versicherte. „Der Ausblick“ 2 erschien und wurde wieder auf direktoriales Geheiß eingesammelt –

diesmal, weil „akut aufgenommene Patienten nicht sofort mit dieser Zeitung konfrontiert werden müßten“. Erneut steigen schlagartig die Neugier bei den Lesern und die Verteilungsfreude bei den Machern. Die Auflage wuchs auf 3000. Man diskutierte lebhaft über den „Ausblick“, z.B. über die Frage des 11 Jahre lang auf 5/2 lebenden „chronisch-schizophrenen“ Dieter Galsterer an seinen Interviewer: „Lebst Du oder bist Du auch nur geführt?“

Die Disziplinierungsversuche hatten den „Ausblick“ nicht gezähmt sondern nur attraktiver gemacht. Die 3. Ausgabe im Dezember '80 brachte die Reportage „Die Anstalt einmal andersrum“ (Patienten hatten Fragen gestellt, die Verantwortlichen geantwortet.) Einigen z.T. leitenden – Mitarbeitern gefiel das nicht, war doch allzu deutlich geworden, daß sie mehr Menschliches mit den Entmündigten gemeinsam haben, als in einer Anstalt sichtbar werden soll.

Jetzt griff man durch. Den Patienten von 5/2 wurde unter Hinweis auf das Presse-recht „die strafbare Handlung untersagt“ bei Androhung von Geldstrafe oder Haftstrafe bis zu einem Jahr. Zusätzlich wies man das Personal an, im Rahmen der Aufsichtspflicht darauf zu achten, daß die strafbare Handlung unterbleibt. Dem früheren „Therapeuten“ und „Initiator“ der Zeitung, der weiterhin Kontakte zum Redaktionsteam hielt, wurde gleichzeitig gekündigt. Kündigungsgründe: Mangelnde Übereinstimmung mit den Zielen des Arbeitgeber (DGSP-Mitgliedschaft, Auflösung von Großanstalten), Verletzung der Treuepflicht, Störung des Betriebsfriedens, Beteiligung am „Ausblick“.

Das öffentliche Echo war groß. Sogar das Fernsehen erschien auf 5/2. Der ärztliche Direktor, Prof. Eckmann, vor der Kamera: Zu keinem Zeitpunkt sei „Der Ausblick“ verboten gewesen. Man habe im Rahmen der Fürsorgepflicht Unheil von den Patienten abwenden müssen. (Das Unheil wäre die Bestrafung gewesen, mit der er selbst vorher gedroht hatte.)

Nach perfekter Kündigung des „Initiators“, ohne dessen Mitarbeit die Zeitung „so gut wie gestorben“ war – wie sich die Direktion vom Stationspfleger versichern ließ – erlaubte man den nie verbotenen „Ausblick“ wieder. Auflage des Sozialministers: Ein „Geschäftstüchtiger“ – er meinte Geschäftsfähiger – müsse sich finden und im Impressum verantwortlich zeichnen. Drei Landtagsabgeordnete erklärten sich bereit, gleiches taten mehrere Leser; im LKH war erst keiner bereit. Also wurde der neue Stationsarzt „gebeten“, sich selbst als verantwortlicher Redakteur zur Verfügung zu stellen. Falls der so gut wie gestorbene „Ausblick“ doch noch ein Lebenszeichen von sich gäbe, sollte er durch die Zensur der ärztlichen Verschwiegenheitspflicht gehen. Die „krankheitsbedingten Meinun-

gen und Beurteilungen, die die Realitäten verfälschen und die dann in der Öffentlichkeit ein falsches Bild von den tatsächlichen Gegebenheiten im LKH erzeugen können“ – so der Sozialminister W. Braun –, sollten die Verantwortlichen nicht länger stören. Nicht länger sollte es im „Ausblick“, überall rot tönen und dunkelrot echoten“, wie es ein ganz schlauer Mitarbeiter sah. Nun würden endlich Gesellschaft und Staat nicht länger torpediert. Man hatte die Öffentlichkeitsinitiative der Abgeschobenen der Abgeschobenen besiegt. Die Entmündigten waren wieder mundtot, beinahe jedenfalls.

Doch da ist noch einer, der nicht aufgeben will, dem sein „Ausblick“ mehr wert ist als ein Betriebsfrieden, der nicht seiner ist: Der Chefredakteur Hans-Günther Schlott. Er weiß: „Eine Patientenzeitung kann nur sinnvoll sein, wenn möglichst viele sich daran beteiligen“ und das läßt sich auf 5/2 gegen den Druck der Anstaltsgewaltigen nicht länger durchsetzen. Im jetzt erschienenen „Ausblick“ 4, den er fast im Alleingang und mit Unterstützung von draußen herausbrachte, schreibt er trotzig, es gelte nun, „sicherzustellen, daß unsere Zeitung weder verboten noch zensiert werden kann“. Die Patientenzeitung der 5/2 soll übergehen in eine nicht mehr zu unterdrückende bundesweite Patientenzeitung:

# LANDESKRANKENHAUS SCHLESWIG KRANKENHAUS FÜR PSYCHIATRIE UND NEUROLOGIE SCHLESWIG-STADTFELD

KORREKTUR BEWERTET IM PSYCHOLOGIE  
IM AUGUST 1980 DR. M. M. VON DER BEECK

Landeskrankenhaus Schleswig 2380 Stadtfeld Postfach 1309

2380 Schleswig, den 25. 8. 1982  
Postfach 1309  
Telefon 04331 / 831  
Durchwahl 02

An den  
Ärztlichen Direktor  
Landeskrankenhaus Schleswig  
Herrn Prof. Dr. Eckmann  
im Hause

Betr.: „Der Ausblick“ Nr. 1 August 1980

Die Anfertigung einer Stationszeitung erscheint auf den ersten Blick idyllisch. In der hier veröffentlichten Form handelt es sich um Mißbrauch von geistig Schwachen und psychisch Kranken. Ein ideologisch bestimmter, indoktrinierend wirkender Mediziner benutzt Geschäftsunfähige als Sprechrohr und versteckt sich hinter ihnen. Ass.Arzt Prannann spricht und denkt halbwegs, wie es Madergeschulten Disziplinären eigen ist. Man kann mit ihm praktisch nicht umgehen, viel weniger (zusammen-) arbeiten. Ich spreche ihn ab, als Nervenanwalt zum Wohl der sich ihm Anvertrauenden wirken zu können. Wer sich nicht von ihm distanziert, ist verantwortlich und wird mitschuldig bei seinen Vorbereitungen zu einem Polit-Patienten-Pfleger-Kollektiv, mit dem Ziel, Gesellschaft und Staat zu torpedieren. Meine Ärztlichen und pflegerischen Mitarbeiter wollen damit nichts zu tun haben und verstehen nicht, warum die Zellenbildungen im Krankenhaus Stadtfeld und die bereits fortgeschrittenere in Krankenhaus Hexterberg nicht aufgehoben werden.

*U. in der Beek*

Dr. med. et phil. M. in der Beek  
Medizinischer Direktor  
Nervenanwalt und Psychologe

„Helft alle mit bei der 5. Ausgabe des „Ausblick“, ruft Schlott alle Mitpatienten bundesrepublikanischer Anstalten auf. Beiträge sollen an seine Adresse gehen: Station 5/2, LKH-Stadtfeld in 2380 Schleswig. Übrigens: Der neue Stationsarzt wurde im Impressum der Ausgabe 4 verschont.

„Der Ausblick“ war nicht anstaltsprogrammgemäß. Er machte für die Entmündigten auf dem „Abstellgleis“ den Anspruch öffentlich, wieder an die Gesellschaft angekoppelt zu werden. Doch die Großanstalt braucht Stationen wie die 5/2, aus organisatorischen Gründen. „Der Ausblick“ ist ein Beleg, daß wir uns solche Stationen und solche Behandlung von Menschen nicht mehr leisten können. Für die Patienten von 5/2 geht es im alten Trott und ohne ihre Zeitung weiter. Jetzt fragt sich, ob ein bundesweiter „Ausblick“ das gleiche Interesse finden wird, wie er es tat als Patientenzeitung von 5/2. Mit gesundem Widerstand gegen die kränkende strukturelle Gewalt weckt er hoffentlich neue Solidarität draußen und drinnen. Wenn das Herstellen auch in Zukunft soviel Spaß macht wie bisher und nicht nur ernste Arbeit daraus wird, dann wird auch das Lesen Spaß, Solidarität und Betroffenheit bei denen draußen machen.

Klaus Prannann

# Beschwerdekommmission: Mittel der Wahl?

Während man im Hauptquartier des Landschaftsverbandes Rheinland noch an den unangenehmen Folgen der Stockhausen-Affäre zu laborieren hat (vgl. DG 3/81) und neuen Prozessen mit Unruhe entgegensieht, strömt einem in den Gemäuern des Zwillingsverbandes Westfalen-Lippe (LWL) in Münster eine dornröschenhafte Ruhe entgegen. Entspannte Atmosphäre, wo man hinsieht. Hier scheint man nicht vor der unbarmherzigen Öffentlichkeit zu zittern. Hier freut man sich noch über jeden Besuch.

In der Presseabteilung im spiegelblank gebohrten Landeshaus an der Warendorfer Straße ist man damit beschäftigt, die langweiligen Artikel aus der betulichen Provinzpresse auszuschneiden, um sie vor dem absoluten Vergessen zu bewahren. Einweihungen, Dienstjubiläen, Verlautbarungen. Man traut sich fast nicht, nach so etwas Widerborstigem wie die Beschwerdekommmission zu fragen. Und wie's der Zufall will, scheint man auf solche Auskunftersuchen auch nicht routinemäßig präpariert zu sein.

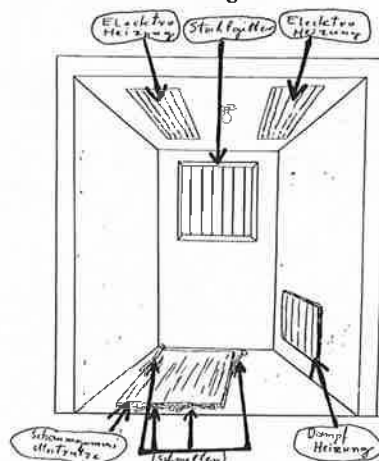
Zu allem gibt es haufenweise Pressematerial: Hier eine neue Broschüre, da eine Zeitschrift, ausgerechnet zur Arbeit der Beschwerdekommmission gibt es nichts, was Pressesprecher Ossegge mit einem Griff aus den prallgefüllten Fächern herausziehen könnte. Also persönlicher Vortrag. Anschließend Interviews mit Mitarbeitern der Beschwerdekommmission, Nachforschungen in Landeskrankenhäusern, verschiedene Gespräche mit Ärzten, Pflegern und zuletzt noch Informationen von Personen, die zwar außerhalb der professionellen Institutionen des LWL arbeiten, aber trotzdem außergewöhnlich interessiert und informiert sind: den Selbsthilfegruppen und Beschwerdezentren.

Was ist die Beschwerdekommmission, wie arbeitet sie, wie sehen die Beschwerden aus, bringt das was für die Patienten, gehen von der Arbeit der Kommission Impulse für eine generelle Verbesserung der Psychiatrie aus, wo sind die Stärken, die Schwächen der Beschwerdekommmission? Ich will versuchen, wenigstens ein paar Fragen zu beantworten.

Im Herbst '78 wurde die Beschwerdekommmission von der SPD-Fraktion in der Landschaftsversammlung beantragt. Im März '79 nahm sie ihre Arbeit auf. Als „verwaltungsunabhängiges“ Gremium sind die 4 1/2 Mitarbeiter in die Gesundheitsabteilung des LWL integriert. 1/2 Schreibkraft, 3 „Ermittlungsangestellte“ (Sozialarbeiterinnen, Sozialpädagogin) und ein Jurist. Diese Mannschaft bearbeitet die persönlichen Beschwerden einzelner Patienten, die ihnen meistens in Briefen zugesandt worden sind. Sie ermitteln, führen ausführliche Gespräche mit den Beschwerdeführern, fertigen Berichte darüber an und arbeiten nach Rücksprache mit Ärzten, Pflegern und anderen Betroffenen Vorschläge aus, die sie dann dem fünf Mitglieder starken parlamentarischen Gremium vorlegen. 2 SPD, 2 CDU und 1 FDP-Abgeordnete der Landschaftsversammlung. (Über die be-

sonderen Selbstverwaltungsstrukturen der Landschaftsverbände müßte man mehr wissen, als in diesem kurzen Artikel gesagt werden kann. Die Verbände verschicken an Interessenten Infomaterial!) Gemeinsam werden die Fälle durchgesprochen und Entscheidungen über die abschließende Behandlung der Beschwerde getroffen.

Und nun zur Praxis. Nach mehr als zwei Jahren kann man zumindest eins feststellen. Die Kommission braucht sich über mangelnden Nachschub nicht zu beklagen. Inzwischen sind bereits über 500 einzelne Beschwerdevorgänge in dem Schreibbüro des LWL vom Band auf blaues Papier übertragen worden und in die Kommission geschickt worden. Das bedeutet für die schon anderweitig gut ausgelasteten Parlamentarier ziemlich genau zwei Sitzungen monatlich mit jeweils einem guten Dutzend zum Teil sehr verzwickter Beschwerdefälle. Durchschnittliche Bearbeitungszeit für eine Beschwerde: 3-6 Monate und länger.



**Beschwerden? Mittel der Wahl: Beruhigungszelle!** (Hitzebestrahlung, Bleiweste, Salzspritze nach Wunsch). Gesehen im LKH Eickelborn, gezeichnet von einem Patienten (entnommen aus „Unbequeme Nachrichten“, Zeitung der Beschwerdezentren im LWL, 2/81)

Bislang gab es im Machtbereich des LWL keine Skandale, die mit dem Stockhausenfall auch nur ansatzweise vergleichbar gewesen sind, wird mir bei verschiedenen Gelegenheiten versichert. So Pressesprecher Ossegge: „Bei uns nicht möglich“, so Dr. Baur aus der Gesundheitsabteilung: „Nicht denkbar“, und erst recht ein Vertreter des Personalrats des WLK Münster: „Kann ich mir nicht vorstellen.“ Überall rundum Zufriedenheit mit dem Konfliktvermeidungsregler „Beschwerdekommmission“. Ist es tatsächlich so, daß sich die Konflikte, die besonders in „totalen Institu-

tionen“ unvermeidbar sind, über solche „Selbstkontrolle“ ausreichend lösen lassen. Oder bleibt bei dieser individuellen, streng vertraulichen „Kummerkastenstrategie“ letztlich alles beim Alten? Einzelne, die den Mut aufbringen, sich gegen unhaltbare Zustände zu wehren (aus dem vollkommen unzureichend ausgestatteten und zum Teil mit vorsintflutlichen Methoden arbeitenden Krankenhaus Eickelborn stammen allein 50% aller Beschwerden!) haben eine Chance auf Besserung – falls sie beim Abschluß des langen Beschwerdeweges überhaupt noch in den Genuß kommen! Frage: Beschwerdekommmission nur für Langzeitpatienten? Die große Masse der jährlich ca. 9000 LWL-Patienten wird allerdings vergeblich auf die großen Segnungen der barmherzigen Samariter aus der Beschwerdekommmission hoffen. Zum Instrument einer schwungvollen Reform taugt solche auf vertrauliche Einzelfallbehandlung abgestellte Kommission nun wirklich nicht.

Das haben auch die zahlreichen Selbsthilfegruppen erkannt, die inzwischen in vielen Städten eigene Beschwerdezentren eingerichtet haben. So die Gruppen aus dem Rheinland, die neben der Einzelberatung den öffentlichkeitsstarken juristischen Weg verfolgen: „Mitarbeiter. Achtung, ab jetzt gilt das Strafrecht in der Psychiatrie!“ Oder die Gruppen aus dem Bereich der westfälisch-lippischen Psychiatrie, die merken mußten, daß die Arbeit im Stillen den Prozeß der Psychiatriereform kaum vorantreibt. Auf dem letzten zentralen Treffen dieser Gruppen in Münster Anfang Juni war jedem klar: Die alternative Sozialarbeit mit Psychiatriegeschädigten stößt schnell an institutionelle Grenzen und überfordert nicht selten die Kräfte der Laien und Profis gleichermaßen. Intensiv betreute Patienten werden rückfällig, kommen dahin zurück, wo man sie erst mühsam herausgeholt hatte. Diese Fälle werden individuell als persönliche Katastrophen erlebt, sind allerdings auch als Ausdruck gesellschaftlicher Grundkonflikte zu verstehen, die man über Hauruckaktionen nicht lösen kann.

Dennoch wird man eher noch von Außenstehenden, wie z.B. Selbsthilfegruppen Impulse zur Psychiatriereform/-abschaffung? erwarten dürfen als durch sogenannte „verwaltungsunabhängige“ Beschwerdekommmissionen. Ein Beispiel ist dafür z.B. die geplante Kampagne der Beschwerdezentren im LWL gegen unmenschliche Strafmaßnahmen in Eickelborn am Beispiel der immer noch als unentbehrlich dargestellten Beruhigungszellen – den berüchtigten Boxen. So etwas würde die Beschwerdekommmission der etablierten Politiker sicher nicht an die große Glocke hängen! Oder?



# Für uns ist Niemand zu alt

Zu Besuch bei den „Grauen Panther“.

Von Ulla Funke und Ulli Raupp

Die Hochschule auf dem Wuppertaler Griffenberg ist ein betonierter Irrgarten. Mit durchaus gemischten Gefühlen suchten wir den allwöchentlichen Mittwoch-Treff der „Grauen Panther“ in der Mensa. Obwohl wir aus der Krankenhausarbeit her im Umgang mit älteren Menschen nicht unerfahren sind, hatten wir doch unser Päckchen Vorurteile zu tragen.

Die Stimmung, die uns aus der Mensa entgegenschlug, beeindruckte: Etwa zweihundert Mitglieder, Interessenten und Besucher verbreiteten eine so herzliche Stimmung, daß wir davon schnell angesteckt wurden. Von dem ungezwungenen, liebevollen Umgehen miteinander, Ausgelassenheit, zum Beispiel beim Tanzen und der einnehmenden Aufgeschlossenheit uns Fremden gegenüber, könnten sich viele Organisationen eine dicke Scheibe abschneiden.

Dann allerdings auch, wenn es um ihre politischen Forderungen geht, drücken sie so – viel Selbstvertrauen und Zuversicht aus, daß die mulmigen Gefühle der Ratsherren verständlich werden, auf deren Treppen der SSB – Seniorenschutzbund – demonstrativ Platz nimmt und Schlagzeilen macht.

Vor 5 Jahren wurde der SSB gegründet, erzählt Trude Unruh, Gründerin und erste Vorsitzende. Inzwischen sind es bundesweit 2000 Mitglieder. Den Namen „Graue Panther“ übernahm die politische Arbeitsgruppe im SSB von den amerikanischen „Grey Panthers“, die dort inzwischen zu einem unübersehbaren Machtfaktor für die Interessen alter Menschen geworden sind.

Mitglied kann jeder werden, der älter als 18 ist. Unter der Parole „Heute wir, morgen ihr!“ ist es sogar ein erklärtes Ziel des SSB, als „Generationenverbund“ aufzutreten.

Unser Gespräch mit Trude Unruh gibt unserer Meinung nach auch ein gutes Stimmungsbild dieser souveränen Selbsthilfegruppe wieder.

**Kontakt:**  
Senioren-Schutz-Bund  
„Graue Panther“ e.V.  
Bundesgeschäftsstelle  
Donbergstr. 92  
5600 Wuppertal 1  
Tel.: 0202/701003



DG-Redakteurin Ulla Funke im Gespräch mit Trude Unruh

**Der Name „Graue Panther“ für einen Seniorenschutzbund hat mich überrascht. Das klingt fast aggressiv. Welchen Anspruch habt ihr?**

„Graue Panther“ ist nur eine, die politische Arbeitsgruppe von vielen Arbeitsgruppen im Seniorenschutzbund. Du kannst nicht von jedem alten Menschen verlangen, daß er „grauer Panther“ ist, da ist er weit überfordert.

Was hier in Wuppertal – als Modellfall – Pflicht ist: Mitglieder helfen Mitgliedern! Wer unserer Organisation hier beitrifft, der weiß einfach, daß er zur Hilfe verpflichtet ist.

**Was für eine Hilfe ist das?**

Haushaltshilfe, Krankenhaushilfe, Alten- und Pflegehilfe, alle diese Kernhilfen, – auch Nachbarschaftshilfe, wenn jemand in der Nähe wohnt, Telefonhilfe ...

Das Ganze baut sich über die täglichen Treffen auf. Ruft also einer an, und sagt, ich bin einsam, dann sagen wir ihm: Ja gut, ist dein Problem; es ist unser Problem, wenn du zu uns kommst, also schwing' dich auf'n öffentlichen Nahverkehr und komm' ins Klubzentrum. Wenn derjenige dann sagt: ich bin gehbehindert, dann fragste, ob er denn auch sonst mit dem Bus fährt. Ja, dann kann er ja auch zu uns mit dem Bus kommen. Also, wir sind keine Samariter. Wir stellen auch schon mal „Fangfragen“, weil wir gescheit geworden sind. Wir sagen ihm zum Beispiel: vorgestern warste ja beim Hertie. Ja, sagt der dann, da mußte ich mal hin. Bitte, wenn du einsam bist,

dann mußt du auch den Weg zu uns finden! Wenn es dann wirklich Menschen sind, die nicht den Nahverkehr benutzen können, dann schicken wir unseren Behindertenfahrdienst.

**Ihr habt einen eigenen Fahrdienst? Vertraut nicht auf die von der „öffentlichen Hand“?**

Das muß jeder selbst wissen, ob er zur „öffentlichen Hand“ geht, oder zu uns. Bei der Öffentlichen Hand oder bei den Wohlfahrtsverbänden findet ja Altenhilfe immer programmgemäß zu gewissen Stunden statt. Bei der „öffentlichen Hand“ darf es ja ab 16 Uhr keine Not mehr geben und über's Wochenende auch nicht. Die meisten Altentagesstätten sind ja auch nur stundenweise geöffnet und das Wochenende über geschlossen.

**In einer Sendung des WDR neulich bist du gerade auch im Zusammenhang mit der psychosozialen Versorgung sehr gegen die Altenheime aufgetreten.**

Es ist nicht Sinn der Sache, wie in der Psychiatrie, alle Altenheime aufzulösen. Es wird sie immer geben, aber sie müssen anders sein. Das „demokratische Aushängeschild“ sind ja die Heimbeiräte. Wir stellen die politische Forderung, der Heimbeirat muß Mitbestimmung bekommen, auch in Personalfragen. Denn die Betroffenen, die da sind, die müssen ja wohl am ehesten wissen, was für sie gut ist, oder nicht! Die können auch ein Kreuzchen machen, ob ein Pfleger lieb und nett ist, ob er ein freundlicher Typ ist oder muffig. Das sind doch die Kriterien, nicht die medizinische



Versorgung. Die läuft doch sowieso und hat zu laufen. Aber das ganze Ruhigstellen, das muß weg!

### Gibt es so Heime, wo du sagen würdest, die sind ziemlich gut?

Wir können ja hier die Klappe aufmachen, weil, hier in Wuppertal haben wir das kennengelernt. Bei einem Heim von einem relativ jungen Sozialkaufmann, der auch den SSB mitbegründet hat, – der nannte das auch nicht „Altenheim“, sondern „Dauerpension“ –, haben wir gesehen, wie die Menschen sich glücklich fühlten. Die hatten ihre kleinen Einzelzimmerchen. Die waren im Rahmen, was möglich ist, individuell gestaltet, so daß der Bezugspunkte findet, z. B. das Bild aus der letzten Wohnung. Wir sagen ja auch, das ist die letzte Wohnung, das ist nicht ein Pflegeplatz. Die Ämter kassieren ja auch sofort Wohngeld, da sind die ja immer gleich fix dabei. Auch waren in diesem Heim Teppichböden, es war wohnlich, nicht so'n trüber Kasten. Wir haben das mit über 200 Leuten besichtigt und da haben viele gesagt: wenn das so ist, und es sein muß: da wollen wir hin! Da gibt es auch keine Heimordnung, da hat jeder seinen Hausschlüssel. Da laufen übrigens auch sogenannte Bekloppte rum, auch mal tagsüber im Schlafanzug. Ja, sollen denn 80 Leute eingesperrt werden, nur weil mal drei im Schlafanzug rumrennen? So denken wir. Wir können ja alle mal durchdrehen, aber deshalb kann man uns doch nicht in Käfige oder sonstwo reinsperren.

### Kannst du uns denn ein Beispiel erzählen, wie die „grauen Panther“ für ihre Rechte kämpfen – Selbsthilfe konkret?

Was wir genau in diesem Heim schon erlebt haben: aus den Einzelzimmern sollten Sozialhilfeempfänger raus, weil sie – so das Sozialamt – kein Anrecht hätten auf ein Einzelzimmer. Die sollten auf „städtische Betten“ umgelegt werden.

### Ist denn dieses Heim eigentlich für Menschen aus allen sozialen Schichten offen?

Dieses ja. Aber damals sollten die raus. Seinerzeit kostete das Zimmer etwa 600–800 DM pro Monat. Die sollten in Heime kommen, wo Mehrbettzimmer waren. Da haben wir uns eingeschaltet. Da haben wir mal das ganze System Sozialhilfe erkannt: diese Gebundenheit, daß der Betroffene gar nicht über sein Geld verfügen kann, was ihm zusteht, und daß das gebündelt immer an den Träger gezahlt wird. In diesem Fall hatte man dem Heim monatelang für 15 Sozialhilfeempfänger die zustehenden Gelder gesperrt.

Der private Träger sollte in die Klemme kommen. Da haben wir gemerkt, Mensch, da stinkt was. Das sind doch verdiente alte Leute, warum will man die auf Mehrbettzimmer stecken, die sogar auch noch teurer sind, wo ist da die Logik. Die sind doch kein Frachtgut.

Dann wurde eine alte Dame zwangsverlegt. Da haben wir uns von der ein Bettuch besorgt, haben draufgeschrieben: „das Bettuch der vertriebenen alten Dame“, und haben uns auf die Rathaustrappe gestellt. Da konnten plötzlich die anderen 14 bleiben.

### Das war ja ein durchschlagender Erfolg!

Ja, die Stadt und der Landschaftsverband waren natürlich böse. Aber wir wollen, daß die böse sind, damit die überhaupt mal anfangen zu denken, beziehungsweise umzudenken, daß sie es mit Menschen zu tun haben, und nicht mit Nummern.

### Altenheime schießen ja wie Pilze aus dem Boden. Offensichtlich kann man damit sehr viel Geld machen.

Das ist überhaupt die Krux, wer das System erfunden hat... natürlich machen

ist was faul. Dann kann ich die Menschen nicht um 18 Uhr ruhigstellen. Das irre an der ganzen Sache ist doch, daß es für die schweren Fälle zwar das meiste Pflegegeld gibt, die aber am schnellsten ruhiggestellt werden, damit sie keine Arbeit machen. Folge ist, daß immer mehr Menschen zu schweren Pflegefällen gemacht werden, weil die Pfleger so am wenigsten zu tun haben und der Träger das meiste Geld macht. Sowas muß weg! Das ist unser Engagement. Und so verstehen das auch alte Menschen und sagen, kieck mal, wir können da auch was tun. Und wenn man ihnen jetzt querbeet in der ganzen Bundesrepublik in allen Altentagesstätten die Möglichkeit einräumen würde, es gäbe genug Leute im Generationenverbund, die voll dahinterstehen. Wenn dann einer käme, – von den Politikern oder so –, und würde sagen: Wie kannst du so'n Quatsch machen, bist du bestuift, dich mit diesem



Tanz beim regelmäßigen SSB-Nachmittag

Wohlfahrtsverbände und Kommunen das Geschäft mit den Alten. Die Pflegesätze gehen irre in die Höhe und die Dienstleistungen werden immer schlechter. Das schiebt man alles darauf, daß das Personal zuviel kostet. Bitteschön, wenn ich z. B. auf einem 8-Bett-Zimmer 2200,- DM im Monat für'n Bett bezahlen muß, dann sind auch für 2200,- DM Leistungen zu erbringen, sonst

„Friedhofsgemüse“ zu befassen, dann müssen wir stehen wie eine Eins und nicht dieses aufkeimende Pflänzchen des Wehrens von Betroffenen zertrampeln lassen!

**Vielen Dank, Trude Unruh, wir hoffen auch weiterhin in gutem Kontakt bleiben zu können.**

# Frauenhäuser

## – Frauen helfen Frauen

von Barbara Stuenkel

Als Beispiel zum Thema dieser Ausgabe „Neue Wege der psychosozialen Versorgung – Alternativen der Betroffenen“ ist die Frauenhausbewegung zu nennen! Durch das 1971 im Londoner Vorort Chiswick gegründete Frauenhaus, das erste in seiner Art überhaupt, wurden international viele Frauengruppen, die sich mit dem Problem Gewalt gegen Frauen auseinandersetzten, inspiriert, sich auf diesem Wege aktiv für mißhandelte Frauen (mit ihren Kindern) einzusetzen.

Theoretisch wird bei der Mißhandlung von Frauen davon ausgegangen, daß sowohl die in vielen Frauen verwurzelte traditionelle Rollenerwartung (passiv, unselbstständig etc.) als auch die den Männern anerkennenden „männlichen“ Normen die gewalttätigen Formen der Konfliktaustragung bedingen.

Die Passivität, mit der in der Öffentlichkeit und in den bestehenden sozialen Einrichtungen mit dem Problem Gewalt gegen Frauen umgegangen wurde und wird, und die fehlenden Unterbringungsmöglichkeiten geschlagener Frauen in der Not-situation ließen auch Frauen in der Bundesrepublik aktiv werden. Seit 1976 wurden, zuerst in den Großstädten, neuerdings auch auf dem Land, zahlreiche Frauenhäuser gegründet. Ihr Ziel ist es, daß mißhandelte Frauen Schutz und Geborgenheit finden, sie sehen, daß ihre Situation kein Einzelfall ist und mit der Hilfe anderer Frauen herausfinden und eigenständig entscheiden, wie sie ihr weiteres Leben gestalten wollen.

Dieser der „Heimchen am Herd“ widersprechenden Vorstellung wurden teils massive Widerstände von Seiten der CDU und Teilen der katholischen Kirche entgegengesetzt.

Ein Beispiel aus neuerer Zeit spielte sich im Kreis Kleve ab (es ist kein Einzelfall): Nachdem sich 1979 ca. 40 Frauen hilfesuchend an Mitglieder der beiden Klever Frauengruppen gewandt hatten und allgemein eine hohe Dunkelziffer vermutet wird, bildete sich 1980 in Kleve eine Frauenhausinitiative. Sie legte der Stadt und dem Kreis Kleve Anträge bezüglich der Errichtung eines Frauenhauses vor. Damit auch der CDU, der stärksten Fraktion. Diese konnte sich monatelang nicht zu einer Entscheidung durchringen, im Gegenteil: Sie zeigte sich desinteressiert und meinte sogar, die Problematik bestünde im Kreis Kleve nicht.

Die Frauenhausinitiative arbeitete weiter. Sie bewarb sich in der Zwischenzeit beim Bundesfamilienministerium für einen 3-jährigen Modellversuch „Frauenhaus im ländlichen Bereich“. Für diesen Zeitraum war ein kostendeckender Zuschuß von insgesamt 900 000 DM vorgesehen. Die Förderungsrichtlinien wurden in 2 Punkten erfüllt: Es entstand ein Konzept, als Träger wurde die AWO gewonnen. Der 3. Punkt, eine politische Absichtserklärung der zuständigen Gemeinden und des Kreises, die lediglich beinhalten brauchte, daß die CDU ein Frauenhaus zumindest nicht boykottiert, brachte letztendlich das Projekt für den Kreis Kleve zu Fall. Obwohl die CDU inzwischen zugab, daß auch im Kreis Kleve ein großer Bedarf an Hilfen für geschlagene Frauen besteht, konnte sie sich nicht entschließen, ihnen Selbstfindung und Ent-

wicklung eines Selbstbewußtseins im Kreis anderer Frauen zuzubilligen. Sie sprach sich vielmehr dafür aus, daß einzelne Wohnungen doch besser für die Frauen seien (die notwendige Diskretion und Anonymität bliebe gewahrt). Diese „dezentrale Lösung“ wird entscheidend mitgetragen vom Sozialdienst katholischer Frauen. Ähnlich verhielt sich die CDU z. B. in Freiburg und Würzburg.

Es zeigt, daß es sich bald keine Partei mehr leisten kann, Hilfe zu versagen, aber gleichzeitig mit Alibi-Lösungen die von Frauen für Frauen entwickelten Hilfsmöglichkeiten boykottiert.

Probleme gibt es auch mit der Finanzierung der laufenden Kosten. Da Frauen-mißhandlung ein gesellschaftliches Problem ist, müssen Frauenhäuser mit öffentlichen Mitteln finanziert werden. Doch die wenigsten Gemeinden bzw. Kreise stellten bisher Haushaltsmittel zur Verfügung. Sie verweisen auf das Bundessozialhilfegesetz (BSHG). Die Finanzierung über seine



„Ich liebe dich, ich liebe dich, / Ich kann es nicht mehr hören, dieses / Ich liebe dich.“



§§ 11 und 12 (Hilfe zum Lebensunterhalt) betrifft aber lediglich den Mietanteil der Sozialhilfe, der den Frauenhäusern zusteht. Davon können keine Mitarbeiterinnen bezahlt werden, keine Renovierungs- oder Einrichtungskosten.

Noch problematischer ist der § 72 (Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten) für „Personen, bei denen besondere Schwierigkeiten der Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft entgegenstehen, ...“, wenn sie aus eigener Kraft diese nicht bewältigen können“ (z. B. „Landfahrer“, „Nichtseßhafte“). Da diese Formulierungen die Mißhandlungen der Frauen zum Randproblem stempeln und die betroffene Frau (und nicht der Mißhandler) für unfähig erklärt wird, am Leben in der Gemeinschaft teilzunehmen, lehnen die meisten autonomen Frauenhäuser die Finanzierung nach § 72 ab. Sie fordern fest eingeplante Gelder in den Gemeinden- und Landeshaushalten.

Ansätze in dieser Richtung gibt es in NRW und Berlin-West. Die SPD-Bundesregierung hielt es bisher nicht für notwendig, das BSHG um einen Paragraphen zur Frauenhausfinanzierung zu erweitern ...

Es läuft also darauf hinaus, daß sich viele Frauenhäuser immer noch über viel Kraft und Zeit kostende Basare, Spenden, Flohmärkte etc. finanzieren müssen, trotzdem die meist bestehende Überbelegung die Existenz des Problems anschaulich beweist.

Die Erfahrung, in Not befindlichen Frauen akut helfen zu können und zu sehen, wie im Kreise anderer Betroffener Kraft und auch oft ein positiver Lebensansatz gefunden wird, läßt die Frauenhausgruppen trotz vieler Hemmnisse weiterarbeiten. Letzte Meldung: Das dritte Frauenhaus in Hamburg wurde nach Besetzung mit schriftlicher Zusage und Vertrag für das Haus erkämpft!

Liste der Frauenhäuser in der BRD in: Frauenkalender 81, Frauenkalender/Selbstverlag 1000 Berlin 33, Breitenbechplatz 17



Die Delegierten des Trierer Ärztetages standen unter Erfolgszwang. Endlich sollte das leidige Thema „Allgemeinmedizin“ zu einem Abschluß gebracht werden, hatte es doch die Diskussion des 79er Ärztetages fast gesprengt und wäre 1980 in Westberlin an dieser Auseinandersetzung beinahe die Verabschiedung des Blauen Papiers gescheitert.

Jetzt war in monatelangen, zähen Verhandlungen zwischen den Kontrahenten ein Kompromißpapier entstanden, das alles offen ließ und somit niemandem weh tat. Es wurde mit Einmütigkeit verabschiedet, Gegenstimmen kamen lediglich von den Delegierten der „alternativen“ Listen aus Westberlin und Rheinland.

Die Auseinandersetzung um die Allgemeinmedizin hat eine lange Geschichte und geht schon in die 60er Jahre zurück. Immer ging es um die Frage, ob der approbierte Jungmediziner vor seiner Niederlassung als Hausarzt zu einer Weiterbildung gezwungen werden soll oder nicht. Die Befürworter dieser Auffassung blieben in der Minderheit. Sie setzten zwar auf dem 65. Deutschen Ärztetag 1962 eine mindestens 2jährige Pflichtweiterbildung in Chirurgie und Innere Medizin durch, aber die Ärztekammern bzw. Kassenärztlichen Vereinigungen hielten sich nie daran. Nach wie vor konnte sich jeder nach bestandenen Examen als Praktischer Arzt niederlassen.

1968 versuchte man dann den Kritikern mit der Einführung des „Arzt für Allgemeinmedizin“ entgegenzukommen, diese Bezeichnung durfte und darf nur führen, wer vorher 4 Jahre im Krankenhaus gearbeitet hat. Von da an gab es also 2 Hausärzte, den Praktischen Arzt ohne Pflichtweiterbildung und den Arzt für Allgemeinmedizin.

Wesentlich gebessert wurde die Situation dadurch nicht, die „Weitergebildeten“ blieben deutlich in der Minderheit. So ließen sich 1979 nur 25% der Hausärzte als Ärzte für Allgemeinmedizin nieder, dagegen der Rest als Praktische Ärzte, von denen 40% lediglich eine Krankenhausstätigkeit von maximal 2 Jahren vorweisen konnten. Daß jetzt vor allem die Verbände der Praktischen Ärzte und Allgemeinmediziner die Diskussion um den Zustand der hausärztlichen Versorgung wieder verstärkt in den Mittelpunkt rückten, hat einen einfachen Grund: die zunehmende Zahl an Medizinstudenten – man spricht von 13.000 –

die demnächst jährlich die Uni verlassen und sich um die 6500 Assistentenstellen in den Krankenhäusern bewerben werden. Die Befürchtung ist groß, daß ein Teil dieser „Jungärzte“ den mühseligen Slalomlauf durch unsere Krankenhäuser nicht antreten wird, sondern die Niederlassung als Praktischer Arzt, da weniger schwierig aber gleich erfolversprechend, vorziehen wird.

# Trierer Ärztetag: perspektivlos!

## Aber Beitragserhöhungen beschlossen

von Detlev Uhlenbrock



Neben der berechtigten Sorge um eine weitere Qualitätsverschlechterung der hausärztlichen Versorgung spielt natürlich bei den neu entfachten Aktivitäten dieser Standesorganisationen die Angst vor der drohenden Konkurrenz eine große Rolle, denn deren Niederlassung dürfte mit Einkommensverlusten verbunden sein.

Die Entscheidung, die auf dem diesjährigen Ärztetag in Trier gefällt wurde, trägt letztlich auch den Vorstellungen der Verbände der Praktischen Ärzte bzw. Allgemeinmediziner nicht Rechnung. Auch weiterhin wird es zwei unterschiedliche Niederlassungsvoraussetzungen für Hausärzte geben, der Praktische Arzt muß in Zukunft lediglich eine 2jährige Vorbereitungszeit absolviert haben, von der mindestens ein Jahr im Krankenhaus abzuleisten ist. Immerhin wurde die Institutionalisierung der Allgemeinmedizin an den Hochschulen geordert, sowie eine stärkere Ausrichtung des Studiums auf die Tätigkeitsfelder des Allgemeinarztes, wobei die Kammern auf diese Fragen aber wenig Einfluß haben.

Der Deutsche Ärztetag konnte sich also nicht zu einer Vereinheitlichung der

Pflichtweiterbildung für Hausärzte durchringen, obwohl laut Umfragen sogar die Mehrheit der Ärzteschaft in der BRD für die Pflichtweiterbildung eintritt, obwohl sie seit Jahren von den Gewerkschaften und Sozialversicherungen gefordert wird, obwohl solch eine Entscheidung im Interesse einer Verbesserung der hausärztlichen Betreuung dringend notwendig gewesen wäre. Aber die Deutschen Ärztetage scheren sich recht wenig um die Interessen der Patienten, ihre Sorgen. Das ließ Präsident Vilmar auch diesmal wieder erkennen, als er die Forderung nach einer Selbstbeteiligung der Patienten an den Krankheitskosten wiederholte und verlangte, Erhöhungen der Krankenkassenbeiträge in Kauf zu nehmen, statt durch rigorose Sparmaßnahmen vielleicht die Honorare der Ärzte langsamer steigen zu lassen.

Allerdings ist die Bedeutung, die den Aussagen und Beschlüssen der Deutschen Ärztetage in der öffentlichen und politischen Diskussion beigemessen wird, eigentlich gar nicht berechtigt. So nehmen nicht einmal 50% der Ärzteschaft der BRD an den Wahlen zu den Kammerversammlungen teil. Die Krankenhausärzte unter den Delegierten sind unterrepräsentiert,

den Delegierten sind unterrepräsentiert, die niedergelassenen Kollegen waren dagegen in Trier mit 150 von 250 Delegierten bei einem Anteil an allen Ärzten der BRD von knapp 40% überproportional vertreten. Es fehlen nahezu völlig Assistenzärzte, Betriebsärzte oder Kollegen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes unter den Delegierten.

Die Delegierten tragen in der Regel das Mitgliedsbuch irgendeiner Standesorganisation – vor allem Marburger Bund, Hartmannbund, NAV (Verband der niedergelassenen Ärzte) oder BPA (Berufsverband der Praktischen Ärzte und Ärzte für Allgemeinmedizin) – in der Tasche, wobei diese Verbände lediglich 60% aller Ärzte organisieren. Nur wenn diese Organisationen sich untereinander vorher abstimmen, haben Vorlagen und Anträge eine Chance, auch angenommen zu werden.

So blieb ein Vorgang, der in anderen gewählten Gremien wahrscheinlich zu einem Skandal geführt hätte, in Trier ohne wesentliche Reaktion: die Tatsache, daß der Vorstand der Bundesärztekammer eine Erhöhung der Beiträge der Landesärztekammern an die Bundesärztekammer von 40,70 DM auf 43,85 DM verlangte, nachdem er das Geld durch den Kauf eines neuen Hauses teilweise schon ausgegeben hatte. Die Delegierten stimmten zu, damit wird also eine Erhöhung der Kammerbeiträge auf die Ärzteschaft zukommen.

Es vermittelt ein bezeichnendes Bild, die Delegierten nach getaner Arbeit in festlicher Stimmung zu erleben. Es dominieren „Songs“ der bierseligen Verbindungszeiten, z. B. „Gaudeamus igitur“, oder („Bitte recht laut!“) „Im schwarzen Walfisch zu Askalon...“. Als man zu vorgerückter Stunde auch die letzten Hemmungen fallen gelassen hatte, wünschte man sich die alten Zeiten zurück und träumte von Preußens Hohenzollern, was dann so klang: „Wir wollen unseren alten Kaiser Wilhelm wieder haben!“ Wahrscheinlich bedurfte es für diese Meinung bei den meisten gar nicht erst der Renaissance des Preußenkultes, wie sie momentan modern ist. Es verwundert nicht, wenn Ärzte mit diesem Kulturgut den Vertretern der Liste demokratischer Ärzte immer wieder die Teilnahme am Ärztetag per Mehrheitsbeschluß verweigern, wie jetzt zum 4. Male in Hessen geschehen. Man möchte lieber unter sich bleiben.

Die demokratischen Ärzte verschafften sich dennoch Gehör. Sie legten auf einer Pressekonferenz Thesen zur Allgemeinmedizin vor und forderten dazu auf, die Diskussion auf dem Gesundheitstag in Hamburg weiterzuführen.

Wir veröffentlichen dieses Papier im Dokumentarteil.

## Beschäftigte des Gesundheitswesens gegen Atomrüstung

**Wir können nicht um das Leben des Einzelnen ringen und den möglichen Tod von Millionen übersehen!**

Kaum etwas anderes bewegt die Menschen zur Zeit mehr als die Diskussion um die scheinbar unaufhaltsam fortschreitende atomare Aufrüstung. Aufrüstungsbefürworter stellen dabei schon einen Kernwaffenkrieg wieder als „denkbar“ hin, der auch noch „begrenzt“ sei. Diese Aufrüstungsbefürworter finden einen ihrer festesten ideologischen Partner in den Standesvertretungen der bundesdeutschen Ärzte. Sie versuchen mit Forderungen nach einem „Gesundheitssicherstellungsgesetz und der Durchführung von mittlerweile unzähligen Fortbildungsveranstaltungen in „Katastrophenmedizin“ den Eindruck zu erwecken, ein Atomkrieg sei zu „überleben“. An Stelle einer offenen Warnung über die unvorstellbaren medizinischen Folgen der Explosion auch nur einer einzigen Atombombe über einem der dichtbesiedelten Gebiete Europas, der Bundesrepublik tragen sie so das Ihre dazu bei, einen möglich gewordenen Atomkrieg denkbar und damit auch wahrscheinlicher zu machen.

### Über 1 Million Unterschriften für Krefelder Appell

Gegenteilige Meinungen waren bis vor kurzem im Gesundheitswesen der Bundesrepublik kaum auszumachen. Erst als sich auf internationaler Ebene Ärzte aus Ost und West auf einem Kongreß für die Verhinderung eines Atomkrieges trafen, fanden auch Anti-AKW-Ärzte und Friedensbewegung zueinander. Innerhalb weniger Wochen entstanden nach ausländischem Vorbild zahlreiche Initiativen im Gesundheitswesen, die sich zumeist inhaltlich auf den „Krefelder Appell“ (abgedruckt im DG 2/80) beziehen. Dieser Appell hat bisher über 1 Million Unterstützer gefunden.

Im folgenden soll versucht werden, einen Überblick über die nationalen Initiativen gegen die atomare Aufrüstung zu geben, da wir uns außerstande sehen, alle Aufrufe vollständig zu dokumentieren. Gleichzeitig geben wir für jeden Aufruf die Kontaktanschrift an, damit sich jeder interessierte Leser direkt an die Initiativen wenden kann.

### Schleswig-Holstein

In dem Aufruf „Der Atomtod bedroht uns alle“ der Ärzte und Mitarbeiter des Gesundheitswesens Schleswig-Holsteins heißt es: „Wir tun dies, weil nach unserer Überzeugung durch eine Stationierung dieser Waffen in Mitteleuropa die Gefahr



Foto: Gudrun Janssen  
Demonstration der Medizinstudenten in Bonn am 7. 5. 1981



eines Atomkrieges wesentlich erhöht wird. Das Land, das der Stationierung dieser neuen amerikanischen Raketen zustimmt, wird unweigerlich zur Zielscheibe Nr. 1 im Falle eines Atomkrieges. Außerdem möchten wir die Öffentlichkeit aufklären, die nach unserer Meinung nur unvollständig über die Folgen eines Kernwaffenmißbrauchs vom medizinischen Standpunkt aus informiert ist. Wir müssen dem dritten Weltkrieg zuvorkommen."

**Kontaktanschrift: Dr. K.D. Kolenda,**  
Kleiststr. 16, 2300 Kiel

## Hamburg

In dem Aufruf der Beschäftigten im Gesundheitswesen Hamburgs lauten die wichtigsten Passagen: „Als Beschäftigte im Gesundheitswesen erklären wir, daß im Falle einer nuklearen Katastrophe, eines Atomkrieges, jede medizinische Hilfe versagt. Wer einmal radioaktiver Strahlung ausgesetzt war und nicht sterben sollte, muß mit lebenslanger, nicht heilbarer Strahlenkrankheit rechnen. Für Nachkommen sind schwere Erbschäden zu erwarten. Wir wollen nicht zusehen, wie Milliarden in neue Waffensysteme fließen, die uns alle bedrohen, ohne den Frieden sicherer zu machen. Milliarden, die uns fehlen, um die Gesundheitsversorgung zu verbessern, Gesundheitsschäden am Arbeitsplatz vorzubeugen, um Kindern und alten Menschen sozialere Verhältnisse zu schaffen oder entscheidend mehr für den Umweltschutz zu tun“.

**Kontaktanschrift: Rainer Stachow,**  
Stammannstr. 13, 2000 Hamburg 60

## Bremen

Die Abrüstungsinitiative der Beschäftigten im Gesundheitswesen Bremens wendet sich an den Bundeskanzler: „Als Beschäftigte im Gesundheitswesen, die sich täglich um die Erhaltung von Gesundheit und Leben unserer Mitbürger kümmern, meinen wir verpflichtet zu sein, auf den Widersinn weiterer Aufrüstung und die damit verbundenen Gefahren für unsere Bevölkerung hinzuweisen... Allein schon ein Fehler im Computersystem kann wegen der geringen Vorwarnzeiten jederzeit eine Katastrophe auslösen... Diese Rüstung kostet Geld: 1980 werden ca. 500 Milliarden Dollar für Rüstung und Militär verschwendet. Gleichzeitig leben 2/3 der Weltbevölkerung in Hunger und Elend... Es ist an der Zeit, daß wir uns alle aktiv um den Frieden kümmern!“

**Kontaktanschrift: Dr. med. Hans Güse,**  
Elsässer Str. 16, 2800 Bremen

## Hessen

Der überregionale Aufruf der hessischen „Ärzte gegen Atomraketen“ stellt fest: „Für den Fall einer derartigen Kernwaffenkatastrophe liegt gegenwärtig der Entwurf eines sogenannten Gesundheitssicherstellungsgesetzes der Bundesregierung vor. Danach soll das gesamte medizinische Personal, einschließlich der Ärzte



dem Kommando von Militärs unterstellt werden. In einer solchen Situation kann die „Zentrale Dienstvorschrift 49/50“ in Kraft treten. Sie beinhaltet, daß Ärzte nicht mehr vorrangig nach dem Schweregrad einer Verletzung Hilfe leisten können. Im Gegenteil dürften sogar Patienten mit Brust- und Bauchverletzungen, größeren Verbrennungen nicht mehr regelrecht behandelt werden. Diese Form der Patientenselektion nennt man in der Militärsprache „Triage“. Sie stellt einen Verstoß gegen den hippokratischen Eid dar.“

**Kontaktanschrift: Dr. med. Winfried Beck,**  
Wolframstr. 10, 6050 Offenbach

## Universitätskliniken Göttingen

Wie die vier vorgenannten Aufrufe wird der „Krefelder Appell“ auch von Beschäftigten der Göttinger Universitätsklinik unterstützt: „Lassen Sie sich nicht täuschen, in einem Atomkrieg gibt es keine Sicherheit, in einem Atomkrieg versagt jede medizinische Hilfe. Uns erscheint deshalb gegenwärtig die Verhinderung der Stationierung der atomaren Mittelstreckenraketen als das vorrangige Ziel.“

**Kontaktanschrift: Dr. med. Alois Gerl,**  
Bramwaldstr. 12c, 3400 Göttingen

## Medizinischer Kongreß zur Verhinderung des Atomkrieges

Weiterhin haben sich die „Hamburger Ärzteininitiative gegen Atomenergie“, „Berliner Ärzteininitiative gegen Atomenergie“ und

„Bayrische Ärzte gegen Atomenergie“ sowie einige weitere Einzelunterstützer zusammengefunden, um am 19. 9. und 20. 9. 1981 im Audimax der Universität Hamburg einen „Medizinischen Kongreß zur Verhinderung des Atomkrieges“ durchzuführen. Erwartet werden zu diesem Kongreß 1500 Ärzte aus der Bundesrepublik sowie zahlreiche Vertreter ausländischer Ärzteininitiativen. Es ist geplant, vier Wochen vor dem Kongreß eine ganzseitige Anzeige mit dem Aufruf zu dem Kongreß im Deutschen Ärzteblatt zu veröffentlichen, was ca. 8000 DM kostet. Dazu sollen Unterschriften gesammelt werden unter dem Aufruf „Ärzte warnen vor dem Atomkrieg“ (siehe DG-Umschlagrückseite). Gleichzeitig wird von den Unterzeichnern eine Spende von mindestens 50 DM für die Anzeige erwartet.

**Kontaktanschrift: Wolfgang Kratzke,**  
Lindenstr. 23, 2000 Hamburg 1  
Tel.: 040/2802815 (auch tagsüber)

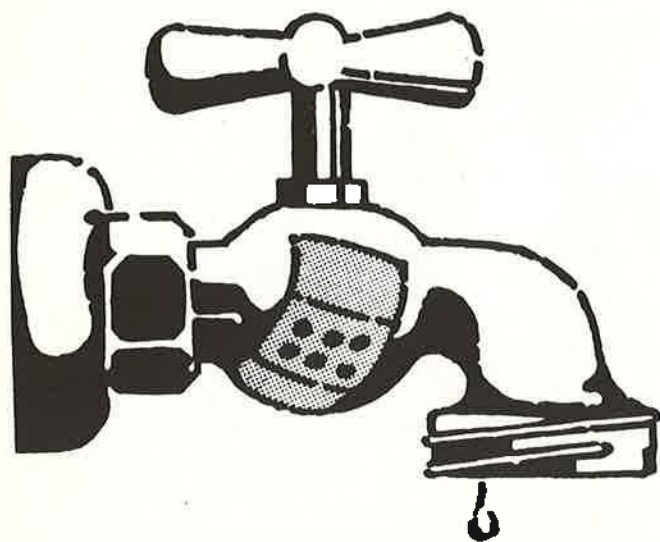
## Abrüstung auf dem Gesundheitstag

Die Abrüstungsdiskussion wird sich auf dem vierzehn Tage später stattfindenden Gesundheitstag fortsetzen, wo endlich Veranstaltungen für alle Berufsgruppen im Gesundheitswesen zu diesem Bereich angeboten werden. Diese Aktivitäten lassen hoffen, daß die Stärke der Friedensbewegung holländische Ausmaße annehmen wird. Es ist noch nicht zu spät, sich aktiv um den Frieden zu kümmern!

**Gunar Stempel**

# Das Wasser ist das Beste (?)

Teil IV



## Patient Trinkwasser

von Uwe Schmitz

Daß sauberes Trinkwasser keine Selbstverständlichkeit mehr ist, hat sich bereits herumgesprochen. So mancher kam da schon auf die Idee beziehungsweise den Holzweg, sich Trinkwasser als Importware zu teurem Geld in die heimische Küche zu holen, freilich ohne zu wissen, damit häufig sauber abgetütete Costridien und Pseudomonaden zu erstehen. Oder sich aber ein Wassernachbehandlungsgerät an den Wasserhahn zu schrauben, um den Preis, sich den Magendarmtrakt mit potentiellen Krankheitserregern durch das durch die Geräte ablaufende „bessere“ Wasser anzureichern.

Was also trinken, wenn das Trinkwasser aus dem Hahn in dem schlechten Ruf steht, Krebs durch die Chlorierung hervorzurufen? Das totale Bekenntnis zum Bier ist bekanntlich ebenso risikobehaftet, Limonaden helfen auch nicht über die Wasserängste hinweg, da sie mit dem gleichen schwermmetallschwangeren Wasser abgefüllt wurden, das uns auch aus der Leitung angeboten wird.

Was tun also?

1. Wasser aus der Leitung weitertrinken, es bleibt uns ohnehin nichts anderes übrig.
2. Dafür Sorge tragen, daß die Qualität unseres Trinkwassers sich nicht weiter verschlechtert. Wie man das machen soll, steht auf einem anderen Blatt, Strategien hierfür können und sollen hier nur ansatzweise entwickelt werden; vielmehr soll versucht werden, Licht in das Dunkel unserer Wasserleitungen zu bringen, um einige Zusammenhänge aufzuzeigen.

Die mehr als 10000 Wasserwerke in der Bundesrepublik beziehen ihr Rohwasser, das sie zu Trinkwasser aufbereiten, zu ca. 25% aus sogenannten Oberflächengewässern, also Seen, Flüssen und Talsperren, 75% aus Grund- und Quellwässern. Dabei steigt der Anteil von Oberflächenwasser an der Trinkwasserversorgung infolge eines Mangels an ausbeutungsfähigen Grundwasservorkommen ständig an.

Daß die Verschmutzung des Grundwassers besorgniserregend zugenommen hat, stellte im März dieses Jahres auch der Deutsche Verein des Gas- und Wasserwesens auf einer Fachtagung in Berlin fest. Die Beobachtungen massiver Grundwasserverschmutzungen hätten sich „in dramatischer Weise gehäuft“, insbesondere

werde das Grundwasser von chlororganischen Substanzen bedroht, die von Industrie und Gewerbe in großen Mengen als Lösungs- und Reinigungsmittel eingesetzt würden. Stoffe wie Tri- und Perchloräthylen hätten bereits dazu geführt, daß Wasserversorgungsanlagen abgeschaltet werden mußten.

Insbesondere durch die Verunreinigung des Flußwassers wird die Qualität des Oberflächenwassers immer bedenklicher; wir müssen von daher mit einer erhöhten und zunehmenden Aufnahme durch Fremdstoffen und Schadstoffen rechnen. Eine direkte Gewinnung von Rohwasser aus den Flüssen ist ohnehin nicht mehr möglich, nur über die in der Regel verwendete Uferfiltration unter Nutzung der Filter-

wirkung des Bodens wird ein derart vorge-reinigtes Wasser gewonnen, daß man nun den Wasserwerken zur Hauptreinigung zur Verfügung stellen kann. Mit zunehmender

Oberflächengewässerverschmutzung werden hier die Aufbereitungsmaßnahmen immer aufwendiger und kostspieliger. Doch bei aller Mühe kommt hierbei noch immer am Ende ein Wasser heraus, daß man so noch nicht an den Verbraucher schicken kann. Schließlich hat das Wasser nun eben erst die vorgeschriebene Mindestgüte erreicht. Notwendig ist noch der letzte Schliff, nämlich die Chlorung, die Behandlung mit elementarem Chlor. Dies bewirkt eine Entkeimung des Wassers bereits im Wasserwerk, soll aber auch gewährleisten, daß nach 100 km Rohrleitungsweg das Wasser auch keimfrei aus dem Wasserhahn fließt. Soweit so gut, die Sache hat nur einen Haken.

Bei dieser Chlorung entsteht bei einer Nebenreaktion mit organischen Stoffen – im Verdacht steht insbesondere die Huminsäure – Chloroform, oder, in seiner chemischen Bezeichnung, Trichlormethan. Chloroform ist ein Karzinogen, steht also in dem schlechten Ruf, Krebs hervorzurufen. So ist Chloroform nicht mehr als Narkosemittel in Gebrauch, seine Verwendung im Pflanzenschutz ist seit vier Jahren in der BRD verboten. Seit 1976 darf es in den USA in Kosmetika, Lebensmittelverpackungen und Pharmazeutika nicht mehr vorkommen.

Wissenschaftliche Untersuchungen in den Niederlanden, den USA und England hatten eine leichte Erhöhung des Krebsrisikos unter den Bevölkerungsanteilen gefunden, die mit gechlortem Trinkwasser versorgt wurden. Es zeigt sich eine zwischen 13 und 93% gelegene Erhöhung der Dickdarmkrebsrate sowie eine 50%ige Zunahme des Mastdarm- und Blasenkrebses.

Die Stadt mit der höchsten Dickdarmkrebssterblichkeit in der BRD ist Bremen. Hier stellte die Trinkwassergruppe der Universität Bremen in einem Forschungsbericht fest, daß kanzerogene Substanzen im Bremer Trinkwasser besorgniserregende Konzentrationen annehmen. Im Mittelpunkt der Anklage stand das Bromoform, eine dem Chloroform verwandte Substanz. Schuld an der Bromoformentstehung ist wiederum das Chlor: Die Weser, aus der das Bremer Trinkwasser zum Teil gewonnen wird, hat durch die Einleitungen der Kali-Industrie in Hessen und in der DDR einen extrem hohen Salzgehalt. Mit einem hohen Salzgehalt ist jedoch auch stets ein hoher Bromidgehalt verknüpft. Bromit, selbst relativ unschädlich, läßt sich bei der üblichen Wasseraufbereitung nicht entfernen. Da nun das Weserwasser zusätzlich stark mit organischen Substanzen verschmutzt ist, muß es für die erforderliche Mindestgüte deftig gechlort werden. Hierbei reagiert das Chlor nun mit dem Bromit, das Reaktionsprodukt reagiert mit weiteren Stoffen bis schließlich Bromoform entsteht.



Eine akute Vergiftungsgefahr besteht freilich nicht; die Wirkung dieser Stoffe fällt in den Bereich der Langzeittoxizität, der Krebs läßt bis zu dreißig Jahre auf sich warten. Zum Problem werden die ein Leben lang in geringen Dosen aufgenommenen Karzinogenmengen. Wie in solchen Fällen üblich, streitet sich die Gelehrtenwelt über die Schwellendosis: Bis zu welcher Konzentration ist's anscheinend ungefährlich, ab wann muß Katastrophenalarm gegeben werden?

Die US-amerikanische Food and Drug Administration hält 100 µg pro Liter für unbedenklich, das Bundesgesundheitsamt 25 µg, die WHO-Experten sehen das tolerable Limit bei 1 µg. Würde die 25 µg-Schwelle gesetzliche Vorschrift, kämen nicht wenige bundesdeutsche Wasserwerke ins Schwimmen. Die 1 µg-Grenze wäre gegenwärtig überhaupt nicht zu realisieren. Hinzu kommt, daß Bromoform, Chloroform und andere Trihalogenmethane bekanntermaßen nicht die einzigen Verunreinigungen in unseren Gewässern sind. Eine amerikanische Untersuchung des Trinkwassers von Cincinnati hat ganze 460 organische Verbindungen nachgewiesen, fast alle in Konzentrationen unter 10 µg pro Liter. Über deren Wirkung und Langzeittoxizität, Synergismen, (gegenseitige Beeinflussung) und Reaktionen herrscht aber weitgehende Unklarheit. Nur eines ist sicher: Zu verniedlichen gibt es nichts!

Die Frage ist, was sich ändert. Unter entsprechendem politischen Druck seitens der betroffenen Bevölkerung wurde in Bremen die Wasserversorgung kurzfristig von der Weser auf sauberes Grundwasser umgestellt, die Trinkwasserchlorung auf nahezu Null gesenkt. Zeitraubende und kostenintensive Investitionen sind notwendig, um diese Umstellung langfristig zu sichern. So muß das Grundwasser aus dem Raum Niedersachsen, aus Gebieten, die bereits für die Versorgung des Hamburger Raumes benötigt werden, nach Bremen transportiert werden; daher stoßen diese Grundwasserversorgungsgebiete schon jetzt an die Grenzen ihrer Kapazität.

Ein anderes Beispiel ist Frankfurt. Messungen haben dort durchschnittlich 35 µg Trihalomethan im Trinkwasser ergeben. Frankfurts Trinkwasser gilt mit als das schlechteste der BRD. Die Verantwortlichen bagatellisieren jedoch das Problem. Frankfurt bezieht ca. 1/3 seines Trinkwassers aus dem Main, über dessen „Qualitätswasser“ wir in DG 1/80 schon ein düsteres Bild malen konnten. Der Rest wird aus Grundwasser der näheren Umgebung sowie dem Ried und dem Vogelsberg bezogen.

Im Gebiet um den Vogelsberg werden jährlich über 50 Mio. qm qualitativ besten Grundwassers gefördert, dessen Löwenanteil jedoch die Großindustrie um Frank-

furt als Brauchwasser verwendet, um es gut aufgewärmt und verschmutzt wieder in die Flüsse abzuleiten. Durch die Übernutzung des Grundwasservorkommens ist in weiten Gebieten um den Vogelsberg der Grundwasserspiegel um 6–12 m gesenkt worden. Die Folgen: Versiegende Quellen, ausgetrocknete Teiche, Waldsterben, Veränderungen von Flora und Fauna, an vielen Gebäuden treten Risse auf. Trotzdem soll die Ausbeutung der Grundwasservorkommen am Vogelsberg auf 150 Mio. qm pro Jahr gesteigert werden.

Den Mengen nach zu beurteilen sicherlich nicht für die Trinkwasserversorgung.

Neben der drohenden Erschöpfung wichtiger Grundwasservorkommen und deren ökologischen Folgeerscheinungen werden Grund- und Oberflächengewässer – die am wenigsten geschützten Rohstoffe der Welt – von Verschmutzung und fehlender Erneuerung bedroht. So laufen jährlich zig Millionen Liter Öl aus Tanks und Pipelines, die das Grundwasser verseuchen. In den USA beispielsweise gibt es jährlich 1800 solcher Lecks, die den Wasserhaushalt gefährden.

Schwermetalle, allen voran das Cadmium, gefährden die Trinkwassersicherheit bei uns vor allem im Rhein/Main-Neckargebiet. Die Anreicherung im Rhein behindert die Uferfiltrat-Nutzung zur Gewinnung von Rohwasser zur Trinkwasseraufbereitung. Das toxische Cadmium löste vor gut 20 Jahren in Japan eine große Massenerkrankung aus, die „Itai-Itai-Krankheit“, die mit Knochenverformungen und Knochenbrüchen bei geringsten Belastungen, wie beim Husten, einherging.

Ein Beispiel für die Vernichtung von Grundwasserressourcen zeigt München bzw. das Erdinger Moos, wo der geplante Flughafen München II gebaut werden soll. Während die Stadt München ihr Trinkwasser künftig unter hohen Kosten aus dem weit entfernten Loisachtal beziehen will, soll ein großes Grundwasservorkommen direkt vor den Toren Münchens zubetoniert und versiegelt werden. Der Bau des Flughafens stellt einen schwerwiegenden Eingriff in den Wasserhaushalt dar: Die Grundwassererneuerung wird durch Rollbahnen, Straßen und Plätze drastisch vermindert. Bei der Annahme von 5 qkm zubetonierter Fläche würden pro Tag ca. 1000 qm weniger Grundwasser neu gebildet. Zusätzlich aber würden 26000 qm Wasser pro Tag aus dem Grundwasserleiter abgepumpt, um den GW-Spiegel auf 2,5 m unter den Normalpegel zu senken und dauerhaft zu halten. Die gesamte Menge würde zur Versorgung einer ganzen Stadt mit 100000 Einwohnern ausreichen. Darüberhinaus steht zu befürchten, daß das von den versiegelten Flächen abfließende Regenwasser mitsamt dem abgespülten Dreck ungeklärt den Bächen, Flüssen und teilweise auch dem Grundwasser zugeführt wird. Dadurch wiederum

kann es durch Anreicherung von Schadstoffen wie Kohlenwasserstoffen (Mineralöle), Natriumchlorid (Aftausalze) und Schwermetallen (Blei, Zink, Cadmium) kommen, sodaß das ursprünglich qualitativ gute Grundwasser als Trinkwasser nicht mehr geeignet sein könnte.

Die Trinkwasserprobleme sind mit diesem kurzen Anriß noch lange nicht erschöpft. Die Liste allen Möglichen und Unmöglichen ist nahezu unbegrenzt. Zusammenfassend kann folgendes festgestellt werden:

In absehbarer Zeit droht, anders als in den USA beispielsweise, in der BRD für keine Region eine Rationierung von Trinkwasser. Das Problem liegt derzeit nicht in der Quantität, sondern in der Qualität. Trotz einiger zum Teil nicht unbedeutenden Bemühungen steigt die Verschmutzung der Grund- und Oberflächenwasser ständig weiter an.

Bleibt zu fragen, wie man der Misere zu Leibe rücken könnte. Zunächst ist sicherlich eine verstärkte Wasserforschung erforderlich sowie die Entwicklung und der Einsatz von technologischen Alternativen, um die Chlorung von Trinkwasser auf ein Minimum zu reduzieren (Ozon). Der Wasserverbrauch ist einzuschränken, vor allem seitens der (industriellen) Großverbraucher, denen Anreize geboten und Verpflichtungen auferlegt werden müßten, wasserverbrauchsarme Technologien zu entwickeln und einzuführen. Die Konkurrenzsituation um die sauberen Grundwasservorkommen zwischen privaten Haushaltungen (also Trinkwasser) und öffentlichen Einrichtungen sowie der Industrie auf der anderen Seite muß zu Gunsten ersterer entschärft werden. Das von der Industrie und Gewerbe benötigte Brauchwasser sollte vorwiegend aus Oberflächenwassern entnommen werden. Dies würde neben der Entlastung der Grundwasservorkommen die Notwendigkeit mit sich bringen, das Abwasser gereinigt in die Flüsse einzuleiten, um nicht die Brauchwasserversorgung zu belasten. Der industrielle Kläranlagenbau muß massiv intensiviert werden. Alle nutzbaren Grundwasservorkommen müssen, auch wenn sie gegenwärtig noch nicht genutzt werden, wirkungsvoll gegen Verschmutzungen und Versiegelung geschützt werden, bestehende Gefährdungen der Wasserqualität müssen saniert werden. Zu überlegen bleibt auch weiterhin, ob nicht Brauch- und Trinkwasser in privaten und öffentlichen Haushaltungen, also beispielsweise für Toilettenspülung und Straßenbewässerung sowie Trinkwasser andererseits voneinander getrennt werden könnten und sollten. Und nicht zuletzt muß schließlich das Bewußtsein für diese Fragen geschärft werden, die Diskussion muß öffentlich und nicht ausschließlich in Expertenzirkel geführt werden. Das Trinkwasser ist eine politische Frage und wird es in zunehmendem Maße werden – national wie international.

Literatur beim Verfasser

# Verbung & Wahrheit

## Noch nicht genug Tote?

**Ein Bericht von der Sondersitzung des Bundesgesundheitsamtes am 11. 6. 1981 zur Risiko/Nutzen-Abschätzung für Pyrazolonhaltige Arzneimittel (Metamizol, Propyphenazon, Isopyrin und Phenazon) (vgl. dazu DG 3/81 S. 21)**

Ingeborg Simon

Der Auftakt zur Sondersitzung war geheim – inszeniert vom Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie (BPI). Ausgewählte Pressevertreter trafen sich auf Einladung der Pharma-Industrie am Vorabend der Sondersitzung im Tour-Hotel des „Steglitzer Kreises“ (Westberlin). Hier wurden die FAZ, das Handelsblatt und die „Springer-Presse“ gegen die vom Bundesgesundheitsamt veranlaßte Nutzen/Risiko-Abwägung Pyrazolon-haltiger Arzneimittel vom Gastgeber eingestimmt.

Von Seiten des BGA wurde zu Beginn der Sondersitzung eine „Sachdarstellung der beim BGA erfaßten unerwünschten Wirkungen“ gegeben, die im Wesentlichen auf der Auswertung eingegangener Meldungen über Risiken und der entsprechenden Literatur dazu basierten. Hier wurden die seit Jahren – zumindest in der Fachöffentlichkeit – bekannten gefährlichen unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW) – Schock, Agranulocytose, allergische Reaktionen – bestätigt. Sowohl die Aufzählung einer stattlichen Anzahl von Ländern, in denen Metamizol (Novalgin) z.T. schon vor vielen Jahren vom Markt genommen wurde, als auch das zitierte Zahlenmaterial waren hinsichtlich ihres hier deutlich werdenden gesundheitlichen Risikos bedrückend:

- von den bis zum 4. 6. 1981 beim BGA erfaßten 6000 UAW betrafen 1613 = 26% die Pyrazolone (79 Todesfälle)
- die auf Metamizol zurückgeführten Verdachtsfälle auf Schock werden mit 615 jährlich angegeben, auf Agranulocytose mit 150
- das statistische Bundesamt schätzt für die BRD eine Häufigkeit der Agranulocytose von 550–780 Fällen jährlich. Metamizol hat daran mit 23% einen hohen Anteil (gleiche Zahlen liegen aus den Niederlanden vor)
- eindeutig war die Statistik über Gefährdungen in Abhängigkeit von der Verabreichung (Parenteral/enteral). Bei allen UAW des Metamizols lag die Zahl der Toten nach parenteralem Einsatz erheblich höher.

Diese vom BGA vorgestellten belastenden Daten, die noch durch einige Anmerkungen der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzte ergänzt wurden, lösten bei der Industrie Proteste aus. Der Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie – vertreten durch seinen Geschäftsführer Marris – bestritt nicht die Risiken selbst, sondern ihr Ausmaß und ihre erheblichen Auswirkungen auf die Arzneimittelsicherheit. Er gab sich angesichts des Zahlenmaterials überrascht, fühlte sich durch das BGA unvollständig informiert, obgleich die Industrie Ende Mai '81 Gelegenheit hatte, die Akten beim BGA einzusehen. Der Vertreter der Bundesoberbehörde wies die Vorwürfe überzeugend mit dem Hinweis zurück, das Zahlenmaterial sei lediglich auf den Stand vom 4. 6. 1981 gebracht worden und habe daher seit Ende Mai noch einige kleine Ergänzungen erfahren. Die Behauptung der Industrie, das BGA habe ihr bewußt bestimmte Zahlen aus dem Ausland vorenthalten, wurde mit der Bekanntgabe der benutzten Quellen, die allgemein zugänglich sind, widerlegt.

Anschließend äußerten sich verschiedene Sachverständige zu den vom BGA vorgegebenen Fragen. Bemerkenswert – weil konkret und glaubwürdig – waren die Ausführungen eines Arztes von der Intensivstation einer Hannoveraner Klinik. Von 42 durch ihn befragte Kollegen im Haus hatten 24 unerwünschte Wirkungen beobachtet, aber nur 4 hatten sie entsprechend weitergemeldet. Die hier deutlich werdende typische und weit verbreitete Passivität der Ärzte gegenüber der Pflicht, den Arzneimittelmarkt hinsichtlich eventueller Risiken mit zu überwachen, macht deutlich, wie wenig das tatsächlich bestehende Risiko über die erfolgten Meldungen ans BGA eingeschätzt werden kann. Bemerkenswert war auch die Feststellung des gleichen Arztes, daß er in 2 Jahren 6 Fälle von Schock intensivmedizinisch behandeln mußte, die auf eine geringe bzw. normale kurzfristige Einnahme gängiger Schmerzmittel (Arantil, Novalgin-Chinin, Spalt) zurückgingen.

Ein Sachverständiger aus Schweden erwähnte den starken Rückgang der Agranulocytose in seinem Land nach dem Verbot des Metamizols. Der Vertreter der Apotheker kritisierte insbesondere die unzähligen Pyrazolon-haltigen Kombinationspräparate, forderte die Entfernung des Pyrazolons aus allen Mischpräparaten und Warnhinweise für die am Markt verbleibenden Monopräparate.

Andere Sachverständige glaubten, schon durch Aufklärung der Ärzte einen vorsichtigeren Umgang mit Pyrazolonhaltigen Mitteln erreichen zu können. Einer der Hoechst-Vertreter empfahl Abwarten, bis eine eindeutige Abschätzung von Nutzen und Risiko möglich sei – die zahlreichen Todesopfer schienen ihm offenbar nicht hinreichend. Von den Gefährdungen des Verbrauchers durch den täglichen massenhaften Konsum dieser rezeptfreien Wirkstoffe sprach keiner, Interessenvertreter der Verbraucher fehlten.

Man darf gespannt sein, wie das BGA entscheiden wird. Nach allem, was gesagt wurde, erscheint ein Verbot der Pyrazolone – wie in anderen Ländern – unwahrscheinlich. Ob das BGA die Rezeptpflicht durchsetzen kann und will, ist offen. Der von Seiten des Amtes betonte Wille, mit allen Beteiligten zu einer übereinstimmenden Lösung zu kommen, läßt da wenig Hoffnung. Mit Sicherheit wird sich an diesem Fall zeigen, wie groß das Engagement und das Durchsetzungsvermögen des BGA sind, wenn es um die Arzneimittelsicherheit der Patienten geht und gegen die ökonomischen Interessen der Pharmazeutischen Industrie. Noch nie waren bei einem Wirkstoff, der im Rahmen der Sitzungen der Stufenplanbeteiligten zur Diskussion stand, so viele Hersteller und Arzneimittel betroffen wie hier.

Bedrückend bleibt, daß – wie schon bei Mexaform, Duogynon oder Prostaglandin – das BGA erst unter dem Druck einer breiten Öffentlichkeit reagiert. Die für Metamizol genannten unerwünschten Wirkungen sind der Industrie, den Wissenschaftlern, Ärzten und Apothekern schon seit vielen Jahren bekannt, aber es bedurfte eines engagierten Autorentams und einer sensationsfreudigen Presse, um Metamizol endlich „reif“ zu machen für eine längst überfällige Risiko/Nutzen-Abschätzung.



# KONGRESS BERICHTE

## Bewegung in der Psychiatrie

Tagung des „Mannheimer Kreises“  
(28.–31. 5. in Köln)

... „Erschrocken haben wir festgestellt, daß trotz aller positiven Ansätze, auch gemeinde-nahe Ghettos geschaffen wurden, die Zusammenarbeit gemeindenaher Psychiatrie mit staatlicher Ordnungsmacht auch ein Mehr an Kontrolle bedeuten kann“ ... (Aus dem Aufruf)

Antworten auf die Frage: „Auflösung (der Ghettos), wie und wie nicht?“ sollten im Rahmen der 46 Arbeitsgruppen des diesjährigen Mannheimer Kreises gefunden werden; so jedenfalls hatten sich die Initiatoren in der Vorbereitungsgruppe und dem Vorstand der DGSP (Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie) den inhaltlichen Ablauf gedacht.

Gut Tausend Interessenten, DGSP-Mitglieder, Psycho-Profis aus ambulanten und stationären Einrichtungen und erfreulicherweise etliche Be(Ge?)troffene fanden sich in dem – architektonisch durchaus ungastlichen – Gesamtschulenklotz im Kölner Süden ein.

Der Höhepunkt des ersten Veranstaltungstages, eine Podiumsdiskussion über die Schließung des LKH Brauweiler und die Psychiatrische Versorgungssituation in Köln geriet zum Waffengang Pistole gegen Küchenmesser: Einerseits fand ich es mutig von Prof. Kulenkampf, dem obersten Gesundheitsverweser des Landschaftsverbandes (und übrigens auch DGSP-Mitglied) unter diesen Bedingungen in den „Ring“ zu steigen. Gegen den charismatischen Führer des Sozialistischen Selbsthilfekomitees (SSK), Lothar Gothe, besaß er zu keinem Zeitpunkt auch nur den Hauch einer publikumswirksamen Chance. Andererseits ist angesichts dessen, was tagtäglich in den von Kulenkampf verantworteten LKH's passiert, die Emotionalität der vorgetragenen, z.T. unsachlichen Anwürfe aus dem Publikum – „Sie Schreien“, „Sie sollte man auch einsperren“ u.a. – verständlich.

So geschah, was Insider erwartet hatten, die Organisatoren aber keineswegs beabsichtigten: Die Diskussion entglitt der völlig überforderten Moderatorin, die restlichen Podiumsteilnehmer – unter ihnen eine sehr engagiert diskutierende Patientensprecherin und der etwas blaß wirkende ÖTV-Bezirkssekretär Wilfried Kühle – spielten nur noch Nebenrollen und Kulenkampf ging! Er, der dem SSK fast schon verbalradikal entgegengekommen war, fühlte sich zuviel beschimpft. Was der Gewinner dieses Pyrrhus-Sieges ihm hinterherrief, hätte, so meine ich, Thema des Abends sein müssen: „Herr Kulenkampf, seien Sie wenigstens einmal ehrlich und sagen Sie uns, welche „Hintermänner“ oder Bürokraten Sie daran hindern das zu tun, was Sie, wie Sie immer sagen, für die Rheinische Psychiatrie gerne täten“!! Genau die Diskussion dieser Frage hätte die Veranstaltung nicht, wie

es der DGSP-Vorsitzende tags später ausdrückte, zu einem „traurigen Ereignis“ gemacht, sondern zu einem politisch brisanten Abend.

Das Abschlußplenum am Sonntag entschädigte inhaltlich etwas. Breiten Raum nahm das Thema Gewalt in der Psychiatrie ein. Zwischen der schwarz-weiß malenden Position des SSK (alles was im LKH arbeitet ist böse, alle draußen sind gut) und vielen, sehr bedenkenswerten Beiträgen von LKH-Mitarbeitern stand die vermittelnde Position des Beschwerdezentrum Bonn, dessen Resolution zu ersten gemeinsamen Schritten dann auch von einer großen Mehrheit begrüßt wurde.



Einen zweiten Schwerpunkt, auch aus der Arbeitsgruppen-Diskussion heraus, nahm die Frage nach Schwierigkeiten bei der Auflösung bzw. Verkleinerung der LKHs ein. Privat getragene, gewinnwirtschaftlich organisierte Einrichtungen schießen wie Pilze aus dem Boden – natürlich nur für ausgesuchtes Klientel. Andererseits fürchten die LKH-Beschäftigten um ihre Arbeitsplätze. Als realistischer Lösungsweg wurde angesprochen, komplementäre und stationäre Einrichtungen demselben Träger zu unterstellen – den Kommunen. Dieser Weg würde nicht nur Arbeitsplatzsicherheit für die Beschäftigten bedeuten. Die kommunale Verantwortlichkeit wäre ein großer Schritt in Richtung Gleichstellung psychisch und somatisch Kranker und würde Ausgrenzung erschweren. Die Psychiatriediskussion im Rheinland würde zudem um eine längst überfällige Forderung erweitert: „Auflösung des Gesundheitsreferates im Landschaftsverband“.

Ulli Raupp

## Aller Anfang ist schwer

Am 30. April fand in Stuttgart das lang erwartete „Klärungsge-spräch“ zwischen ÖTV-Hauptvorstand und dem DGSP-Vorstand statt.

Nach Aufruf und Sternmarsch „Zur Auflösung psychiatrischer Großkrankenhäuser“ waren in beiden Organisationen kontroverse Diskussionen über weitere Psychiatriepolitik gelaufen.

In den grundsätzlichen Positionen konnte keine Annäherung erzielt werden. Während die ÖTV, wie in ihren Perspektiven formuliert, die schrittweise Auflösung der Großkrankenhäuser befürwortet, aber erst einmal Alternativen geschaffen werden sollen z.B. Anbindung psychiatrischer Abteilungen an Krankenhäuser, befürchtet die DGSP, daß durch Schaffung von Alternativen vor der Auflösung die bestehende Situation gefestigt wird, da sie die Großkrankenhäuser für nicht reformierbar hält.

Einig war man sich aber in der Ablehnung der Privatisierung psychiatrischer Einrichtungen wie z.B. der Gesellschaft für Psychosomatische Therapie; Organisationen, die zwar Enquête-Vokabeln im Munde führen, aber Profitsichtspunkte im Kopfe haben zum Nachteil von Patienten und Beschäftigten.

In diesem Sinne wandte man sich auch gegen freie Träger im ambulanten Bereich. So wäre bei einer Kommunalisierung der Psychiatrie es leichter zu verhindern, daß ambulante und stationäre Bereiche gegeneinander ausgespielt werden, stattdessen beide Bereiche bedarfsgerecht ineinander übergehen.

Weiter wurde vereinbart, daß das Bemühen der ÖTV eine Mängelliste pflegerischer Berufstätigkeit zu erstellen von der DGSP unterstützt wird, wobei diese insbesondere die veränderten qualitativen Ansprüche an psychiatrischer Pflege einbringen will.

Zwar konnten durch dieses Gespräch nicht alle Unterschiede beseitigt werden, doch die in Zukunft stärkere Zusammenarbeit läßt erwarten, daß die von beiden Seiten kritisierten Zustände in der psychiatrischen Versorgung, gemeinsam angegangen werden, um Veränderungen zu schaffen.

# buch *Kritik* buch

## Michael Lukas Moeller: „Anders helfen – Selbsthilfegruppen und Fachleute arbeiten zusammen“

Michael Lukas Moeller hat ein zweites Buch über seine reichhaltigen Erfahrungen mit Selbsthilfegruppen vorgelegt. Darin geht es diesmal vor allem um die Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfegruppen und professionellen Helfern. Diese Zusammenarbeit zu thematisieren (und zu fördern) halte ich – für eine wichtige Aufgabe, weil ich hierin eine bedeutsame Möglichkeit sehe, festgefahrene Rollenverteilungen aufzubrechen und ihre negativen Folgen (hierarchisches Gefälle zwischen Arzt und Patient, „schweigende Medizin“, Abhängigkeit und unabgedeckte Bedürfnisse bei den Patienten u.a.m.) zu verringern: Wenn Patienten (bzw. die Leute, die potentiell einmal Patienten werden) anfangen sich zu verändern, kann das nicht ohne Rückwirkungen auf die Professionellen bleiben (so habe ich es z. B. in der hiesigen psychosozialen Arbeitsgemeinschaft erlebt); veränderte Patienten erfordern veränderte Professionelle! M.L.M. faßt die Vorteile eines Arbeitsbündnisses zwischen Selbsthilfegruppen und Professionellen zu Beginn des Buches einmal mit den Stichworten „wechselseitige Aktivierung“ und „wechselseitige Ergänzung“ zusammen.

Trotz der überwältigenden verbalen Befürwortung von Selbsthilfegruppen gibt es jedoch große Widerstände bei den meisten beruflichen Helfern, wenn die Zusammenarbeit konkret werden soll. Warum Fachleute Bedenken gegen Selbsthilfegruppen haben und welcher Art diese Bedenken sind, wird nach einigen einleitenden Abschnitten in einem ersten längeren Kapitel ausführlich behandelt. Dabei spielt das typische Berufsverhalten – der Helfer übernimmt die volle Verantwortung für den abhängig gehaltenen Klienten – eine große Rolle. Meist ist das von Schmidbauer diagnostizierte „Helfersyndrom“ der harte Kern des Widerstands gegen Selbsthilfegruppen. Nach außen hin kann der Widerstand in vielerlei Gestalt auftreten: Unkenntnis, Gleichgültigkeit, Skepsis, Abwertung, Ängstlichkeit und sogar Überidealisation können als Gründe benutzt werden, um den Kontakt mit Selbsthilfegruppen zu vermeiden.

Zur praktischen Brauchbarkeit tragen die vielen Adressen und Hinweise im Anhang bei. (Wissenschaftler-Kritik bzgl. des Anhangs: bei ca. 30–40mal Nachblättern von Literaturangaben des Textes im Literaturverzeichnis wurde ich 6mal enttäuscht: entweder fehlten die erwähnten Autoren ganz oder es waren nur Beiträge aus einem anderen Jahr zitiert.)

Wie weit – und diese Frage sollten sich andere Leser auch stellen – kann ich der Auffassung von „Selbsthilfe“ folgen, die in M.L.M.'s Buch deutlich wird? Da hier kein Raum ist für eine ausführliche Analyse, kann ich meine inhaltlichen Bedenken nur ganz allgemein skizzieren.

1. Das Buch hat für mich atmosphärisch ein „Helfen-Wollen“ vermittelt. Im Prinzip kann ich mich leicht damit identifizieren, weil ich als Medizin-Soziologe auch ein „Helfersyndrom“ habe, in dessen Rahmen wohl eine massive Überschätzung meiner Möglichkeiten („Therapie“ des Gesundheitssystems oder einer „kranken“ Gemeinde) zum (notwendigen?) Bestandteil meiner Berufsrolle gehört. Trotzdem erscheint es mir gefühlsmäßig als Widerspruch, daß aus einem Buch über: Selbsthilfe so oft „Mehr-Helfen-Wollen“ spricht anstatt „Weniger-Helfen-Wollen“. M.E. resultiert aus dem „Helfen-Wollen“ eine Unterschätzung von Faktoren, die die auch von M.L.M. gewünschte Gleichstellung zwischen Selbsthilfegruppen und Professionellen verhindert. Solche Faktoren sind z. B. Informations- und Erfahrungsvorsprünge (S. 126) und Bezahlung von „Selbsthilfegruppen-Beratern“ (S. 200 bis 202), oder der Wunsch nach „maßgeschneiderten Selbsthilfegruppen“, von denen man weiß, „welche Teilnehmer in welcher Zusammensetzung mit welchem Vorgehen welche Ergebnisse erzielen“ (S. 308). Dazu kommt eine Überschätzung, inwieweit das hierarchische Verhältnis von Ärzten zu Patienten bzw. von Lehrern zu Schülern „sich verwandelt in Gleichstellung.“ Daß dies im wesentlichen durch Aufklärung (vgl. die Mißerfolge der Gesundheitserziehung) und konkrete Zusammenarbeit zu erreichen sein soll, scheint mir zu optimistisch. Da müßte auch aktiv etwas verwandelt werden, – und nicht nur durch Gespräche.

2. Die Beschränkung des Selbsthilfe-Konzepts auf „selbstverantwortliche Gesprächsgruppen“ erscheint mir zwar unter arbeitsökonomischen Gesichtspunkten sinnvoll, ist m.E. auch tatsächlich das quantitativ bedeutsamste Element in Selbsthilfegruppen und oft notwendige Vorstufe von emanzipatorischen Handlungen, – aber trotzdem: wenn es so stark wie in diesem Buch betont wird, bricht es der Selbsthilfe die Spitze ab. Obwohl M.L.M. die Selbsthilfebewegung als ein Erbe der großen Protestbewegungen sieht (S. 20) und als „Doppelziel“ der Gruppen immer Selbst- und Sozialveränderung betont (S. 196), halte ich manchmal den Eindruck, daß Aktivitäten nach außen eher als unwichtig, evtl. sogar als negativ angesehen werden. Z. B. wo ein Patienten-Protest als „Überselbständigkeits-Kollusion in der Arzt-Patient-Beziehung“ gedeutet wird (S. 222) oder wo ein „Umkippen“ von Selbsthilfegruppen in irgendeine Art von Sekte u. a. mit dem Satz charakterisiert wird: „Statt des offenen, regelmäßigen und reflektierenden Gesprächs kommt es zu kurzfristig beschlossenen Aktivitäten mit bestimmter ideologischer Zielrichtung“ (S. 290).

3. Mein dritter Kritikpunkt betrifft eine weitere (bewußte) Einschränkung des Buches: Es werden im wesentlichen nur die „Entwicklungschancen selbstverantwortlicher Gesprächsgruppen“ betont (S. 177 ff). M.L.M. geht dadurch einem Dilemma aus dem Weg, für das ich auch keine Patentlösung habe,

aber mit dem er sich m.E. doch intensiver auseinandersetzen müßte: Einerseits wollen wir bewußt nicht allzu sehr die Grenzen von Selbsthilfegruppen diskutieren, weil „Grenzen bestimmen“ unabwendbar nicht nur „ausloten“ hieße, sondern auch „mit professionellen Maßstäben festlegen“; andererseits unterstützen wir mit einer Überbetonung der Möglichkeiten von Selbsthilfegruppen den sehr plausiblen „Mißbrauch des Selbsthilfeprinzips“ als Vorwand ... (für Politiker), sich der sozialen Verantwortung zu entziehen (S. 102), noch direkter gesagt: die Finanzierung sozialer Dienste zu kürzen, um weiter aufzurüsten. Tendenziell sehe ich diese Gefahr auch umso größer, je stärker das (der Psychotherapie ähnliche) Gesprächselement in Selbsthilfegruppen hervorgehoben wird. Eine Assoziation dazu: Kann M.L.M. zwar das eher friedliche (evtl. sogar befriedende) Element des gemeinsamen Gesprächs in der Selbsthilfebewegung bei sich zulassen, aber nicht so gut das „aggressive“ Element des gemeinsamen Handelns nach außen?

An einer Stelle (S. 239) konstatiert M.L.M., „wie sehr wir Experten dazu neigen, schon die kleinsten Freiheiten und Neuerungen, die wir einführen, als „Selbsthilfe“ zu stilisieren.“ Dabei schoß mir die etwas provokative Frage durch den Kopf, ob die selbstverantwortlichen Gesprächsgruppen nur weitere „kleine Freiheiten und Neuerungen“ darstellen und ob die „eigentliche“ Selbsthilfe nicht viel mehr von dem „aggressiven“ Element enthalten muß, um wirklich befreiend zu sein. Das mag eine Überbetonung der anderen Seite darstellen; ich glaube aber, daß es wichtig ist, die mögliche Perspektive der Selbsthilfe als nur „kleine Neuerung“ im Auge zu behalten.

Wie die gesamte Arbeit der Gießener Arbeitsgruppe ist auch dieses Buch durch persönliche Erfahrungen geprägt. Es spiegelt wie kein anderes den aktuellen Stand der praktischen Erfahrung wider, insbesondere für den (von der Natur der Sache her heiklen) Bereich einer Unterstützung von Selbsthilfegruppen durch Professionelle. Ein weiterer Vorzug, der für die berufliche Praxis von unschätzbbarer Wichtigkeit ist: Das Buch macht Mut. Das alles haben wir in unserem Hamburger Forschungsprojekt zum Thema „Selbsthilfegruppen“ immer wieder gebrauchen können und dies wird es auch für andere Leser zu einer Bereicherung werden lassen.

Alt Trojan

## Sexualität konkret 1981

Neuer Konkret Verlag, Hamburg  
98 Seiten, 8,- DM

Sexualität konkret erscheint jetzt schon zum dritten Mal. Ich kenne nur das letzte Heft, das es inzwischen als superbilliges Taschenbuch beim Buchversand 2001 gibt. Als ich das neue Heft bei meinem Zeitschriftenhändler sah, hab ich es mir gleich gekauft. Und? Besser? Schlechter? Lest es selbst. Wer sich für das Sexualleben seiner Mitmenschen interessiert, wer verunsich-



# Es geht ums Überleben

## Bücher für den Frieden

### Es geht ums Überleben

Warum wir die Atomraketen ablehnen.

Herausgegeben von Karl D. Bredthauer und Klaus Mannhardt.

Beiträge von Heinrich Albertz, Gert Bastian, Karl Bechert, Gerhard Kade, Alfred Mechttersheimer, Lord Louis Mountbatten, Martin Niemöller u. a.

Mit Abbildungen und Karikaturen

priv-aktuell, Kleine Bibliothek Band 224. 182 Seiten, DM 9,-



Manfred Bosch

### Nie wieder!

Literarische und politische Texte gegen den Krieg

Von der Jahrhundertwende bis heute: Heinrich und Thomas Mann, Carl v. Ossietzky, Kurt Tucholsky, Bertold Brecht, Erich Kästner, Wolfgang Borchert, Heinrich Böll, Alfred Andersch, Max Frisch, Albert Einstein, Albert Schweitzer, Erich Fried u. a.

Mit zahlreichen Fotos und Illustrationen

Kleine Bibliothek Band 215. 210 Seiten, DM 12,80

Heinz Becker / Otmar Leist (Hrsg.)

### Militarismus in der Bundesrepublik

Ursachen und Formen

Mit Abbildungen. Kleine Bibliothek Band 225. 140 Seiten, DM 9,-

Harold Rasch

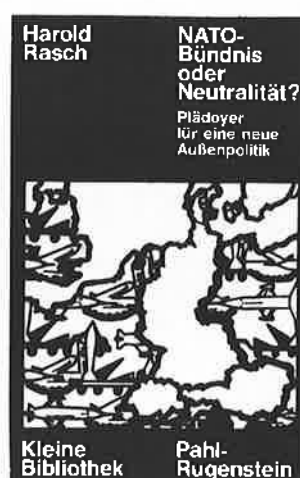
### NATO-Bündnis oder Neutralität?

Plädoyer für eine neue Außenpolitik

Kleine Bibliothek Band 207. 137 Seiten, DM 12,80

### Generale für den Frieden

General Wolf Graf von Baudissin, Bundesrepublik — General Francisco da Costa Gomes, Portugal — Brigadegeneral Michael Harbottle, Großbritannien — General Georgios Koumanakos, Griechenland — Admiral John Marshall Lee, USA — General M. H. von Meyenfeldt, Niederlande — General, Senator Nino Pasti, Italien — Admiral Antoine Sanguinetti, Frankreich. Mit Porträtfotos, Leinen mit vierfarbigem Schutzumschlag. 376 Seiten, DM 36,-



Gerhard Kade

### Die Bedrohungslüge

Die Legende von der „Gefahr aus dem Osten“

Mit umfangreichem Dokumentarmaterial

2. Auflage, Kleine Bibliothek Band 147. 294 Seiten, DM 12,80

Renate Janßen

### Frauen ans Gewehr?

Im Gleichschritt marsch...

Mit einem ausführlichen Dokumentenanhang

priv-aktuell. Kleine Bibliothek Band 184. 140 Seiten, DM 7,-

Winfried Schwamborn

### Handbuch für Kriegsdienstverweigerer

7. Auflage, Kleine Bibliothek Band 18. 162 Seiten, DM 9,80

Unterrichtseinheit

### Rüstung und Abrüstung

Geeignet ab 10. Hauptschulklasse.

Zahlreiches Bild- und Kartenmaterial, Gedichte, Statistiken, Arbeitsblätter.

Format DIN A 4. Heft 3, 64 Seiten, DM 8,-

# Pahl-Rugenstein

Gottesweg 54 · 5000 Köln 51      Telefon (0221) 364051

# buch *Kritik* buch

chert ist durch widersprüchliche Erfahrungen in den Medien und ganz privat bei sich selbst, wer wissen möchte, was aus der sexuellen Befreiungsbewegung der sechziger Jahre geworden ist, welchen Einfluß Randgruppen inzwischen schon haben, hatten, oder nicht mehr haben usw., wer sich jedesmal wundert, zu welchen Monströsitäten die Industrie fähig ist, wenn mit der Post die unverlangt zugeschickten Kataloge aus Flensburg aus dem Briefkasten purzeln ... der wird die meisten Artikel dieses äußerlich wie ein Pornoheft daherkommenden Magazins mit Interesse lesen.

Wenn Peggy Parnass schreibt: „Ich fühle mich immer denen unterlegen, die mir von ihrer Großzügigkeit in Liebesdingen erzählen ... Es ist gewagt so was laut auszusprechen, da es „in“ ist, solche Ängste mit Geiz. Besitzdenken.“



Machtgelüsten und anderen Etiketten zu belegen.“ Sowas könnte ich mir anstreichen. Oder aus dem kämpferischen Artikel von Christel Dormagen „Alternativ geil“ den Satz: „Längst hat die Geschwätzigkeit der Sexualität das Verlangen vertrieben.“ Oder was Ulrich Clement zur bürgerlichen Verbesserung der Liebe zu sagen weiß: „Ich glaube, daß die „Beziehungs“-Diskussion Teil einer sozialen Anpassungsleistung der Gattung Mensch ist, die aufgrund äußerer, nämlich wirtschaftlicher Zwänge genötigt ist, eine neue Beziehungsökonomie zu entwickeln. Es ist ein Prozeß der erst beginnt, unsere Gefühle, Beziehungen und sexuellen Erlebnisse so auszurichten, daß sie immer bewußter; benennbarer und schließlich kalkulierbarer werden, bis uns schließlich nichts mehr umschmeißt oder die Sprache verschlägt.“ Jeder wird seine eigenen Probleme innerhalb dieser „Beziehungsökonomie“ haben. Ich fand es tröstlich, daß nach Jahren des Randgruppenkults und der Exotik in der Kulturindustrie gewöhnliche Frauen und Männer überhaupt wieder ernst genommen werden mit ihren ganz gewöhnlichen unbegreiflichen Sehnsüchten und Schwierigkeiten. Aber das sehen andere sicher wieder anders. Für die steht natürlich auch was drin im neuen Heft – Sexualität konkret '81.

Helmut Copak

## Gemeinsam sind wir stärker

### Selbsthilfegruppen und Gesundheit Selbstdarstellungen – Analysen – Forschungsergebnisse

Ilona Kickbusch, Alf Trojan  
(Herausgeber)  
Magazin Brennpunkte 23,  
fischer alternativ,  
Fischer Taschenbuch 4050  
Frankfurt/M. 1981.  
Preis: 11,80 DM.

Auf 285 eng bedruckten Seiten enthält dieses rechtzeitig vor dem Gesundheitstag 1981 herausgekommene Taschenbuch eine solche Fülle von qualifizierten Einzelbeiträgen, daß man es getrost als unentbehrliches Handbuch bezeichnen kann. Zudem hat es gegenüber sehr viel teureren Spezialwerken den Vorteil, daß man sich nicht erst durch unendlich langweilige Literaturaufzählungen und zum Teil triviale Theoriendebatten durchquälen muß, bevor man zum eigentlichen Inhalt kommt.

In der ersten Hälfte des Buches läßt man zahlreiche Selbsthilfegruppen zu Wort kommen (überwiegend aus dem Raum Hamburg) und in der zweiten Hälfte folgen Analysen und Forschungsergebnisse. Die Beiträge der Selbsthilfegruppen (von den Anonymen Alkoholikern bis zur Landkommune) sind kurz und ohne viel bla-bla. Und die erklärenden, beschreibenden und weitertragenden Artikel – sie stammen zum großen Teil aus dem Forschungsprojekt des Universitätskrankenhauses Eppendorf „Gesundheitsselbsthilfe“ sind keineswegs im Soziologenchinesisch abgefaßt. Sie sind auch für Laien noch zu verstehen. Sie halten sich nicht mit Banalitäten auf oder mit bloßen Lobpreisungen alternativer Selbsthilfemodelle, sondern sie beschäftigen sich mit wirklichen Problemen. Z.B. mit den Reibungen zwischen den Selbsthilfegruppen auf der einen Seite und den professionellen Helfern auf der anderen Seite. Dabei versteifen sich die Autoren trotz teilweise sehr scharfer und überzeugender Kritik an professionellen Institutionen an keiner Stelle in einen blinden Haß auf alles, was da von oben kommt und nur Böses im Sinn hat: Herrschaftssicherung, Kolonialisierung des Alltags usw. (Dazu Ilona Kickbusch: Von der Zerbrechlichkeit der Sonne) In dem Abschnitt „Sozialpolitische Zuordnungen“ wird z.B. versucht, einen historischen Bezug der modernen Selbsthilfebewegung zur Arbeiter-selbsthilfe im vorigen Jahrhundert herzustellen. In einem weiteren Beitrag wird den konkreten Gründen nachgegangen, warum ins heutige Sozialversicherungsrecht Selbsthilfe nicht hineinpaßt.

Unter anderem werden auch Fragen zur Zukunft der Selbsthilfebewegung gestellt („schon 1976 sollen fünf Millionen Amerikaner in ... Selbsthilfegruppen aktiv gewesen sein.“) „Selbsthilfe als Verbesserung des bestehenden sozio-ökonomischen Systems“? Oder „Selbsthilfe als Kern



einer Alternativökonomie“? (Christoph Badelt in seinem Beitrag – Selbsthilfe – eine verborgene ökonomische Macht?).

Wenn die einzelnen Beiträge zu kurz sind, wer mehr zu bestimmten Problemen wissen möchte, wer vielleicht aktiv mitmachen möchte in einer Selbsthilfegruppe, der kann sich an die einzeln aufgeführten Gruppen wenden, die Autoren anschreiben. (haufenweise Adressen im Anhang!) Sehr imponierend ist noch die umfangreiche Literaturliste mit knapp 400 Titeln.

Helmut Copak

## Maxie Wander, Leben wär' eine prima Alternative

Sammlung Luchterhand, 220 Seiten, 12,80 DM

Es ist schon vieles über Maxie Wanders Tagebuchaufzeichnungen vor ihrem Tod geschrieben worden. Es geht hier nicht darum, noch einmal die literarische und künstlerische Qualität dieser Dokumente einer krebserkrankten Frau hervorzuheben.

Dieses Buch lohnt sich zu lesen, weil Maxie Wander angesichts ihres nahen Todes eine Klarheit und Intensität der Gedanken über das Leben – und besonders über das Leben im Sozialismus – entwickelt hat, die uns zum Nachdenken über unser oft achtlos, hektisch geführtes und an vielen wesentlichen Dingen gleichgültig vorbeigelebtes Leben anregen und uns auffordern, es bewußter zu gestalten, Dinge intensiver wahrzunehmen und sich mit ihnen auseinanderzusetzen.

Gerade in diesem Zusammenhang und anhand des Einzelbeispiels wird das Buch für alle im



# buch *Kritik* buch

medizinischen Bereich Arbeitenden und besonders für Ärzte interessant.

Als krebserkrankte Frau kämpft Maxie Wander vor allem mit der Hilflosigkeit der Ärzte; mit der Hektik durch überlastete Schwestern und mit dem Gefangensein in einem Zimmer zusammen mit anderen Kranken, die das gleiche Leiden haben, aber dennoch nicht solidarisch sein können, weil jede hofft, sie sei weniger krank.

Bedrückend für den Leser ist der dargestellte Widerspruch zwischen den Bedürfnissen eines Kranken und den Möglichkeiten der Ärzte und Schwestern auf diese Bedürfnisse einzugehen: Jeder Mensch hat ein Verhältnis zu seinem Körper, jede krankhafte Veränderung betrifft das Selbstwertgefühl und die Existenz. Für den Arzt jedoch ist man ein Fall, Routine, 10 davon an einem Tag. „Sie interessiert nur der Tumor, nicht die Person, die dort liegt, sie schauen sich den Menschen nicht an“ und lassen ihn alleine mit seinem „kaputten Körper und seinem Hirn, das nicht aufhört zu denken“. Und wenn man sie nach der Krankheit fragt, sagt jeder Arzt etwas anderes und alle haben gemeinsam dabei die „Neigung, alles zu bagatellisieren“, so daß man nicht erfährt, was wirklich mit einem los ist und gleichzeitig das Gefühl bekommt, daß sich keiner für einen verantwortlich fühlt. Und als Leser fragt man sich, wo helfen die Ärzte eigentlich?

Doch Maxie Wander klagt nicht an, sie stellt eher fest. Sie bringt in ihrer Situation noch sehr viel Verständnis auf und versucht positive Beziehungen zu den sie pflegenden Personen zu knüpfen; eine Leistung, die eigentlich zuerst von der anderen Seite erbracht werden sollte.

Annette Sudek

## Alltag in der Anstalt

von Christa und Thomas FENGLER  
Psychiatrie-Verlag, Rehburg-Loccum 1980,  
ca. 390 Seiten, DM 20,-

Dieses Buch ist das schriftliche Ergebnis eines nahezu 2-jährigen Forschungsaufenthaltes der beiden FENGLERS auf 2 psychiatrischen Aufnahme-Stationen eines Landeskrankenhauses. Dieses LKH beherbergte über 1.300 Patienten, und es ist sicherlich zutreffend, wenn man die Zustände der damaligen Verwahrung als elendig und menschenunwürdig bezeichnet. Kurz bevor die FENGLERS ihre Beobachtungen aufnahmen, hatte ein Wechsel in der Leitung dieses Krankenhauses stattgefunden. Der neue Direktor, ein Exponent sozialpsychiatrischer Reformdenkens, übte mittels einer Anzeige in den „Sozialpsychiatrischen Informationen“ eine Sogwirkung auf reformwilliges (an Abschaffung der Großkrankenhäuser dachte damals wohl noch keiner?) Medizinalpersonal aus, so daß schließlich die „wahrscheinlich größte Wanderungsbewegung von Fachpersonal in der Geschichte der Psychiatrie“ sich in Bewegung setzte.

Wie man sich leicht denken kann, hatten weder die durch Hospitalisierung inzwischen abgestumpften Patienten noch das alteingesessene, familienweise im LKH arbeitende Pflegeperso-

Christa und Thomas Fengler

## Alltag in der Anstalt

Wenn Sozialpsychiatrie praktisch wird  
Eine ethnomethodologische Untersuchung



PSYCHIATRIE VERLAG

nal darauf gewartet, daß ihnen nun ausgerechnet von einer Gruppe, zum Teil gerade von den Universitäten entsprungenen Jungakademikern gezeigt würde, wie praktische Sozialpsychiatrie auszusehen habe, im Gegenteil!

Wir, die mit großem humanitären Pathos und moralischem Drang loslegten, um die chemischen Zwangsjacken von den Patienten zu entfernen und ihnen die Tore zur Freiheit aufzustoßen, hatten die Vermutung, daß die FENGLERS das Scheitern dieses Reformunterfangens aus soziologischer Sicht minutiös notieren wollten, bzw. im günstigeren Fall die Form des Gelingens der Nachwelt überliefern und sich selbst zu einem Dr.-Titel der Soziologie verhelfen wollten. Beide hielten sich ununterbrochen im Bereich des Pflegepersonals auf Station auf, gehörten schließlich fast dazu, wahrten jedoch grundsätzlich ihre Neutralität. Nach nochmals 2-jähriger Auswertung dieses Schattendaseins liegt jetzt das Buch auf dem Markt vor, hat bereits den begehrten psychiatrischen Hermann-Simon-Preis sowie in verschiedenen Rezensionen hohes Lob eingeheimst.

Im Gegensatz zu diversen soziologischen Büchern wurde bis auf einige wenige theoretische Abhandlungen weitgehend auf Fach-Jargon verzichtet und das Papier für eine Fülle von praktischen, daher auch gut verständlichen Beispielen genützt, häufig in originaler Dialogform. Es wird weniger von den Auseinandersetzungen um die Einführung neuer psychiatrischer Praktiken erzählt als vielmehr, – fast unter Außerachtlassung dieser ablaufenden Kämpfe, – Bericht erstattet, wie eine psychiatrische Behandlung von der Aufnahme bis zur Entlassung abläuft. Im Untertitel nennen die Autoren das: „Wenn Sozialpsychiatrie praktisch wird.“ Dies wird geschildert aus der Sicht zweier „Mars“-Menschen, die sich auf der Psychiatrieerde noch nicht auskennen. Sie stellen fest, daß zur Behandlung, sprich Verwaltung, eines Patienten der methodische Entzug von Glaubwürdigkeit genauso gehört wie die Tatsache, daß gute Gründe für eben diesen Entzug der Glaubwürdigkeit sprechen. Verblüffend war die Erkenntnis über den Stellenwert der ansich harmlosen Frage: „Wie sind Sie hierher gekommen?“ Die Antwort des

Patienten bestimmte regelmäßig den Inhalt des ganzen weiteren Aufnahmegesprächs.

Unter dem Stichwort „Loyalitätsmaxime“ wird in der Dissertation von FENGLERS etwas abgehandelt, was mir unter gewerkschaftlichem Blickwinkel schon bei Beginn der Reformierung problematisch war. Wir sind damals aus allen möglichen Universitätsstädten in dieses LKH gezogen, um (Psycho-, Sozio- oder Familien-) Therapie zu betreiben mit den Patienten. Das stand im Gegensatz zur bisherigen Praxis, die wir nur als Verwahrung unter der Sicherheits- und Sauberkeitsmaxime verstanden.

Der Unterschied zwischen den beiden angestellten Gruppen – hier Akademiker, – hier Pflegepersonal – war sehr kraß. Die Ersteren mit dem Fortschritt auf den Lippen waren gewerkschaftlich organisiert, planten die Zukunft für die anderen, hatten aber auf der anderen Seite ein sehr gutes Einkommen plus Nebeneinkunfts-möglichkeit, feste Arbeitsplätze, Karriereaussichten mit der Möglichkeit jederzeitigen Weggehens. Die anderen, das Pflegepersonal, waren eher konservativ, kaum gewerkschaftlich organisiert und mit der Wahrung des Erreichten beschäftigt, sie waren auf den Ort festgelegt, hatten kaum Aufstiegschancen, das Einkommen war eher gering mit der daraus folgenden Anforderung, daß der Ehepartner mitarbeiten mußte, meist in der anderen Schicht (um die Kinderversorgung zu sichern) oder nach Feierabend ein außerdienstliches Zubrot (durch Ausübung des Erstberufs) erworben werden mußte. Weiterhin ist es nicht unwichtig zu wissen, daß der Krankenhausbetrieb mangels Ärzten (und wegen deren vielfältigen lukrativen Nebentätigkeiten) praktisch durch das Pflegepersonal aufrechtgehalten worden. Für die Herstellung und Aufrechterhaltung von Ruhe, Ordnung und Sicherheit war es gelobt worden, darin lag seine Funktion.

Wenn diese Gesichtspunkte nicht berücksichtigt werden und man sich nicht die Mühe macht, die „guten Gründe“ für die bisherigen Verfahrensweisen, wenn schon nicht zu akzeptieren, so doch zumindest zur Kenntnis und ernst zu nehmen, dann kommt es unweigerlich zu Auseinandersetzungen, die letztendlich wiederum auf dem Buckel der Patienten ausgetragen werden. Die FENGLERS nennen das, was schlichtweg eine Selbstverständlichkeit ist, Außerachtlassung der Loyalitätsmaxime und führen dann auch eine Fülle von Beispielen an, welche Formen des Widerstandes von seiten des Pflegepersonals entwickelt werden, wenn sie in dieser Form übergangen, gekränkt und für dumm verkauft werden.

Ich halte FENGLERS Buch für ungeheuer aufschlußreich und kann nur jedem, den es reformpsychiatrisch noch immer in den Fingern juckt – obwohl die Zeichen in der DGSP inzwischen auf Auflösung der Großkrankenhäuser stehen – nicht ohne die Lektüre dieses Buches ans Werk zu gehen. Er wird eine Fülle von Fehlern vermeiden können, die wir damals begangen haben, andererseits werden noch genügend Probleme überbleiben, denn die FENGLERS haben kein Rezeptbuch zur reibungslosen und psychologisch geschickten Unterwanderung und Eroberung von psychiatrischen Verwahrhäusern geschrieben.

Gunther Kruse

# Psychiatriereform in der Praxis

## Interview mit Frau Nährich, Sozialarbeiterin und Dr. van Dieken, Arzt in der psychiatrischen Tagesklinik Siegburg.

Die Tagesklinik Siegburg liegt als unabhängige, teilstationäre psychiatrische Einrichtung in Siegburg innerhalb eines großstädtischen Ballungsraumes ca. 15 km von Bonn entfernt. Die vollstationäre und ambulante fachpsychiatrische Versorgung in diesem Bereich wird offiziell als befriedigend angesehen. Die Klinik besteht seit 1978.

Die Trägerschaft wurde von einem eingetragenen Verein in enger Zusammenarbeit mit dem Johanniterorden übernommen. Die TK-Siegburg wurde mit 30 Plätzen in den Krankenhaus-Bedarfsplan des Landes NRW übernommen. Seit 1980 besteht außerdem eine Institutsambulanz.

**DG: Wie unterscheidet sich eine Tagesklinik von der bisherigen psychiatrischen Versorgung, und warum glauben Sie, daß zwischen stationärer und ambulanter psychiatrischer Behandlung noch eine Zwischenstufe da sein muß?**

v.D.: Die Tagesklinik steht in ihrer Funktion zwischen ambulanter und vollstationärer Therapie, d. h. also, daß sie sowohl für Patienten eine Behandlung anbietet, die vorher beispielsweise in Bonn im Landeskrankenhaus oder in der Uni-Nervenklinik waren, als auch für Patienten, die ambulant nicht mehr ausreichend behandelt werden können, aber noch keine vollstationäre Behandlung benötigen.

**DG: Welche Patienten betreuen Sie denn?**

v.D.: Einmal behandeln wir Patienten mit Psychosen. Dies ist die zentrale Gruppe, und zwar mit solchen Psychosen, die im nachstationären Bereich mit sog. Residualzuständen zu uns kommen. Zweitens dann mit mehr akuten Psychosen oder psychosenahen Krankheitsbildern, also die sog. Borderlinepersönlichkeitsstörungen. Drittens mit Neurosen, die mit sehr starken Einschränkungen einhergehen, also arbeitsunfähig sind. Es gibt aber auch eine ganze Reihe Patienten, die mit leichteren Störungen kommen, die nehmen wir nicht alle auf. Aber wir bieten für einen Teil der psychosomatisch gestörten Patienten, die als Folge der Erkrankung arbeitsunfähig, oder arbeitslos sind, auch Behandlung an.

**DG: Wer überweist Patienten zu Ihnen?**

v.D.: Zunächst war es so, daß Patienten überwiesen worden sind im wesentlichen aus den großen Nervenkliniken, also Nervenklinik Bonn-Venusberg oder Landeskrankenhaus. Das ist auch jetzt noch so, aber es werden zunehmend auch Patienten von niedergelassenen Nervenärzten, wie auch von praktischen Ärzten und anderen psychosozialen Diensten zu uns überwiesen. Weil die Zahl der Überwiesenen Patienten zu groß wurde, und weil die Indikationsstellung der Überweisenden Ärzte zu unterschiedlich war, waren wir gezwungen, uns die Patienten vorher anzusehen,

wobei wir auch zugleich prüfen konnten, ob die Patienten ausreichend motiviert waren. Daraus hat sich im Laufe der Zeit eine Institutsambulanz entwickelt.

Diese klärt zum einen, ob es Patienten sind, die hier teilstationär behandelt werden können, zum anderen übernimmt sie diagnostische Aufgaben. So haben wir für Patienten, die wir nicht aufnehmen können, quasi Verteilerfunktion. Wir schicken Patienten, die ambulant behandelt werden können, zum niedergelassenen Nervenarzt weiter, oder leiten auch spezielle Behandlungen ein, z. B. Suchtbehandlung, Ehetherapie, Betreuung durch Familienberatungsstellen.

**D.G: Gibt es bei diesem Aufnahmeverfahren Schwierigkeiten mit der Bezahlung?**

v.D.: Seit es die Institutsambulanz gibt, nicht mehr, seitdem ist die Bezahlung über die KV geregelt. Vorher wurden diese ambulanten Leistungen unentgeltlich erbracht. Die Übernahme der Kosten durch die Krankenkassen für die bei uns behandelten Patienten ist geklärt, weil die Klinik als psychiatrisches Sonderkrankenhaus in den Krankenhausbedarfsplan aufgenommen ist.

Fr. N.: Es gibt noch Modellzuschüsse vom Land, und zwar für die Miete des Hauses für vorerst 5 Jahre.

**DG: Welche Berufsgruppen arbeiten in der Tagesklinik und wie sieht die Zusammenarbeit aus?**

Fr. N.: Zu den Berufsgruppen: Es gibt außer den 2 Ärzten und mir als Sozialarbeiterin noch zwei Beschäftigungstherapeutinnen, zwei Krankenschwestern, einen Krankenpfleger, eine Halbtagspsychologin, eine Sekretärin, eine Musiktherapeutin, eine Bewegungstherapeutin an einem Tag in der Woche, einen Verwaltungsleiter, eine Putzfrau und einen Verwaltungsleiter, eine Putzfrau und einen Zivildienstleistenden. Die Arbeitsschwerpunkte sind natürlich entsprechend der Berufe verteilt, jedoch ist eine genaue Abgrenzung der Arbeitsbereiche nicht möglich und bei uns auch nicht nötig.

v.D.: Es gibt genau wie in jeder anderen beruflichen Gemeinschaft auch Konflikte, die aber doch schnell, spürbar und deutlich werden, gerade weil wir ein sehr kleines Team sind. Wir halten es für notwendig, diese Konflikte regelmäßig zu bearbeiten, weil es genau die Dinge sind, die sich aus der Behandlung der Patienten ergeben, und wir nicht möchten, daß sich das auf dem Rücken der Patienten entlädt.

Deshalb haben wir jede Woche eine Supervision des gesamten Teams durch eine aushäusige Analytikerin.

**DG: Wie sieht der Tagesablauf in der Klinik aus?**

Fr. N.: Wir fangen um 9 Uhr jeden Tag an, und zwar mit einem Tee oder Kaffee.

Wir nennen das die Aufwärmphase für Patienten und Mitarbeiter. Daran schließt sich ein Vormittag in der Beschäftigungstherapie an in verschiedenen Gruppen und mit verschiedenen Angeboten, etwa bis 11.30 Uhr. Um 12 Uhr gibt es Mittagessen, danach haben die Patienten frei bis 13.30 Uhr. Das Team setzt sich jeden Tag von 12.30 bis 13.30 Uhr zusammen. Ab 13.30 Uhr kommen die Patienten in drei verschiedenen Gesprächsgruppen zusammen. Um 15 Uhr gibt es dann ein Sport-, Spiel-, oder Lockerungsprogramm, einmal pro Woche Musiktherapie. Die Therapeuten, die die Gruppen leiten, kommen dann noch einmal kurz zusammen, um zu protokollieren und nachzubesprechen, was wichtig war, und was aufgefallen ist. Zum Ausklang gibt es dann wieder einen Tee und ab 16.30 Uhr gehen alle nach Hause. Mittwoch nachmittag ist noch eine Ausnahme, da gibt es Zeit für Außenaktivitäten. Eine weitere Ausnahme ist der Freitagnachmittag. Nach dem Mittagessen, das die Patienten selber kochen, findet die Hausversammlung statt. Das Plenum kommt dann zusammen, um die Woche einmal Revue passieren zu lassen, zu sehen was an Kritik und Verbesserungsvorschlägen anliegt.

Vielleicht ist der Montagvormittag, der Wochenbeginn noch wichtig. Da haben wir eine sog. Therapiebesprechung für alle Patienten. Zunächst hatten wir dabei die ganze große Gruppe zusammen, dabei aber gemerkt, daß es für einzelne sehr beängstigend wirkte. Deshalb haben wir diese Besprechung seit einigen Wochen in die vorgenannten drei Gruppen aufgeteilt. Seitdem wird dabei nicht nur über Medikamente gesprochen, die auch hier gegeben werden, sondern auch darüber, wieweit jeder gekommen ist, was los war die letzte Woche und was wichtig ist für die nächste Zeit.



v.D.: Sie haben also gehört, daß die Therapievorstellung als Prinzip die Therapeutische Gemeinschaft ist. Oberster Grundsatz der Therapie ist, die gesunden Anteile der Patienten zu fördern. Natürlich gibt es auch spezielle Therapieangebote, z.B. die Gruppentherapien am Nachmittag und natürlich auch Einzelgespräche. Nicht jeder Patient kann kontinuierliche Einzelgespräche haben, aber jeder Patient hat eine Bezugsperson, die für ihn immer erreichbar ist. Das muß nicht immer der Arzt sein, sondern diese Bezugsperson hat sozusagen die Funktion der Stationsschwester im üblichen Krankenhaus. Einzeltherapien werden dann angeboten, wenn das zur Bearbeitung eines bestimmten Konfliktes sinnvoll erscheint bzw. zur Stabilisierung relativ schwacher Patienten notwendig ist.

Fr. N.: In einer Gruppe, die regelmäßig zusammen mit Kollegen des Diakonischen Werkes alle zwei Wochen stattfindet, können sich Angehörige der Patienten treffen. Davon wird auch ziemlich gut Gebrauch gemacht. Daneben gibt es noch eine sog. offene Beratung für entlassene Patienten, die nochmal herkommen wollen oder aus bestimmten Gründen sich noch etwas schwer tun, allein zu sein.

**DG: Wie sehen die Erfolge aus, vor allem auch bezüglich der beruflichen Rehabilitation?**

Fr. N.: Eine berufliche Rehabilitation im strengen Sinne machen wir nicht. Wir haben z.B. auch keine Arbeitstherapie, die sehr viel mehr trainierenden Charakter hätte als unsere Beschäftigungstherapie.

Ich denke, daß das, was wir hier tun, noch in den Bereich der medizinischen Rehabilitation fällt. Wir schöpfen aber die Möglichkeiten des Reha-Angleichungsgesetzes aus, indem wir Belastungserprobungen am Arbeitsplatz durchführen. Es kann nicht in jedem Fall unser Ziel sein, die Patienten arbeitsfähig zu entlassen. In der Anfangsphase hatten wir dieses Ziel, sind dabei unter einen wahnsinnigen Druck geraten, so sicher oft auch an den Bedürfnissen und Ängsten der Menschen vorbeigegangen.

**DG: Es gibt ja sehr viel Ängste den Tageskliniken gegenüber. Einerseits fürchten die niedergelassenen Ärzte, daß ihnen Patienten weggenommen würden, andererseits gibt es Tendenzen, die Großkrankenhäuser zu verkleinern. Können Tageskliniken als Alternative zu Großkrankenhäusern gesehen werden?**

v.D.: Als Alternative nur in beschränktem Umfang. Eine stationäre Behandlung wird sicher immer notwendig bleiben für akut selbst- oder fremdgefährdende Patienten. Andererseits ist es auch für mich eindrucksvoll gewesen, welche positive Entwicklung Patienten nehmen können, die ich vorher im stationären Bereich als wenig flexibel kennengelernt habe, unter den Anforderungen jeden Tag hierher kommen zu



müssen 40 Stunden in der Woche, den größten Teil der Woche also außerhalb der Klinik verbringen zu müssen. Von daher bestehen sicher Möglichkeiten, solche Patienten auch verstärkt in diesem Behandlungsmodell zu versorgen.

**DG: Es kommt oft der Vorwurf, sie suchten sich die besten Patienten aus, wo die Therapie am lohnendsten ist.**

v.D.: Wir müssen sagen, wir tun das, aber eben nur eingeschränkt. Am Anfang war es so, daß wir nur chronisch hospitalisierte schwerstgestörte Menschen hier hatten. Dabei konnten wir vielen nicht richtig helfen, weil unser Team damit überfordert war und vom Konzept der therapeutischen Gemeinschaft her auch die Notwendigkeit unterschiedlich schwer erkrankter Patienten besteht. Jetzt haben wir etwa ein Drittel solcher Patienten und glauben dabei auch ganz gute Erfolge zu haben. Wir fragen uns aber immer wieder, bei Patienten die wir ablehnen und denen die wir behandeln, ob unser Behandlungsangebot richtig ist und ausreichend. Auf jeden Fall ist es völlig unrealistisch anzunehmen, bei 30 Therapieplätzen müßten wir uns die Patienten nicht aussuchen.

**DG: Wie sieht es mit der Notfallversorgung aus, machen Sie Nacht- und Wochenenddienste?**

v.D.: Wir machen keine Nacht- und Wochenenddienste, und man kann an einer Hand abzählen wie oft wir außerhalb der Dienstzeit angesprochen wurden in den letzten zweieinhalb Jahren. Aber es ist passiert, am Anfang mehr als jetzt, daß Patienten außerhalb der Zeit und am Wochenende wieder in die Klinik gegangen sind. Durch die bessere Auswahl der Patienten in den Vorgesprächen ist die Zahl der „Aussteiger“ oder von Leuten, die wir zurückverlegen mußten, auf unter 1 % gesunken.

Zu Beginn hatten wir doppelt so vielen Patienten die Aufnahme angeboten als dann schließlich zu uns kamen, weil unsere Indikationsstellung damals noch nicht klar genug war.

Fr. N.: Ich denke, daß das auch mit der Beziehung zu tun hat, die wir im Laufe der letzten Jahre unter uns und den Patienten entwickelt haben, daß eben fast alle das Wochenende über durchhalten. Unsere Ängste in dieser Beziehung waren am Anfang groß, inzwischen sind wir sehr viel sicherer geworden, daß es hält.

**DG: Wir bedanken uns für das Gespräch!**

Das Gespräch führten unsere Redaktionsmitglieder Gregor Weinrich und Edi Erken.

Fortsetzung von Seite 14

tienten und auch für die Besucher. Der Patient möchte gesund werden, die Besucher ???

L. führt so eine Art Selbstgespräch!

Man versucht ja nicht daran zu denken, sagt sie, und daraus ersehe ich, daß sie ständig daran denkt, mehr „leise“ als laut, denn sie möchte ihre nähere Umgebung nicht damit verschrecken. Wir müssen mit den Strahlen leben, „meditiert“ sie weiter, wenn wir dann früher sterben, dann haben es die Strahlen gemacht. Ich halte ihr entgegen, nur die Strahlen machen das nicht, die Krankheit selbst hat am meisten dazu beigetragen.

L. hustet wieder, ist auch verschnupft, seit sie aus dem Krankenhaus entlassen wurde. Sie quält sich mit dem Speichel wie vor dem Krankenhausaufenthalt. Dabei schaut sie ängstlich zu mir, ob mich das auch nicht stören würde. Mich stört das keineswegs, da kann sie ganz beruhigt sein, das sage ich ihr auch mit voller Überzeugung, damit sie keine Zweifel bekommt. Ich lebe sozusagen auch mit dieser Krankheit, wenn es auch die Krankheit meiner Frau ist.

Heute hat L. den 6. wöchentlichen Tropf ambulant bekommen. Ich begleite sie immer zum Krankenhaus nach H.

Schwester Chr. sagte, ich bin ihr „Manager“, und sie gibt mir die genaue Anweisung über die Dosierung der Medikamente.

Nach dem Abendbrot „treibt“ es L. ins Bett. Ihr ist der heutige Tropf nicht gut bekommen. Diese Übelkeiten sind vom Doktor einkalkuliert worden, und es wird mit dem Tropf sofort ein Medikament dagegen eingegeben.

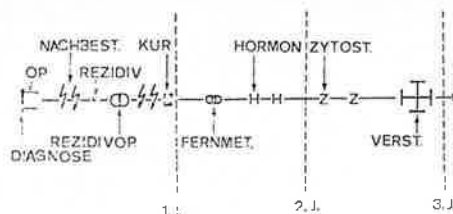
Man hat manchmal den Eindruck, sie belügt sich selbst, ohne zu wissen oder zu ahnen – oder weiß sie es doch, und sie gesteht es sich selbst nicht ein, sie macht es mir vor, wenn es nur ein wenig Beruhigung schafft.

Beim Essen quält sie sich, um die vielen Medikamente am Morgen und am Abend mit der Mahlzeit „runterzubekommen“. Wenn einer Hausfrau das selbstgekochte Essen nicht mehr schmecken will, was muß sich da im Körper durch die Medikamente verändert haben. Dazu kommt natürlich auch noch der psychische Druck.

L. fragt mich unvermittelt in H., ob ich denn noch immer Lust hätte, sie nach H. zum Krankenhaus zu begleiten?

Selbstverständlich, kann ich sie da beruhigen, ich fahre mit, solange sie noch so schwach ist und so blaß aussieht. Ferner denke ich, daß ihr das eine Hilfe ist, mich immer in der Nähe zu wissen.

Diese Woche, mit dem vorerst letzten Tropf, war besonders schwer für L., denn



wir mußten dreimal hin, am Montag, am Mittwoch und am Freitag. Ich spüre wie sie endlich Schluß haben möchte mit der vielen Fahrerei, auch wenn es so bequem mit der Taxe ist, es ist doch immer sehr umständlich.

Ich kann da nicht helfen, ich kann nur mitfahren und zuschauen. Wenn ich L. sage, sie möchte den Doktor fragen, wie es jetzt weitergehen soll, und wie lange das noch dauern wird, dann will sie den Arzt gar nicht sprechen, als hätte sie Angst nur Unangenehmes zu erfahren.

Die gute Nachbarin sprach L. Mut zu, wir möchten doch noch einige Jahre hier zusammen wohnen, sagte sie.

Trotz der positiven Berichte, die der Hausarzt vom Krankenhaus hat, ist L. noch nicht in der Lage, sich ein wenig darüber zu freuen. Es geht ihr einfach noch zu schlecht, und sich verstehe es, daß sie nicht aus sich herauskann.

Jetzt müßte ich auch mal ein bißchen wieder von mir erzählen, das hatte ich fast vergessen, beobachte ich doch nur die Sorgen und Nöte die L. hat. Starke Kopfschmerzen machen mich regelmäßig aufmerksam, daß auch ich manchmal Beschwerden habe. Die Tage sind „vollgepackt“ für mich. Mit L. nach H. fahren, einkaufen, im Hause die Arbeiten machen, alles ein wenig in Eile. Ich komme durchgeschwitzt nach Hause, wechsele das Hemd, nach der Arbeit im Hause bin ich wieder durchgeschwitzt, wechsele wieder das Hemd. Ich habe keine Ruhe mehr, mich mittags eine Stunde hinzulegen, was wir früher regelmäßig getan haben. Das fehlt mir natürlich, denn der Körper, mein relativ kranker Körper, war darauf schon eingestellt. Mir zittern die Hände, L. sieht das, sie fragt, warum mir die Hände zittern. Ich weiß erst gar nicht was ich ihr darauf antworten soll. Ich kann ihr nicht sagen, das hängt mit ihrer Krankheit zusammen, mit meiner ständigen Rücksichtnahme, bei allem was sie tut, und was sie sagt, und bei allem was ich jetzt machen muß, ob ich es kann oder nicht, ich muß alles machen, damit L. nicht unruhig wird.

Von anderen Sorgen, die mein reichlich schwaches Nervensystem belasten, darf ich L. überhaupt nicht erzählen. Ein Beispiel ist meine alte Tante im Altenheim.

Ich darf der L. nicht erzählen, welche Sorgen ich mit der Tante habe, und ich darf

der Tante nicht erzählen, welche Sorgen ich mit L. habe. Von anderen Sorgen, die es auch noch gibt, will ich ganz schweigen.

Verreisen möchte ich, einmal wieder verreisen – aber wie soll ich das machen, solange L. noch krank ist.

Sie sieht auch, das mir das fehlt, aber sie kann mich nicht dazu ermuntern, sie kann nur sagen, vielleicht im nächsten Jahr. Darauf baue ich meine Hoffnung auf.

L. sitzt beim Abendbrot, sie hat Mühe, mit dem Essen auch die Medikamente einzunehmen. Es ist ihr sehr übel, sie kann es immer noch nicht verstehen, diese Nachwirkungen der letzten Tropf-Behandlungen im Krankenhaus. Ich ermuntere sie, wie schon so oft. Ich vergleiche die Kobaltbestrahlungen von früher, mit der jetzigen Tropf-Behandlung, und L. sagt mir, daß ihr bei den Kobaltbestrahlungen nicht so übel war, wie in diesen Wochen. Sie stützt den Kopf in beide Hände, sie ist verzweifelt. Wie lange soll das noch gehen, denkt sie sicher, und ich kann ihr nicht helfen, ich stehe dabei, muß mir das immer mit ansehen, wie sehr sie darunter leidet.

Sie sitzt da, wie ein Häufchen Elend!

L. möchte auch wieder arbeiten im Hause, aber das geht noch nicht so gut. Beim Kochen und beim Bügeln muß sie sich hinsetzen.

Das Brot schmeckt ihr nicht, das ist wirklich schwer zu verstehen, aber ich sehe es ja täglich, es ist tatsächlich so. Wie lange das noch sein wird, möchte auch ich gern wissen, denn ich leide ebenfalls darunter, daß es ihr so schlecht geht. Sie neigt in dieser Phase der Krankheit sehr dazu, jeglichen Mut sinken zu lassen. Was hilft da all' mein Reden, hört sie das noch, rede ich schon in den Wind, kann sie es überhaupt noch ertragen, wenn ich so viel rede.

Sie merkt ja selbst, wie wenig ich sie noch erheitern kann, von erheitern kann keine Rede sein, es ist ein kläglicher Versuch, der bei der jetzigen Einstellung von L., von vornherein zum Scheitern verurteilt ist.

Beim Abendbrot sagt L., mir schmeckt nichts, ich weiß nicht, was ich essen soll. Was soll ich darauf wieder sagen, ich habe schon so viel gesagt, so langsam fällt mir nichts mehr ein, aber es muß mir immer etwas einfallen, um L. zu trösten, wenn es sich auch manchmal trostlos anhört, trostlos für L. und auch für mich.

Soll ich ein Spiegelei machen, ich kann die Wurst nicht essen, sagt sie.

Am nächsten Morgen bringt uns die Taxe wieder nach H. zum Krankenhaus. Jedesmal wenn L. dort hin muß, bedarf es ihrerseits immer eines bestimmten Auftrags, sie muß sich zusammennehmen, sie braucht alle Kraft, die ihr noch verblieben ist, um das zu schaffen. L. muß zur Blut-



entnahme, auch dieser Vorgang ist ihr bald zuwider, ich weiß es, aber sie sagt nichts, es muß ja sein.

Just heute sagte die Schwester zu ihr, in netter freundlicher Art, sie werden wohl eine Dauerpatientin werden. Ich habe es selbst nicht gehört, L. erzählte es mir nach der Blutentnahme. Ich kann nicht sagen, wie sie darauf reagierte, mir hat sie es relativ ruhig gesagt, doch was ist schon relativ, ich weiß, daß es ihr schwer gefallen ist, diese sich abzeichnende Tatsache zur Kenntnis zu nehmen.

In zwei Wochen soll sie wiederkommen, dann erhält sie auch einen Termin bei Dr. L.

In der Taxe auf dem Rückweg vom Krankenhaus, erzählt uns der Fahrer leutselig, von den vielen kranken Patienten, die er schon gefahren hat. Besonders schlimm haben es ja die Krebskranken, die so oft zu den Bestrahlungen fahren müssen, sagte er. Da kommt man dann so ins Gespräch, sagte der Fahrer, und die Leute erzählen dann, was sie so haben. L. hat nichts erzählt, sie hat sich das alles angehört, hat mit dem Fahrer gemeinsam die Leute bedauert, die so schwer krank sind. Der Fahrer konnte nicht ahnen, daß gerade die Frau, die neben ihm in der Taxe sitzt, eine der von ihm erwähnten, so bedauernswerten Patienten war. Wir wollen es ihm auch nicht sagen.

Ich habe nichts dazu gesagt, ich habe nur zugehört und darauf geachtet, wie L. das Gespräch durchstehen würde.

Es ging recht gut, aber zu Hause hat sie mit mir nicht mehr darüber gesprochen. Der Alltag hat uns wieder, die Arbeit wartet, aber wir haben Zeit sie zu machen.

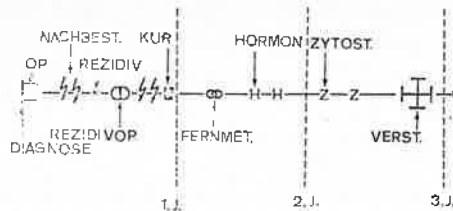
H. sagte zu mir, als wir sie besuchten, ich sollte doch mal meine Frau richtig in den Arm nehmen. Damit wollte sie L. etwas Tröstendes sagen. Mir war gar nicht wohl dabei, denn L. ist für solche Scherze überhaupt nicht aufgelegt, und H. hat sich nichts dabei gedacht. Auch daran muß man bei einem kranken Menschen denken. Welch ein Gefühl muß eine kranke Frau in dieser an und für sich harmlosen Situation haben, die durch die gutgemeinte Äußerung ihrer besten Freundin entstanden ist? Wer kann in das Herz eines leidenden Menschen schauen, der sich trotzdem alle Mühe gibt, mit allen Lagen in seinem Leben klarzukommen.

Es ist Sonntag. L. kommt zum Frühstück.

Ich sehe jetzt so grau aus, sagt sie, wie damals nach der ersten Operation. Ich wiege keine 130 Pfund mehr.

Daß ich immer so müde bin, sagt sie, das ist auch nicht richtig. Die drei Stunden, die ich auf bin, die schlafe ich auch wieder.

Am Abend läßt L. sich von mir die linke Schulter einreiben. Sie hat einige Salben aus unserem Bestand herausgesucht,



und sie hofft nun, daß die Schmerzen nachlassen.

Am nächsten Morgen, noch im Bett, hat L. starken Durst.

Ich mußte aufstehen, und ihr eine Tasse warmes Wasser bringen; sie hat die Tasse fast leergetrunken, und sie schlief dann weiter.

Immer dieser verzweifelte Ton in ihrer Sprache, und auch der verzweifelte Ausdruck in ihrem Gesicht, mit der Frage, wann wird mein Zustand endlich besser?

Zwischendurch möchte ich einmal wieder an mich denken. Ich stehe unter einem Streß, durch die vielen Haushaltsaufgaben, die ich seit Monaten schon machen muß, wieder machen muß. Mir kommt es so vor, als würde ich wieder im Arbeitsprozeß stehen. Mir wird beim Bücken wieder öfter schwarz vor den Augen, so daß ich einen Halt suchen muß, wenn ich hochkomme. Aber L. darf das alles nicht merken, nicht wissen, denn wer sollte sonst unsere Besorgungen machen.

Am nächsten Tag beim Frühstück.

L. sagt halb zu sich, halb zu mir, da hat doch die Schwester C. gesagt, sie werden Dauerpatientin bei uns, nach ihren zwei Operationen. Das war vor 15 Tagen. Seit der Zeit hat L. darüber nachgedacht, heute hat sie es nochmal ausgesprochen, so als würde sie sich jetzt mit der Tatsache abgefunden haben. Fünfzehn Tage hat das gedauert. Was ist ihr da alles durch den Kopf gegangen, — ich weiß es nicht.

L. ist dünner geworden, sie hat einige Pfunde abgenommen. In der Taxe, auf der Fahrt nach H., L. hat ein Kopftuch auf, sehe ich sie halb von hinten. Das Gesicht ist mager, sie sieht alt aus, die „Tropfe“ zehren an ihr, und die Appetitlosigkeit beim Essen.

Am nächsten Morgen, beim Anziehen, hat L. auch Bedenken, ob sie nicht etwas am Blinddarm hat, etwas tut da auch weh. Wo tut es bei ihr nicht weh?

Habe ich schon kahle Stellen auf dem Kopf, fragt sie mich? Wie hier hinten, wo die Haare ausgefallen waren, nach den Kobaltbestrahlungen.

Am Abend reibe ich ihr die Schultern ein, mit einer neuen Salbe, die Dr. L. uns im Krankenhaus verschrieben hat, weil L. über Schmerzen in der Gegend klagte. Sie läßt sich so intensiv die Schultern von mir einreiben, als verspricht sie sich davon eine vollständige Heilung. So hat es für

mich den Anschein. Ich lobe die gute Salbe, die sich sehr gut einreiben läßt.

Wenn ich mittags spüle, dann fragt L. öfter, darf ich schon gehen? Natürlich darf sie gehen, es zieht sie ins Bett, denn noch kann sie nicht so lange stehen. Sie ist froh, daß ich die Arbeit mache. Im Bett fühlt sie sich jetzt noch am wohlsten.

Wenn ich beim Einkaufen etwas vergessen habe, dann sagt L., vorwurfsvoll, du warst doch gestern dabei! Was soll ich dazu sagen? Ich schweige. Sie sagt das in einem scheußlichen Ton, der mir durch Mark und Pfennig geht, daß ich sogleich protestieren möchte, als ob ich nicht mal was vergessen dürfte, nachdem ich so viel zu erledigen habe. Aber nein, mit Rücksicht auf L.s Krankheit halte ich den Mund.

Ich frage mich natürlich auch, ob es immer richtig ist, auch ein kranker Mensch hat seine Grenzen, wenn er sie noch kennt, aber wann kennt er sie und hält sich doch nicht daran? Komm, zieh mir mal die Kissen zurecht, nicht so, nein, so, richtig durchschütteln, noch mehr! Dabei habe ich alles durchgeschüttelt.

Ich reibe L. morgens und abends die Schulterblätter ein, es hilft nichts, sie schläft schlecht.

Vielleicht muß ich bald eine Perücke tragen, wenn das Haar weiter ausgeht, sagt L., dabei geht es gar nicht aus. Ich habe im Krankenhaus schon Frauen gesehen mit fast kahlem Kopf. Auch das verfolgt L. nun weiter, um sich immer in Pessimismus zu üben. Langsam drehe ich durch!

L. schläft jetzt viel und lange, und ich lasse sie gern lange schlafen, aber auch das beunruhigt sie wieder, wie so vieles andere mehr. Mehr geht schon gar nicht mehr!

Der Husten wird auch wieder stärker. Das Baden will sie auslassen, weil sie sich nicht erkälten möchte. Jetzt muß ich ihr auch vorne die Schulter einreiben. Ich habe ein etwas steifes Genick gekriegt, ich wollte es L. nicht zeigen. Aber sie hat es doch gemerkt und danach gefragt.

Ich weiß nicht, ob ich mich ohne die Tropf-Behandlung auch so schlecht fühlen würde. Wie soll das weitergehen? So fragt sich L. fast jeden Tag.

Du mußt zu Dr. H. gehen, der Husten wird wieder stärker. Sagt L. zu mir. Sie sitzt am Tisch und sucht neue Ursachen für ihre Übelkeit. Ich muß hingehen, dahingehen, dorthingehen, wo soll ich noch hingehen, ich war schon überall. Bald gehe ich aus dem Hause.

Was ich auch immer mache, was ich auch immer sage, L. hat einen „krankhaft bedingten“ Gegenvorschlag. Ohne den könnte sie gar nicht leben! Das ist seit ihrer Krankheit ganz schlimm, es artet geradezu aus.

Nächster Tag. Beim Schluckauf tut ihr jetzt die „innere Narbe“ weh.

... daß ich so gar keinen Appetit auf das Abendbrot habe! Als ich ihr die Schultern einreiben will, vor dem Schlafengehen, da setzt sie sich. Ich frage, ob sie nicht stehen kann? Nein, meine Beine sind abgestorben. Vom Sitzen, frage ich zurück? Darauf gibt sie mir keine Antwort, sie geht schnell zu Bett.

Alle diese Äußerungen begleitet sie mit sich selbst bemitleidendem Stöhnen, sitzt am Tisch und versucht zu weinen oder nicht zu weinen. Ich muß immer Worte des Trostes suchen – und finden.

Jetzt muß ich ihr noch Franzbranntwein holen, damit sie sich die Beine einreiben kann, denn die Beine sind ihr abgestorben.

An alles klammert sie sich in ihrer Verzweiflung, in die sie sich immer mehr hineinsteigert.

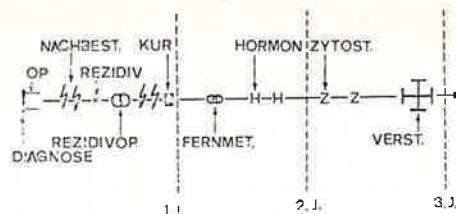
Wann ist da ein Ende abzusehen, das muß ich mich auch manchmal fragen? Wie lange halte ich das noch aus? Jeden Tag der gleiche Zustand, kein Tag ein bißchen besser, so weint L. sich ihre Krankheit vor. Wir sitzen beim Kaffeetrinken, was soll ich darauf sagen. Ich bekomme selbst Herzklopfen, wenn ich immer wieder nur dieses Leiden miterleben muß.

L. sind die Zwiebeln „verbruzzelt“. Ich will sie trösten, das kann jeder Hausfrau mal passieren. Was antwortet sie mir? Das schon fast zu erwartende, ich habe keine Lust mehr! Erst meint sie damit das Kochen, aber dazwischen klingt mehr, aber sie sagt nicht genau – was.

L. häkelt an einer Jacke, sie ist langsam mit dieser Arbeit wieder angefangen, ihrer Lieblingsfreizeitbeschäftigung. Das fehlende oder nachlassende Gefühl in den Fingern macht ihr Schwierigkeiten, beim Halten der Häkelnadel, und beim Führen des Häkelfadens. Sie stellt fest. Hätte ich gewußt, daß es so schlimm ist, dann wäre ich mit dieser Häkelarbeit gar nicht angefangen. Dabei ist sie fast fertig mit der Jacke. Diese Passivität oder dieses Phlegma ist bald nicht mehr zu ertragen. Und ich muß immer versuchen Optimismus zu verbreiten. Bald werde auch ich ungeduldig, wenn keine Besserung bei L. eintritt.

L. steht auf, nach langem Sitzen im Sofa und sagt, daß das im Rücken nicht besser wird. Etwas später, beim Abendbrot sagt sie, jetzt ist bald wieder Weihnachten, und ich krücke immer noch herum.

Ich bin zum Doktor, damit er mir auch etwas verschreibt. Am nächsten Vormittag komme ich vom Einkaufen zurück. Ich



hatte am Fahrrad allerhand zu schleppen, bringe die Sachen nach oben, bin etwas außer Puste, da finde ich L. auf der Couch im Wohnzimmer. Sie hat sich mit Decken und einer Wärmflasche eingepackt. Jetzt hat sie Schmerzen in der Blase. Morgen soll ich den Urin zu Dr. H. bringen. Das ist bei ihr schon fast Verfolgungswahn, die ständige Suche nach immer neuen kranken Stellen am Körper.

Der Urin war in Ordnung.

Heute ist Volkstrauertag. Ich bin nicht raus gewesen, ich bin bei L. geblieben. Am Abend bringt das Fernsehen eine Oper, die ich mir ansehe und anhöre. Ich komme in diesem Winter nicht nach Dortmund, zu keiner Veranstaltung dieser Art. L. weiß das, aber sie muß trotzdem feststellen, warum es das den ganzen Abend geben muß. Das wundert sie, ich sage ihr, man kann doch an diesem Tag nicht auch noch leichte Unterhaltung bringen. Sie weiß, daß mich ihre Feststellung ärgert, aber sie trifft sie gerade, fast mit Absicht, sie kann sie sich nicht verkneifen, auch wenn sie noch so krank ist.

Seit Wochen, seit geheizt wird, stellt sich bei L. auch noch ein „krankhafter“ Sparsamkeitsfimmel bei dem Gas- und Wasserverbrauch ein. Wenn ich spüle, dann geht sie schon ins Bett, dann holt sie sich das Wasser für die Wärmflasche aus dem Badezimmer – und dreht sofort den Schnellheizknopf aus. Mir geht das an die Nerven, aber ich sage nichts, ich lasse ihr den Fimmel.

Am nächsten Mittag. Du mußt mir auch mittags die Schulter einreiben, die linke Schulter nur, nur das Schulterblatt. Ich reibe L. schon jeden Abend beide Schultern und beide Schulterblätter ein. Auf einmal mehr oder weniger kommt es mir gewiß nicht an, wenn L. nur glauben darf, daß es noch helfen kann wieder gesund zu werden.

Mit starken Kopfschmerzen bin ich aufgewacht, ja, ich habe auch manchmal meine Schmerzen, ich darf sie nur nicht so deutlich zeigen, daß man es sehen kann.

Ich darf die Urlaubs- und Erholungsangebote in den Zeitungen gar nicht lesen, ich muß sie einfach übersehen. Ich komme nicht weg, solange L. krank ist, solange es ihr nicht besser geht, wie jetzt nun schon seit Monaten und seit Jahren. Und ich brauche dringend Erholung, damit ich L. behilflich sein kann, geistig und körperlich, beim Mutmachen und bei der Hausarbeit.

Nächster Tag. L. sitzt und schaut sich ihre Hände an, wenn ich nicht in der Nähe bin. Immer sucht sie und sucht sie, wenn sie sich unbeobachtet fühlt. Das habe ich schon oft zufällig gesehen, ohne daß sie es gesehen hat.

Daß ich jetzt schon so krücheliger bin, sagt sie zu mir. Ich sage ihr, das kommt natürlich von der Krankheit, von der Tropfbehandlung, und so tröste ich sie weiter.

Seit Tagen hat L. starken Durst, sie trinkt hastig klares Wasser aus der Leitung, obwohl wir immer klare Brause im Hause haben.

L. sitzt da, stöhnt, hustet, jammert, schnupft, spuckt, ächzt, schwitzt. Sie kann das alles nicht unterdrücken, soll sie auch nicht, aber etwas weniger ging es vielleicht doch, sie müßte es nur mal versuchen, aber sie will es gar nicht versuchen, sie will es so haben, könnte man meinen. Ich will ja alles gern ertragen, nur weiß ich nicht, wie lange ich das noch kann. Es ist schon kein Ertragen mehr, es ist schon ein Erdulden, sehr.

Montag. Am nächsten Montag muß ich schon wieder in H. sein, sagt L., und sie grault sich schon vor dem Krankenhaus.

Nach einigen Wochen Pause bekommt sie den nächsten wöchentlichen Tropf, es wird der siebente sein.

Dienstag. L. macht sich mittags fürs Bett fertig. Sie tastet ihre Füße ab. Gestern war es hier kalt, sie meint den Fuß, die Sohle, heute ist es hier kalt, sie meint das Fußgelenk oder den Spann.

Das Ausziehen jeden Mittag wird ihr auch schon lästig, sagt sie selbst. Aber sie muß ja ins Bett, sonst wird sie nicht warm.

Am Abend. Bringst du mir ein Glas Wasser, ach gib mir mal die Strickjacke, machst du mal das Fenster auf, gibst du mir die andere Brille, jetzt kannst du das Fenster wieder zumachen, schaltest du meine Wärmdecke ein, reibst du mir den Rücken ein, tropfst du mir Ohrentropfen ins Ohr – so geht das fast jeden Abend.

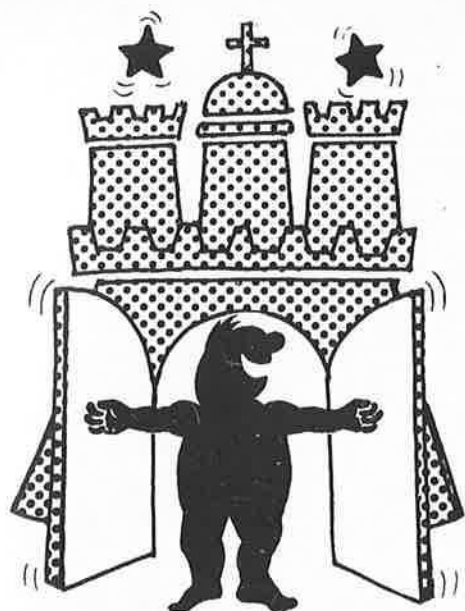
Mittwoch. Mit ihren ständigen berechtigten oder unberechtigten Beschwerden macht L. mich langsam auch noch krank oder bin ich schon krank und merke das gar nicht.

Jetzt bekommt L. auch noch Zahnschmerzen. Das ist wirklich bald nicht mehr auszuhalten, für sie, aber auch für mich. Je näher der kommende Montag rückt, desto unruhiger, ungehaltener wird L. Die Gedanken an den Tropf lassen sie nicht in Ruhe.

Gegen Abend sitzt L. in der Küche. Sie hat Kopfschmerzen. Wenn ich liege, habe ich keine Kopfschmerzen, wenn ich aufstehe, dann bekomme ich wieder Kopfschmerzen.

Sie sagt das und ist sehr betrübt.





## HEREIN ZUM GESUNDHEITSTAG 1981

## In eigener Sache

Redaktion und Herausgeber von DG sind an der Gestaltung und Organisation einer Reihe von Veranstaltungen des Gesundheitstages 81 beteiligt. Vorab geben wir hier nur einen kurzen (noch unvollständigen) Überblick über einige Veranstaltungen mit ihren vorläufigen Arbeitstiteln. Ausführliche Angaben bitten wir dem in Kürze erscheinenden Programm des Gesundheitstages zu entnehmen. Interessenten können sich über die Redaktionsadresse an die für die einzelnen Themen Verantwortlichen wenden.

- Situation und Selbstverständnis der Krankenpflege; Aktionsplan zur Veränderung der Krankenpflegeinhalte und Arbeitsstrukturen (verantw. Annette Schwarzenau).
- Vorschläge für eine fortschrittliche bundeseinheitliche Krankenpflegeausbildung. Arbeitsgruppen und Diskussion (verantw. Michael Roitzsch).
- Gesundheitliche Situation und medizinische Versorgung ausländischer Frauen in der BRD. Referat und Diskussion (verantw. Maria Dietzel-Papakyriakou).
- Stillhilfegruppen; Erfahrungen aus Norwegen und Holland, Aufbau einer Selbsthilfe in der BRD (verantw. Unni Kamps-Kristiansen).
- Gesundheit und Abrüstung (Eingangsveranstaltung). Arbeitsgruppen: Geschichte und Perspektive des Kampfes gegen die atomare Aufrüstung; Rüstungswettlauf und psychosoziale Kränkung (verantw. Gunnar Stempel, Michael Regus).

Weiterhin werden Redaktion und Herausgeber des Demokratischen Gesundheitswesens auf einem Leserforum Rede und Antwort stehen. Unser Grafiker Christian Paulsen bereitet eine Ausstellung mit Karikaturen für den Gesundheitstag vor.

Heft 5/81: Redaktionsschluß 13. 8. 1981

Änderung: Situation in der Krankenpflege

- Gruppenpflege, Grundpflege, Gemeindeschwester, Pflege in der Psychiatrie
- Berufsbild der Krankenpflege u.a.m.

Bitte ausschneiden und senden an:

### Pahl-Rugenstein Verlag

Gottesweg 54  
5000 Köln 51

Ich abonniere ab Heft \_\_\_\_\_ die Zweimonatszeitschrift DEMOKRATISCHES GESUNDHEITS-  
WESEN (zum Heftpreis von 3,50 DM zuzüglich 0,50 DM Versandkosten)

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

Ich möchte Ihre Zeitschrift weitervorbreiten. Bitte senden Sie mir weitere \_\_\_\_\_ Exemplare des Wer-  
befaltblattes. Bitte senden Sie mir ab Heft \_\_\_\_\_ weitere \_\_\_\_\_ Exemplare jeder Ausgabe zum Wei-  
terverkauf in Kommission.

— nicht Zutreffendes bitte streichen —

Bitte senden Sie auch ein Proboheft an folgende Adresse:

Absender:

Datum:

(Bitte mit Telefon und Beruf)

(Unterschrift)

Spenden erbeten auf Konten:

DG — Gesellschaft zur Herausgabe gesundheitspoliti-  
scher Schriften mbH, Münster

Bank für Gemeinwirtschaft Münster:  
10102947 (BLZ 40010111)  
Postscheckamt Dortmund:  
24962465 (BLZ 44010046)

DM 4 — Juli/August 1981

G 2461 F

## DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN

ZEITSCHRIFT FÜR GESUNDHEITS- UND SOZIALBERUFE



Schwerpunkt: Psychosoziale Versorgung  
Leben mit einer kranken Frau - Wenn Sie sich die  
Hypothese - Selbsthilfe durch Projektion - Beauf-  
tragung des eigenen Partners - Psychotherapie in der Praxis  
- Tagungsbildung

Frau und Gesellschaft  
Organisationsentwicklung, demokratisches Frauen-  
bewusstsein - Selbsthilfe nach 4-85

Friedensbewegung  
Kritik an Gesundheitswesen

Dokumente  
Veranstaltung in (Dortmund) - Ökonomie der  
Krankensicherung - Äre gegen Abrüstung

4/81

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

# „Medizinischer Kongreß zur Verhinderung des Atomkrieges“

Themen des Kongresses: Die kurz- und langfristigen medizinischen, psychischen, sozialen, physikalischen und ökologischen Folgen eines Atomkrieges.

Wehrpsychiatrie, Wehrmedizin, Zivilschutz, Gesundheitssicherstellungsgesetz.

„Nachrüstung“ und wachsende Kriegsgefahr

Eingeladen sind als Referenten Ärzte aus den USA, England, Japan, Holland und der Bundesrepublik; Physiker und Fachleute für Zivilschutz

Datum: 19. September (9.00 Uhr) bis 20. September (14.00 Uhr) 1981 in Hamburg

Genaues Programm mit Zeitablauf, Raumverteilung und Vorbereitungsmaterial nach Anmeldung.

Die unterzeichnenden Ärzte warnen eindringlich vor der wachsenden Gefahr eines Atomkrieges.

Das Atomwaffenpotential in Ost und West hat ein unvorstellbares Ausmaß erreicht. Trotzdem beschließt die NATO eine weitere Nachrüstung mit Raketen bisher ungekannter Treffsicherheit. Der amerikanische Außenminister Haig sagt, es gäbe wichtigere Dinge als den Frieden und Schlimmeres als den Krieg und bestätigt damit Aussagen namhafter Wissenschaftler und ehemaliger Militärs:

Es geht nicht mehr um „Frieden durch nukleares Gleichgewicht“. Man plant schon Einzelheiten eines nuklearen Krieges in Europa.

Im medizinischen Bereich sollen Fortbildungsveranstaltungen über Katastrophenschutz und Gesetzesvorlagen zur Zwangsverpflichtung von Ärzten und Krankenpflegepersonal auf einen möglichen Atomkrieg vorbereiten. Wir sind davon betroffen, wie bedenkenlos in diesen Planungen menschliche und ärztliche Grundsätze aufgegeben werden. Im Atomkrieg würden nur noch diejenigen behandelt, bei denen es sich noch „loht“ und Schwerstverletzte, alte Menschen, Behinderte und schon vorher chronisch Kranke nicht mehr versorgt werden. Selektion statt medizinischer Versorgung für alle soll dazu beitragen, eine atomare Katastrophe zu „beherrschen“. Doch auch ein „begrenzter“ Atomkrieg wird in seinen Folgen für die Menschen nicht begrenzt bleiben:

Im unmittelbaren Katastrophengebiet wird der Sauerstoff durch die Explosion und die entstehenden Großfeuer verbraucht, so daß selbst die Menschen in den Bunkern ersticken.

Selbst in einer Entfernung von 300 km wird der radioaktive Niederschlag soviel tödliche Strahlung abgeben, daß man – wenn überhaupt – dort erst nach Jahren wieder leben kann.

Durch die Vielzahl der atomaren Explosionen wird die Atmosphäre so verändert, daß auch auf anderen Kontinenten das Leben von Mensch und Natur gefährdet ist.

Die radioaktive Strahlung führt außerdem zur Verseuchung der Lebensmittel, des Trinkwassers und der gesamten Umwelt; bei den Überlebenden zu Krebserkrankungen, Siechtum und Erbschäden.

Millionen von Menschen würden an den unmittelbaren und langfristigen Folgen der atomaren Explosionen qualvoll zugrunde gehen, ohne daß die überlebenden Ärzte helfen könnten. Blutplasma, Medikamente und medizinische Geräte wären ohnehin vernichtet. Es gibt keine wirksame Hilfe gegen die Vielzahl von Krankheiten und Verletzungen, insbesondere keine gegen die Strahlenkrankheit. Alle „Vorgehensweisen“ für einen Atomkrieg, Gesetzesvorlagen und Zivilschutz können daran nichts ändern; dies weckt nur ungerechtfertigte Hoffnungen und erhöht die Bereitschaft der politisch Verantwortlichen zum tödlichen Risiko.

Ein Atomkrieg ist die letzte Katastrophe für Mensch und Natur. Wir sehen es als unsere notwendige ärztliche Aufgabe an, die Bevölkerung darauf hinzuweisen, daß der einzig wirksame Schutz die Verhinderung des Atomkrieges ist.

Wir setzen uns dafür ein, die Atomwaffen insgesamt abzuschaffen.

Unser erster Schritt zu diesem Ziel ist es, die Stationierung der neuen Atomwaffen in Europa und besonders in der Bundesrepublik nicht zuzulassen.

Der Unterschriftentext soll zusammen mit dem Aufruf zum Kongreß als Annonce in der Tagespresse erscheinen, ebenso im „Deutschen Ärzteblatt“. In der Annonce sollen die Namen der unterzeichnenden Ärzte mit veröffentlicht werden. Größe der Anzeige und die Wahl der Zeitung hängen von der Zahl der gesammelten Unterschriften ab. Als Zeitpunkt der Veröffentlichung ist Mitte/Ende August geplant, so daß 4 Wochen vorher die Entscheidung über die Art der Veröffentlichung der Anzeige getroffen werden muß. Die Kosten für die Anzeige sowie für den Kongreß müssen gemeinsam aufgebracht werden: Eine ganzseitige Anzeige in einer Tageszeitung wie der „Frankfurter Allgemeinen“ kostet ca. 27.000 DM, im „Ärzteblatt“ kostet eine Seite ca. 8.000 DM. Für den Kongreß fallen Raummiete, Reisekosten, Vorbereitungskosten an.

Wir müssen deshalb die Unterzeichner bitten, sich bei der Finanzierung der Anzeige mit 50,- DM zu beteiligen. Für die Teilnahme am Kongreß wird eine Teilnahmegebühr von 50,- DM für Ärzte und 20,- DM für Nichtärzte notwendig sein;

Diese Kosten sind absetzbar; die Evangelische Studentengemeinde Hamburg (ESG) hat sich freundlicherweise zu einer Unterstützung unserer Arbeit bereit erklärt. Die Einzahlungen werden auf ein Sonderkonto des ESG-Fördervereins gehen, dort nur zu Zwecken der Anzeile und des Kongresses verwandt und es werden Spendenbescheinigungen für „Unterstützung der ESG“ ausgestellt.

☐ Ich nehme an dem Kongreß teil.

Name: Anschrift:

☐ Ich unterstütze den Aufruf und habe 50,- DM auf das u.a. Konto eingezahlt.

Unterschrift

Antworten bitte an:

Wolfgang Kratzke

Hamburger Ärzteinitiative gegen Atomenergie

Lindenstraße 23

2000 Hamburg 1

Tel. 040/280 28 15

Einzahlungen bitte auf folgendes Konto:

ESG-Förderverein, Hamburger Sparkasse, BLZ 200 505 50, Kto.-Nr. 1250/123 864