

DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN

ZEITSCHRIFT FÜR GESUNDHEITS- UND SOZIALBERUFE



Schwerpunkt: Gesundheitssicherstellungsgesetz und Katastrophenmedizin

Üben für den Krieg? – Kasernierte Katastrophenmedizin – Freundliche Schwestern für den Krieg gesucht – Verweigert Euch! – Die Friedensinitiative im Berliner Gesundheitswesen

Aufrüstung und Sozialabbau im Gesundheitswesen

Datenschutz in der Medizin

... algin – zum letzten?

... und Gegenreform im italienischen Gesundheitswesen

der Kommentar

Friedlich in die Katastrophe?

von Gunar Stempel

Seit Jahren bemüht sich die Bundesregierung gezielt um den Ausbau des gesamten Katastrophen-, Zivil- und Selbstschutzes. Zusammengefaßt als „Zivile Verteidigung“ sind die genannten Bereiche dem Bundesinnenminister unterstellt. Die **Unterordnung unter die Militärpolitik** fällt dennoch eindeutig aus: „Die Zivile Verteidigung mit Zivilschutz, Katastrophenschutz und in Sonder-einheit dem Selbstschutz“, so eine Presseinformation des Bundesverbandes für Selbstschutz (BVS), sei „Schwerpunkt einer glaubwürdigen Verteidigungskonzeption“.

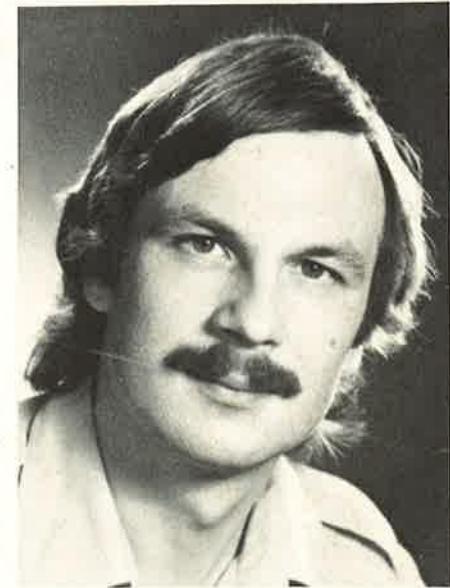
Doch mehr schlecht als recht ließ sich diese Konzeption bisher bei der Bevölkerung verkaufen, klagte ein hoher Militärarzt und Ärztekammerfunktionär noch unlängst in Münster: „**Die Parole des ‚Nie wieder‘ sitzt tief in den Menschen**, und so scheuen sich auch unsere Politiker, in der Öffentlichkeit von einem möglichen Krieg und den notwendigen Schutzmaßnahmen zu sprechen“.

Um hier einen Meinungsumschwung herbeizuführen, wollen sich die Kriegsplaner ausgerechnet des gestiegenen Problembe-wußtseins der Bundesbürger für die Umweltgefahren bedienen, welches durch die jahrelange mühevolle Aufklärungsarbeit der Bürgerinitiativen, fortschrittlicher Wissenschaftler geschaffen wurde. So schreibt der Leiter der Arbeitsgruppe „Katastrophenschutz“ beim Bundesinnenministerium, Ministerialrat Ewald Andrus in der Zeitschrift „Zivilverteidigung“ (Heft 4/81): „Zum andern ist das Bewußtsein der Öffentlichkeit in den letzten Jahren auch in Bezug auf die im Frieden drohenden Gefahren erheblich geschärft worden. Hier ist vor allem auf die unvermindert heftige Diskussion um die vermeintlichen Gefahren der Kernenergiezeugung hinzuweisen, die in unserem Lande ein großes Potential an Emotionen und Aggressionen hervorgerufen hat... Die **Gleichzeitigkeit der militärstrategischen und Kernenergiediskussion haben in der Öffentlichkeit das Bewußtsein von der Komplexität sowohl der Bedrohungslage als auch ihres Schutzbedürfnisses geweckt**“.

Die dazugehörige Strategie entwickelt der Soziologieprofessor Lars Clausen wiederum in der Zeitschrift „Zivilverteidigung“ (Heft 4/81) in seinem Aufsatz „Zivilschutz als soziale Frage“: „Namentlich von den alltäglichen Graswurzeln der Unfall- und Katastrophenverkehr könnte man losarbeiten... abermals weise ich auf den **Katastrophenschutz; ich halte ihn für ein Schlüsselfeld**“.

Das Gesundheitswesen als Testfeld hierfür eignet sich für diese Strategie besonders gut:

1. jegliche Gegenwehr gegen eine solche „Katastrophenvorsorge“ kann mit dem Hinweis auf die besondere humanitäre Verpflichtung der Gesundheitsberufe ersticken werden;
2. gerade hier findet man willfährige Helfer in den ärztlichen Standesorganisationen, allen voran der „Hartmannbund“, der schon 1966 seinen Arbeitskreis „Ärzte in der Bundeswehr und Zivilschutz“ gegründet hatte und seine Vorstellungen eines



sog. **Gesundheitssicherstellungsgesetzes (GesSG)** bereits 1969 in der Bundesärztekammer durchsetzte.

So erlebt das noch sehr junge Fachgebiet „Katastrophemedizin“ eine einzigartige Blüte. Seit ca. 2 Jahren überschwemmt eine Flut von Artikeln, Büchern, Fortbildungsveranstaltungen und neuerdings auch Katastrophenschutzübungen die Ärzteschaft – die Artikel und Bücher: aushahmslos verfaßt von Sanitätsärzten der Bundeswehr. Der wirtschaftliche Beirat der Bundesärztekammer gründete Anfang 81 den Arbeitskreis „Katastrophemedizin“ – der Vorsitz wurde einem Generalarzt der Bundeswehr übertragen. Da der Krieg nichts anderes als „eine besondere Form der Katastrophe“ ist, so Oberfeldarzt Dr. Theodor Röse vom Bundesverteidigungsministerium, liegt der Katastrophenschutz bei der Bundeswehr in den richtigen Händen.

Auch in den „Maßnahmen für den Katastrophenfall im Bereich des Gesundheitswesens“ der Freien und Hansestadt Hamburg werden Natur-, Zivilisations-, Krankheits-, Kriegs- und Umweltkatastrophen in einem Atemzug angeführt, ebenso wie das geplante „Gesetz zur Anpassung des Gesundheitswesens an besondere Anforderungen eines Verteidigungsfalles“, das sog. **Gesundheitssicherstellungsgesetz**. Für die medizinischen Schulungen im Katastrophenschutzzentrum des Bundes gibt es die ministerielle Anweisung, nur noch V-Fall-Spezifisches“ zu behandeln – V-Fall bedeutet Verteidigungsfall und das bedeutet Krieg. Die bewußte Vermengung von Katastrophemedizin und Kriegsmedizin geht bis in die Einübung der sog. Triage, der Selektion von Patienten, einem Verfahren aus den beiden Weltkriegen.

Umso nervöser reagieren Regierung und Ärztefunktionäre auf Kritik. So forderte der Generalarzt Rebentisch in der Zeitschrift „Arztliche Praxis“ unter der Überschrift „Katastrophemedizin ist keine Ideologie“ praktisch den Entzug der Approbation für diejenigen Kollegen, die sich dieser Art von Katastrophemedizin nicht unterwerfen wollen. Der Hamburger Bürgerschaftsabgeordnete Dr. Kampf forderte zur Denunziation der Anti-Atom-Ärzte auf. Bundeskanzler Schmidt lud einen der prominentesten Kritiker der Kriegsmedizin und Aufrüstung, Horst-Eberhard Richter zu einem zweistündigen Gespräch unter vier Augen ein, um ihn von einem weiteren Engagement gegen das GesSG abzuhalten, was ihm leider auch teilweise gelang.

Umso wichtiger erscheint es uns daher, daß der auf der Rückseite abgedruckte „Appell aus dem **Gesundheitswesen für den Frieden**“ von unseren Lesern verbreitet wird. Wir hoffen, daß dieses Heft darüberhinaus mit seiner Mischung aus Berichten und Analysen zu „Katastrophemedizin und Gesundheitssicherstellungsgesetz“ neue Anstöße für die Friedensbewegung im Gesundheitswesen gibt. Wir freuen uns, daß diese Aufgabe eine echte Gemeinschaftsproduktion von Lesern und Redakteuren geworden ist.

IMPRESSUM

Herausgeber

Heinz-Harald Abholz (West-Berlin), Hans-Ulrich Deppe (Frankfurt), Heiner Keupp (München), Brigitte Kluthe (Piedstadt), Hans Mausbach (Frankfurt), Wolfgang Münster (Langenberg), Christina Pötter (Gießen), Michael Regus (Siegen), Annette Schwarzenau (West-Berlin), Hans See (Frankfurt), Harald Skrobles (Piedstadt), 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: Matthias Albrecht, Peter Liebermann; Demokratie und Gesundheitswesen: Willi Farwick, Ulli Menges; Pharma- und Geräteindustrie: Harald Kamps; Ausbildung: Edi Erken, Gabriele Buchczik; Krankenpflege: Michael Roitzsch; Frauenproblematik: Ulla Funke, Unni Kristiansen-Kamps; Internationales Gesundheitswesen: Gunar Stempel, Felix Richter; Medizingeschichte/ideologische Positionen der medizinischen Standesorganisationen: Peter Walger, Helmut Koch; Kultur und Subkultur: Ulli Raupp, Gunar Stempel.

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

Namentlich gezeichnete Beiträge geben die persönliche Meinung des Verfassers wieder und stellen nicht unbedingt die Meinung der Redakções dar. Die Redaktion bittet die Leser um Mitarbeit, kann aber für unverlangt eingesandte Manuskripte keine Haftung übernehmen.

Nachdruck nur nach Zustimmung der Redaktion.

Redaktionsschrift: „Demokratisches Gesundheitswesen“, Postfach 101 041, 4100 Duisburg 1.

Koordinierende Redaktion und Anzeigenverwaltung: Ullrich Raupp, Spyckstr. 61, 4190 Kleve, 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) 733 67; Konten: BIC 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. (0211) 364051, Konten: Postscheckamt Köln 6514-503. Stadtsparkasse Köln 10652238.

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

Redaktions- und Anzeigenschluß für Nr. 2/82: 13. 2. 1982.

Graphik: Christian Paulsen, Thorsten Müller

Lay-out: Gunar Stempel, Uwe Schmitz, Detlev Uhlenbrock, Gregor Weinrich

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

JSSN: Nr. 0172-7091

DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN

ZEITSCHRIFT FÜR GESUNDHEITS- UND SOZIALBERUFE

1/82

Inhaltsverzeichnis:

Kommentar
von Gunar Stempel

Schwerpunkt: Gesundheitssicherstellungsgesetz und Katastrophenmedizin

Oben für den Krieg	8
Kasernierte Katastrophenmedizin	12
Freundliche Schwestern für den Krieg gesucht!	14
Verweigert Euch!	16
Die Friedensinitiative im Berliner Gesundheitswesen	24

Gesundheitsversorgung

Aufrüstung und Sozialabbau im Gesundheitswesen	18
--	----

Demokratie und Gesundheitswesen

„CS“ – das Kampfgas der Zukunft	26
Datenschutz in der Medizin	28

Pharma- und Geräteindustrie

Novalgin – zum letzten?	31
Das Superding mit Superrech 98	40

Internationales

Reform und Gegenreform im italienischen Gesundheitswesen	32
--	----

Krankenpflege

Berufliche Weiterbildung bedroht!	35
-----------------------------------	----

Historisches

„100 Jahre Sozialversicherung“, Teil 2	36
--	----

Kultur und Subkultur

Nachtschwesterreport	39
----------------------	----

Dokumente

Rede von Horst-Eberhard Richter auf der Eröffnungsveranstaltung des Gesundheitstages 1981	I
---	---

Rede auf der Abschlußkundgebung des Gesundheitstages 1981	II
---	----

Kriegsmedizin und Gesundheitssicherstellungsgesetz	III
--	-----

Italienische Mediziner gegen den Atomtod	VI
--	----

Stellungnahme der British Medical Association	VI
---	----

Aufruf zur Denunziation	VII
-------------------------	-----

„Bitte nennen Sie mir ein Konto!“	VII
-----------------------------------	-----

Sozialgesetzliche Chronik (1885–1931)	VIII
---------------------------------------	------

Rubriken

Leserbriefe	2
-------------	---

Aktuelles	3
-----------	---

Verschiedenes/Kleinanzeigen	6
-----------------------------	---

Kleinanzeigen/Termine	7
-----------------------	---

Kongreßberichte	30
-----------------	----

Buchkritik	38
------------	----

Wir möchten alle Leser auf das beigelegte Werbefaltblatt des DEMOKRATISCHEN GESUNDHEITSSENS hinweisen.

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



Wurde die sog. Triage bisher nur theoretisch anhand von Lichtbildern von Verletzten geübt, so ist man in den letzten Monaten dazu übergegangen, das bisher gelernte praktisch anzuwenden. DG berichtet von der Katastrophenenschützübung „Donnerkeil“ in Münster.



Die Zusammenhänge zwischen einer zunehmenden Militarisierung des Gesundheitswesens durch das bevorstehende Gesundheitssicherstellungsgesetz und einem exzessiven Sozialabbau in der Bundesrepublik Deutschland analysiert Hans Mausbach in seinem Artikel auf Seite 18.



Kann man sich in Zukunft nur noch so auf der Straße bewegen, wenn eine Demonstration naht? DG berichtet über die Wirkung von CS, dem neuen Kampfgas der Polizei, das bereits im Vietnamkrieg zum Einsatz kam.

Leser-Briefe

Grenzfall zwischen Leben und Tod

Offener Brief

Am 16. Juni 1981 blieb das Herz eines 35jährigen, gesunden Menschen während einer Narkose stehen.

Es wurde wiederbelebt und begann nach 2 bis 20 Minuten erneut zu schlagen. Nach 24 Stunden konnte Mofleh wieder selbstständig atmen. Sein Körper wurde von Krämpfen geplagt, die natürlichen Reflexe waren ausgeschaltet. Ärzte gaben mir keine Hoffnung.

„Er muß spontan aufwachen“. Man sagte mir, daß die Neurologie noch keine Erkenntnisse erzielt hätte, die für Mofleh nutzbar gemacht werden könnten. Dagegen setzte ich meine eigene Arbeitshypothese. Da nicht endgültig bewiesen werden kann, daß jede Therapie sinnlos ist, muß ich mich um ihn kümmern wie um einen gesunden Menschen. Heute, am 16. November 1981, lebt Mofleh – immer noch bewußtlos. Zum Erstaunen der Ärzte ist er körperlich relativ gesund und reagiert mit Mundbewegungen und Kopfdrehen, wenn ich ihn anspreche. Ich werde von den Ärzten gelobt, aber meine persönliche Kraft erreicht ihre Grenze.

Was bleibt zu tun? Über meine eigenen Bemühungen hinaus bin ich auf Ihr Wissen und Ihre Erfahrungen angewiesen. Wenn Sie Informationen oder Fachwissen über derartige „Grenzfälle zwischen Leben und Tod“ besitzen, appelliere ich an Ihr Verantwortungsbewußtsein, mir bei der Rettung meines Mannes behilflich zu sein.

Bitte schreiben Sie mir, damit ich Ihnen alle bisher von mir gemachten Beobachtungen der Bewußtseinslage meines Mannes vermitteln kann.

Petra Korkemaz
Unterm Stern 3
5400 Koblenz

Betr.: Gesundheitssicherstellungsgesetz

Liebe Leute von der Redaktion,
wir bitten Euch hiermit unseren Artikel über das „Gesundheitssicherstellungsgesetz“ in Eurer nächsten Ausgabe zu veröffentlichen. Die Zeit drängt leider, da wir damit rechnen müssen, daß dieser Gesetzesentwurf Anfang '82 durch den Bundestag gepeitscht werden wird.

Sobald unser Artikel veröffentlicht ist, werden wir eine Selbstanzeige nach § 88a, wegen Verharmlosung und indirektem Aufruf zur Gewalt machen. Wir werden uns dabei auf die Triage berufen, die in jedem Fall Gewaltanwendung beinhaltet.

Unsere Selbstanzeige mit Begründung werden wir dann auch soweit wie möglich veröffentlichen.

Mit friedliebenden Grüßen

Heldrun Lauschke, Petra Meven
4000 Düsseldorf 1

Anmerkung der Redaktion:
Wir veröffentlichen den Text nebenstehend:

Mobilmachung der Frauen

Zum Referentenentwurf eines Gesetzes „zur Anpassung des Gesundheitswesens an besondere Anforderungen eines Verteidigungsfaßtes“.

Auch auf uns Frauen soll ein Abglanz soldatischen Ruhmes fallen – so hat es der Gesetzgeber, der für uns doch immer in so rührender Weise sorgt, vorgesehen. Das GesSG, das die Gesundheitsfürsorge im Spannungsfall und im Falle eines Atomkriegs regeln soll, setzt gerade unsere weiblichen Fähigkeiten und Veranlagungen ins volle Licht: durch Dienen und Helfen die „Heimatfront“ zu bilden.

Auch diejenigen, die aufgrund übergrößer Bescheidenheit (einer ebenfalls hervorragenden weiblichen Tugend) sich zurückhalten wollen, bekommen im besagten Fall die Möglichkeit, sich den Applaus der überlebenden Menschheit zu sichern – durch Dienstverpflichtung. Wenn schon wenige Frauen in der Politik vertreten sind, können wir uns doch immethin auf die Politik der Männer verlassen, die diese unsere Qualitäten lange erkannt haben. Sie geben uns obendrein durch dieses Gesetz die Möglichkeit, uns im sozialen Bereich ohne Bezahlung zu engagieren – wofür auch Bezahlung, sie würde nur den Lorbeer des idealistischen Engagements zum Welken bringen.

Um uns die freudige Überraschung nicht vorwegzunehmen, hat man diesen Gesetzentwurf bisher so gut wie geheim gehalten. So sind die sozialen Aufgaben nach diesem Gesetz auch sehr vielseitig: Triage (das Sortieren von „Hoffnungslosen“, Schwer- und Leichtverletzten zur eventuellen Behandlung oder Nichtbehandlung), Kranke (Simulanten!) aus den Krankenhäusern schmeißen, die soziale Hängematte säubern, Verstümmelte versorgen – Aufgaben, deren spannendem Reiz sich niemand wird entziehen können.

Wer da die Möglichkeit bekommen soll, als „Engel der Verwundeten“ aufzutreten, ist bereits registriert: Millionen von Frauen, die im Gesundheitswesen als Krankenschwestern, Schwesterhelferinnen und Ärztinnen arbeiten oder ehemals gearbeitet haben, und die, die jetzt Schwesterhelferinnen-Kurse besuchen (bisher schon die erfreuliche Zahl von 230 000 Frauen, wir hoffen, daß sie noch wachsen wird).



Leider fällt ein Wermutstropfen in diesen überschäumenden Kelch der Begeisterung – etliche verantwortungslose und verworfene Weibsbilder wollen sich in Verweigerungsaktionen ihrer humanitären Aufgabe entziehen. Dem gerechten Verteidigungswillen des freien Westens wird durch solche Aktionen die soziale Rückendeckung genommen. Wir berufen uns auf die lichtvollen Ausführungen von Innenminister Baum, „daß erst durch die Zivilverteidigung die atomare Abschreckung ihre volle Wirkung erzielen kann“. Schon im Jahre 1962 erklärte unsere NATO: „eine gut organisierte Heimatfront muß als wichtiges Abschreckungsmittel gegen eine Aggression betrachtet werden ...“ und „... wenn die militärische Front und die Heimatfront dank der getroffenen Vorbereitungen diese Zeit, die man Überlebensphase nennt (die ersten drei bis vier Tage nach dem Atomschlag) überstehen, so dürfte die halbe Schlacht gewonnen sein.“

Wer jetzt noch Angst vor dem Atomkrieg hat, hat kein Vertrauen zu uns Frauen!

Frauen, die sich über ihren zukünftigen Wirkungskreis informieren wollen, lesen bitte:

- „Die Überlebenden werden die Toten beneiden – Ärzte warnen vor dem Atomkrieg“, Infobroschüre der Hamburger Ärzteinitiative
- Blätter für deutsche und internationale Politik, Pahl-Rugenstein Verlag, 12/81
- „Die Zeit“ vom 18. 9. 1981 – Artikel „Zivilisten haben keine Chance“
- TAZ, 2. 12. 1981

Petra C. Meven/Heldrun Lauschke

Buchkritik

„Kopfkorrektur oder Der Zwang, gesund zu sein“ von Heinz Becker

Liebe Freunde,

die Buchkritik fand ich im großen und ganzen recht positiv, da ich „Kopfkorrektur oder Der Zwang, gesund zu sein“ für ein sehr wichtiges Buch halte, das mir viele Denkanstöße gegeben hat.

Folgender Satz hat mich allerdings sehr erschreckt: „... die Erlebnisse Karlines und der Verfasser machen dem Leser Angst, Angst vor terroristischen Methoden der Krankengymnastik ...“

Erschreckt deshalb, weil meiner Meinung nach dies ein falscher Schluß aus dem Buch ist.

Es geht nicht allein darum, die Methoden und Techniken, die sicherlich nicht ganz unumstritten sind, aufzuzeigen und somit Angst und Schrecken vor der Krankengymnastik zu verbreiten, die ja doch eine große Bedeutung im Bereich der Behandlung cerebral geschädigter Kinder hat.

Sondern es geht zum einen darum,

- Therapeuten dazu zu bewegen, über die Techniken und die Strukturen, in denen sie angewandt werden, zu reflektieren und für sich selbst vielleicht ein neues Selbstverständnis zu finden. Siehe auch dazu das Kapitel „Die eigene Betroffenheit, Normalität und Therapieglaube“, S. 19 ff.

Zum anderen

– Eltern nicht Angst, sondern Mut zu machen, die Verantwortung nicht allein den Therapeuten zu überlassen und nur die Zustimmung zu irgendwelchen Maßnahmen zu geben: „Es kommt darauf an, daß die von den Ärzten so genannten Laien die Medizin insgesamt zurückgewinnen und kontrollieren, denn dabei geht es ja um unseren Körper und unsere Gesundheit.“ (S. 9)

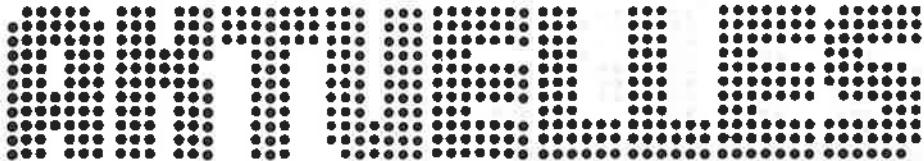
Ein derartiges Pauschalurteil trägt sicher nicht dazu bei, das ohnehin oft verschwommen und falsche Bild von der Krankengymnastik zu revidieren und eine vertrauensvolle Basis für eine fruchtbare Zusammenarbeit der Gesundheitsarbeiter untereinander und Eltern und Therapeuten zu schaffen.

Liebe Grüße
Marita Fehn
Krankengymnastikschülerin an der
KG-Schule Aachen

Liebe DG-Leser und Macher!

Natürlich wünsche ich Euch allen beste Gesundheit. Falls ich jedoch einmal in die Verlegenheit kommen sollte, einen Arzt aufzusuchen zu müssen, denkt bitte daran, daß es sich hierbei um Mediziner handeln könnte, die mit ein wenig Überzeugung sicherlich zu bewegen sind, das DG zu abonnieren. Ich bin nicht vom Fach, aber ich habe es als „einfacher Kranker“ geschafft, meinen Orthopäden davon zu überzeugen, das DG zu abonnieren. Vielleicht ein guter Tip zur Verbreitung Eurer sehr guten Zeitschrift.

Ein kranker Demokrat
Siggi Schilling, Duisburg



US-Ärzte lehnen Zusammenarbeit mit dem Pentagon ab

Mediziner wollen nukleare Katastrophe nicht mitvorbereiten

Bemühungen des Washingtoner Verteidigungsministeriums, für einen überraschenden Kriegsfall in Übersee 50 000 amerikanische Hospitalbetten bereitzustellen, stößen auf Schwierigkeiten. Katholische Kirchenführer und Ärzte lehnen eine derartige Vorsorgezusammenarbeit mit dem Pentagon ab.

In verschiedenen Stellungnahmen – der letzten Wochen hieß es, die Aktion wirke wie eine Vorbereitung begrenzter nuklearer Gefechtshandlungen in Europa, Nahost oder Asien.

Ärzte des Contra Costa County Hospital im San-Francisco-Bay-Gebiet weigerten sich rundheraus, das Ansinnen des Verteidigungsministeriums mit dem erwarteten patriotischen Eifer zu akzeptieren. In einem Brief, der von Dr. Bennett unterzeichnet war, wurde festgestellt, man wolle an dem zivil-militärischen Vorsorgeplan nicht mitwirken, weil damit „die Vorbereitung eines Krieges von katastrophalen Ausmaßen ermutigt wird“.

Eine Teilnahme könnte als „Zustimmung für die Planung eines Nuklearkrieges“ gewertet werden. „Als Ärzte glauben wir, daß ein Krieg, wie er von den Militärs vorausgesehen wird, zerstörerisch für die Menschheit wäre.“

Der römisch-katholische Erzbischof von San Francisco, John Quinn, forderte die katholischen Krankenhäuser auf, die Aktion zu boykottieren. Die Bereitstellung von Hospitalbetten mache einen begrenzten Nuklearkrieg „denkbarer“ und damit wahrscheinlicher. Nach einem Bericht des „Boston Globe“, der Nachforschungen der New York Times ergänzte, wird der Pentagon-Plan auf ähnliche Weise von einer Ärzte-Gruppe („Physicians for Social Responsibility“) kritisiert, deren Hauptquartier in Watertown im Bundesstaat Massachusetts liegt. Der Gruppe gehören 6500 Mediziner an. In einer Veröffentlichung wird festgestellt, „der Pentagon-Vorschlag ist ein Markstein auf dem Weg, der die USA militärisch auf die Führung eines begrenzten Nuklearkrieges in Übersee vorbereiten soll“.

Bereits im Februar waren amerikanische Krankenhäuser gebeten

worden, insgesamt 50 000 Betten bereitzustellen und eine medizinische Reservekapazität zu schaffen, die im Falle eines Überseekonflikts mit hohen Verlusten die militärischen Hospitäler der USA entlasten könnte. Dabei wurden keine Atomwaffen erwähnt.

Auf Anfrage eines kalifornischen Arztes erklärte das Verteidigungsministerium im Juni brieflich „im Prinzip“ sehe der Plan die Versorgung Verwundeter eines Krieges mit konventionellen Waffen vor. Weiter hieß es: „Es ist möglich, daß solch ein Krieg bis zum Einsatz chemischer oder taktischer Nuklearwaffen im Gefechtsbereich eskaliert könnte.“

Von den 50 000 Betten, die gesucht werden, konnten in mehreren Monaten nur 19 000 gefunden werden. Einige Krankenanstalten weigerten sich einfach mit dem Hinweis, sie hätten für so einen Notfall nicht die notwendigen Einrichtungen.

Nach Pentagon-Angaben wurde der Regierungsplan Hunderten von Hospitälern in 48 städtischen Bereichen unterbreitet. Die 19 000 Plätze die sichergestellt werden konnten, wurden von 213 Krankenhäusern angeboten.

Erfolg für gefeuerte Klinikärzte aus Gelsenkirchen

In der Auseinandersetzung um die spektakuläre Kündigung von drei Assistenzärzten der Städt. Kinderklinik Gelsenkirchen zu Ende ihrer Probezeit Mai 1981 haben zwei der Betroffenen einen wichtigen juristischen Sieg errungen:

Die 1. Kammer des Arbeitsgerichts Gelsenkirchen erklärte zwei der Kündigungen für null und nichtig. Die Klinik wurde zur Weiterbeschäftigung der zwei Ärzte verpflichtet. Anwalt Harry Gerson vom Bochumer Anwaltskollektiv Bode stellte noch am gleichen Tag Antrag auf sofortige Vollstreckung des Urteils. Auch die Stadt Gelsenkirchen hat bereits Berufung beim Landesarbeitsgericht in Hamm eingelebt und dort Zwangsvollstreckungsschutz beantragt.

Zur Begründung ihrer Kündigungen hatte die Klinikleitung einen umfangreichen „Sündenkatalog“ zusammengestellt: Die Beschuldigungen reichten von „Diffamierung von Oberärzten“ und „Untergrah-

bung der Autorität der leitenden Kinderkrankenschwestern“ über nicht getragene weiße Kittel bis zu Lächerlichkeiten wie Nägelschneiden im Stationszimmer, von verzögert bearbeiteten Kostenblättern bis zu Auseinandersetzungen mit einzelnen Stationsschwestern über die Art des Umgangs mit Schwestern, Schwesternschülerinnen und den Patienten ...

Über all diese Gründe will der Verwaltungsleiter Kleinwächter und Oberin Koba den Personalrat zuvor ausführlich unterrichtet haben. Die vernommenen Personalräte konnten sich jedoch nahezu über einstimmend an viele dieser Vorwürfe nicht mehr erinnern, so daß Anwalt Gersons Vermutung, die Klinikleitung habe viele dieser Vorwürfe erst im Nachhinein zusammengezimmert, von dieser nicht glaubhaft widerlegt werden konnten.

strittene Vorwurf der Diffamierung von Oberärzten auf einer ÖTV-Versammlung geklärt werden, und hierbei kann er sich auf eine Fülle von Zeugen berufen.

Noch ist die endgültige Wiedereinstellung der drei Ärzte nicht gesichert. Das Landesarbeitsgericht Hamm hat inzwischen die sofortige Vollstreckung des Urteils bis zur Urteilsverkündung des endgültigen Prozesses aufgehoben, da die „Loyalität“ zwischen Arbeitgeber und -nehmer gestört sei. Die Betroffenen bitten daher um weitere Unterstützung, damit aus dem juristischen Erfolg auch ein politischer Erfolg werden kann.

Verantw. für die „Initiative zur Wiedereinstellung der drei Ärzte“:
Lothar Montzka
Horster Str. 174
4390 Gladbeck
Telefon: 0 20 43/3 50 76

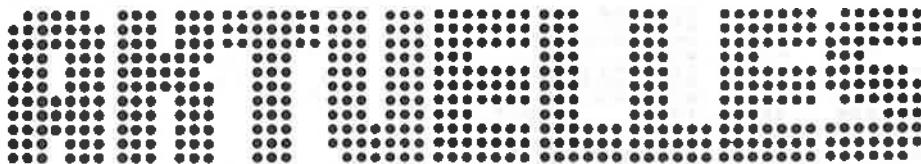


Eingliederungshilfe für Behinderte gekürzt

Das am 1. 1. 82 in Kraft getretene 2. Haushaltsgesetz enthält u.a. eine Änderung des § 43, Abs. 2, Satz 2. Dieser Paragraph legte bisher den Höchstbetrag der Familien für Eingliederungs- und Rehabilitationsmaßnahmen behinderter Familienmitglieder auf 216,- DM/Monat fest (sog. Ersparnisbetrag).

Jetzt sollen die Familien grundsätzlich bis zum vollen Pflegesatz (bis zu 4000,- DM/Monat) herangezogen werden.

Es obliegt den Ländern, dabei Höchstgrenzen festzusetzen. Das Land NRW hat die Höchstgrenze mit 845,- DM/Monat festgelegt. Berechnungen nach den NRW-Ausführungsbestimmungen ergeben, daß eine Familie mit einem monatlichen Bruttoeinkommen von 2400,- DM nun ca. 700,- DM für die Unterbringung eines behinderten Familienangehörigen aufbringen muß. Dies ist für die meisten Familien finanziell nicht tragbar. Deshalb verlassen zur Zeit viele Behinderte die Rehabilitationseinrichtungen, was langfristig die Schließung dieser Einrichtungen nach sich ziehen muß. Diese Änderung des Haushaltsgesetzes ist schlachtweg ein Skandal und sollte schleunigst zurückgenommen werden.



BdWi-Fachtagung „Umweltwissenschaft – Umweltpolitik“

Vom 18.–20. November 1981 fand in Marburg eine Fachtagung des Bundes demokratischer Wissenschaftler (BdWi) zum Thema „Umweltwissenschaft – Umweltpolitik“ statt. An der Tagung nahmen etwa 180 Wissenschaftler aus den Hochschulen der Bundesrepublik sowie aus verschiedenen außeruniversitären mit Umweltforschung und Umweltfragen befaßten Institutionen teil. Nach einem einleitenden Podiumsgespräch zur Frage „Was ist ökologisch orientierte Wissenschaft?“ gliederte sich die Fachtagung in vier Arbeitsgruppen. In der Arbeitsgruppe 1 „Energiepolitik – Energieversorgung“ standen Fragen der Energieeinsparung und rationellen Energieverwendung im Vordergrund. In der Arbeitsgruppe 2 („Wasser“) ging es um Fragen der Grundwassergewinnung, der Verunreinigung des Wassers, insbesondere durch chlorierte Kohlenwasserstoffe sowie um die durch Schwefeldioxid-Emissionen bedingte Versauerung von Niederschlägen und die hierdurch verursachten besorgniserregenden ökologischen Schäden von Seen und Wäldern. Thema der Arbeitsgruppe 3 waren Probleme der Raumentwicklung (J. Hanisch, Berlin: Räumliche Agglomeration und Naturhaushalt am Beispiel Südhessen; J. Binder-Erhardt, Hamburg: Raumentwicklung und Verkehrsinfrastruktur; A. Oppolzer und P. Strutynski, Kassel: Soziale Belastungshäufung und integrierte Regionalpolitik). In der Arbeitsgruppe 4 („Umwelt und Gesundheit“) schließlich ging es um Fragen der durch chemische Schadstoffe bedingten Gesundheitsrisiken (W. Thiemann, Bremen: Gesundheitsrisiken durch Schadstoffe im Trinkwasser; H. Nover, Bonn: Gesundheitsrisiken durch Schadstoffe in Lebensmitteln; P. Kaiser, Münster: Genotoxische Wirkungen von Umweltschadstoffen). B. Zwingmann, Düsseldorf, gab eine Übersicht über „Gesundheitsrisiken und Arbeitsumwelt“ und U. Ewers, Essen, besprach epidemiologische Daten zum Thema „Krebs und Umwelt“.

Den Abschluß der Tagung bildeten vier Plenarvorträge zu folgenden Themen: K. Krusewitz, Berlin, sprach über „Nationale und internationale Entstehungs- und Ent-

wicklungsbedingungen der Umweltpolitik in der Bundesrepublik Deutschland“; A. Bechmann diskutierte die Schwerpunkte und Perspektiven der Umweltpolitik in den 80er Jahren aus der Sicht der Ökologiebewegung; H. Müller von der Hessischen Stiftung für Friedens- und Konfliktforschung beleuchtete die Berührungs نقاط und Gemeinsamkeiten von Ökologiebewegung und Friedensbewegung; K.H. Tjaden, Kassel, sprach über „Ökologiebewegung und Arbeiterbewegung“.

Die Vorträge und Referate der BdWi-Fachtagung werden voraussichtlich Anfang 1982 in Buchform bei Pahl-Rugenstein, Köln, veröffentlicht.

Arbeiterwohlfahrt gegen Kürzungen bei der Sozialhilfe

Der Fachausschuß der Arbeiterwohlfahrt für Altenhilfe stellte anhand von Beispielen fest, wie erschreckend in ihren Auswirkungen die vom Bundesrat vorgesehenen Kürzungen der Sozialhilfe-Leistungen bei alten Menschen zu Buche schlagen werden. Unter der Ankündigung einer 3%igen Steigerung des Regelsatzes – nur für den Haushalt vorstand – ergibt sich eine einschneidende Kürzung von bis zu 8,5% im Jahr 1982. So erhält z. B. ein älteres Ehepaar zukünftig ca. 58,-DM weniger, ein alleinstehender älterer Mensch ca. 21,-DM. Die Arbeiterwohlfahrt verweist bei diesen Angaben auf eine kürzlich veröffentlichte Studie des Kölner Instituts für Sozialforschung. Diese ergab, daß ohnehin ca. 50% der anspruchsberechtigten, vor allem alleinstehende alte Menschen und kinderreiche Familien die Leistungen der Sozialhilfe nicht beantragen.

Arbeitszeit: ab 1985 nur noch maximal 48 Stunden pro Woche?

Der Entwurf eines Arbeitsschutzgesetzes von Minister Ehrenberg (vgl. DG 5/81 und 6/81) soll die tägliche Arbeitszeit auf maximal 10 Stunden und die wöchentliche auf maximal 48 Stunden begrenzen. Der erste Entwurf vom August 81 hatte noch maximal 9 Stunden täglich vorgesehen. Bundeswirtschaftsminister Graf Lambsdorff hatte sich strikt gegen jede Be-

grenzung der Überstunden ausgesprochen. Mehrarbeit soll an bis zu 30 Tagen im Jahr betrieblich festgelegt werden können. Ganze Wirtschaftszweige wie die Gastronomie, Zeitungsunternehmen, Verkehrs- und Saisonbetriebe sollen Ausnahmeregelungen erhalten. Im übrigen sollen aber alle Bereiche der gewerblichen Wirtschaft und des öffentlichen Dienstes einzbezogen werden, so z. B. auch die Landwirtschaft und die Krankenhäuser. Das neue Gesetz soll ab 1. Januar 1985 in Kraft treten und die Arbeitsschutzzvorschriften aus der Gewerbeordnung von 1891 und die aus faschistischer Zeit stammende Arbeitszeitordnung von 1938 ablösen.

OVG Münster: 60%- Regelung verfas- sungswidrig

Ein Düsseldorfer Medizinstudent, der mit 59,1% richtigen Antworten beim zweiten Abschnitt der ärztlichen Prüfung an der 60%-Hürde gescheitert war, erhielt jetzt Recht vor dem Oberverwaltungsgericht Münster. Dieses entschied, daß die starre 60%-Bestehensregel verfassungswidrig sei, da offensichtlich nach den Ergebnissen der bisherigen Prüfungen unterschiedliche Schwierigkeitsgrade in den Prüfungen vorgelegen hätten. Damit verstößt die 60%-Regelung gegen das nach dem Grundgesetz geltende Gebot der Gleichbehandlung aller Prüflinge. Im Frühjahr 1981 war die Durchfallquote mit 56,2% sensationell hoch gewesen, in den Prüfungen vorher waren z. T. nur 10% der Prüflinge durchgefallen. Mit dieser Entscheidung des OVG Münster wird eine ganze Reihe von Prozessen zugunsten knapp durchgefallener Prüflinge entschieden werden.

BAFöG als „Moped- Beihilfe“ denunziert

Als Beispiel für den sog. „Wildwuchs“ der Sozialleistungen nannte das FDP-MdB Cronenberg die BAFöG-Unterstützung für Schüler, die er als „Moped-Beihilfe“ bezeichnete. Der offensichtlich von einer „Mercedes-Beihilfe“ (Bundestagsdiäten) lebende Cronenberg reichte sich damit in die endlose Schlange berufsmäßiger Denunzianten des Sozialstaates ein, die gegen das „Ausufern sozialer Leistungen“ und den „Wildwuchs“ zu Felde ziehen. Cronen-

bergs weder neue noch originelle Abhilfe: alle Sozialleistungen müssen versteuert werden.

Berufsverbot für Reinhard Fröschlin?

Zum ersten Mal seit vielen Jahren wieder soll in Lübeck ein politisch motiviertes Berufsverbotsverfahren eingeleitet werden.

Seit bald 10 Jahren wird mit dem Berufsverbot in unserem Land versucht, fortschrittliche Demokraten, Linke, Kommunisten, selbst Sozialdemokraten und Kriegsdienstverweigerer vom öffentlichen Dienst fernzuhalten oder sie daran zu entfernen.

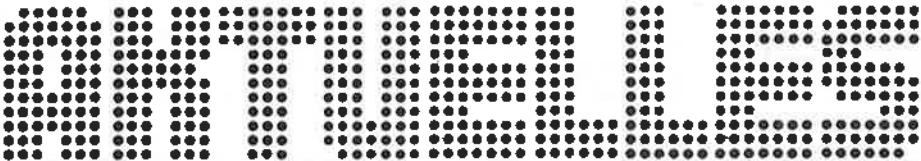
Vielen sind die undemokratischen und existenzvernichtenden Maßnahmen des Berufsverbots gegen Lehrer bekannt. Doch auch andere Berufsgruppen im öffentlichen Dienst sind hiervon betroffen; so auch die Ärzte.

Seit Mitte Mai 1981 bin ich Arzt. Da ich mit meiner Frau und unseren drei Kindern hier lebe und auch bleiben will, habe ich mich für eine Assistenzarztstelle an der Medizinischen Hochschule Lübeck beworben. Die Beantwortung meiner Bewerbung wurde zunächst zwei Monate lang hinausgezögert. Schließlich fand am 21. September 1981 mit je einem Vertreter der Hochschule und des Kultusministeriums ein „kurzes Einstellungsgespräch“ statt.

Mir wurden eine vermutete Mitgliedschaft in der DKP, einer illegalen Partei, dem Marxistischen Studentenbund Spartakus, Flugblätter, Leserbriefe und Aktivitäten in Studentenvertretungen als Gründe für „Zweifel an meiner Verfassungstreue“ vorgehalten.

Ich begründete und beteuerte meine Verfassungstreue, versuchte in diesem Gespräch meine positive Einstellung zum Grundgesetz gerade mit meiner öffentlichen Teilnahme an Vertretungskörperschaften und politischem Leben zu begründen. Das Gespräch endete mit meiner vagen Hoffnung, nun doch endlich meinen Arztberuf an der MHL antreten zu können. Schließlich erfuhr ich am 11.10.1981 aus dem Kultusministerium, daß gegen mich ein formelles Anhörungsverfahren eingeleitet wurde, zu dem ich demnächst geladen werde. Einen Rechtsbeistand könnte ich mitbringen.

Nach allen Erfahrungen aus Schleswig-Holstein mit ähnlichen



Verfahren bedeutet das für mich sehr wahrscheinlich die Ablehnung meiner Bewerbung; trotz offener Stellen, trotz meiner dargelegten Verfassungstreue, dreier Kinder und großer persönlicher, beruflicher und sozialer Konsequenz. Viele Kollegen, Freunde und Bekannte haben mir nun ihre Unterstützung und Solidarität bekundet. Diese Unterstützung könnte es ermöglichen, öffentlich und juristisch gegen das mir drohende Berufsverbot vorzugehen, das Grundgesetz zu verteidigen.

Frankreich: Standesorganisationen gegen Reform des Gesundheitswesens

Unter der Bezeichnung „Solidarité médicale“ (= Ärztliche Solidarität) haben sich in Frankreich zahlreiche Standesverbände und -vereinigungen zusammengeschlossen, die die geplanten grundlegenden Reformen der französischen Linksregierung ablehnen. In großen Zeitungsanzeigen wandten sie sich Ende Dezember 1981 an die Öffentlichkeit und kündigten für den 8. Januar 1982 eine nationale Protestkundgebung in Paris an. Originaltext aus der Anzeige: „Soll auch die Gesundheit nationalisiert werden? Diese Pläne (des französischen Gesundheitsministers, d.V.) und ihre Logik sind bekannt. Es ist die Logik der Verstaatlichung, das Halseisen der Bürokratisierung, das Ende der freien Arztwahl. Es bedeutet die Schaffung von Integrierten Gesundheitszentren, die von Funktionären beherrscht und politisiert sind.“

Weiter braucht man nicht zu lesen, den Rest kennt man aus dem „Ärzteblatt“. Im einzelnen will die Stadesfront folgende Maßnahmen und Pläne bekämpfen:

- die geplante Abschaffung des privaten Sektors in den Krankenhäusern;
- die Demokratisierung von Verwaltungskommissionen und ärztlichen Leitungsgremien;
- die Beendigung der strikten Auslese der Medizinstudenten nach dem ersten Studienjahr.

Die Regierungspläne werden von den fortschrittlichen Ärzteorganisationen sowie den französischen Linksgewerkschaften CGT und CFDT unterstützt. Besonders im Schußfeld der Reaktionen, aber

auch zum Beispiel der sozialpartnerschaftlich orientierten Gewerkschaft FO steht der kommunistische Gesundheitsminister Jack Ralite.

Im Heft 4/82 wird DG die weitere Entwicklung in Frankreich genauer darstellen.

SANTÉ: faut-il, là aussi, nationaliser?

Bientôt le Ministère de la Santé présentera un projet de loi qui voudraient le système de santé auquel les Français sont attachés.

C'est tout, mais en communiquer la vérité. C'est celle de l'absurdité et de la haine dans le paysage. C'est celle de l'absurde, mais pas de son praticien par le malheur. C'est la création de Centres de Santé Intégrés, fonctionnels et politiques.

À terme, c'est la disparition du système de santé à la française, fondé sur la liberté et la sécurité des professionnels et qui laissait de place aux initiatives.

Il nous sera nécessaire, Solidarité Médicale n'est pas en un mois 50 Syndicats ou Associations nous-mêmes réunis.

Le 8 JANVIER, nous démontrons notre unité, notre force et notre détermination.

Si l'avenir de la Santé de France vous concerne, vous devez rejoindre la CONVENTION NATIONALE SOLIDARITÉ MÉDICALE

VENDREDI 8 JANVIER DE 14 A 18 HEURES
Grand Auditorium PALAIS DES CONGRÈS
Porte Maillot à Paris.

Renseignements, Inscriptions: 294.13.28.28, rue de Madrid 75008 PARIS.

US-Krankenhauskonzern für Reagans Gesundheitspolitik

Unterstützung erhielt die reaktoriäre Politik der Kostendämpfung und des Sozialabbaus im Gesundheitswesen in den USA von der Hospital Corporation of America, der größten kommerziellen Krankenhaus-Betriebsgesellschaft der USA. Die 1968 gegründete Firma steigerte ihren Jahresumsatz 1980 von 901 Mio. auf 1,232 Mrd. Dollar und den Netto-Gewinn auf 81 Mio. Dollar. Zu ihr gehören 345 eigene, gemietete oder für kommunale oder kirchliche Träger geführte Krankenhäuser vor allem der Akutversorgung zumeist in den Südstaaten gelegen. Dazu gehören seit September 1981 auch die 154 Krankenhäuser der Firma Hospital Affiliates International. Wie der Präsident der Firma vor Bankvertretern in Frankfurt erklärte, sei die Reagan-Politik deshalb günstig, da seine effizient arbeitenden Krankenhäuser „dann noch größere Konkurrenzvorteile“ verzeichneten. Im Land der „unbegrenzten Möglichkeiten“ ist offensichtlich kein Ding unmöglich.

Kurz notiert:

Mehr als 200 Tote durch gepanschtes Öl

Von den bisher über 15 000 erkrankten Spaniern, die von der zunächst rätselhaften „Öl-Krankheit“ befallen wurden, sind immer noch mehrere Hundert in Krankenhausbehandlung. Über 200 Spanier, vor allem Frauen und Kinder, starben bis Ende November 1981. Die krankheitserregende Substanz aus dem gepanschten Rapsöl konnte bisher trotz fieberhafter Suche noch nicht isoliert werden. 2,5 Mio. Liter des giftigen Öls wurden bisher von den Gesundheitsbehörden eingesammelt, um in einem Kraftwerk verbrannt zu werden. Die Verantwortlichen aus den Panscher-Firmen konnten natürlich noch nicht gefunden werden. (FR 24.11.81)

IG-Chemie-Frauen: Mehr Schutz für Schwangere

Verstärkten Schutz schwangerer Frauen forderte der Bundesfrauenausschuß der IG Chemie. Berufsgenossenschaft und Gewerbeaufsicht müßten bestehende Schutzzvorschriften besser überwachen und Beschäftigungsverbote für Schwangere in solchen Bereichen aufstellen, in denen gefährliche Arbeitsstoffe verarbeitet werden. Diese müßten noch einmal vorrangig auf ihre zu Mißbildungen führenden Eigenschaften untersucht werden. Die jetzigen Vorschriften über MAK-Werte seien für gesunde Arbeitskräfte, nicht jedoch für schwangere Frauen aufgestellt worden. (FR 14.12.81)

Kostendämpfung: 18 % Dividende bei Schering

Von 3,2 auf 3,8 Mrd. DM stieg der Jahresumsatz der Schering. Konzernsprecher gaben an, daß die Vorjahresdividende von 18 % „mit Sicherheit nicht gefährdet sei“. 75 % des Umsatzes entfallen allein auf die Bereiche Pharma und Pflanzenschutz. Bedauernd hieß es, das Verkaufsklima für die Pille sei „auf dem Markt rauher“ geworden, jedoch habe der Weltmarktanteil von rund einem Drittel gehalten werden können. (FR 1.12.81)

Pharmafirmen steigen in Geräte-Markt ein

Wie andere Pharmafirmen drängt jetzt auch die Firma Squibb-von Heyden auf den Markt medizinischer Instrumente und Geräte. Dazu kaufte Squibb (40 000 Beschäftigte, 4 Mrd. DM Umsatz, hält 95 % des Kapitals der von Heyden GmbH) drei einschlägige Firmen in den USA. Den europäischen Markt soll dann von Heyden abdecken. (FAZ 21.11.81)

Ärztekammern: Kein politisches Mandat

Das Bundesverwaltungsgericht hat auf die Klage eines Arztes aus Schleswig-Holstein hin entschieden, daß die Ärztekammer keine politischen Erklärungen abgeben darf, die außerhalb ihres Aufgabenbereiches liegen. Der klagende Arzt hatte sich gegen die Veröffentlichung von Artikeln mit allgemeinpolitischen Aussagen im Ärzteblatt seiner zuständigen Kammer gewandt. Solche Urteile – mit eindeutig reaktionärer Absicht – hatte es bisher nur gegen die Allgemeinen Studentenausschüsse gegeben. (FR 21.12.81) (AZ: BVerWg 5 C 56.79)

Vilmar: Essen im Krankenhaus selbst bezahlen

Ausdrücklich als Beitrag zur Kostendämpfungsdiskussion wollte der Chef der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern (auch: Bundesärztekammer) Karsten Vilmar seinen Vorschlag verstanden wissen, eine Beteiligung der Krankenhauspatienten an den Verpflegungskosten müsse diskutiert werden. Das sei nicht unsozial, denn die meisten bekämen weiter Lohn und Gehalt.

Papst warnt vor dem Atomkrieg

Mit drastischer Eindringlichkeit warnte Papst Johannes Paul II. am Neujahrstag in einer Predigt im Petersdom vor einem Atomkrieg. In vielen Einzelheiten schilderte er das, wie er sagte, „gigantische Ausmaß“ von Tod, Krankheit und Leid, das ein nuklearer Konflikt unausweichlich mit sich bringen müßte. Wörtlich führte er aus: „Wirksame ärztliche Hilfe wäre (bei einem Atomkrieg) unmöglich, ganz abgesehen von der massenhaften Vernichtung menschlichen Lebens und noch nie dagewesenen Leids der Überlebenden. Die Nachrichtenwege und die Versorgung mit Lebensmitteln und Wasser würden völlig unterbrochen. Man könnte in den ersten Tagen nicht mehr die Gebäude verlassen, um Hilfe zu leisten, ohne sich der Gefahr tödlicher Strahlung auszusetzen. Der gesellschaftliche Zerfall nach einem solchen Angriff wäre unvorstellbar.“

Verschiedenes

Kleinanzeigen- markt

Masseur/med. Bademeister

Suche zum 1. 4. 1982 Praktikantenstelle in Praxis oder Klinik. Neben der klass. Massage bin ich in der Bindegewebsmassage, Bewegungs- u. Elektrotherapie, den Kneipp'schen Anw. u. d. Fußpflege ausgebildet. Die Bezahlung spielt für mich während des Praktikums keine entscheidende Rolle; wichtig ist aber, daß ich sinnvoll arbeiten und dazulernen kann. Ich kann überall arbeiten, würde den Raum Frankfurt aber bevorzugen.

Zuschriften bitte an:
Manfred Fenske, Ben-Gurion-Ring 58, 6000 Frankfurt 56

Wer hat Interesse an einem gemeinsamen kritischen Buch über Pharmawerbung mitzuarbeiten? Bitte wenden an Rolf Brueggemann, Lindenstr. 14, in 7321 Zell u. A. Tel. 0 71 64/46 91.

Suche Informationen über Auswanderung als Krankenschwester nach Neuseeland.

Andrea Schnelder
Römerstraße 25
2800 Bremen

Das besondere Geschänk

Endlich!
DAS MITTEL
NEU
GEGEN DEN TOD!!!

Sogar Ärzte staunen.
Chefarzt Dr. Schiwago schluchzte, als er das erste Muster sah. „Das kann doch nicht wahr sein“, rief er aus und warf sich dem Anstaltspfarrer in die Arme. Aber es ist wahr! Es stimmt! Es bleibt dabei! Es gibt das neue Wundermittel: **SURVIVALIN® !!!** Vielleicht sind Sie gegen den Tod gefeit – und wissen es noch gar nicht!
Verschaffen Sie sich Gewißheit! Am besten sofort!
SURVIVALIN® gibt es im „pläne“-Überlebenspaket mit **WIRKUNGSTEST**. Anfordern in der collectiv-Buchhandlung oder bei „pläne“, Dortmund 1, Postfach 827, gegen Schutzgebühr.

Fortsetzung Seite 7

Gebrauchsinfoformation
(aufmerksam lesen)

SURVIVALIN® gegen den Tod

Zusammensetzung

Eine Lutschinheit enthält 0,0mg Cogitoergosum-Monohydrat.

Anwendungsgebiete

Cerebraler und/oder mentaler Meteorismus, sowie nato-naziistische Genotidnose (akuter und chronischer Sprengkopf).

Wirkungsweise

Survivalin® ist ein nuklear-medizinisches Präparat, das ausschließlich prophylaktisch (vorbeugend) wirkt. Unter gewissen Voraussetzungen ist Survivalin® ein sicher wirkendes Mittel gegen den kollektiven Suizid (allgemeiner Selbstmord) der Menschheit, sei dieser durch A-, B- oder C-Waffen intendiert.

Gegenanzeige

Survivalin® ist nicht geeignet, den natürlichen und individuellen Tod zu verhindern.

Besonderheiten

Der therapeutische Erfolg oder Mißerfolg von Survivalin® ist unmittelbar abhängig von der individuellen Informationsmedizinischen Konstitution des Patienten. Das heißt, Survivalin® hilft nicht bei jedem. Aber das ist leicht durch einen Test zu ermitteln, der in dieser Gebrauchsinfoformation enthalten ist.

Art der Anwendung

Survivalin® einnehmen und sofort den Testbogen auf den Innenseiten ausfüllen. (Das Präparat wirkt spontan — oder überhaupt nicht).

Nebenwirkungen

Während oder nach dem Test können gewisse Angstzustände auftreten. Das ist ganz normal und natürlich. Dafür schmeckt Survivalin® sehr angenehm.

Weiter unten!

TEST

Lesen Sie die folgenden Fragen aufmerksam durch. Wenn Ihnen eine Antwort richtig erscheint, unterstreichen Sie den Buchstaben, der davor steht.

1. Womit würden Sie ein schwelendes Feuer zu löschen versuchen?

a mit Aceton; b mit Sand; c mit Flugbenzin?

2. Welches Gremium hat demokratisch beschlossen, gegebenenfalls in Europa die Neutronenwaffe einzusetzen?

a das Europaparlament; b die Bundesregierung;
c das Verteidigungsministerium der USA?

3. Wovor fürchten Sie sich am meisten?

a vor Beulenpest; b davor, daß Ihr Fernsehgerät kaputtgeht,
c vor dem Nachrüstungsbeschuß; d vor der sowjetisch ferngesteuerten Friedensbewegung?

4. Welche sowjetischen Mittelstreckenraketen haben das größere Vernichtungsvolumen?

a die neuen SS 20; b die alten SS 4 und SS 5?

5. Seit wann werden wir durch sowjetische SS 4 und SS 5 bedroht?

a seit zweieinhalb Jahren; b seit knapp acht Monaten;
c seit zwanzig Jahren?

6. Von wem stammt die Behauptung, daß der „Kommunismus am Frieden gedeckt, Frieden will, im Frieden triumphiert ... der Westen, wenn er am Leben bleiben will, glaubhaft entschlossen sein muß, Krieg zu führen“ —?

a von Fidel Castro; b von Karl Marx; c von William S. Schlamm;
d vom Chefredakteur der „Prawda“?

7. In Arsbeck am Niederrhein stehen amerikanische Pershing I. Auf welche Ziele sind diese Raketen gerichtet?

a auf Kiel; b auf Moskau; c auf Leipzig;
d auf Leningrad; e auf Hamburg?

8. Welches neue amerikanische Waffensystem ist imstande, die sowjetischen SS 20 zu vernichten?

a Pershing II; b Cruise Missile?

9. Welche der beiden Supermächte führte welches nukleare Massenvernichtungsmittel zuerst ein? (UdSSR: a; USA: b)

Atom bombe: a; Wasserstoffbombe: a; b; Mittelstreckenraketen: a; b;
taktische Nuklearwaffen: a; b; Interkontinentalraketen: a; b; Atom-U-Boote: a; b;
Anti-Raketen-Raketen: a; b; Raketen mit mehrfachen, lenkbaren Sprengköpfen: a; b;
Marschflugkörper der neuen Generation: a; b?

10. Wann wurde die NATO gegründet?

a 1949; b 1952; c 1956;

11. Wann wurde der Warschauer Pakt geschlossen?

a 1948; b 1953; c 1955;

12. Wie groß ist die Reichweite der meisten amerikanischen Atomraketen, die in unserem Lande stationiert sind?

a bis Mittelasien; b nur innerhalb Deutschlands;
c bis kurz hinter Moskau?

13. Wann sind die meisten Hüttengespräche der UdSSR entdeckt worden?

a einige Wochen vor wichtigen NATO-Rats-Tagungen;
b meistens hinterher; c völlig unabhängig davon?

14. Wieso kocht Wasser ausgerechnet bei 100° Celsius?

a zufällig; b aufgrund entsprechender Beschlüsse;
c aus reiner Gewohnheit?

15. Was kann Sie am sichersten vor einem drohenden Atomtod schützen?

a Gleichtun; b die Friedensbewegung; c Alu-Folie; d eine wirksame Abschreckung;
e eine Aktentasche über dem Kopf; f eine griffbereite Feuerpatsche; g Survivalin?

Blättern Sie um!

Verschiedenes

Termine:

Alle Termine veröffentlichen wir völlig kostenlos, im Gegenteil, wir wissen immer gerne, wo was los ist! Bitte beachtet, daß wir die Termine mindestens 3 Wochen vor Erscheinen der Ausgaben haben müssen!

3. 2. 1982, Bonn: DG-Redaktionssitzung

Themen: Diskussion mit Lern-, Vorbereitung der nächsten Ausgaben:
Ort: bei Willi Farwick, Bleicherstraße 9
Zeit: 20.00 Uhr

13./14.2.82, Universitätskrankenhaus Eppendorf, Gynäkologie-Hörsaal, Hamburg-Eppendorf, Martinstr. 52; Bundesweites Treffen der Friedensinitiativen im Gesundheitswesen über Aktionen zum Gesundheitssicherstellungsgesetz (GesSG).

Tagesordnung:

1. Plenumsthesen: GesSG und militärische Aufrüstung, GesSG als Notstandsgesetz, psychologische Kriegsvorberatungen im Gesundheitswesen

2. Arbeitsgruppen zur Anti-kriegsarbeit im Krankenhaus, Triage-Übungen: teilnehmen? etc.

3. Plenum: Aktionsmöglichkeiten gegen GesSG

Beginn: Sa. 13. 2. 82 um 13 Uhr

Anmeldung: Robert Pfeiffer, Kurfürstenstr. 45, 2000 Hamburg 70, Tel.: (040) 6564845 oder Hamila Schulz, Isestr. 13, 2000 Hamburg 13, Tel.: (040) 452674

14.-19. Feb. 1982, West-Berlin: 2. Kongreß für klinische Psychologie und Psychotherapie

Auskunft: dgvt Tel.: (07071) 32697, GwG Tel.: (0221) 237917

25./26. Februar 1982, West-Berlin:

„Zur kritischen Bewertung von Mutagenitätstests“

Auskunft: Bundesgesundheitsamt, Presse- und Informationsstelle, Postfach 33 00 13, 1 Berlin-West 33

22.-27. März 1982, Leichlingen: Kooperative Führung – Wie und Warum

Auskunft: Allgemeiner Krankenpflegeverband, Wiesenstraße 55, Lucy-Romberg-Haus, 4370 Marl, Tel. 2365/33566

24.-26. März 1982, München: Leben, Lernen, Arbeiten in der Gemeinschaft – Ambulante Pflege und Hilfsdienste zur Eingliederung Langzeitkranker und Behindter

Auskunft: Vereinigung Integrationsförderung e.V., Tel. (089) 59 1934

25./26. März 1982, Hannover: Fachtagung Krankenhaustechnik

Auskunft: Abteilung Biomedizinische Technik und Krankenhaustechnik, Karl-Wiechert-Allee 9, 3000 Hannover 61

30.-31. März 1982, Dortmund: Asbest und seine Ersatzstoffe

Auskunft: Bundeszentrum Humanisierung des Arbeitslebens bei der Bundesanstalt für Arbeitsschutz, Vogelpothsweg 50-52, 4600 Dortmund-Dorstfeld, Tel. (0231) 1763306

16.-22. Mai 1982, West-Berlin: 12. ord. Bundeskongreß des DGB

Kleinanzeigenmarkt/Stellenanzeigen

Unsere Kleinanzeigen sind relativ billig und erreichen derzeit mindestens 3500 Leute, die sich für eine fortschrittliche Gesundheitsversorgung engagieren.

Preis: 5 Zeilen à 25 Anschläge nur 5 DM. Jede Zeile mehr (25 Anschläge) 1 DM. Postkarte an: Ulli Raupp, Spyckstr. 61, 419 Kleve.

Zuschriften auf Anzeigen mit Chiffre bitte auch unter Angabe der Chiffre-Nummer auf dem Briefumschlag an o.a. Adresse.

„KÖLN + Ruhrgebiet:
Suche Stelle als
BESCHAFTIGUNGS- UND ARBEITSTHERAPEUTIN
(27 J., Examen April 1982) zum
Mai/Juni 1982, evtl. später
Zuschriften unter Chiffre 1/82.“

KOMPAGNON
für Kinderarztpraxis
im Raum Bremen gesucht!
Zuschriften unter Chiffre 2/82.

Ich bin klinisch erfahrene Dipl.-Psychologin und möchte meine Energie in eine konstruktive psychosoziale Versorgungsarbeit stecken. Wer/welches Team will das – im Großraum Düsseldorf/Ruhrgebiet mit mir gemeinsam tun oder kann mir weiterhelfen unter Chiffre 3/82.

Schreibe gerade meine Diplomarbeit über Sozialepidemiologie psychischer Störungen. Suche Mediziner/Soziologen, die sich damit gut auskennen und bereit wären, mit mir über Probleme in diesem Bereich zu diskutieren bzw. Informationen auszutauschen, etc.

Christa Stadler, Wuppertal, Tel. (0202) 50 69 07.

Im Zuge der Ausweitung unserer Forschungstätigkeit in den Bereichen Arbeitsschutz und Sozialversicherungsforschung ist bei uns die Stelle eines (einer) weiteren Mitarbeiters (Mitarbeiterin) mit medizinischer Qualifikation einzurichten. Bewerber(innen) mit Interesse an o.g. Fragestellungen bietet sich in unserem ca. 50 Mitarbeiter umfassenden Forschungsinstitut die Möglichkeit zu interdisziplinärer konzeptioneller Arbeit. Einstellungsvoraussetzung ist zweijährige klinische Tätigkeit in der Inneren Medizin (nach Approbation) oder den entsprechenden klinischen Teil der Facharztausbildung für Arbeitsmedizin erfüllenden Tätigkeit. Die Vergütung erfolgt nach BAT. Bewerbungen sind zu richten an die Gesellschaft für Arbeitsschutz- und Humanisierungsforschung mbH Martenstr. 435, 4600 Dortmund 70, Telefon (0231) 61 80-1

KRANKENHAUS LANGENBERG

in Velbert
Psychiatrisches Fachkrankenhaus für Suchtkrankheiten
(Ärztlicher Leiter: Dr. A. Schlösser)

sucht

2 ASSISTENZÄRZTINNEN (-ÄRZTE)

im Rahmen der Erweiterung des Krankenhauses, das im Endausbau (Mitte d. J.) über 90 Betten und 10 Tagesklinikplätze verfügen wird. Sektorisierte Versorgung eines großstädtischen (Wuppertal) und ländlichen (nördlicher Kreis Mettmann) Einzugsgebiets. Aufnahmeabteilung (2 Stationen à 20 Betten) mit Akutversorgung, Kisenintervention, themenzentrierten Gruppenarbeit; Psychotherapeutische Abteilung (3 Stationen) mit verschiedenen Therapieprogrammen und umfangreicher ambulanter Arbeit (Modellprogramm des BMA für Psychiatrie), Betreuung von Freundeskreisen und Kontaktzentren. Ärztlicher Stellenplan: 3 Fach- und 4 Assistenzärzte, Vergütung nach BAT, Weiterbildungsermächtigung für Psychiatrie (2 J.) und Neurologie (1 J.). Wir arbeiten in einem interdisziplinären Team mit dem Ziel, möglichst weitgehender Transparenz in verschiedenen Fachkonferenzen, Beiräten, Gruppen, Versammlungen mit Patienten im Sinne der therapeutischen Gemeinschaft. Regelmäßige externe Supervisionen und Weiterbildungsveranstaltungen. Wir freuen uns über Kollaboration mit Engagement in gemeinsamer Sozialpsychiatrie und Interesse an psychotherapeutischer Weiterbildung. Langenberg ist landschaftlich ausgesprochen schön gelegen inmitten eines Ballungsgebietes mit guten Verkehrsverbindungen zu verschiedenen Großstädten (Düsseldorf, Wuppertal, Essen, Bochum). Sämtliche allgemeinbildende Schulen am Ort. Wir sind bei Wohnungssuche behilflich. Bitte schicken Sie Ihre Bewerbung an: Dr. A. Schlösser (Ltd. Arzt), Fachkrankenhaus Langenberg, Krankenhausstr. 17, 5620 Velbert 11, Tel. (02127) 30 31

Auswertung

Hier stehen jeweils die Nummern der Fragen und dahinter die Buchstaben der Antworten, die für den Survivalin*-Test die günstigsten bzw. die richtigen sind.

Vergleichen Sie Ihre Ergebnisse:

1. b; 2. c; 3. c; 4. b; 5. c; 6. c; 7. a und e; 8. keines; 9. b, b, b, b, b, b, b; 10. a; 11. c; 12. b; 13. a; 14. b; 15. b

Jede richtige Antwort ergibt einen Punkt. Zählen Sie Ihre Punkte zusammen.

24 bis 20 Punkte

Bei Ihnen hat unser Präparat optimal gewirkt! Sie haben längst kapiert: Survivalin® hilft gegen den Atomtod so wenig wie die Nachrüstung. — Sie haben eine echte Überlebens-Chance; vorausgesetzt, Sie überzeugen noch genügend andere Leute.

19 bis 7 Punkte

Auch Sie haben noch gewisse Überlebens-Chancen. Voraussetzung ist allerdings, daß Sie sich über einschlägige Einzelheiten entschieden genauer informieren. Am besten versuchen Sie, jemanden kennenzulernen, der in diesem Test mindestens 20 Punkte erreicht hat.

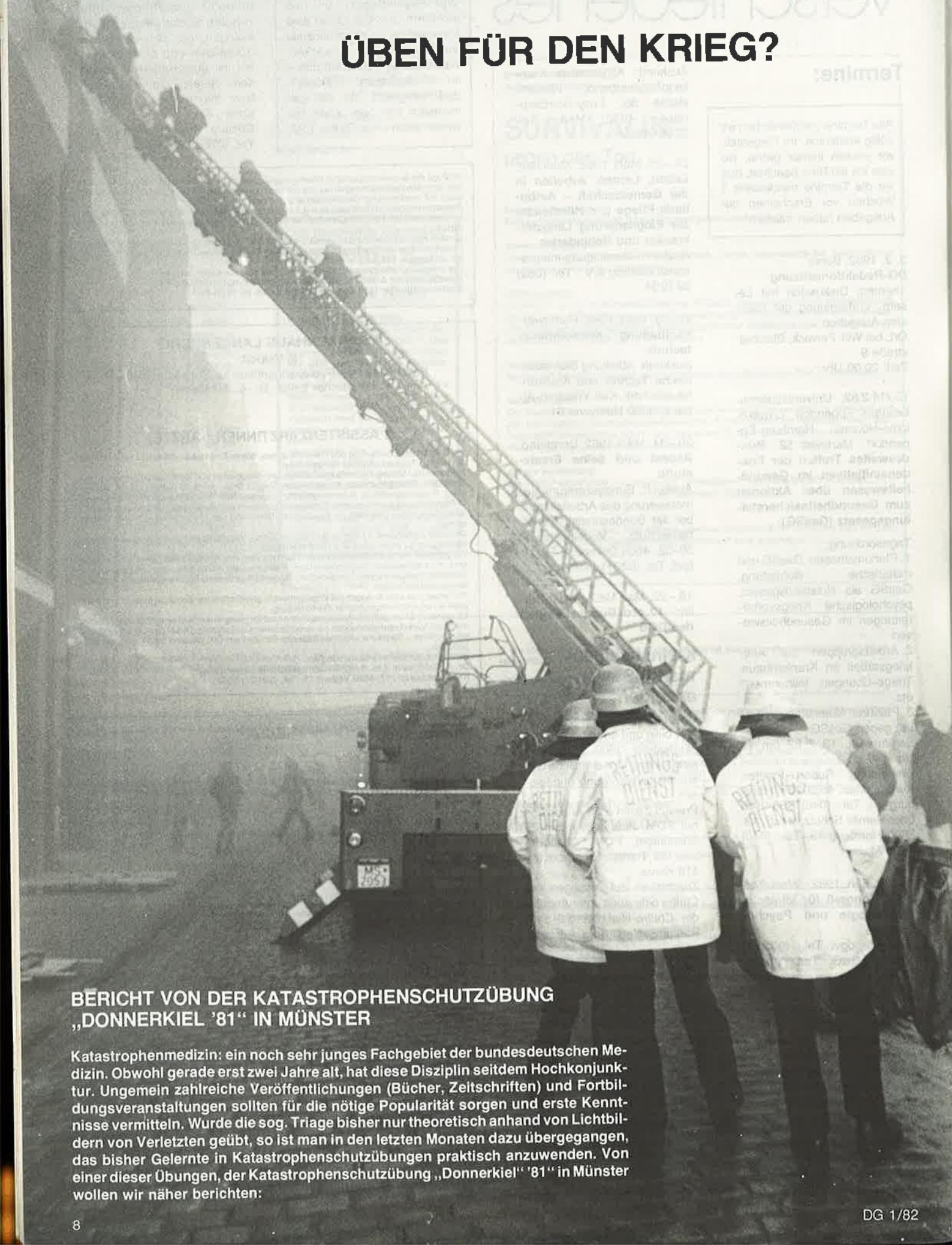
6 und weniger Punkte

Ihnen können wir leider keine besondere Hoffnung mehr machen. Sie leiden an chronischem Sprengkopf, Ihre Aussichten auf Heilung sind gering. — Trotzdem haben auch Sie gewisse Überlebens-Chancen, allerdings nur unter folgenden Bedingungen:

erstens müssen ausreichend viele Menschen wesentlich höhere Punktzahlen erreichen als Sie;

zweitens dürfen Ihregleichen in Zukunft keinen nennenswerten politischen Einfluß mehr haben.

ÜBEN FÜR DEN KRIEG?



BERICHT VON DER KATASTROPHENSCHUTZÜBUNG „DONNERKIEL '81“ IN MÜNSTER

Katastrophenmedizin: ein noch sehr junges Fachgebiet der bundesdeutschen Medizin. Obwohl gerade erst zwei Jahre alt, hat diese Disziplin seitdem Hochkonjunktur. Ungemein zahlreiche Veröffentlichungen (Bücher, Zeitschriften) und Fortbildungsveranstaltungen sollten für die nötige Popularität sorgen und erste Kenntnisse vermitteln. Wurde die sog. Triage bisher nur theoretisch anhand von Lichtbildern von Verletzten geübt, so ist man in den letzten Monaten dazu übergegangen, das bisher Gelernte in Katastrophenschutzübungen praktisch anzuwenden. Von einer dieser Übungen, der Katastrophenschutzübung „Donnerkiel“ '81 in Münster wollen wir näher berichten:

Der Katastrophenfall wird mit Übungsfall mit gleichem Datum am gleichen Tag stattfinden. Die Übung wird unterrichtet und geleitet werden. Der Übungsdurchgang ist als Übungseinheit zu verstehen.

Für den Morgen des 28. 10. 81 war vom Landesinnenministerium die Großübung „Donnerkiele '81“ angeordnet worden. Der angenommene und zum Teil dramatisch inszenierte „Fall“: Eine Bombenexplosion in einem Kaufhaus, die 120 Verletzte fordert. Tatzeit gegen 8.10 Uhr. Tatort, das Kaufhaus Horten. Die Münsteraner Bevölkerung war tagszuvor durch die Lokalzeitungen informiert worden, 120 entsprechend geschminkte Soldaten des 7. Sanitätsbataillons aus Hamm warteten in Bussen auf ihren Einsatz.

Kurz nach 8 Uhr begann dann auch das Schauspiel: Um 8.14 Uhr erhielt die Feuerwehr die Meldung, im Kaufhaus Horten habe eine Explosion stattgefunden, die „Verletzten“ seien auf den Balkon des 3. Obergeschosses geflüchtet und warten auf Hilfe. Für wirklichkeitsnahe Atmosphäre sorgten die von Horten bereitgestellten Nebelkerzen, man sah die Hand vor Augen nicht.

Bald rückte die Feuerwehr mit insgesamt 7 Fahrzeugen aus der 1. und 2. Feuerwache an. Über 2 Drehleitern wurden die ersten 35 „Verletzten“ gerettet. Gleichzeitig mit der Feuerwehr traf der Notarzt der Chirurgischen Universitätsklinik ein, der vor Ort die erste Selektion der „Verletzten“ vornahm: aussortiert wurden diejenigen „Verletzten“, die anschließend auf Tragen zur eigentlichen „Triage“ durch drei „Triage“-Ärzte (Prof. Schönleben aus der Chirurgischen Universitätsklinik, Priv. Doz. Schulz und Dr. Franz aus dem Franziskus-Hospital) ins nebenangelegene Stadthaus 1 transportiert wurden oder selbst – mit oder ohne hilfreiche Unterstützung – dorthin gehen konnten.

Im Saal des Stadthauses herrschte eine geschäftige, aber doch entspannte Atmosphäre. Alles im Griff – nur wenn der „Verletzte“ mit der blutrot angeschminkten Glasscherbe im Brustkorb allzu echt mimte, wenn er unruhig wurde und stöhnte, kam etwas Nervosität auf, sofort wieder überdeckt vom beruhigenden Bewußtsein: Ist ja bloß eine Übung. Die mit einem Polizeitransport etwas verspätet – die Polizei hatte auf beunruhigendes Blaulicht verzichtet – eingetroffenen „Triage“-Ärzte schritten von „Patient“ zu „Patient“, begutachteten und teilten ein: „Triage“.

Inzwischen war von der Feuerwehr in der Klemensstraße eine technische Einsatzleitung aufgebaut worden, die eng mit der Katastrophenschutzleitung der Stadt (Vorsitzender: Dr. Lauhoff) zusammenarbeitete. Jetzt trafen auch nach und nach die Sanitätszüge der Johanniter Unfallhilfe (JUH), des Malteser Hilfsdienstes (MHD) und des Deutschen Roten Kreuzes (DRK) sowie ein Krankentransportzug des DRK ein und begannen mit der „Beseitigung des Katastrophenzustandes“. Insgesamt waren 443 Kräfte im Einsatz.

Im Stadthaus stellte sich derweil ein peinlicher Versorgungsengpaß ein: Infusionslösungen und Intubationsbestecke konnten nicht schnell genug beschafft werden. Unbeirrt hiervon verrichteten die „erfahrenen Chirurgen“ ihre Arbeit und trafen fortwährend ihre Entscheidungen über die Behandlungsprioritäten der „Verletzten“. Einige von diesen wurden etwas abseits gelagert: 10% „Hoffnungslose“ aus der 4. „Triage“-Kategorie, die in der Behandlung „zurückstehen“ mußten. Schwitzende Rotkreuzler verfrachteten derweil die „Verletzten“ der „Triage“-Kategorien 2 (Schwerverletzte mit baldmöglichsten Behandlungsbeginn) in die Transportwagen, um sie in der Chirurgischen Uniklinik zur Behandlung überzustellen. Leichtverletzte der „Triage“-Kategorie 1 wurden später gegen Ende der Übung gesammelt zur Uniklinik gebracht. Die Verantwortlichen waren's zufrieden, man habe viele „erfreuliche Dinge“ gesehen und die Diagnosen der „Triage“-Ärzte seien im großen und ganzen richtig gewesen.

Auch die Jugendherberge am Aasee war mit in die Übung einbezogen worden. Unter ärztlicher Leitung war dort vom Malteser Hilfsdienst ein Hilfskrankenhaus eingerichtet worden. Dazu gehörten ein provisorischer Operationssaal, ein OP-Vorbereitungsraum sowie eine Ambulanz. Die Einrichtungsgegenstände und übriges Material waren eigens aus Telgte herbeigeschafft worden. Die OP-Einrichtung, bemerkte ein anwesender Arzt, würde allerdings einem nach heutigen Maßstäben ausgebildeten Chirurgen im Ernstfall jedoch in Verlegenheit bringen, da sie nicht dem heutigen Standart entspräche. Weiterhin waren von der Chirurgischen Abteilung der Uniklinik wegen des starken Andrangs von „Schwerverletzten“ ca. 35 Patienten, die sich freiwillig dazu bereiterklärt haben sollen, in das Hilfskrankenhaus verlegt worden. Deshalb waren am Vortag auch Quartiersuchende vom Herbergsvater abgewiesen worden. Damit sich die Hilfsmannschaften im Hilfskrankenhaus nicht allzusehr langweilen brauchten, hatte sich die Bundeswehr etwas Besonderes einfallen lassen und für entsprechende Lektüre gesorgt. Titel der herumliegenden Hefte: „Strahlenschäden durch Kernwaffen“ von Oberstarzt Friedrich Schäfer. Ob nicht doch bei der angenommenen Bombenexplosion eine Atombombenexplosion gemeint war?

Wie sah nun die Situation in der Chirurgischen Universitätsklinik aus, dem einzigen Ort, wo die zahlreichen „Verletzten“ ja „behandelt“ werden sollten? Die Mitwirkung der Ärzte, Schwestern und Pfleger war zur „Dienstaufgabe“ erklärt, der OP-Plan für die Zeit der Übung abgesetzt worden. Man habe sogar fast eine „Individualmedizin“ praktizieren können, indem man spontan die Krankenpflegeschule geschlossen habe und die Schülerinnen zur



Etwa 280 Seiten, DM 14,80
(Erscheint im Januar 1982)

International namhafte Ärzte, Biophysiker, Zivilschutzexperten, Militärs und Friedensforscher machen in diesem Buch umfassend und eindrucksvoll die kaum vorstellbaren Folgen eines Atomkrieges in Europa deutlich. Sie stellen deutlich: Weder ein sogenanntes Gesundheitssicherstellungsgesetz noch Fortbildungsveranstaltungen in Katastrophenmedizin oder ein umfassender Zivilschutz können die Bevölkerung wirksam vor den Auswirkungen einer Kernwaffenexplosion schützen. Der einzige Schutz vor der drohenden Vernichtung von Millionen von Menschen, vor den unheilbaren Krankheiten der Überlebenden und vor der Zerstörung der menschlichen Umwelt als Folgen eines Atomkrieges ist seine Verhinderung.

Zahlreiche Dokumente, ein Lexikon der militärischen und medizinischen Fachausdrücke, Kontaktadressen und nicht zuletzt ein geschichtlicher Abriß des Widerstandes von Ärzten gegen Aufrüstung machen das Buch zu einem unentbehrlichen Handbuch im Kampf für den Frieden.

Beiträge von: General a.D. Gert Bastian - US-Vize Admiral a.D. John Lee - Prof. Dr. med. Walfried Linden - Priv. Doz. Heinz Baisch - Prof. Jack Boag, London - Eberhard Weber, Hamburg - Dr. med. Niels Pörksen, Häcklingen - Prof. Dr. med. Horst - Eberhard Richter, Gießen - Dr. Frank Barnaby, (SIPRI), Stockholm - Prof. Dr. Ulrich Albrecht, Berlin-West - Rechtsanwalt Otto Schily, Berlin-West - Prof. Dr. Evgueni I. Tschasow, Moskau - Dr. Hugh Middleton, Cambridge - Dr. William Verheggen, Hamburg - Dr. Ing. Konradin, Kreuzer, Schweiz - Gunar Stempel, Düsseldorf.

Pahl-Rugenstein Verlag, Gottesweg 54, 5000 Köln 51

Pahl-Rugenstein Verlag

„psychologischen Betreuung der Verletzten“ herangezogen habe, trumpfte später stolz einer der „Triage“-Ärzte Prof. Bünte auf, jener weltbekannte Chirurg, der nach dem Attentat auf den Papst auch nach Rom gerufen worden war.

Bereits seit 8 Uhr standen drei Verkehrspolizisten an der Kreuzung vor der Universitätsklinik bereit, ein Polizeiauto parkte schon geraume Zeit neben dem Haupteingang der Chirurgischen Abteilung, als gegen 8.30 Uhr mit Blaulicht und Martinshorn die ersten Rettungswagen vorfuhren. Die ersten 5-6 Wagen, jeweils mit 2-4 gutgeschminkten „Schwerverletzten“, die alle eine „Anhängerkarte für Verletzte und Kranke“ trugen, folgten zügig aufeinander. Danach trat für eine Weile Ruhe ein.

Später kamen fast unentwegt Krankentransporte – der zweite Stoß der im Stadthaus selektierten Patienten. Teilweise blockierten sich die Wagen gegenseitig, die Hilfskräfte wurden bei dieser Übung schon (ohne den Streß und das Grauen des Ernstfalles) sichtbar nicht so ohne weiteres fertig mit der Masse der Patienten. Die 120 „Verletzten“ dieser Übung wurden innerhalb von ca. 3 Stunden nach unterschiedlich langen Wartezeiten entsprechend den „Triage“-Kategorien einer „Behandlung“ zugeführt, zwei Menschen – eh ohne Hoffnung, da in der Kategorie 4 – erst zum Schluß. Ein „Verletzter“ „starb“ auf der Schwelle der rettenden Chirurgie. Nachdem ansonsten der Transport überstanden war, wurden die „Verletzten“ im „Triage“-Raum der Chirurgie ein letztes Mal für die weitere „Behandlung“ sortiert.

Noch am Tage der „Katastrophenübung“ fand um 16 Uhr im Stadthaus eine Presse-



Triage Arzt-Leichtverletzter, „Geh' nach Hause Jung!“
Photos: Markus Beck, Arbeiterphotographie Münster

konferenz statt, auf der neben dem „Übungsleiter“ Dr. Kelm, Stadtrat in Münster, auch die „Triage“-Ärzte (Prof. Bünte, Prof. Schönleben etc.) und Vertreter der beteiligten Hilfsorganisationen Rede und Antwort stehen sollten. Gerade in Münster sollte es nach Meinung der „Katastrophenhützer“ nicht schwerfallen, sich der Presse und der Bevölkerung besonders gut zu verkaufen, geht Münster doch bun-

desweit mit der Vermengung von Zivilschutz, Selbstschutz und Katastrophenschutz mit gutem Beispiel voran.

Im Frühjahr '81 stellte eine städtische Broschüre den vorbildlichen Stand von Münsters Zivilschutzeinrichtungen fest. Im Sommer gab eine Selbstschutz-Fibel allerlei praktische Tips: von der Fensterverdunkelung bis zum Schutzraumbau. Eine „Selbstschutzwöche“ fand vom 16.–23. 9. 81 statt, mit bunden Bildtafeln, einem Preisausschreiben und Sirenenalarm. Im Oktober konnte sich jeder Münsteraner Bürger in einem städtischen Faltblatt schon einmal „seinen“ nächstgelegenen Bunker aussuchen. Und demnächst sollen 5 Mi. DM in die Erweiterung des Katastrophenhützentrums gesteckt werden, die gleiche Summe in den kriegsgerechten Ausbau von Schulschutzräumen. Weiterhin war Mitte September 81 unter Leitung von Prof. Bünte eine Katastrophenmedizin-Fortbildungsveranstaltung angeboten worden, wo Ärzte erstmals die „Triage“ theoretisch anhand von Dias von Verletzten üben konnten.

Daß all dies – Katastrophenmedizin, Bunkerbau, Selbstschutz und Zivilschutz – etwas mit einer Kriegsvorbereitung zu tun haben könnte, wurde von allen Teilnehmern empört zurückgewiesen. Stattdessen beschrieb Stadtrat Dr. Kelm in blumigen Worten die vielfältigen „Gefahren des Alltags“, vor denen es zu schätzen gelte. Er verwies auf eine „gesetzliche Verpflichtung“ zu einer solchen Übung, ausschlag-





Triage bei Massenverletzungen

Photo: Werner Kleinicke

gebend dafür sei jedoch der Anschlag beim Münchener Oktoberfest gewesen. Die Stadt habe eben ausprobieren wollen, inwieweit in Münster eine ähnliche Katastrophe zu bestehen sei. Vor allem habe man erstmals in Münster das sog. Triageverfahren angewendet und damit gute Erfahrungen gemacht. Allerdings räumte Prof. Bünte ein, daß die Chirurgische Klinik im „Realfall“ schon nach Zuweisung von ca. 10 Schwerverletzten der „Triage“-Kategorie 3 keine Möglichkeiten mehr gesehen hätte, weitere Verletzte aufzunehmen.

Peinlich wurde es auf der Pressekonferenz am Ende, als ein Beobachter berichtete, daß ein Einsatzfahrzeug mit 4 geschminkten Opfern auf dem Wege zur Chirurgie an einem gerade verunfallten Radfahrer vorbeigefahren sei, ohne anzuhalten und Hilfe

zu leisten, obwohl die Sanitäter den Verletzten gesehen hatten. Dieser Vorfall war nicht bekannt und wurde auch nicht kommentiert. Nicht mal die Worte: „So etwas darf nicht vorkommen“, waren von der Einsatzleitung zu hören. Vielmehr versuchte ein anwesender Rettungssanitäter den Journalisten weiszumachen, daß es ja schließlich stark blutende Kopfplatzwunden gäbe, die im Prinzip halb so schlimm seien. Wie man das allerdings aus einem mit Blaulicht und Martinshorn fahrenden Krankenwagen beurteilen kann, möchte uns bitteschön jemand erklären! Oder ist dies schon „Triage“ in vollendetem Perfektion? Als schließlich nach der Funktion des auf der Pressekonferenz anwesenden Bundeswehr-Oberstarztes gefragt wurde, wurde verlegen lächelnd mitgeteilt, der habe nur „seine Jungs“ wieder abgeholt.

Die waren allerdings schon vier Stunden zuvor abgeholt worden.

Unsere Zweifel konnten auf der Pressekonferenz nicht ausgeräumt werden, zu viele Ungereimtheiten waren offen geblieben. Angenommen, es explodiert tatsächlich eine Bombe, 120 Menschen sind verletzt, die vorhandenen Mittel einer einzigen Klinik reichen nicht aus. In einem solchen Fall sind einige Faktoren von entscheidender, lebenswichtiger Bedeutung: die möglichst rasche Mobilisierung der Rettungsdienste; die koordinierte Einbeziehung der Kapazitäten aller Kliniken der Stadt, notfalls auch der umliegenden Orte; das reibungslose Zusammenspiel mit den Sanitäts- und Transporteinrichtungen der Bundeswehr.

Aber all dies wurde hier nicht geübt, im Gegenteil: DRK, MHD und JUH waren schon zwei Stunden vor Übungsbeginn voll einsatzbereit, alle Beteiligten waren – in einer bisher einmaligen Aktion – langfristig vom Arbeitsplatz freigestellt; man beschränkte sich auf die Kapazität einer einzigen Klinik; die Bundeswehr war nur durch einige diskrete Beobachter vertreten.

Geübt wurde statt dessen etwas anderes: die „Triage“. Die Selektion der Opfer nach diesem Prinzip wurde bisher nur in Kriegen angewandt (Erster und Zweiter Weltkrieg, Vietnam). Nur im Kriegsfall sind die medizinischen Mittel so begrenzt und nicht von außen erweiterbar, daß eine „Triage“ in großen Maßstäben erfolgen muß. Tatsächlich – bei „Katastrophenschutz“-Übungen wieder in Münster lassen auch die anderen Indizien nur einen Schluß zu: Es gibt eine und nur eine – Katastrophe, bei der die Rettungsdienste nicht mehr mobilisiert zu werden brauchen, bei der nicht auf die Hilfe des Militärs gerechnet werden kann und in der keine Klinik zusätzlich von außen unterstützt werden kann – diese Katastrophe ist der Krieg.

Ulrike Helmes und Gunar Stempel

ARBEITSTAGE (Gesundheitsprobleme in der Arbeitswelt von Jugendlichen)

Eine Wanderausstellung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Auftrag des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit.

Die Ausstellung zeigt die Arbeits- und Erlebniswelt von Jugendlichen. Es werden Belastungen aus der Arbeitswelt benannt, die zu gesundheitlichen Problemen führen können. Dies wird mit Bei-

spielen aus 7 verschiedenen Berufen thematisiert. Das geschieht mit Fotos, Tonbildschauen und Erlebnisräumen. Es ist unsere Absicht, zur Diskussion und zur Selbsttätigkeit anzuregen.

Wir stellen Ihnen die Ausstellung kostenlos zur Verfügung. Sie benötigen dafür eine Fläche von minimal 80 qm, besser jedoch 160 qm. Die Ausstellung lässt sich auch auf mehrere Räume aufteilen.

Coupon ausfüllen und einsenden an:
Bundeszentrale für gesundheitliche
Aufklärung – Ausstellungsreferat –
Postfach 910151, 5000 Köln 91

Übersenden Sie mir Informationen zur
Wanderausstellung „Gesundheitsprobleme in
der Arbeitswelt von Jugendlichen“.

Mein Name: _____

Meine Anschrift: _____

Ich arbeite als: _____

301/X5/82

Kasernierte Katastrophenmedizin

Eingeladen hatte am 13. Mai 1981 die „Deutsche Gesellschaft für Wehrmedizin und Wehrpharmazie e. V. – Vereinigung deutscher Sanitätsoffiziere (VdSO) – Bereichsgruppe Nordrhein – Gruppe Aachen“ zu einer Fortbildungsveranstaltung in die Gallwitz-Kaserne in Aachen. Diese Gesellschaft, nach eigenen Angaben eine „gemeinnützige Vereinigung ohne parteipolitische und weltanschauliche Bindung“, fühlt sich der „großen Tradition des militärischen Sanitätswesens verbunden“ und versteht sich als Nachfolgerin der 1864 gegründeten „Berliner Militärärztlichen Gesellschaft“ bzw. späteren „Deutschen Militärärztlichen Gesellschaft.“ Zu ihren Zielen gehört u.a. die „Ansprache und Werbung des akademischen Nachwuchses, dessen Interesse an der Wehrmedizin und Wehrpharmazie geweckt werden soll“.



Das Photo zeigt den Ort der Fortbildungsveranstaltung, die Gallwitz-Kaserne. Photo: Ulrich Krüger

Auf der Fortbildungsveranstaltung war der akademische Nachwuchs nun zwar etwas spärlich vertreten, aber dafür waren ca. 120 Teilnehmer aus dem Raum Aachen gekommen. Die Begrüßung der Teilnehmer erfolgt militärisch kurz durch den stellvertretenden Kasernenkommandanten. Unverständlich seine an den Tag gelegte Nervosität bei der Begrüßung, hatte er doch aus den Reihen des altersmäßig gut gemischten Publikums keine Opposition oder Kritik zu erwarten. Zwanzig uniformierte Teilnehmer sollten wohl Garant genug dafür sein. Aufgelockert wurde das Publikum durch ein Dutzend älterer Jugendlicher. Ob die Beweggründe für deren Teilnahme im angekündigten Kalten Buffet lagen oder in der Erwartung einiger modisch gekleideter Töchter – durchaus auf Düsseldorfer Niveau – auf ei-

nen Flirt mit einem schicken Offizier, bleibt dahingestellt.

Dann ging es zur Sache. Erster Beitrag: „Katastrophenmedizin, allgemeine und regionale Betrachtungen“ von Dr. med. H. Engelbrecht, leitender Arzt der Unfallchirurgischen Abteilung des Kreiskrankenhauses „Marienhöhe“ in Würselen. Der Schwerpunkt seines Vortrages bildete die Forderung nach einer Spezialisierung von Krankenhäusern auf bestimmte Verletzungsarten (z. B. auf Bauchtraumata). Diese Spezialisierung sollte seiner Ansicht nach ermöglichen, Verletzte während der Sichtung (Triage) gezielt dem für die entsprechende Verletzung zuständigen Krankenhaus zuzuweisen. Alle Krankenhäuser sollten hinsichtlich ihrer Eignung für bestimmte Verletzungsarten geprüft und ent-

sprechend eingeteilt werden. Gleichzeitig empfahl er, die Krankenhäuser in weitere Stufen zu untergliedern. Stufe 1 z. B. für schwierige langwierige Operationen, Stufe 2 für mittelschwere usw. und niedrigere Stufen für Krankenhäuser, die lediglich zur Nachbehandlung von Verletzten geeignet sind (hier insbesondere kleine Krankenhäuser auf dem Lande).

Bei einem Massenanfall von Verletzten würden die Kapazitäten „extrem belastet“, daher müßten andere, weniger gefährdete Patienten nach einem vorbereiteten Plan in andere Unterkünfte transportiert werden (Schulen, Turnhallen etc.). Bedauerlicherweise seien die jetzigen Pläne gerade in dieser Hinsicht vollkommen unzureichend. Es sei daher erforderlich, für jedes Krankenhaus und jede Region einen entsprechenden Katastrophenplan zu erstellen und zu üben. Diese Forderung wurde anschließend noch von Dr. med. H. Gatersleben (Ärztekammer Nordrhein) unterstrichen, der kurz über den Stand derartiger Planungen im Raum Aachen berichtete. Ein weiterer Schwerpunkt des ersten Vortrags war die Behandlung von Patienten anhand exemplarischer Verletzungen (Extremitätenfrakturen, Verbrennungen etc.). Welche Ausrüstungsgegenstände bzw. Materialien werden benötigt für die Erstversorgung? Gibt es entsprechend große Sanitätsmateriallager? Wie sollte eine Art „Katastrophennotfallkoffer“ aussehen?

Am Rande kam die Frage auf, ob nicht Personen mit einer Krankenpflegeausbildung schon jetzt lernen sollten z. B. i. v.-Spritzen zu geben, um im sog. Katastrophenfall den Arzt z. B. bei der Gabe von Schmerzmitteln zu entlasten.

Damit war die Überleitung zum zweiten Vortrag mit dem Thema Schmerzmittel geschaffen, den Dr. med. B. Gorgaß aus der Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin der St.Lukas-Klinik in Solingen-Ohligs hielt.

Offizieller Titel des Vortrags: „Der Einsatz von Ketamin in der Notfallmedizin“.

Bei Ketamin (Ketanest®), führte der Referat aus, überdauere die gute analgetische Wirkung das Erwachen aus der Narkose. So sei dieses Mittel besonders gut geeignet, Verletzte für einen Transport ruhigzustellen. Mir fiel vor allem auf, daß gegenüber diesem Aspekt die Nachteile des Ketamins kaum beachtet wurden: Beängstigende Traumerlebnisse in der Aufwachphase wurden kurz abgetan (sind durch Benzodiazepin-Gabe „weitgehend“ zu beherrschen), ebenso die Kontraindikationen

- scientiae, humanitati, patriae -
- vigilia pretium libertatis -



EINLADUNG

zur
Fortbildungsveranstaltung
am 13. Mai 1981, 19.00 Uhr
im Filmsaal der
Gallwitz-Kaserne
Aachen
Graf-Schwerin-Straße

Die Deutsche Gesellschaft für
Wehrmedizin und Wehrpharmazie e. V.
— Vereinigung deutscher Sanitätsoffiziere —
VDSO — Bereichsgruppe Nordrhein
Gruppe Aachen

Hypertonie, Herzinsuffizienz und Arteriosklerose. Gänzlich unbeantwortet blieb die Frage, ob denn die Ärzte bei einem Massenanfall von Verletzten überhaupt noch in der Lage seien, mögliche Kontraindikationen bei den Verletzten abzuklären.

Wer glaubte, diese Vorträge würden eine rege Diskussion entfachen, sah sich getäuscht. Stattdessen meldete sich ein inzwischen eingetroffener Offizier und betonte in einer kurzen Rede die Notwendigkeit der Zusammenarbeit von militärischem Sanitätswesen der Bundeswehr und zivilen Institutionen des Gesundheitswesens. Zu diesem Zweck sei jetzt endlich

auch ein Referentenentwurf eines Gesundheitssicherstellungsgesetzes vorgelegt worden und man hoffe auf eine baldige gesetzliche Regelung dieses Problems.

Als dann schließlich doch von einem Zuhörer die Frage kam, ob nicht mit dem Katastrophenfall die ganze Zeit eigentlich der Kriegsfall gemeint sei, wurde dies mit der Bemerkung abgetan, man wolle auf dieser Veranstaltung nur über zivile Katastrophen reden, der Kriegsfall als Katastrophe sei ein anderes Thema. Damit war der offizielle Teil des Abends beendet und die Teilnehmer strebten dem Kalten Buffet im Offizierskasino zu.

Auch an einem Katastrophenfall oder dem Kriegsfall will schließlich noch verdient werden. So traf es sich gut, daß das Kalte Buffet von der Pharmafirma Parke-Davis gestiftet worden war, eben dem Hersteller des vorgenannten Schmerzmittels Ketanest®. Eifrig und zuvorkommend brachten eigens dafür abgestellte Soldaten in aufgelockerter, dem Zivilen angenehme Kleidung das großzügig gespendete Bier und die übrigen Getränke an den Arzt bzw. die mitgebrachten hungrigen Sympathisanten. Die Frage, ob solche Fortbildungen in Katastrophenmedizin nach Verabschiedung des „Gesundheitssicherstellungsgesetzes“ mit Fortbildungszwang noch in diesem „lockeren“ Rahmen stattfinden werden, ist mit ein wenig Phantasie unschwer zu beantworten. So erscheint die zwanglose Durchführung einer solchen Katastrophenmedizinveranstaltung in einer Bundeswehrkaserne als ein geschickt durchgeföhrtes Unternehmen, wo etwa bestehendes Unbehagen gegen eine unmenschliche Militärmedizin bereits im Vorfeld abgebaut wird.

r.d.

An alle, an alle!

*Das Gedächtnis der Menschheit
für erduldete Leiden ist erstaunlich
kurz.*

*Ihre Vorstellungsgabe
für kommende Leiden ist fast noch
geringer...*

*Diese Abgestumpftheit ist es,
die wir zu bekämpfen haben,
ihr äußerster Grad ist der Tod.
Allzuvielen kommen uns schon heute
vor wie Tote,
wie Leute, die schon hinter sich ha-
ben,
was sie vor sich haben, so wenig tun
sie dagegen.*

*Laßt uns das tausendmal Gesagte
immer wieder sagen,
damit es nicht einmal zuwenig ge-
sagt wurde!*

*Laßt uns die Warnungen erneuern,
und wenn sie schon die Asche in un-
serem Mund sind!*

*Denn der Menschheit drohen Krie-
ge,
gegen welche die vergangenen
wie armselige Versuche sind,
und sie werden kommen ohne jeden
Zweifel,
wenn denen, die sie in aller Öffent-
lichkeit vorbereiten,
nicht die Hände zerschlagen wer-
den.*

Bertolt Brecht (1952)

Arbeitsmaterial zur Dritten Welt

Medizin
und
Apartheid

Dr. Aziza Sedat

**medico
international**

Vertrieb für den Buchhandel:
CON-Vertrieb, Westerdeich 38,
2800 Bremen

MEDIZIN UND APARTHEID

von Dr. Aziza Sedat
Dokumente, Statistiken & Analysen zur
gesundheitlichen Lage im Südlichen Afrika
50 Seiten (1981) DM 5,-

REVOLUTION IST GESENDSCHAFT — DAS NEUE GESENDSCHAFTSWESEN IN NICARAGUA

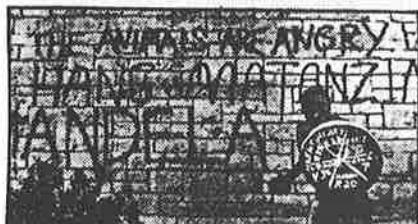
Arbeitsheft zur gesundheitlichen Versorgung
vor und nach der Revolution
60 Seiten (1981) DM 5,-

GESCHÄFTE MIT DER ARMUT -- PHARMA-KONZERNE IN DER DRITTEN WELT

von Marcel Bühl; erscheint Anfang 1982
ca. 160 Seiten ca. DM 15,-

Gesamtverzeichnis anfordern!

Bestellungen durch Vorausüberweisung auf
das Konto 2402 bei der Stadtsparkasse,
Frankfurt



“APARTHEID”
Postkarten-Serie nach Collagen von
Martin Lovis / London
12 Karten, vierfarbig

DM 6,50

**medico
international**

Hanauer Landstraße 147-149
6000 Frankfurt am Main 1
Telefon (0611) 490350



Freundliche Schwestern für den Krieg gesucht!

Es ist nahezu unbekannt, daß bereits vor Inkrafttreten des geplanten „Gesundheitssicherstellungsgesetz“ ein Großteil der Beschäftigten im Gesundheitswesen – nämlich das Pflegepersonal und darüberhinaus die Schwesternhelferin – datenmäßig lückenlos von den verschiedenen Behörden erfaßt ist. Doch nur den wenigsten Erfaßten ist dies eigentlich bewußt. Das liegt zum einen daran, daß kaum jemand über den „Sinn“ bestimmter Maßnahmen aufgeklärt worden ist und zum anderen, daß geltende Bestimmungen ohne weiteres Nachdenken einfach befolgt werden. So ist z. B. jedes Krankenpflegediplom mit einer Nummer versehen, welche der Arbeitgeber bei Abschluß des Diploms mit den übrigen Personendaten an die zuständige Gesundheitsbehörde weiterleitet. Wechselt die Krankenschwester nun ihren Wohnort und ihren Arbeitsplatz, wird dies vom Arbeitgeber an die Behörde gemeldet. Am neuen Wohnort muß sich die Krankenschwester vor Arbeitsantritt mit ihrem Krankenpflegediplom wiederum vom Gesundheitsamt oder der Gesundheitsbehörde registrieren lassen. Durch entsprechenden Datenaustausch haben die Behörden damit ein lückenloses Bild über die verfügbaren Krankenpflegekräfte. Wozu dient nun diese lückenlose Erfassung?

Offiziell heißt es „zur Vorbereitung auf den Katastrophenfall“, aber bislang wurde das Pflegepersonal zum Thema Katastrophenmedizin im Gegensatz zu den Ärzten wenig oder gar nicht informiert. Die Ausbildungspläne für Pflegeberufe, jedenfalls in Hamburg, beinhalten nichts dergleichen. Wer dennoch etwas wissen möchte, kann sich in einem Lehrbuch (Beske, Band I) lesen.

In der ca. 7 Seiten langen Darstellung wird der Begriff Katastrophe fast immer mit Naturkatastrophe gleichgesetzt. Die kriegerische Auseinandersetzung, „der größten denkbaren Katastrophe für eine Bevölkerung“, fließt in einem Nebensatz mit ein. Beim Lesen drängt sich der Eindruck auf, als ob der Krieg ähnlich wie eine Naturkatastrophe über Menschen hereinbricht.

Im Wesentlichen enthält der Text Aussagen zur Organisation der Katastrophenmedizin.

Die wenigen inhaltlichen Punkte sind unter Verwendung der traditionellen Berufsrollen aufgebaut.

Wie üblich steht hier der Arzt, der die Anordnungen trifft und die Verantwortung trägt über der Krankenschwester, die hilfsbereit und einfühlsam Verständnis zeigt.

So wird die notwendige Sichtung von Verletzten (Triage) durchaus als Problem dargestellt, aber eben als ärztliches Problem.

Die Krankenschwester möge doch bitte Verständnis zeigen, schließlich müssen bei begrenzten Hilfsmöglichkeiten diejenigen zuerst versorgt werden, die am wenigsten Arbeit machen. Gilt es doch in solchen Ausnahmefällen möglichst vielen Menschen das Leben zu retten. Die dahinterstehende Problematik wird im Text nicht weiter dargestellt. Es ist schließlich ein „ärztliches“ Problem.

Krankenschwestern haben vor-, zu- und nachbereitende Tätigkeiten durchzuführen, sie sollen als Vollzugsgehilfinnen funktionieren.

Diese Einschätzung ist kein Einzelbeispiel und spielt auch nicht nur im Rahmen der Katastrophenmedizin eine Rolle. Sie ist durchgängig und kann auch an der Sparpolitik im Gesundheitswesen abgelesen werden. So sind von den Auswirkungen der sogenannten Kostendämpfungspolitik in den Krankenhäusern hauptsächlich – abgesehen vom Patienten – die Pflegeberufe betroffen.

Mit geringer beruflicher Selbständigkeit, schlechter Bezahlung, geteilten Diensten, Freizeitverzicht und mangelnder Berufsperspektive bleibt den Pflegenden – und das sind in der Mehrzahl Frauen – oft nichts anderes übrig als die Misere (z. B. schlechte Patientenversorgung) zu verwalten.

Der Widerstand gegen die unbefriedigenden Arbeitsbedingungen wächst, auch beim Pflegepersonal. Aber immer wieder wird nach bewährtem Muster an die angeblich angeborene Hilfsbereitschaft und die beruflich geforderte Einsatzbereitschaft von Frauen in Pflegeberufen appelliert und moralischer Druck ausgeübt. Für mich ist es nur logisch, wenn diese Hilfsbereitschaft ebenso moralisch und zweckgerichtet für Kriegsinteressen benutzt wird.

Der Leiter der Abteilung für Katastrophen- und Zivilschutz in Hamburg äußerte sich vor einer Klasse von Krankenpflegeschülerinnen entsprechend: „jeder habe seine Aufgaben zur Verteidigung des Vaterlands wahrzunehmen, die Männer mit der Waffe und die Frauen im Rahmen der Zivilverteidigung.“

Mit den Notstandsgesetzen in den 60er Jahren wurde u. a. auch dies festgelegt. Jede gesunde Frau zwischen 18 und 55 Jahren kann gemäß Grundgesetz Artikel 12a im „Verteidigungsfall“ zu Dienstleistungen herangezogen werden.

Es ist kein Zufall, daß seit 1968 im Auftrag der Bundesregierung, finanziert vom Bundesinnen- und Bundesverteidigungsministerium die vier Wochen dauernde Ausbildung zur Schwesternhelferin durchgeführt wird. Diese Kurse werden vom Roten Kreuz und anderen Hilfsorganisationen angeboten. Die Teilnehmerinnen sind häufig jüngere Frauen, die auf einen Ausbildungs- oder Studienplatz warten. Viele versprechen sich von dem kostenlosen Lehrgang eine Möglichkeit, später damit Geld zu verdienen. Nur dafür ist die Kurzausbildung gerade nicht geeignet. In einer Werbebrochure des DRK wird ausdrücklich darauf hingewiesen, daß diese „Ausbildung keine Berufsausbildung“ ist. Vorgesehen sind die Schwesternhelferinnen zum ehrenamtlichen Einsatz bei öffentlichen Notständen und im „Verteidigungsfall“. Darüber werden sie zu Beginn des Lehrganges informiert. Außerdem wird ihnen mitgeteilt, daß das Arbeitsamt alle Helferinnen registriert, da im „Verteidigungsfall“ die Bereitstellung des pflegerischen Personals Aufgabe des Arbeitsamtes ist. Solange die Schwesternhelferinnen Mitglieder dieser Organisationen sind, sind sie verpflichtet, an den Fortbildungsveranstaltungen der Hilfsorganisationen teilzunehmen.

Als Beispiel soll Hamburg dienen. Dort fand eine solche praktische Veranstaltung im Oktober 1980 statt. Zusammen mit einem Teil des Personals und Materials des Stammkrankenhauses „Allgemeines Krankenhaus Altona“ wurde im Hilfskrankenhaus in Wedel/Holstein geübt. Der unterirdische, geschützte Teil mit 710 Betten liegt unter dem Johann-Rist-Gymnasium und sollte für den notwendigen Ernst dieser sogenannten Funktionsübung sorgen. 250 Schwesternhelferinnen fanden sich zu dieser Übung ein, insgesamt gibt es laut Bundestagsdrucksache 9/636 vom 6. 7. 81 bereits mehr als 230 000. Diese gehören zur sogenannten Personalreserve und sind im Anwendungsfällen dienstverpflichtet. Sie können jederzeit und überall eingesetzt werden und dort die Lücken stopfen, wo Pflegepersonal fehlt.

Daß dies keinesfalls erst im Rahmen einer kriegerischen Auseinandersetzung aktuell wird, zeigte die Situation in den Hamburger Krankenhäusern während des Winters 79/80. Nach einem Aufruf der Hamburger Gesundheitssenatorin Helga Elsner wurde der akute Personalnotstand mit dem Ein-

satz freiwilliger Helferinnen und sogar durch den Einsatz von Sanitätssoldaten behoben.

Appelle an die Hilfsbereitschaft der Frauen haben eine lange Tradition. So traten bürgerliche Frauen mit fürsorgerischer und pflegender Tätigkeit erstmalig in der gesellschaftlichen Öffentlichkeit auf, als die Notwendigkeit bestand, verwundete Soldaten zu pflegen, (1813, Aufruf der preußischen Prinzessinnen).



Die den Frauen zugedachte Aufgabe wird in einem Brief von Henry Dunant (1859) deutlich geschildert: „Seit drei Tagen sehe ich jede Viertelstunde einen Menschen unter unvorstellbaren Qualen sterben. Ein Schluck Wasser, eine Zigarette und ein freundliches Lächeln – und Sie finden veränderte Wesen, die tapfer und ruhig die Todesstunde ertragen.“ (Aus dem Buch „Henry Dunant“ von W. Heudtlass).

Es entstand damals der Gedanke, schon im Frieden Männer und Frauen so auszubilden, daß sie im Krieg Verwundete und Sterbende versorgen könnten.

Damals wie heute stehen Krieg, Elend und Massenopfer mit Versorgung und Pflege durch entsprechend ausgebildete Frauen in direktem Zusammenhang.

So werden innerhalb einer Hamburger Behörde ernsthafte Überlegungen angestellt, wie personelle Versorgungsschwierigkeiten, u.a. im Katastrophenfall vermieden werden können. Vorgeschlagen wird, zusätzliche Ausbildungsplätze in der Krankenpflege zu schaffen. Gleichzeitig wird an eine Abstimmung mit dem Bundesverteidigungsministerium zur Heranbildung von Sanitätssoldaten, und zwar auch weiblichen gedacht. Dies alles auch im Hinblick auf das Gesundheitssicherstellungsgesetz, wie in einem Papier der Hamburger Gesundheitsbehörde ausdrücklich geschrieben wird („Ausbildungsplatzsituation in den Krankenpflegeberufen“, Hamburger Gesundheitsbehörde). Dieses Gesundheitssicherstellungsgesetz ist Ausdruck einer fortschreitenden Militarisierung. Es betrifft alle im Gesundheitsbereich Arbeitenden und das sind in der Mehrzahl Frauen. Jede von uns, die aus primär sozialem Engagement den Pflegeberuf erlernt oder erlernt hat, wird somit ein Element zum Funktionieren der Kriegsmaschinerie. Ich möchte an dieser Stelle an die breite Diskussion zum Thema „Frauen in die Bundeswehr“ erinnern. Der Protest und der Widerstand zeigt deutlich, daß Frauen nicht bereit sind, sich militarisieren zu lassen, jedenfalls nicht so.

Wir müssen lernen, uns auch gegen die verstecktere Form der Militarisierung, z. B. durch das Gesundheitssicherstellungsgesetz zu wehren. Frauen brauchen nicht zur Waffe greifen, die Gewissensgründe dies abzulehnen, werden akzeptiert. Aus genau diesen Gewissensgründen sollten wir Frauen, insbesondere auch in den Pflegeberufen, uns nicht länger mit „moralischen“ Appellen an unsere Hilfsbereitschaft, Humanität usw. benutzen lassen. Ich will hiermit keinesfalls Hilfsbereitschaft generell ablehnen. Allerdings lehne ich es ab, daß diese Hilfsbereitschaft und die speziellen Kenntnisse der Pflegeberufe eingeplant werden, um das grauenvolle Bild einer kriegerischen Auseinandersetzung „barmherziger“ zu gestalten. Wenn wir wirklich „helfen“ wollen, dann müssen wir uns gegen die drohende Vernichtung von Millionen von Menschen zur Wehr setzen. Wir müssen für Abrüstung in Ost und West, für ein atomwaffenfreies Europa kämpfen.

Eine Hamburger Krankenschwester

VERWEIGERT EUCH!

Zu Kriegsdienstverweigerung und Zivildienst von Medizinern

Der Sanitätsdienst der Bundeswehr ist in großen Personalnoten. Von 1866 Sollstellen für längerdieneende Sanitätsoffiziere sind nur 1052 besetzt. (1) Die Militärs versuchen dieses Defizit durch die Verpflichtung von Stabsärzten zu umgehen. Die Medizinstudenten werden zu Beginn ihres Studiums vom Wehrdienst zurückgestellt, um nach Abschluß des Studiums als Stabarzt, unter erheblich besseren finanziellen Bedingungen als andere Wehrpflichtige, eingesetzt zu werden. Im Mai 1980 leisteten 1202 Ärzte Grundwehrdienst (1). Weitere Maßnahmen sind die Einbeziehung von Frauen in die Laufbahn der Sanitätsoffiziere (seit 1975, nach dem Weißbuch der Bundeswehr von 1979 von 47 Frauen wahrgenommen) und die Vergabe von Studienplätzen der Medizin über die Verpflichtung, später als Berufs- oder Zeitsoldat der Bundeswehr langjährig zu dienen. (Weißbuch 79: 800 in dieser Ausbildung).



Der Teil der Medizinstudenten, der die Militärmedizin ablehnt bzw. den Dienst im Militär allgemein, hat entweder schon vor dem Studium Zivildienst geleistet oder verweigert den Kriegsdienst während des Studiums. Stellt er seinen Antrag auf Kriegsdienstverweigerung (KDV) im ersten Drittel des Studiums (bis Physikum), muß er damit rechnen – derartige Fälle sind uns bekannt – aus dem Studium zum Zivildienst gezogen zu werden, denn der Zurückstellungsgrund (die spätere „militärfachliche“ Verwendung) wird als hinfällig betrachtet.

Diejenigen, die im klinischen Teil des Studiums den Kriegsdienst verweigern, haben einen „weitgehend geförderten Ausbildungsabschnitt“ erreicht und können deshalb nicht aus dem Studium gezogen werden. (Es gibt ganz wenige theoretische Möglichkeiten, die aber nicht allgemein angewendet werden können.) Wer unter 28 Jahre alt ist, hat keinen Anspruch als Arzt im Zivildienst zu arbeiten; sofern er

eine Arztstelle im Zivildienst findet und das Bundesamt für Zivildienst ihn dorthin einberuft, ist dies jedoch durchaus möglich.

Für den 28jährigen oder Älteren, der als Mediziner anerkannter KDV-er ist, ist die Lage unklar: Wird die militärfachliche Verwendung nicht auf den Zivildienst übertragen, wie dies bei der Einberufung aus dem Studium der Fall ist (siehe oben), kann er zu keinem Zivildienst mehr einberufen werden. Falls er doch eingezogen wird, könnte er aber ausschließlich fachlich, also als Arzt, im Zivildienst arbeiten. (Hierzu brauchen wir Rückmeldung von Betroffenen!)

Durchgängiges Prinzip ist es, das sollte im ersten Abschnitt gezeigt werden, KDV-er auf dem Weg zur Anerkennung und im Zivildienst zu benachteiligen. Oder andersrum gesagt: Die Bundeswehr hat ein solches Interesse an Stabsärzten, daß sie gegenüber „normal“ Wehrpflichtigen und

kriegsdienstverweigernden Medizinern privilegiert und bestochen werden.

Eine Folge der Zurückstellung war, daß sich die meisten Medizinstudenten nur wenig oder gar nicht mit dem späteren Stabsarztdienst auseinandergesetzt haben und dieses sich auch während des Studiums kaum änderte. Zudem ist über Charakter und Zielsetzung der Militärmedizin wenig bekannt. Für die einen ist bei der Gewissheit dort „auch „nur“ als Arzt zu arbeiten“ kein Konfliktpotential ersichtlich, ein Teil der Linken glaubt die Erfahrung beim Militär nutzen zu können oder will den Soldaten mit der Arztätigkeit helfen.

Wir haben auf dem Gesundheitstag 1980 in Berlin eine Veranstaltung zum Thema „Militär und Medizin“ gemacht, dies in zahlreichen Städten in Zusammenarbeit mit den Fachschaften wiederholt und eine Broschüre mit dem Titel „Militärmedizin – Maschinengewehre hinter der Front“ herausgegeben. Die Broschüre informiert

über die Geschichte, Struktur und Funktion der Militärmedizin, zum anderen über KDV-Verfahren bei Medizinern, Zivildienst, Entwicklungsdienst und den Dienst als Stabsarzt bei der Bundeswehr (rechtl. Grundlagen, Erfahrungsberichte).

Ziel unserer Broschüre und Veranstaltungen ist es, den menschenverachtenden Charakter der Militärmedizin aufzuzeigen und Kollegen und Kommilitonen zur KDV aufzufordern.

Kriegsdienstverweigerung jetzt!

In dem Maße, wie in den letzten 2 Jahren unter dem Einfluß der Bundeswehrmediziner die Militarisierung des Gesundheitswesens fortschreitet – etwa durch das geplante Gesundheitssicherstellungsgesetz oder die sogenannte Katastrophenmedizin – wird die Alternative, nämlich als Mediziner den Kriegsdienst zu verweigern, als eine Form des Widerstands immer bedeutsamer. KDV ist ein wichtiger individueller Schritt gegen Krieg und Kriegsvorbereitung. Er ist aber besonders heute, wo die Militarisierung voranschreitet, die Atomkriegsarsenale noch weiter ausgebaut werden, in Zusammenschluß mit den anderen KDV-ern eine wichtige politische Protestform gegen diese Politik.

Über 500 000 haben seit Bestehen der BRD den Kriegsdienst verweigert, 1980 über 55 000 Kriegsdienstverweigerer sind zum „politischen Faktor“ geworden, zu einem Potential, das für Militärpolitiker in „Krisensituationen“ nur schwer kalkulierbar sein wird. Die Anzahl der KDV-er stellt aber gerade auch jetzt, wo die Soldaten angeblich knapper werden und die Militärpolitiker mit Wehrkunde, Verlängerung des Wehrdienstes, Frauendienstpflicht usw. drohen, einen wichtigen Parameter für die „allgemeine Wehr(-un)willigkeit“ dar, deshalb besteht bei den Militärs ein echtes Interesse, die Zahl der KDV-er begrenzen.

So stört es doch empfindlich, wenn diese Wehrunwilligkeit noch öffentlich kundgetan wird, und die KDV, wie bei der öffentlichen KDV von über 180 Lehrern in Bremen, über die einzelne Verweigerung hinaus einen offensichtlich allgemeinpolitischen Stellenwert bekommt. Kriegsdienste sind aber nicht nur Waffendienste. Deshalb haben auf dem Hamburger Gesundheitstag im Rahmen der „Hamburger Aktion“ über 2000 Männer und Frauen erklärt, daß sie einer Dienstverpflichtung und ihrem Einsatz im Krieg, sowie der Vorbereitung zu dem Einsatz nicht Folge leisten werden. (1968 wurde der Art. 12a ins Grundgesetz – mit der Notstandsgesetzgebung – eingeführt. Danach können Frauen von 18 bis zum 55. Lebensjahr, Männer bis zum 60. Lebensjahr zu Zwangsdiensten verpflichtet werden.)

Wenn ich hier der KDV das Wort rede, heißt das jedoch nicht – wie vielleicht mißverstanden werden könnte –, daß ich den Zivildienst in seiner jetzigen Form als uneingeschränkt positive Alternative betrachte. Auch der Zivildienst hat erhebliche Mängel. Die Forderungen nach einem Friedensdienst, der geeignet wäre, Kriegsursachen abzubauen und Gewaltstrukturen zu beseitigen, sind bei weitem nicht erfüllt. Vielmehr wird seit Jahren versucht, auch den Zivildienst zu militarisieren, z. B. ZDL-er zu kasernieren und mehr den Zivilverteidigung anzugeleichen. Das Zivildienstgesetz schließlich ist keine Alternative, sondern ein an Wehrgesetze angelehnter Pflichtkatalog.

Für die ZDL-er im Krankenhausbereich steht eine weitere Problematik besonders im Vordergrund: ZDL-er sind billige Arbeitskräfte, mit ihrer Einstellung können Rationalisierungsmaßnahmen durchgeführt und Planstellen gestrichen werden. So können sie als Arbeitsplatzvernichter, aber auch als Lohndrücker und Streikbrecher (Streiks sind für Soldaten und ZDL-er verboten) ungewollt staatlichen oder Privatinteressen dienen, die den Interessen der abhängig Beschäftigten und denen der Betreuten eindeutig zuwiderlaufen. Geraade im Pflegebereich, wo an vielen Krankenhäusern zahlreiche ZDL-er gleichzeitig beschäftigt sind, die Mehrzahl aber gar nicht oder nur schlecht ausgebildet ist, kann – wenn „vollwertige“ Kräfte eingespart werden – die qualitative Betreuung der Patienten leiden. Auch im Arztabereich könnten bei einer höheren KDV-Rate von Medizinern vermehrt zivildienstleistende Ärzte eingesetzt werden (Privatkliniken??).

Die Entscheidung zur KDV sollte aber nicht durch die Mängel im Zivildienst zurückgenommen werden, denn genau dies soll mit der Verschlechterung des Zivildienstes zur „lästigen Alternative“ erreicht werden. Der Kampf für bessere Arbeitsbedingungen macht vor dem Zivildienst schon gar nicht halt. Es wird Zeit, daß sich die Gewerkschaften auch für ZDL-er einsetzen – dies ist nicht zuletzt in ihrem eigenen Interesse. Indem wir vor diesen Schwierigkeiten nicht zurückshrecken und uns der Verplanung und Tätigkeit jeder Art von Kriegsdiensten gegenüber verweigern, machen wir einen Schritt auf dem Weg, der für die Menschheit einzig noch ein Sieg werden kann: der weltweiten Abrüstung.

Ralph Müller

1) Deutsches Ärzteblatt, Nr. 39/1980, S. 2271

Weiterführende Literatur:

Broschüre: „Militärmedizin – Maschinengewehre hinter der Front“ zu beziehen nach Überweisung von 4,50 DM auf das Postscheckkonto 4300 56-203, Ralph Müller, Kiel, Postscheckamt Hamburg, Bankleitzahl 200 100 20

**Endlich da:
das „Hacklingen-Buch“:**

**Autorengruppe Hacklingen/Uelzen
Ausgrenzen ist leichter**

**Alltag in der Gemeindepsychiatrie
Ein Lesebuch zur Enttäuschung der Geraadlinigkeit.**

Für viele, die im psychosozialen Bereich arbeiten, ist die Klinik Hacklingen schon lange gleichbedeutend mit alternativer Psychiatrie. Daß aber selbst eine solche „Modellklinik“ sich den Weg zu einer tatsächlich gemeindenahen psychiatrischen Versorgung mühsam erarbeitet und erkämpfen muß, dokumentiert der vorliegende Band in zahlreichen Beiträgen. Deutlich wird, daß gemeindenaher Psychiatrie in erster Linie nicht eine medizinische, sondern eine kommunal-politische Aufgabe ist. Also: Pflichtkulture für Bürger innerhalb und außerhalb der Psychiatrie, für Profis, Kommunalpolitiker ...



Aufsätze, Diskussionen, Interviews; Stationspläne, Organisationsstruktur, Therapietebatten, Medikamente, Ambulanz, Selbsthilfe; Rückblick, Ausblick; zahlreiche Cartoons und zwei Holzschnitte. Ein erläutertes Stichwortverzeichnis zur Einleitung. 400 Seiten.

Achtung: Die Subskription ist verlängert bis zum 28.2.1982! Subskriptionspreis: DM 20,-, danach DM 24,-.

Erhältlich beim Buchhandel oder direkt bei uns:

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

Aufrüstung und Sozialabbau im Gesundheitswesen

Es ist nicht schwer, vorauszusehen, daß durch eine Militarisierung der Medizin nach Verabschiedung des geplanten Gesundheitssicherstellungsgesetzes im Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland völlig neuen Prioritäten die Bahn geebnet werden würde: Zentrale und regionale Anbindung an die Kommandostruktur der Bundeswehr, wenn auch zunächst nur vorbereitend für den „Spannungs-“ oder „Verteidigungsfall“, würde die ohnehin nur zum Teil aufgelockerten ständisch-hierarchischen Rangordnungen in der Ärzteschaft und in der Verwaltung des Gesundheitswesens wieder verfestigen, gleichsam mit einem militärischen Korsett versehen.

Dieser Tendenz gegenüber würde die Durchsetzung von Mitbestimmungsfordernungen der Gewerkschaften und von Demokratisierungsforderungen der im Gesundheitswesen Arbeitenden schwieriger werden; Ansprüche der Sozialversicherten auf bessere Versorgung und alternative Förderung der Gesundheit, z. B. auch nach wirklich vorbeugender Bekämpfung und Beseitigung von Krankheitsentstehungsursachen in Arbeitswelt und Umwelt, müßten zurückstehen, wenn ein Programm der Gesundheitssicherstellung unter Bedingungen eines Kernwaffenkrieges (selbst Befürworter lassen gelegentlich durchblicken, daß nicht die Zivilbevölkerung der dichtbesiedelten Bundesrepublik geschützt werden kann, sondern allenfalls das Militär) in Angriff genommen würde; sogenannte technokratisch-militärische „Sachzwänge“ würden das Gesundheitswesen durchdringen und alles Zivile zweitrangig werden lassen; Sozialprogramme müßten schon innerhalb des Gesundheitswesens mit wehrprogrammatischen Zielsetzungen konkurrieren – keine Frage, wer da den kürzeren ziehen würde.

Militarisierung des Gesundheitswesens, dafür sprechen viele Erfahrungen, darunter auch die aus den beiden Weltkriegen, bedeutet u. a.: sozialer Abbau im Gesundheitswesen. Selbstverständlich kann jedoch die Frage nach den Gefahren einer Militarisierung des Gesundheitswesens nur als Teilespekt des seit 1980 verstärkt wieder einsetzenden Rüstungswettkaufs betrachtet werden, dessen Hauptgefahr darin besteht, daß er die Existenz der Menschheit bedroht.

Es ist vor allem diese von immer mehr Menschen erkannte Existenzgefährdung der Menschheit durch einen drohenden Kernwaffenkrieg, die den Widerstand gegen die aktuellen Aufrüstungstendenzen

immer breiter, intensiver und dauerhafter werden läßt. Doch selbst, wenn die über Kernwaffen verfügenden Mächte in West und Ost den Ausbruch eines Kernwaffenkrieges durch angestrengte Stabilisierung des Waffengleichgewichts vorläufig hinhalten können, ist damit die zweite, subtilere Gefährdung der Lebensbedingungen der Menschheit durch das Wettrüsten noch nicht gebannt: die Gefahr der sozioökonomischen und ökologischen Destabilisierung des Welthaushalts mit Hunger, Armut, Krankheit, Rohstoff- und Energieverknappung und Umweltverseuchung. Die Schlüsselrolle, die eine erreichte internationale Abrüstung bei der Inangriffnahme dieser Fragen spielen würde, ist offenkundig. Ein weiterer Grund, weswegen man sich nicht mit einem dauerhaften militärischen Kräftegleichgewicht zufriedenstellen kann, sondern schon jetzt auf schrittweise Abrüstung drängen muß.

Bisher waren es vor allem die ehemaligen Kolonialländer und Entwicklungsländer, die am allermeisten unter der nicht ausreichend vorankommenden Abrüstung zu leiden hatten. Doch schon seit einiger Zeit zeichnet sich immer deutlicher ab, daß auch in den hochindustrialisierten Ländern der nördlichen Hemisphäre das Weitertragen der Rüstungslast gleichbedeutend sein wird mit sozialer Unterentwicklung bzw. sozialem Abbau. Die durch Rüstungslasten bewirkte Fehlgewichtung der Staatshaushalte behindert die gesamte Entwicklung der Infrastruktur, Bildung, Gesundheit, Verkehr, Wohnung, Naturschutz, Städtebau usw. In diesem Zusammenhang den Sozialabbau im Gesundheitswesen zu beschreiben, sollte nicht als Hervorhebung eines Teilbereichs mißverstanden werden, vielmehr dazu anregen, gleicher oder ähnlicher Gefährdung anderer Bereiche, z. B. des Bildungswesens, ebenfalls nachzugehen und dagegen Widerstand zu wecken.





Militärische Aufrüstung und sozialer Abbau – verdrängte Zusammenhänge

In den periodisch wiederkehrenden Kontroversen über die Finanzierbarkeit sozialer Reformen wurde immer wieder das Argument vorgetragen, es seien hauptsächlich die Rüstungskosten, die den sozialen Fortschritt blockierten. Bis vor kurzem galt es als Neigung zur Vereinfachung komplexer Probleme, auf diesen Zusammenhang zu verweisen. Der Vorrang des Verteidigungshaushalts war nie unumstritten, doch wenn ernsthaft daran gerüttelt wurde, dann genügte häufig schon der Hinweis, wer an der Verteidigung sparen wolle, der könne doch nur ein fehlgeleiteter Idealist oder Pazifist sein. Das Tabu der Rüstungskosten wurde auch durch die Massenmedien abgesichert. Widerspruch fand es am häufigsten auf dem Höhepunkt von Arbeitskämpfen und Streikbewegungen, innerhalb der Gewerkschaften, innerhalb der Kirchen und in den Hochschulen und ihrem Umfeld.

In den Kammern der Ärzteschaft, im Einflußbereich der Mediziner, wo ständisch-konservatives Bewußtsein vorherrscht, brauchte man von jeher nur auf eine mögliche Kürzung des Rüstungshaushalts zugunsten der Sanierung des Gesundheits- und Sozialhaushalts hinzuweisen, um als „Haushaltsumverteilungsfetischist“ oder als realitätsferner Sozialidealisten angeprangert zu werden. Die Befürchtung, auf völlige Verständnislosigkeit zu stoßen, hat manchen Einsichtigen gehindert, das heiße Eisen des Rüstungshaushalts anzurühren.

Seit dem Frühjahr 1981 ist das Tabu, Rüstungshaushalt und Sozialhaushalt in einem Atemzug zu nennen und den einen zugunsten des anderen entlasten zu wollen, nicht mehr gültig. Die neue Regierung der Vereinigten Staaten von Amerika unter Ronald Reagan hat es aus dem Wege geräumt, indem sie ihre europäischen Verbündeten, darunter die Bundesrepublik Deutschland aufgefordert hat, ihre Verteidigungsausgaben zulasten des Sozialstaats zu erhöhen. Es war der gerade zurückgetretene Chefsicherheitsberater des Präsidenten der USA, Richard Allen, der den NATO-Mitgliedsländern nahelegte, ihren Sozialprogrammen und Sozialausgaben Zügel anzulegen. Er wurde assistiert vom Verteidigungsminister der USA, Caspar Weinberger, der ebenfalls ganz unverhohlen die Europäer mit der Erwartung konfrontierte, sie sollten ihr soziales Netz abbauen.

Die Antisozialstrategen im Weißen Haus und im Pentagon versuchen dabei, eigene innenpolitische Konzepte auf ihre Bündnispartner zu übertragen. Sie folgen erklätermaßen den Rezepten des forscherreaktionären Wirtschaftsexperten George Gil-

der, der es für einen fundamentalen Irrtum hält, Armut und Elend, Krankheit und soziale Not durch Hilfsprogramme für die Betroffenen zu bekämpfen. Nach seiner Meinung würden die Unterstützten dadurch zu von der öffentlichen Hand abhängigen Krüppeln. Die Armut dürfe nicht durch Umlverteilung des Reichtums gemildert werden, vielmehr müßten die Reichen noch reicher werden, durch Investitionsanreize gefördert werden, damit der dann zu erwartende wirtschaftliche Aufschwung das soziale Elend überwinde.¹⁾

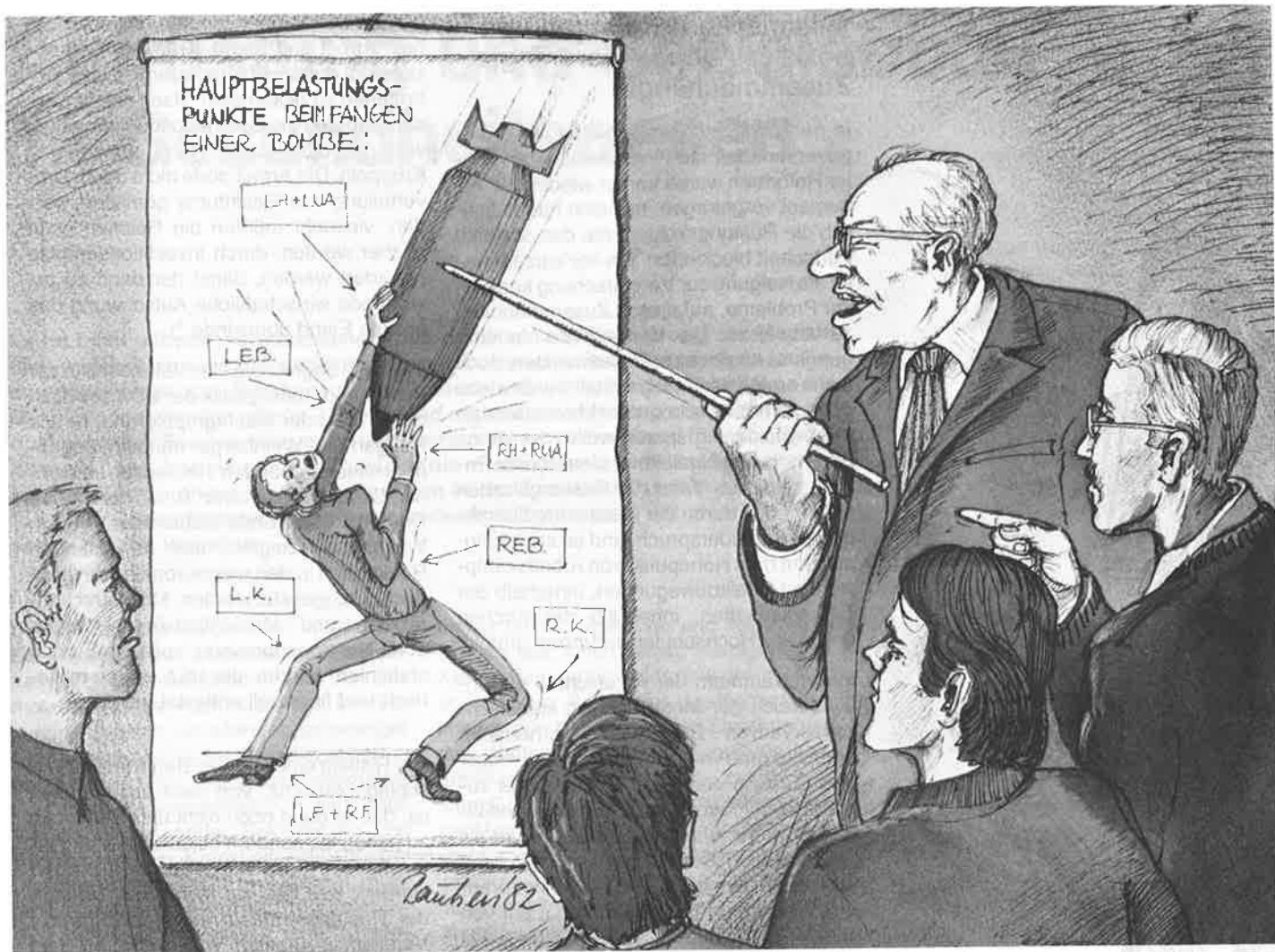
Die neue aggressive Rechtstendenz in der Innen- und Außenpolitik der USA soll nach dem Willen der Machtgruppierung, für die Reagan und Weinberger handeln, gegenüber widerstreitenden Tendenzen im eigenen Land (wie sie sich z. B. bei der großen Demonstration Ende September 1981 in Washington zeigten) und abweisenden Reaktionen in den westeuropäischen Ländern durchgesetzt werden. Mittelstreckenraketen und Marschflugkörper, später auch Neutronenbomben, sollen in Europa stationiert werden, die USA wollen militärisch und finanziell entlastet werden.

Die Risiken eines begrenzten Kernwaffenschlagabtauschs, von dem anzunehmen ist, daß er dann doch nicht unter Kontrolle zu halten ist, sondern eskalieren wird, sollen für alle Fälle nach Europa verlagert werden, weil das auf jeden Fall, solange der Rüstungswettlauf weitergeht, für die Vereinigten Staaten von Vorteil zu sein scheint. Reagan, Haig und Weinberger fordern, daß die Europäer diese allein für die USA, nämlich für den Ausbau der Weltmachtposition der USA entworfene Lösung, möglichst umfassend mittragen und mitfinanzieren sollen. Die Konsequenz für Europa wäre, daß es zum drittenmal in diesem Jahrhundert zum Kriegsschauplatz werden könnte und daß ein Prozeß sozialer Destabilisierung eingeleitet würde.

Entwicklung des Gesundheitswesens und neue Tendenz des Sozialabbaus

Wenn aus den USA die Empfehlung kommt, ein Zuviel an sozialen Leistungen in Europa abzubauen, so stellt sich u. a. die Frage, was denn eigentlich die Regierung der Vereinigten Staaten in ihrem Lande als ausreichende soziale und gesundheitliche Absicherung versteht?

In den USA gibt es keine Sozialversicherung, die eine auch nur annähernd umfassende Absicherung sozialer Risiken bietet wie die Sozialversicherungssysteme einiger westeuropäischer Länder. Im Gesundheitswesen der USA dominieren die Privatversicherungen Blue Cross (für Krankenaufenthalt) und Blue Shield (für Arzthonorare in der ambulanten Versor-



gung) auf dem Markt gesundheitlicher Dienstleistungen. Gemildert wird die Situation durch zwei sehr begrenzte Sozialsicherungsprogramme: Medicaire, für alte Menschen über 65 Jahre, und Medicaid, für einen begrenzten Personenkreis mit sehr niedrigem Einkommen unterhalb des Existenzminimums, eine Art Sozialhilfeprogramm. Das Gesundheitswesen der USA mit seinen weltberühmten Starkliniken für zahlungsfähige Klienten und seiner notorischen Unterversorgung in den Stadtvierteln der Armen und den Ghettos der Afroamerikaner und Lateinamerikaner bewahrt den Charakter einer nur teilweise überwundenen Klassenmedizin mit auch heute noch erhaltenen Zügen rassistischer Diskriminierung. Dabei bleibt unbestritten, daß die medizinische Wissenschaft und Praxis in den USA beachtliches leistet, nur eben nicht für alle Bürger und allzu sehr unter kommerziellen Vorzeichen.

Bei aller Begrenztheit und Unzulänglichkeit europäischer Gesundheitssicherungssysteme ist wohl eines klar: das US-amerikanische Gesundheits- und Sozialwesen kann für die europäischen Länder wohl kaum ein Vorbild sein. Die heutige Sozialversicherung in der Bundesrepublik, vor ca. 100 Jahren in der Zeit Bismarcks begründet, bietet mit Krankenversicherung,

Unfallversicherung, Rentenversicherung und Arbeitslosenversicherung immerhin einen Grundstock sozialer Sicherheit, der im internationalen Vergleich trotz seiner Mängel nicht schlecht abschneidet. Eher schon könnte die amerikanische Regierung geneigt sein, in Europa die soziale Sicherheit zu bremsen, damit nicht die amerikanische Bevölkerung für sich nach dem europäischen Vorbild ein umfassenderes System sozialer Sicherheit noch dringlicher verlangt als sie es heute schon tut.

Welche Folgen hätte es für das Gesundheitswesen in der Bundesrepublik Deutschland, wenn tatsächlich zusätzlich zu den Sparmaßnahmen im Gefolge der ökonomischen Dauerkrise noch ein weiterer Sozialabbau betrieben würde?

Bevor diese Frage beantwortet werden kann, ist zunächst darzulegen, in welcher Situation das Gesundheitswesen heute ist. Man könnte zur Erleichterung des Überblicks die Entwicklung des Gesundheitswesens seit 1945 anhand einer einfachen Phaseneinteilung erläutern:

1. Phase des Nachkriegswiederaufbaus unter weitgehender Beibehaltung überkommener Strukturen 1945–1970
2. Phase der Reformkonzepte, des Ausbaus mit beginnenden Struktur-

- veränderungen ca. 1970–1976
 3. Phase erneuter Strukturstabilisierung und krisenbedingter sozialer Reduktion 1976–1980
 4. Phase beginnender sozialer Erosion 1981

Hauptziele der Reformperiode im Gesundheitswesen waren: Abbau hierarchischer Rangordnungen, Zurückdrängung kommerzieller Deformierung des Arzt-Patienten-Verhältnisses, Überwindung von Privilegierung und sozialer Diskriminierung, die als Züge der Klassenmedizin verstanden wurden, stärkere Einbeziehung sozialwissenschaftlicher Erkenntnisse in die Krankheitsbekämpfung, Ergänzung der traditionellen kurativen Medizin durch präventive Gesundheitssicherung, unter Einbeziehung der Ausräumung gesundheitsschädigender Bedingungen in Arbeitswelt und Umwelt.

Während der Eröffnungsphase der sozial-liberalen Reformpolitik wurden die neuen Perspektiven im Gesundheitswesen von den im Gesundheitswesen Tätigen aktiv unterstützt und in der Bevölkerung sehr positiv aufgenommen. In der Ärzteschaft überwogen nach wie vor die konservativen Tendenzen, doch bildete sich eine zunehmend erstarkende oppositionelle Strömung (Weiter auf S. 21)

DOKUMENTE

Rede von Horst-Eberhard Richter auf der Eröffnungsveranstaltung des Gesundheitstages 1981

„Die Angst vor der atomaren Aufrüstung ist richtig“

In einer Selbsterfahrungsgruppe habe ich vor einigen Tagen folgendes erlebt: Eine junge Ärztin, die gerade einen Sohn zur Welt gebracht hatte, erschien zum erstenmal nach der Entbindung wieder in der Gruppe. Sie schilderte erst ziemlich begeistert ihre Erfahrungen mit dem Baby. Aber dann gestand sie plötzlich, daß in ihr zugleich eine unheimliche Angst hochgekommen sei. Sie konnte keine Zeitung mehr lesen und keine Nachrichten hören. Die düstere politische Lage mit ihren vielfältigen Bedrohungen mache sie so bedrückt, daß sie darüber keine neuen Informationen ertrage. Die Gruppe reagierte mit betretendem Schweigen. Depressive Stimmung breitete sich aus. Schließlich ging man zu einem weniger verängstigenden Thema über. Auch die Gruppe gab damit zu erkennen, daß sie auf das Thema nicht einsteigen wollte, das von der jungen Mutter aufgeworfen worden war.

Die junge Ärztin ist eine sensible, aber nicht im mindesten psychopathologisch belastete Frau. Die Angst, die sie mit den Zukunftphantasien für ihr Baby verbindet, ist nicht als eine abnorme Reaktion zu verstehen. Man kann eher im Gegenteil sagen: hier ist jemand fähig, auf eine fatale Realität mit derjenigen Empfindsamkeit und Beunruhigung zu reagieren, die den Tatsachen angemessen ist. In entsprechendem Sinn habe ich zu meinem neuen Buch eine kleine Vorrede abzufassen versucht, die der SPIEGEL zu meiner Enttäuschung nicht abgedruckt hat. Da heißt es:

„Angst ist schlecht. Zuversicht ist gut. Viele Menschen kommen wegen ihrer Angst zu uns Psychotherapeuten. Angst, die den Schlaf raubt, die Herzklagen macht und die Arbeit behindert, ist ungesund. Und wir Psychotherapeuten wollen helfen, daß Menschen sich wohl befinden.“

Aber manche Angst ist ungesund, weil die Umstände ungesund sind, unter denen die Menschen leben. Dann ist die Angst richtig, und Zuversicht wäre falsch. Denn dann wird die Angst zum vernünftigen Ratgeber, der die Umstände zu ändern verlangt. Ohne Angst würde man alles so lassen, wie es ist. Die Angst vor der atomaren Aufrüstung ist richtig, weil sie eine echte Gefahr anzeigen, die stetig anwächst. Diese Angst müssen wir so lange aushalten, bis wir mit ihrer Hilfe die Politik dazu gedrängt haben, mit echter Abrüstung zu beginnen.

Aber viele Politiker und viele Bürger wollen, daß die Medizin unter allen Umständen für Wohlbefinden sorgt. Die Menschen mögen in „Global 2000“ lesen, daß bald Hundertausende von Pflanzen- und Tierarten sterben, daß immer mehr Gifte die Atmosphäre verunreinigen, daß unsere Äcker, sofern sie sich nicht durch Verschwinden der Wälder in Wüsten verwandeln, durch sauren Regen versalzen werden. Sie mögen erfahren, daß der Abschreckungsfrieden durch die gigantische Atomrüstung und die verkürzten Reaktionszeiten immer unsicherer wird. Aber sie sollen sich dabei wohl befinden.

Wir Psychotherapeuten müssen aber einwenden: tiefer gestört als diejenigen, die auf die Bedrohung mit Angst

und Verzweiflung reagieren, sind die Verantwortlichen, die diese Risikopolitik betreiben und ihre eigene Angst verdrängen. Die Ohnmächtigen, die berechtigte Angst haben, müssen die Mächtigen, die falsche Zuversicht zeigen und predigen, zur Teilnahme an ihrem Angst zwingen. Und wir Psychotherapeuten müssen sie dabei unterstützen. Denn wenn diejenigen, die am Steuer sind, die von ihnen laufend erhöhte Gefahr nicht spüren, liegt die wahre psychische Gesundheit bei den vielen anderen, denen am Rande des Abgrunds schwindelig wird und die energisch auf einen unverzüglichen Kurswechsel dringen.“

Man sucht sich abzulenken

Soweit dieser Text. Nun ist es aber so, daß vielen von uns zwar schwindelig wird, aber daß wir es schwer haben, daraus eine praktische Konsequenz zu ziehen und auf einen Kurswechsel zu dringen. Die übliche Reaktion ist die der zitierten Selbsterfahrungsgruppe. Man sucht, sich abzulenken, um nicht aus dem Gleichgewicht zu geraten. Die praktische Frage, die zur Zeit viele von uns beschäftigt, lautet also: wie können wir erst einmal lernen, die gerechtfertigte Angst vor der wahnwitzigen Rüstungspolitik mit ihren stetig steigenden Risiken auszuhalten, und wie können wir mit unserer Beunruhigung konstruktiver als in der Form der üblichen Verdrängungen und Verschiebungen umgehen?

Der erste Schritt muß offenbar sein, sich gegen die von verantwortlichen Politikern und der konservativen Presse betriebene Diffamierungskampagne zu wehren, die darauf hinausläuft, die Kriegsangst als hysterisch, infantil, neurotisch, realitätsblind zu entwerten. Wir in den Berufen des Gesundheitswesens sind, so meine ich, geradezu dazu aufgerufen, einer immer noch vorherrschenden, rein mechanischen Gesundheitsnorm zu widersprechen, die eine reibungslose und symptomfreie Anpassungsfähigkeit an beliebige Umstände verherrlicht.

Es ist mitnichten eine gesunde Robustheit, Vitalität oder Fitness, wenn Menschen sich bei gutem Appetit, ungestörtem Schlaf und ohne nervöse Symptome willig einer Zukunft entgegenführen lassen, die etwa in „Global 2000“ beschrieben wird oder vor der uns die große Mehrzahl der Friedensforscher mit größer Eindringlichkeit warnen. In der Anfälligkeit der Sensibleren, die ein solches unheilvolles Klima schwerer aushalten, steckt viel mehr Normalität im Sinne humarer Differenziertheit. Aber natürlich genügt es nicht, sich mit dieser Bewertung zu trösten. Symptombildungen, die in inhumanen Belastungssituationen auftreten, bedeuten ja stets, daß Menschen Konflikte in sich zurückstauen, die sie eigentlich aktiv bewältigen sollten.

Aber wie kann man das Entsetzen und die Erbitterung über die Bedrohungen, die sich zumal durch die wachsende Atomkriegsgefahr ergeben, aktiv bewältigen? Besteht für uns überhaupt eine Möglichkeit, daß wir uns aktiv und wirksam in den Lauf der Dinge einmischen, die hoch über unseren Köpfen hüben und drüber von

Politbürokraten gesteuert werden, die zu einer radikalen Kursänderung weder willens noch imstande zu sein scheinen?

Ökologiebewegung bietet Chancen

Ich meine, die letzten Jahre haben uns gezeigt, daß Masseninitiativen wie die Ökologiebewegung und die Antikernkraftbewegung durchaus für jeden einzelnen von uns Chancen bieten, einen politischen Einfluß auszuüben. Wir sehen ja schließlich, daß die sogenannte offizielle Politik sich durch wirtschaftliche, technische und militärische sogenannte Sachzwänge so eingeeignet hat, daß sie gar nicht mehr ohne massiven Druck von außen imstande ist, auf kritische Problemlagen mit neuen Ideen und Strategien zu reagieren. Aber ich will hier nicht gleich in die Strategiediskussion einsteigen, sondern mit Ihnen zunächst noch ein Stück weiter darüber nachdenken, was jeder von uns als einzelner tun kann und lernen sollte, um seinen eigenen Widerwillen gegen die beunruhigende Hochrüstungspolitik und die damit verbundene zunehmende Militarisierung unserer Verhältnisse in sinnvolles Handeln umzusetzen.

Lassen Sie mich versuchen, die einzelnen Lernschritte schematisch zusammenzufassen:

1. Meine Angst ist gerechtfertigt. Ich stehe zu ihr, weil sie der realen Gefahr angemessen ist. Es ist ja schließlich nicht meine Einbildung, sondern eine schlechthin unerträgliche Tatsache, daß auf jeden Menschen der NATO oder des Warschauer Paktes umgerechnet 60 Tonnen des Sprengstoffes TNT entfallen und daß dieses Over-overkill-Potential noch ständig vermehrt wird.

2. Ich lasse mir nicht einreden, daß entweder der Westen oder der Osten gute und notwendige Bomben produziert, die durch die bösen Bomben jeweils der anderen Seite gerechtfertigt sind.

3. Ich bestehe darauf, daß es im Hiroshima-Zeitalter keine Differenzen zwischen Systemen gibt, die es begründen, sich wechselseitig mit einem Völkermord ohne Beispiel zu bedrohen.

4. Ich halte ein Denken für verrückt oder zumindest für verlogen, das vorgibt, man müsse um hoher menschlicher Ziele willen zu einem Kampf bereit sein, von dem der amerikanische Ex-Präsident Carter gesagt hat, daß bereits in dessen ersten Stunden mehr Menschen getötet würden als in allen Kriegen der Geschichte zusammen.

5. Ich stehe zu der Forderung Albert Einsteins, daß wir radikal umdenken müssen. Die Logik, eine halbwegs gleichgewichtige Aufrüstung biete Schutz vor einem Vernichtungskrieg, versagt allein schon deshalb, weil sie sich auf ein Minimum verkürzenden Reaktionszeiten Risiken schaffen, die immer weniger kontrollierbar sind. Umdenken heißt, in dem atomaren Vernichtungspotential einen gemeinsamen Feind für die Menschheit zu erkennen, der über die Systemgrenzen hinweg ein globales Zusammengehörigkeitsbewußtsein erfordert. Unsere objektive Bedrohung schafft für uns Menschen

in Ost und West eine identische Notlage, die uns zwingt, uns zur Abwehr der uns verbindenden Gefahr zu verständigen. Ich will mich für diese Verständigung engagieren.

6. Ich traue den Institutionen, die über unseren Köpfen das Pokerspiel einer menschheitsgefährdenden Rivalitätspolitik betreiben, nicht zu, daß sie ohne Einmischung der Massen, ohne den Druck einer machtvollen Friedensbewegung auf eine echte Verständigungspolitik umschalten können. Verständigungswille ist schließlich kein Element spezieller politischer Sachkompetenz. In dieser Hinsicht bin ich als Bürger kein Laie, der sich von aktiver Mitbestimmung ausschließen lassen müßte oder auch nur dürfte. Im Gegenteil. Nur wenn wir Bürger unseren Willen zu einer alternativen Grundhaltung der offiziellen Politik aufdrängen, können wir dieser hoffentlich mehr von dem notwendigen Verantwortungssinn vermitteln, der in dem amokläuferischen Wechselspiel von Bedrohungen, Erpressungen, Verleumdungen, Kontaktabbrüchen und Wildwest-Gesten weitgehend abhanden gekommen ist.

7. Voraussetzung dafür, daß ich mich einmischen kann, daß ich mich mit anderen Menschen bzw. einer Gruppe zusammentreue, die sich ebenfalls für die Ziele der Friedensbewegung engagiert.

8. Ich brauche diese Zusammenarbeit zunächst, um mich durch Austausch und Zusammenhalt in meinem Mut zum Widerstand zu stärken. Das ist gewissermaßen ein therapeutischer Selbsthilfegruppen-Effekt.

9. Ich brauche die Gruppe aber auch, um mich fortzubilden und Erkenntnisse zu sammeln, z. B. über die politischen Hintergründe der Entwicklung, über die Militärpotentiale, über die Wirkungen der Massenvernichtungswaffen und die Chancenlosigkeit der Medizin im Ernstfall. Ferner muß ich mich gemeinsam mit den anderen informieren über alternative sicherheitspolitische Konzepte, die zu einem Abbau unverantwortlicher Risiken führen könnten. Ich brauche die Unterstützung der Gruppe für dieses Lernen, weil ich allein viele der schwerwiegenden Informationen kaum voll verarbeiten und die Probleme zu Ende denken könnte.

10. Auch für nach außen gerichtete Tätigkeiten im Bereich der friedenspolitischen Arbeit benötige ich die Gruppen-Kooperation. Also etwa für die Organisation und die Durchführung von Veranstaltungen, für die Herstellung, Vervielfältigung und Verbreitung von Aufklärungsmaterial usw.

Es gibt ja nun bereits Hunderte von Gruppen der Friedensbewegung, die jedem, der nicht gerade in einem besonders entlegenen Ort lebt, einen Anschluß in der Nähe seiner Wohnung ermöglichen. Aber darüber hinaus bieten sich nun Möglichkeiten, daß man auch Initiativen im Rahmen von Berufen bildet, die besonders von dem Problem betroffen sind. So hat sich zu diesem Zweck unlängst eine große Zahl von Pädagogen zusammengetan, die begreifen haben, daß Friedenspädagogik eine große und bisher arg vernachlässigte Aufgabe ist, der sie sich in der Praxis wie in der Öffentlichkeitsarbeit ungleich mehr als bisher widmen wollen. Und auch wir in den Gesundheitsberufen haben allen Grund, gemeinsam aktiv zu werden. Einen wichtigen Schritt sehe ich in der erfolgten Gründung einer internationalen Ärzteinitiative zur Verhütung eines Atomkrieges. Der große „Medizinische Kongreß zur Verhinderung eines Atomkrieges“, den viele von uns an dieser Stelle vor 10 Tagen mitgemacht haben, hat gewiß allen Teilnehmern bewiesen, daß wir Vertreter der sogenannten Gesundheitsberufe in der Tat in besonderem Maße dazu verpflichtet sind, im Sinne von Prävention auf die Verhütung einer Katastrophe zu dringen, gegen deren Folgen wir alle medizinisch machtlos wären. Wir müssen die gezielt verbreitete Illusion bekämpfen, daß eine gut geplante Katastrophen-Medizin den zunächst Überlebenden eines nuklearen Krieges wirksam helfen könnte.

Auch die Fragwürdigkeit eines Zivilschutzes, der schon im Namen eine trügerische Beschwichtigung vermittelt, müssen wir aufdecken. Wir dürfen uns nicht als Zeugen oder gar als Helfer einer dem Anschein nach verantwortungsvollen Vorsorgepolitik mißbrauchen lassen, welche die Erwartung vermittelt, daß man einen Atomkrieg bei entsprechenden Vorkehrungen doch noch mit ganz guten Aussichten heil überstehen könnte. Natürlich sind erhebliche Teile der Bevölkerung alzu bereit, solche falschen Tröstungen zu glauben. Und wir machen uns keineswegs beliebt, wenn wir dagegen ange-

hen. Wir müssen unter diesen Umständen sogar mit dem absurdem Vorwurf leben, daß wir in unmedizinischer bzw. unärztlicher Weise Panikstimmung erzeugen, anstatt Wohlbefinden zu fördern.

Damit komme ich am Ende noch einmal auf einen ganz entscheidenden Punkt. Unsere Argumente, mit denen gerade wir Vertreter der Gesundheitsberufe die Friedensbewegung unterstützen können und müssen, stößen auf den Widerstand mächtiger konservativer Gruppierungen, denen eine kurzfristige Beschwichtigung der Gemüter wichtiger ist als eine Bekämpfung der realen Gefahren, die berechtigte Unruhe erzeugen. Widerstand finden wir da nicht nur bei eingefleischten Militäristen und Freunden einer aggressiven Stärkepolitik, sondern bei einer Masse von Menschen, die sich resignativ von der systematisch geforderten Verfolgungsstimmung haben einfangen lassen, die besagt: wir müssen ja doch Westeuropa und speziell unser Land in ein nukleares Pulverfaß verwandeln lassen, um die eroberungslüsternen Russen in Schach zu halten.

Es ist nicht zu erkennen, daß die Atmosphäre eines kalten Krieges weit um sich gegriffen hat. Die Spannung aufgrund der allgemeinen latenten Kriegsangst hat zu jenem Phänomen geführt, das ich psychologische Aufrüstung nenne. Weithin unterscheidet man nur noch zwischen anständigen, aufrechten, freiheitlichen Antikommunisten und kneiweichen oder gar verräterischen Friedensaposteln, die unbewußt oder sogar planmäßig das Geschäft Moskaus betreiben. Heinrich Böll hat unlängst gesagt: „Das Wort Friede ... geht den Deutschen schwer über die Lippen.“ „Vielleicht liegt es daran, daß das Wort Frieden außerhalb von Kirche und Parlament fast als kommunistisch verrufen ist.“

Die harte Polarisierung, die durch die paranoide Verfolgungsstimmung begründet ist, setzt jeden, der mit noch

so integren humanitären Absichten in der Friedensbewegung aktiv mitwirkt, einem ungeheuren Druck aus. Er kann sozusagen nicht in Frieden in einem geschützten Niemandsland zwischen den Fronten arbeiten. So ist es immer noch leichter, im Osten einem Westwahn und im Westen einem Ostwahn zu verfallen, anstatt standfest eine vermittelnde, auf Verständigung und Versöhnung beharrende Position zu behaupten, was – zumindest im Augenblick – sehr viel Ungemach einbringt. Nun meine ich, daß Vertreter der Medizinberufe immer noch leichter als viele andere eine solche Identität aufrechterhalten können. Denn in der Perspektive unserer Berufe darf weder Therapie noch Prävention einen Unterschied machen zwischen den Menschen, welcher Hautfarbe, welcher Rasse, welchem System oder welchem Mächteblock sie immer angehören. Unsere soziale Verantwortung übergreift diejenigen Grenzen, innerhalb derer heute verhängnisvollerweise nur immer Solidarität gefordert und beschworen wird. Wir haben also nur Ernst zu machen mit dem Auftrag, der uns ohnehin in unseren Berufen verpflichtet, dem Wohlbefinden aller zu dienen.

Aber natürlich schützt uns diese Legitimation nicht vor den Anwürfen all derer, die von der allgemeinen Verfolgungsmentalität infiziert sind. Und auch nicht vor den Verunglimpfungen durch jene Standesvertreter, die, eine apolitische Medizin propagierend, in Wirklichkeit jenen verhängnisvollen Kurs der psychologischen Aufrüstung unterstützen. Um so mehr müssen wir zusammenhalten, um die unvermeidliche Flut von Verleumdungen und auch handfesten Behinderungen ertragen und abwehren zu können, der wir uns aussetzen. Dies erscheint einfach, wenn sich auf einer Veranstaltung wie dem „Medizinischen Kongreß zur Verhinderung des Atomkrieges“ oder auf diesem „Gesundheitstag“ Hunderte oder gar Tausende von Gleichgesinnten treffen. ■



Der Psychosomatiker und Psychoanalytiker Horst-Eberhard Richter, einer der Hauptredner des Kongresses, bei einem Gespräch am Rande des Kongresses.
Foto: Matthias Hoppe

Rede auf der Abschluß-demonstration des Hamburger Gesundheitstages 1981

„Liebe Anwesenden, ich bin eine halbin valide, 65-jährige Rentnerin, Arztin und Mitglied der grauen Panther. Überall in den Medien wird die Jugend beurteilt: sie seien aufmüpfig, chaotisch, Rechtsbrecher und Utopisten. Und was haben Sie hier getan: sich tagelang eingesetzt für die Vergessenen und Abgeschobenen in der Gesellschaft. Sie sind unser eingefülltes Gewissen, was sich hier zu Wort meldet. Sie helfen uns im Kampf gegen die Atomrüstung, das Gesundheitssicherstellungsgesetz, wo Alten- und Krankenheime für sogenannte Katastrophen-sprich Kriegsfälle – geräumt werden sollen. Und kein Wort im Gesetzentwurf sagt, wohin mit uns? Sie helfen uns, für die Anmeldung unserer Rechte beim Kostendämpfungsgesetz zu kämpfen, was wieder in Wirklichkeit Kostenumverteilung auf die Kranken und Alten meint: Kürzung der Zuschüsse von Wohn- und Heizungsgeld, für Heim- und Sozialarbeiter, für Spezialstationen und Reduzierung der Bettenschlüssel. Dazu kommen große Einschränkungen im Krankenversicherungswesen unter dem Zauberwort: Selbstbeteiligung. Allein hätte ich nie die Kraft gefunden, meine Rechte anzumelden, auszusprechen, doch der gesunde Schwung des Gesundheitstages, sich auch für uns einzusetzen, macht mir Mut.“

Ich habe als Ärztin den 2. Weltkrieg erlebt und wurde dienstverpflichtet. Ich weiß, daß wir bei einer atomaren Katastrophe, obwohl wir dazu mißbraucht werden sollen, die Menschen mit Zivilschutzmaßnahmen zu beruhigen und die Überlebensfähigen und noch „Kriegstauglichen“ von den hochradioaktiv verseuchten Menschen zu trennen, sie aussortieren sollen.

Wir können unsere Hilfe nicht verweigern, wo wir helfen können. Doch nicht zur Kriegsvorbereitung. Was ist die Aufgabe der Medizin in jeder Zeit gewesen: Kampf gegen schwere Krankheiten! Die heutige heißt nicht Pest, sondern schizophrene-paranoide Rüstungswahnsinn!“

Kriegsmedizin und Gesundheitssicherstellungsgesetz

von Robert Pfeiffer und Eberhard Weber

Wer hätte sich vor einem Jahr schon vorstellen können, daß sich heute eine kaum noch zu übersehende Zahl von Initiativen im Gesundheitswesen mit der drohenden Atomkriegsgefahr auseinandersetzt und öffentlich wirksam wird? Wer hätte gedacht, daß „Gesundheitsarbeiter“ – Krankenpflegepersonal, Ärzte, Auszubildende und Studenten – einen eigenständigen Beitrag zur Friedensbewegung leisten könnten, der dieser Bewegung wichtige Impulse gibt und noch geben wird? Drei Beispiele:

In zahlreichen regionalen und überregionalen Aufrufen wenden sich Beschäftigte aus dem Gesundheitswesen an ihre Kollegen und Patienten, um über die medizinische Versorgung in einem Atomkrieg zu informieren. Bezeichnende Überschrift des Hamburger Aufrufs: „Wir können nicht um das Leben des einzelnen ringen und den möglichen Tod von Millionen übersehen.“

In Hamburg fand am 19./20. September dieses Jahres der „Medizinische Kongreß zur Verhinderung eines Atomkrieges“¹⁾ mit Referenten aus der Bundesrepublik, den USA, der UdSSR, Großbritannien, den Niederlanden und Schweden statt. Der Kongreß zählte 1400 Teilnehmer, vorwiegend Ärzte. In der Schlusserklärung heißt es u.a.: „Wir Ärzte können für die Opfer eines Atomkriegs nichts tun. Es gibt keine Heilungsmöglichkeiten, keine ärztliche Hilfe. Die Folgerung, die wir Ärzte daraus ziehen, ist: Vorbeugend mit der Kriegsgefahr umzugehen. Wir müssen aus unserer gewohnten ärztlichen Rolle heraustraten und sind auf Grund unserer fachlichen Kenntnisse gezwungen, politisch tätig zu werden. . . . Sagt man uns, daß Militärbündnisse die Stationierung von Atomwaffen erforderlich machen, so werden wir auch als Ärzte über die Militärbündnisse diskutieren müssen. Deshalb fordern wir die Aufhebung des NATO-Doppelbeschlusses und sehen darin einen ersten Schritt zu einem atomwaffenfreien Europa.“²⁾

Auch der Gesundheitstag 1981 in Hamburg (30. September – 4. Oktober) mit seinen über 10 000 Teilnehmern stand im Zeichen des Protestes gegen die atomare Aufrüstung. An die 25 Seminare und Großveranstaltungen, immer überfüllt, behandelten die medizinischen Auswirkungen eines Atomkrieges. Auffaktveranstaltung und abschließende Demonstration waren Manifestationen für den Frieden.

Wie kommt es zum schnellen Aufschwung der Friedensaktionen im Gesundheitsbereich? Der Funke ist wohl von der bundesdeutschen Friedensbewegung übergesprungen, die u.a. mit dem Krefelder Appell, dem Kirchentag in Hamburg und der Bonner Demonstration vom 10. Oktober zu einer unübersehbaren Kraft geworden ist. Pate standen die äußerst aktiven Ärztebewegungen in den USA, Großbritannien und den Niederlanden, deren Erfahrungen über internationale Kongresse – Aistie (USA) und Groningen (Niederlande)³⁾ – vermittelt wurden. Anlaß ist aber die zunehmende Militarisierung unseres Gesundheitswesens.

Militarisierung des Gesundheitswesens

Die bundesdeutschen Ärzte werden derzeit von einer Flut von Lehrbüchern und Publikationen, von einer Welle von Veranstaltungen und Kongressen zum Thema „Katastrophenmedizin“ geradzu überflutet. Doch was sich da schamhaft unter dem Titel „Katastrophenmedizin“ verbirgt, ist in Wahrheit Kriegsmedizin. Die „Zeit“ hat das unlängst aufgedeckt⁴⁾. Auf einigen dieser Veranstaltungen ist es zu Protesten gekommen – immerhin ein ermutigendes Zeichen. Im nicht-ärztlichen Bereich liegt der Schwerpunkt bei der Ausbildung sog. „freiwilliger“ Schwesternhelferinnen. 230 000 „Freiwillige“ sind bisher auf Kosten des Bundes durch Sanitätsorganisationen wie das Deutsche Rote Kreuz u.a. ausgebildet worden⁵⁾. Die Lehrgänge dauern sechs Wochen, die Frauen –

viele von ihnen machen die Ausbildung, um anschließend eine Anstellung im Gesundheitswesen zu finden – verpflichten sich in ihrem Ausbildungsvertrag, nicht nur im Verteidigungsfall, sondern auch im Spannungs- oder Katastrophenfall als Schwesternhelferinnen zur Verfügung zu stehen⁶⁾. So unterläuft man die grundgesetzliche Festlegung (Art. 12a Abs. 4), wonach Frauen nur im Verteidigungsfall dienstverpflichtet werden können. Freiwillig ist die Ausbildung, der Einsatz im Notstand nicht.

Auch materiell hat sich einiges getan. An die 200 „Hilfskrankenhäuser“ für Zivilisten mit ca. 120 000 Betten wurden errichtet, z.T. im unterirdischen Vollausbau. Für 1981 steht allerdings nur der vergleichsweise lächerliche Betrag von 8,9 Mio. DM zum Weiterbau zur Verfügung⁷⁾. Ist es die realistische Einsicht, daß Hilfskrankenhäuser im Atomkrieg sinnlos sind, weil sie der atomaren Zerstörung anheimfallen, oder ist es die knappe Finanzdecke, die zur Reduzierung der Zivilschutzpläne zwingt? Billiger als Hilfskrankenhäuser zu bauen, ist der massenhafte Druck von Zivilschutzbroschüren, in denen dem Bürger anempfohlen wird, sein privates Notstandspäckchen (Rucksack, Konserven, Werkzeuge, Taschenlampe etc.) zu schnüren. Immerhin eine Weiterentwicklung gegenüber der früher propagierten Aktentasche, die – vor den Kopf gehalten – die Überlebenschancen bei einem Atomschlag steigern sollte.

Die Ausbildung von Ärzten und Schwesternhelferinnen in Kriegsmedizin, der Bau von Hilfskrankenhäusern und der Druck von Zivilschutzbroschüren verfolgen ein gemeinsames Ziel: den Menschen im Gesundheitswesen, der Bevölkerung soll eingredet werden, der Atomkrieg und seine Folgen seien durch geeignete medizinische und Zivilschutzmaßnahmen im Griff zu bekommen. Dabei wird folgendes Argumentationsschema benutzt: Der Krieg, so furchtbar er auch sein mag, ist eine besondere Form der Katastrophe. Eine Katastrophe ist aber prinzipiell eindämmbar und beherrschbar, wenn man die notwendigen Vorkehrungen trifft. Und plötzlich ist der Atomkrieg mit der Hamburger Flukatastrophe vergleichbar (die hat Helmut Schmidt ja schließlich auch in den Griff bekommen). Dieses Argumentationsschema hat für die Kriegs- und Notstandsplaner zwei Vorteile:

– Der Atomkrieg wird verniedlicht. Die Absicht dabei ist, Menschen vom Engagement in der Friedensbewegung abzuhalten.

– Kriegs- und Notstandsmaßnahmen können als notwendige Vorsorge für zivile Katastrophen getarnt werden. Zur Erinnerung: Schon in den 60er Jahren hat das „Katastrophenargument“ in der Diskussion um die Notstandsgesetze mit dazu beigetragen, vielen Menschen Sand in die Augen zu streuen.

Konzentriertester Ausdruck der Militarisierung im Gesundheitswesen ist das sog. „Gesundheitssicherstellungsgesetz – GesSG“⁸⁾. Seit dem Mai 1980 liegt es als Referententwurf aus dem Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit (BmJFG) vor und ist eher verheimlicht als veröffentlicht worden. Mit den interessierten Fachverbänden – insbesondere den ärztlichen Standesorganisationen – fand aber eine intensive Diskussion über den Entwurf statt. Die Bundesregierung hat im Juli dieses Jahres noch einmal auf Anfrage der CDU im Bundestag bestätigt, daß sie dieses Gesetz einbringen will⁹⁾. Weitere Informationen lassen vermuten, daß um die Jahreswende ein überarbeiteter Referententwurf zu erwarten ist, der dann der Bundesregierung und anschließend als Gesetzentwurf dem Bundestag zugeleitet werden soll. Der Referententwurf sagt in seinem Titel klipp und klar, worum es geht: „Gesetz zur Anpassung des Gesundheitswesens an besondere Anforderungen eines Verteidigungsfalles“. Da ist jedenfalls keine Rede von einem Gesetz zum Schutz vor zivilen Katastrophen.

Warum diese Militarisierung der Medizin, warum Zivilschutz und GesSG? In einer NATO-Broschüre aus dem Jahr 1962 heißt es: „Eine gut organisierte Verteidigung an der Heimatfront muß als wichtiges Abschreckungsmittel gegen eine Aggression betrachtet werden . . . Zu den grundlegenden Hypothesen, von denen jede zivile Notstandsplanung ausgeht, gehört in erster Linie die Annahme, daß die kritische Phase eines Kernwaffenkrieges die ersten vier Wochen sein werden, und von diesen wiederum können die ersten drei oder vier Tage ausschlaggebend sein. Wenn die militärische Front und die Heimatfront dank den getroffenen Vorbereitungen diese Zeit, die man Überlebensphase nennt, überstehen, so dürfte die halbe Schlacht gewonnen sein.“¹⁰⁾ In dem Maße, wie die amerikanische und NATO-Strategie die Theorie des „begrenzten“ und „gewinnbaren“ Atomkriegs favorisiert (und der Atomkrieg dadurch wahrscheinlicher wird), gewinnt natürlich auch der Zivilschutz („die Heimatfront“) und die dafür funktionalierte Medizin eine wichtigere Bedeutung. So erklärte Bundesinnenminister Baum kürzlich, daß erst durch die sog. Zivilverteidigung „die atomare Abschreckung ihre volle Wirkung erzielen kann“¹¹⁾.

Folgerichtig ist es auch in erster Linie die Bundeswehr, die ein Notstandsgesetz für das Gesundheitswesen fordert. Generaloberstabsarzt Rebentisch, damals noch Inspekteur des Sanitäts- und Gesundheitswesens der Bundeswehr, verlangte 1980 das GesSG, „weil sonst die Bundeswehr im Verteidigungsfall hoffnungslos überfordert wäre“¹²⁾. Dem Herrn General ist wohl die Vorstellung unerträglich, daß Bundeswehrärzte im Atomkrieg auch noch verstrahlte Zivilisten zu versorgen hätten. An anderer Stelle beklagt Herr Rebentisch: „So haben wir heute in der Bundesrepublik Deutschland noch eine mangelhafte planerische und organisatorische Grundlage zum Katastrophenschutz, geringes Katastrophenbewußtsein (!) der Bevölkerung, zu schwache Katastrophenschutzeinheiten sowie Mangel an Selbsthilfemöglichkeiten und an Schutzzäumen . . .“¹³⁾. Dem soll abgeholfen werden! Das Bundesamt für Zivilschutz haut in dieselbe Kerbe und verlangt „die Schaffung eines öffentlichen Gesundheitswesens im Spannungs- und Verteidigungsfall . . . Mit diesem Gesetz soll erreicht werden, daß alle für eine flächendeckende Versorgung mit sanitäts- und gesundheitsdienstlichen Leistungen im Ernstfall notwendigen personellen und sachlichen Elementen zu einem gut gegliederten und durch klar zugeordnete Verantwortlichkeiten gut zu führenden System verbunden werden“¹⁴⁾.

Die ärztlichen Standesorganisationen

Allzu öffentlich soll das Gesundheitswesen aber auch im Atomkrieg nicht werden, jedenfalls nach Meinung der ärztlichen Standesorganisationen. Einerseits fordert die Bundesärztekammer seit 1969 – also schon lange vor der Bundeswehr – öffentlich ein GesSG¹⁵⁾, andererseits versucht sie, bestimmte Partialinteressen einzubringen: „Das in der Bundesrepublik Deutschland bestehende System der ambulanten ärztlichen Versorgung muß auch im Spannungs- und Verteidigungsfall erhalten bleiben.“¹⁶⁾ Das meint: die niedergelassenen Ärzte wollen auch im Atomkrieg ihr Monopol auf ambulante Behandlung (und Abkassierung) erhalten wissen. Wenn alles in Scherben fällt, dann möchten sie wenigstens noch liquidieren¹⁷⁾.

Übrigens funktioniert die Zusammenarbeit zwischen Bundeswehr und standesmäßig organisierten Ärzten schon lange. Eine Reihe medizinischer Lehrstuhlinhaber und Ärztefunktionäre sind Mitglieder des „Wehrmedizinischen Beirats“ der Bundeswehr. Der Inspekteur der Sanitätstruppen gehört dem Amt des Präsidiums des Deutschen Ärztetages an¹⁸⁾. Unlängst richtete die Bundesärztekammer einen Ausschuß „Katastrophenmedizin“ ein, Vorsitzender ist ein Generalarzt der Bundeswehr.

Auch publizistisch tut die Bundesärztekammer viel, um einen Nuklearkrieg und seine Auswirkungen in geradezu schändlicher Weise zu verharmlosen – wohl mit dem Ziel, Ärzte zum Training der Kriegsmedizin und Patienten zum Glauben an den Zivilschutz anzuhalten. So heißt es z.B. in einem Aufmacherartikel des „Deutschen Ärzteblattes“ unter der Überschrift „Die Gefahr als immanenter Faktor des täglichen Lebens“ (übrigens ein Vortrag vor der „Deutschen Gesellschaft für Wehrmedizin und Wehrpharmazie“ gehalten): „Wir sterben also bereits mit jedem verflossenen Augenblick. Da das Leben des Menschen obligat erlöschend muß, ist die „Gefahr“ ohnehin in unser Leben eingeprägt...“ Nach Charakterisierung des Menschen als „Neugierwesen“, ausgestattet mit „Spiel- und Forschungstrieb“ sowie „kindlicher Wagemut“, kommt der Artikel zum Fazit: „Wir müssen aber mit der Gefahr leben, die wir selbst wählen, und damit auch mit der Aussicht auf Katastrophen.“¹⁹⁾ Wird hier noch schamhaft von „Katastrophen“ geredet, so nimmt Volrad Denké, Geschäftsführer der Bundesärztekammer, in einem Kommentar zum Hamburger Ärztekongress (s.o.) kein Blatt mehr vor den Mund. Titel: „Ein Angriff auf die sittliche Substanz des Arztums“. Kostprobe: „Die Parole „Ärzte warnen vor dem Atomtod“ unterstellt, daß es besondere ärztliche Gründe gäbe, gerade vor atomaren Ereignissen zu warnen... Die Schlagzeilen „Ärzte warnen vor dem Verkehrsstod“ oder „Ärzte warnen vor dem Knollenblätterpilz“ haben keine geringere ethische Dimension“. Oder: „Was heißt das dann, daß die deutsche Zivilbevölkerung bei einem Atomkrieg ohnehin keine Überlebenschance“ habe? Hat die deutsche Zivilbevölkerung denn ohne Atomkrieg eine Überlebenschance?“²⁰⁾ Ein Kommentar erübrigt sich.

Die Auswirkungen des GesSG im Frieden

Der Referentenentwurf des GesSG sieht bereits in Friedenszeiten eine umfangreiche Planung und Vorbereitung auf den Tag X vor. Zuständig sind jeweils Behörden auf Kreisebene, deren zu erarbeitende Vorkehrungen die bestehenden (Krankenhäuser, Arztpraxen) und die zusätzlich vorgesehenen Einrichtungen (z.B. Schulen, Hotels) des Gesundheitswesens, ihre spezielle Verwendung sowie deren materielle und personelle Ausstattung umfassen. „Die Vorbereitungen müssen soweit vorangebracht werden, daß es in einem Ernstfall nur noch einer Anordnung der Anpassungsmaßnahmen bedarf und diese dann reibungslos und in kürzester Frist durchgeführt werden können“, heißt es in der Begründung zum GesSG²¹⁾. Die konkreten Notstandsplanungen sollen nicht veröffentlicht werden.

Personell werden keineswegs nur die im Kernbereich des Gesundheitswesens Beschäftigten zur Mitwirkung verpflichtet. Der Referentenentwurf zählt auf: Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Apotheker, Krankenhäuser, Kurheime, Sanatorien, Sanitätsorganisationen (DRK, ASB, Malteser-Hilfsdienst, Johanniter-Unfall-Hilfe), Freie Wohlfahrtsverbände, Hauspflegeorganisationen, Untersuchungseinrichtungen. Per Rechtsverordnung kann der Kreis beliebig erweitert werden. Besondere Aufgaben werden daneben den Rettungsdiensten, den Ärztekammern und den Kassenärztlichen Vereinigungen zugewiesen.

Alle oben genannten Personen und Institutionen unterliegen einer permanenten Melde- und Auskunftspflicht an die Behörde. Sie haben zu melden: welche Aufgaben sie wahrnehmen; wie es um die materielle Ausstattung ihrer Einrichtungen steht; wer beschäftigt wird (Name, Alter, Wohnsitz, Ausbildungsstand). Wiederum kann per Rechtsverordnung der Umfang der personenbezogenen Daten beliebig erweitert werden. Häufig werden also Gesundheitsarbeiter mehrfach erfaßt: z.B. über das Krankenhaus, die Ärztekammer und das DRK. Da dem Betroffenen die gespeicherten Daten nicht mitgeteilt werden, hat er keine Chance, sich zu wehren.

Darüberhinaus werden auch alle die erfaßt, die irgendwann einmal im Gesundheitswesen gearbeitet haben. Krankenschwestern und -pfleger arbeiten durchschnittlich 5 Jahre in ihrem Beruf – daraus wird schon deutlich, wieviele Personen zusätzlich erfaßt werden.

Resümee: Mehrere Millionen Bürger unterliegen dieser Datenerfassung. Ein ganzes Berufsfeld wird lückenlos registriert – das gibt es sonst nur noch bei den Angehö-

rigen der Bundeswehr oder der Polizeikräfte. Da völlig unkontrollierbar ist, was gespeichert wird, ist dem Datenmissbrauch Tür und Tor geöffnet – man denke z.B. an die Weitergabe von Personendaten an Arbeitgeber oder den „Verfassungsschutz“.

Die zur Mitwirkung Verpflichteten – z.B. die niedergelassenen Ärzte – haben die Besichtigung ihrer Einrichtungen – ihrer Praxen – zu dulden (sog. Duldungspflicht). Das ist immerhin eine Einschränkung des Grundrechts auf Unverletzlichkeit der Wohnung (Art. 13 GG).

Die Rekrutierung „freiwilliger“ Schwesternhelferinnen (s.o.) würde mit dem GesSG auf eine gesetzliche Grundlage gestellt und gleichzeitig wohl verstärkt werden. Eine jährliche Fortbildungspflicht wird ebenfalls festgeschrieben.

Auch die Ärzte werden einer kontinuierlichen Fortbildungspflicht in Kriegsmedizin unterlegen. Die Fortbildung soll alle Ärzte erfassen und scheinfrei sein. Die Durchführung liegt bei den Ärztekammern, die darin von der Bundeswehr unterstützt werden. Welch ein Hohn: seit Jahren fordern z.B. die Gewerkschaften eine gesetzlich fixierte Fortbildungspflicht für Ärzte in ihrem jeweiligen Fachgebiet. Sozialliberale Politik macht es möglich, daß die Fortbildung nunmehr geregelt wird – allerdings nur im Teilgebiet Kriegsmedizin, und das auch noch „in Zusammenarbeit“ mit der Bundeswehr.

Das Notstands-Instrumentarium

Bevor auf die Auswirkungen des GesSG im Notstand eingegangen wird, ist es sinnvoll, sich das bereits vorhandene Notstands-Instrumentarium vor Augen zu führen.

Wie alle Notstandsgesetze zielt das GesSG nicht nur auf den äußeren (Krieg), sondern auch auf den inneren Notstand (soziale Unruhen). Zwischen beidem besteht natürlich ein politischer Zusammenhang. Für die kapitalistischen Länder gilt schon immer, daß Kriegsvorbereitung mit innerer Repression einhergeht. Das Preußen-Deutschland mit seinen zahlreichen Kriegen unterdrückte Gewerkschaften und Sozialdemokratie. Die Nazis, die fast ganz Europa unterjochten, versuchten bestialisch, jede Opposition auszurotten. Adenauer mit seiner Politik des Kalten Krieges, des Roll-back gegen die sozialistischen Länder ließ die KPD und andere demokratische Organisationen verbieten.

Im Grundgesetz tauchen die Begriffe innerer und äußerer Notstand nicht auf. Stattdessen finden sich: Verteidigungsfall ... Spannungsfall – Katastrophenfall.

Der Verteidigungsfall (Art. 115a GG) besteht, wenn die BRD mit Waffen angegriffen wird oder ein solcher Angriff droht. Also: wenn nur wenige Geheimnisträger der Auffassung sind, ein Angriff drohe – oder vorgeben, ein Angriff drohe –, kann das Notstands-Urecht in Kraft treten. Festgestellt wird der Verteidigungsfall durch den Bundestag mit zweidrittel seiner Stimmen, mindestens aber mit den Stimmen der Mehrheit seiner Mitglieder. Aber auch der Gemeinsame Ausschuß („das Notparlament“) kann mit der Mehrheit seiner Mitglieder den Verteidigungsfall beschließen.

Der Spannungsfall (Art. 80a GG) ist dem Verteidigungsfall (also dem Drohen eines Angriffs) noch vorgelagert. 12 namhafte Juristen haben versucht, den Begriff Spannungsfall zu definieren: es mißlang, ein Beweis dafür, wie dehnungsfähig dieser Begriff ist²²⁾. Die Exekutive dagegen hat genauere Vorstellungen, was unter diesem Begriff zu subsumieren ist. So unterstützte Helmut Schmidt 1967 ausdrücklich die Auffassung, daß ein Krieg im Persischen Golf, der die BRD von der Ölzufluss abschneide, den Notstand auslösen könne²³⁾. Der Spannungsfall wird durch eine Zweidrittelmehrheit des Bundestages festgestellt oder durch einen NATO-Beschluß mit Zustimmung der Bundesregierung („Bündnisfall“). Dann ist das parlamentarische Mäntelchen völlig gefallen.

Mit dem Spannungs- und Verteidigungsfall wird z.B. das Grundrecht auf Berufsfreiheit (Art. 12 GG) außer Kraft gesetzt – durch Arbeits- und Dienstverpflichtungen –, für Frauen allerdings nur im Verteidigungsfall. Das Koalitions- und Streikrecht (Art. 9,3 GG) wird auf Arbeitskämpfe eingeschränkt, „die zur Wahrung und Förderung der Arbeits- und Wirtschaftsbedingungen“

geführt werden. Politische Streiks sind also verboten, Lohnstreiks werden durch Arbeitsverpflichtungen auf kaltem Wege unmöglich gemacht.

Der Katastrophenfall (Art. 35 GG) erlaubt es der Bundesregierung, den Bundesgrenzschutz einzusetzen. Der Begriff Katastrophe ist keineswegs auf Naturkatastrophen etc. eingegrenzt. Er ist viel weiter gefaßt: „Katastrophe ... ist eine Störung oder Gefährdung der öffentlichen Sicherheit oder Ordnung, zu deren Bekämpfung die Verstärkung der für den täglichen Einsatz bestimmten Kräfte und Mittel sowie die einheitliche Lenkung der Abwehrmaßnahmen mehrerer Behörden erforderlich sind ...“, definiert z.B. das Hamburgische Katastrophenschutzgesetz.

Der Art. 87a GG schließlich erlaubt den Einsatz der Bundeswehr „zur Abwehr einer drohenden Gefahr für den Bestand oder die freiheitlich-demokratische Grundordnung des Bundes oder eines Landes“ im Inneren.

Auf den Notstandsartikeln des Grundgesetzes („Notstandsverfassung“) fußen mehr als ein halbes Dutzend sog. „kleiner“ Notstandsgesetze. Dazu gehört auch das GesSG. Jedes „kleine“ Notstandsgesetz kann auch einzeln in Kraft gesetzt werden.

Resümee: Es gibt viele Möglichkeiten, die Notstandsgesetze, darunter auch das GesSG, in Kraft treten zu lassen. Diese Möglichkeiten beschränken sich nicht auf den Kriegsfall, die Notstandsgesetze sind in Zeiten sozialer Unruhe als Disziplinierungsinstrumente tauglich. Herr Lücke, ehemaliger CDU-Innenminister, hat 1966 die Intentionen der Notstandplaner so ausgedrückt: „Wir müssen uns darüber klar sein: solange die Sonne der Konjunktur scheint, solange wir Vollbeschäftigung haben, solange wird diese Demokratie bestehen und in keine Gefahr hineingeraten. Aber... wenn einmal fünf bis sechs Millionen Arbeitslose da sind, für den Fall müssen wir uns vorbereiten und für den Augenblick müssen wir unseren Staat rüsten.“²⁴⁾

Der DGB hat in drei Bundeskongress-Beschlüssen – 1962, 1963 und 1966 – seine Ablehnung der Notstandsgesetzgebung begründet und bekräftigt. Der Bundesausschuß des DGB hat noch einmal im Juli 1967 einstimmig dieses Votum wiederholt – mit den Stimmen der ÖTV-Vertreter. In der Präambel des gültigen DGB-Grundsatzprogramms von 1981 heißt es, daß die Gewerkschaften alle Versuche bekämpfen, „die im Grundgesetz verankerten Grundrechte einzuschränken oder aufzuheben“. Insofern ist es enttäuschend, daß ÖTV und DGB ihre Ablehnung des GesSG, das die Rechte der Beschäftigten und die Versorgung der Patienten aufs schwerste beeinträchtigt, öffentlich noch nicht bekundet haben.

Im Notstand: Auswirkung des GesSG auf die Beschäftigten

Das GesSG stellt mit dem § 19,2 die Verbindung zum Arbeitssicherstellungsgesetz – einem der sog. „kleinen“ Notstandsgesetze – her. Danach können Beschäftigte im Notstandsfall auf ihren bzw. einen anderen Arbeitsplatz dienstverpflichtet werden. Das beinhaltet ausdrücklich eine Einschränkung der Grundrechte auf körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG), der Freizügigkeit (Art. 11 GG) und der freien Wahl des Arbeitsplatzes (Art. 12 Abs. 1 GG).

Man hat schon recht konkrete Pläne bereit, wie die Arbeitsleistung der Beschäftigten zu steigern ist. „Ohne zusätzliche Investitionen“ soll die „Leistungskapazität des Vorhandenen bis zum äußersten ausgenutzt“ werden, z.B. durch „Verlängerung der Arbeitszeit“ oder „Steigerung der Arbeitsintensität“²⁵⁾. Die Arbeitsbelastung der Beschäftigten wird schon dadurch steigen, daß ein Großteil der Ärzte und des Krankenpflegepersonals im Notstand zur Bundeswehr eingezogen wird und der verbleibende Rest zusätzlich die etwa 120 000 Betten in Hilfskrankenhäusern zu versorgen hat.

Es wurde bereits gesagt, daß das Streikrecht durch die Notstandsgesetze massiv eingeschränkt, nämlich auf Arbeitskämpfe „zur Wahrung und Förderung der Arbeits- und Wirtschaftsbedingungen“ begrenzt wird. Was diesem Zweck dient, bestimmt im Notstand die Exekutive. Im Gesundheitswesen wird auch ein so eng begrenzter Streik unmöglich sein – durch die „freiwilligen“ Schwesternhelferinnen, die im Notstand höchst

unfreiwillig aufgrund der Verträge, die sie mit Sanitätsorganisationen abgeschlossen haben, zum Einsatz kommen. Die „Freiwilligen“ sind ehrenamtlich tätig, eine Bezahlung durch den Krankenhausträger entfällt. Das Personalvertretungs- bzw. das Betriebsverfassungsgesetz gilt für sie nicht – ebenso wenig wie das Streikrecht. Objektiv erfüllen sie also eine Lohndruckerfunktion; sie eignen sich auf Grund ihrer Rechtlosigkeit hervorragend, gegen die regulären Beschäftigten ausgespielt zu werden. Der Arbeitgeber kann sich widersetzende Beschäftigte entlassen (oder mit der Entlassung drohen), die Behörde wird schon für „freiwilligen“ Nachschub sorgen.

Waren die niedergelassenen Ärzte durch das Arbeitssicherstellungsgesetz noch nicht erfaßt, so wird ihre Tätigkeit jetzt durch das GesSG reglementiert. So können sie zum Betreiben ihrer Praxen verpflichtet werden (sog. „Residenzpflicht“). Stehen Praxen leer, können sie anderen Ärzten verpflichtend zugewiesen werden. Einerseits ist damit der Wunsch der ärztlichen Standesorganisationen im wesentlichen erfüllt, auch im Atomkrieg unangefochten ambulant walten zu dürfen. Andererseits scheinen die Notstandsplaner nicht einmal mehr den niedergelassenen Ärzten so ganz zu trauen, sonst gäbe ja die „Residenzpflicht“ keinen Sinn ...

Mit preußischer Genauigkeit sind noch weitere Einzelheiten geregelt: Widerspruch und Anfechtungsklage haben keine aufschiebende Wirkung. Auch an Straf- und Bußgeldverfahren hat man gedacht. Für Dienstverpflichtungen reicht die Ankündigung im Rundfunk usw.

Der traurige Höhepunkt des GesSG aber ist § 28: „Reichen Maßnahmen auf Grund der besonderen Bestimmungen dieses Gesetzes oder der nach diesem Gesetz erlassenen Rechtsvorschriften nicht aus, um den Gesundheitsschutz oder die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung ausreichend zu sichern, so kann die zuständige Behörde im Einzelfall die zu diesem Zweck erforderlichen Maßnahmen treffen ...“. In der Begründung heißt es dazu: „Die Regelung des § 28 Abs. 1 gehört ihrem Wesen nach zum Sicherheits- und Polizeirecht. Sie ist deshalb den in Generalklauseln gefassten Befugnisnormen des allgemeinen und des besonderen Polizei- und Sicherheitsrechtes nachgebildet. ... Trotz der weiten Fassung als Generalklausel entspricht die Befugnisnorm des § 28 Abs. 1 den gebotenen rechtsstaatlichen Anforderungen.“²⁶⁾ Tatsächlich; mit dem Notstand beginnt die Stunde der völlig unkontrollierten Exekutive.

Im Notstand: Auswirkung des GesSG auf die Patienten

Der Referentenentwurf beschäftigt sich auch mit den Patienten. Allerdings weniger mit ihrer medizinischen Versorgung als mit rechtlichen Handhabungen gegen Kranke. So gibt der § 4 die gesetzliche Grundlage „zur Räumung und Verlegung von Krankenhäusern und von Pflegeeinrichtungen, von Kinder- und Behinderteneheimen, von Einrichtungen der Altenhilfe sowie von sonstigen Einrichtungen des Gesundheitswesens, einschließlich sozialer Dienste, die Kranke betreuen“. In weiteren Paragraphen heißt es, daß stationäre Patienten vorzeitig entlassen bzw. ihre Aufnahme verweigert werden kann. Dies korrespondiert mit der Aussage der Bundesregierung, daß im Spannungsfall etwa die Hälfte der Krankenhaus-Patienten sofort entlassen werden, um Betten frei zu machen²⁷⁾. Kein Arzt soll meinen, daß er im Notstand noch viel zu entscheiden hat. Er ist Befehlsempfänger der Rettungsleitstellen, die „über eine zentrale Bettenübersicht und über die erforderlichen Befugnisse zur Anordnung von Belegungen verfügen“²⁸⁾.

Die abgewiesenen oder zwangsentlassenen schwerkranken Patienten, die alten oder pflegebedürftigen Menschen, deren Heime geräumt wurden, sollen dann von den niedergelassenen Ärzten betreut werden, die ihrerseits durch Einberufungen zur Bundeswehr zahlenmäßig erheblich ausgedünnt sind. Messerschmidt, einer der führenden Wehrmediziner, beschreibt die Situation der Kranken am Beispiel eines Kernkraftwerk-Unglücks: „So kann es bei der Evakuierung allein durch die physischen und psychologischen Belastungen zu größeren Gefährdungen der Menschen kommen als durch die Strahleneinwirkung. Diabetiker, Herzkrank, chronisch Lungen- und Magen- bzw. Darmkrank so-

wie psychisch Labile würden aus ihrem gewohnten Umfeld herausgerissen und wahrscheinlich von dem ihnen anvertrauten Hausarzt getrennt. Müßten sie wegen einer Verschlommierung ihrer bereits vorhandenen Leiden in ein Krankenhaus stationär aufgenommen werden, so kann es sein, daß sie wegen bereits eingelieferter strahlengeschädigter Patienten dort keinen Platz mehr finden ...“²⁹⁾

Der größte anzunehmende Unfall eines Kernkraftwerkes erscheint aber neben einem Atomkrieg in seinen Auswirkungen vergleichsweise begrenzt. Das Grauen eines Nuklearkrieges übersteigt menschliche Vorstellungskraft. Dennoch ist es richtig, medizinische Folgen exakt zu benennen, um der schändlichen Verharmlosungsideologie von Bundeswehr, Zivilschützern und ärztlichen Standesorganisationen entgegenzuwirken,

Ein nukleares Szenarium

Der „Spiegel“ vom 1. November 1980 hat so ein Atomkriegs-Szenarium am Beispiel Hamburg beschrieben. Explodiert eine 20-Megatonnen-Bombe auf dem Hamburger Hauptbahnhof, sind im Umkreis von 7 km sofort alle Menschen – etwa 900 000 – tot. In diesem Bezirk sollte man die Bunker auch besser als Krematorien bezeichnen, weil die Feuersturm (mehrere 1000 Grad Celsius) allen Sauerstoff verbraucht und die Hitze die Menschen im Inneren der Bunker regelrecht verkochen läßt. Die Innenstadt liegt völlig in Trümmern, jenseits der Elbe stehen noch einzelne Mauern größerer Stahlbetonbauten – sonst nichts mehr. Noch 35 km vom Nullpunkt entfernt verbrennen Menschen durch die Hitzeinstrahlung kurz nach der Explosion. Anschließend entwickeln sich Feuerstürme, in denen weitere 1,5 Millionen Menschen den Tod finden. Der radioaktive Früh- und Spätfallout wird die Überlebenden in den Außenbezirken durch eine tödliche Strahlendosis, eine sich nach Jahren entwickelnde Krebserkrankung und die Nachkommen durch Mißbildungen bedrohen – wenn es noch ein Später gibt.

Auch ein völlig intaktes Gesundheitssystem wäre hoffnungslos überfordert. Aber nach der Explosion gibt es keine intakte medizinische Infrastruktur mehr. Sämtliche Krankenhäuser im Stadtgebiet sind zerstört. Von den etwa 7000 Ärzten überleben ungefähr 2000 in den Außenbezirken. Auf jeden überlebenden Arzt entfallen etwa 3000 Schwerverletzte: 5 Minuten hat der Arzt für jeden Zeit, einmal in 14 Tagen. Unverseuchtes Wasser, Nahrungsmittel, Verbandstoffe fehlen.

Die Patienten sind größtenteils mehrach geschädigt: Mechanisch durch herumfliegende Trümmer, was komplizierte Knochenbrüche und innere Verletzungen zur Folge hat. Durch Hitze und Feuersturm entstehen hochgradige Verbrennungen. Dazu kommt noch die Strahlenkrankheit, die kausal nicht therapierbar ist. Ein Teil der Verletzten wäre heilbar, wenn eine funktionierende Hochleistungsmedizin zur Verfügung stünde. Doch ist das nicht der Fall. Also werden die meisten Verletzten und Verstrahlten nach tage- bis monatelangem Siechtum verenden.

Auf Hilfe von außen ist nicht zu hoffen. Es ist ja höchst unwahrscheinlich, daß nur eine Atomwaffe gezündet wird. Die wenigen Unverletzten in den Bunkern der Außenbezirke werden nach 14 Tagen (solange reichen die Vorräte) eine Erde betreten müssen, die noch auf Jahrzehnte hochgradig strahlenverseucht ist. Sie werden die Toten beneiden.

Was muß in den Hirnen der militärischen und zivilen Notstandsplaner vor sich gehen, daß sie medizinische Versorgung für den Atomkrieg planen? Was für Folgen ein thermonuklearer Krieg haben wird, wissen sie wie wir. Der schon zitierte Herr Messerschmidt, Leiter der Bundeswehrakademie für Sanitätswesen, deutet es jedenfalls zaghaft an: „... es ist unbestreitbar, daß es bei der betroffenen Bevölkerung zu Verlusten in der Größenordnung von Hunderttausenden, ja vielleicht Millionen kommen würde.“³⁰⁾

Selektion statt Behandlung

Doch der Zynismus geht noch weiter. Für den Massenanfall von Verletzten ist die „Triage“ oder „Sichtung“ vorgesehen. Das bedeutet: vor jeglicher Behandlung werden die Patienten sortiert, in Kategorien eingestuft. Nach der Kategorie bestimmt sich die Dringlichkeit der Behandlung – oder die Nicht-Behandlung. Die Triage

ist eine Entwicklung der Militärmedizin – für den nächsten Krieg sollen auch Zivilärzte diese „Kunst“ erlernen. Jedenfalls gehört die Triage zum Standardprogramm ärztlicher „Katastrophenmedizin“-Kongresse.

Was Triage konkret bedeutet, erläutert für den militärischen Bereich der schon bekannte Prof. Rebentisch in seinem Lehrbuch „Wehrmedizin“: „Nicht der Schwerwundete in akuter Lebensgefahr und nicht der Leichtverwundete, der noch vorübergehend am Gefecht teilnehmen könnte, haben Vorrang, sondern der Verwundete, dessen Leben und Gesundheit zu retten sind, wenn er bald in geeignete fachärztliche Behandlung kommt“³¹⁾. Und die Zentrale Dienstvorschrift (ZDV) 49/50 der Bundeswehr fordert für die Kriegschirurgie, „daß sich im Gegensatz zur üblichen ärztlichen Handlungweise die Sorge um den einzelnen den militärischen Erfordernissen unterordnen muß“³²⁾.

In derselben Dienstanweisung heißt es dann z.B.: „Falls die Zahl der Patienten mit Verbrennungen von 20 bis 50 % der Körperoberfläche bereits alles Personal und alle Vorräte mit Beschlag belegen, kann man auf die Versorgung der zu 50 Prozent und mehr Geschädigten keine Zeit mehr verwenden ... Verwundete mit über 50prozentiger Schädigung bekommen nur schmerzstillende Mittel. Wenn sie überleben, so können sie später endgültig behandelt werden.“ Oder: „Bei Massenanfällen erhalten Thoraxverletzte eine einfache Erstbehandlung. Für die weitere Behandlung haben sie eine niedrige Dringlichkeitsstufe, infogedessen sind ihre Überlebenschancen gering.“ Oder: „Bei Massenanfällen gehören die Rückenmarkverletzten selbstverständlich zur Gruppe der Spätbehandlungen.“ Oder: „Man muß sich bei nüchterner Überlegung dazu entschließen, den Bauchverletzten in den kritischen Stunden nach einem thermo-nuklearen Angriff eine verhältnismäßig niedrige Dringlichkeitsstufe für die Operation zu geben.“³³⁾

Welche Bedeutung die Triage jetzt auch für den Zivilbereich bekommen soll, machte kürzlich der bayrische Sozialminister Pirkl deutlich. Er forderte „den Masseneinsatz von Ärzten und Pflegepersonal im Falle eines Nuklearkrieges“ und wies ihnen die Aufgabe zu: „Die Verteidigungsmediziner müssen in der Lage sein, bei den Tausenden von Verletzten die Spreu vom Weizen zu trennen.“³⁴⁾

Die Triage fordert Selektion, wo Behandlung notwendig wäre. Der Gedanke an die Rampe von Auschwitz drängt sich auf; auch dort selektierten Ärzte: die Schwachen ins Gas, die Stärkeren zur Arbeit, bis auch sie verbraucht waren. Das entscheidende Kriterium der Triage ist der potentielle Gebrauchswert des Patienten für die Kriegsführung: seine Tauglichkeit als Soldat oder seine Arbeitsfähigkeit in der Kriegsproduktion.

Das Ziel dieser Kriegsmedizin – und sie wird heute gelehrt und propagiert – heißt nicht Gesundheit, sondern Tauglichkeit. Weil sie für eine Situation konzipiert ist – und diese Situation akzeptiert –, in der Schwerkranken ausgesondert, statt behandelt werden, ist sie inhuman und widerspricht selbst der ständig bemühten ärztlichen Ethik. („Ich werde ... selbst unter Bedrohung meine ärztliche Kunst nicht im Widerspruch zu den Geboten der Menschlichkeit anwenden“³⁵⁾).

Doch auch Triage und notstandsmäßig organisiertes Gesundheitswesen werden die Situation der Verletzten und Sterbenden in den Tagen und Wochen nach einer nuklearen Explosion nicht bessern können. Das ist den Notstandsplanern mit und ohne Uniform bekannt. Warum dann das GesSG? Weil es – neben seiner politischen Disziplinierungs- und Entrechtungsfunktion – mithilft, die Angehörigen der Gesundheitsberufe und die Bevölkerung glauben zu machen, der Atomkrieg sei medizinisch in den Griff zu bekommen – vorausgesetzt, man bereitet sich ordentlich (notstandsmäßig) darauf vor. Damit ist das GesSG ein Stück praktischer und psychologischer Kriegsvorbereitung.

Es ist wohl die wichtigste Aufgabe der Friedensinitiativen im Gesundheitswesen, die Lüge von der medizinischen Beherrschbarkeit der Folgen eines Atomkrieges zu entlarven. Es wird keine Medizin im Atomkrieg mehr geben, und weil das so ist, liegt die einzige sinnvolle Medizin in der Prophylaxe, also in der politischen Verhinderung des atomaren Holocausts, in Entspannung und Abrüstung. Das heißt konkret: Die Stationierung von Pershing II und Cruise Missiles muß verhindert werden – als erster Schritt hin zu einem atomwaffenfreien Europa.

- 1) Die Ergebnisse des Hamburger Kongresses erscheinen Ende 1981 als Buch im Pahl-Rugenstein Verlag.
 2) Vgl. unter 1).
 3) Vgl. „Demokratisches Gesundheitswesen“, 4/1981.
 4) Hänauske-Abel/Obermair, Zivilisten haben keine Chance, in: „Die Zeit“ v. 18. 9. 1981.
 5) Vgl. Bundestagsdrucksache 9/636 vom 6. 7. 1981.
 6) Vgl. Doermann, Schwestern für den Ernstfall, in: „Konkret“, 12/1980.
 7) Siehe unter 5).
 8) Referentenentwurf eines Gesetzes zur Anpassung des Gesundheitswesens an besondere Anforderungen eines Verteidigungsfalles – Gesundheitssicherstellungsgesetz (GesSG) –, BMJFG 312 – 4580/1 v. 31. 5. 1980, sowie die Begründung.
 9) Siehe unter 5).
 10) Zit. n. Krohn, Die gesellschaftlichen Auseinandersetzungen um die Notstandsgesetze, Köln 1981, S. 62.
 11) Zit. nach TAZ v. 29. 9. 1981.
 12) Zit. nach „Deutsches Ärzteblatt“, 21/1980, S. 1394.
 13) Rebentsch, in „Therapiewoche“, 31/1981, S. 2359 ff.
 14) Kolb, Bundesamt für Zivilschutz, in „Therapiewoche“, 31/81, S. 2362 ff.
 15) Vgl. „Deutsches Ärzteblatt“, 19/1980, S. 116ff.
 16) Kap. B8 des sog. „Blauen Papiers“ („Weiterentwicklung der gesundheits- und sozialpolitischen Vorstellungen der Deutschen Ärzteschaft“), 1980.
 17) Weber, Wir Ärzte sind vorbereitet, in: „Konkret“, 9/1981, S. 28ff.
 18) Vgl. Riedesser, „Militär und Medizin“, in: „Das Argument“, Sonderband 4, S. 231ff.
 19) „Deutsches Ärzteblatt“, 33/1981, S. 1567ff.
 20) „Deutsches Ärzteblatt“, 40/1981, S. 1856/57.
 21) Begründung GesSG, S. 102.
 22) Vgl. Mayer/Stuby (Hrsg.), Das lädierte Grundgesetz, (???) S. 202ff.
 23) Vgl. Krohn, a.a.O., S. 330.
 24) Lücke am 20. 2. 1966 im Deutschlandfunk.

- 25) Begründung GesSG, S. 106.
 26) Begründung GesSG, S. 158/159.
 27) Siehe unter 5).
 28) Begründung GesSG, S. 39.
 29) „Therapiewoche“, 31/1981, S. 2359.
 30) Zit. n. Hackelberg, Kann uns die Katastrophenmedizin vor dem Atomtod schützen?, in: „Das Argument“, Jahrbuch für kritische Medizin Bd. 7, S. 56ff.
 31) Zit. nach Weber, Medizinische Versorgung im Atomkrieg?, in: „Die Überlebenden werden die Toten beneiden“, Broschüre der Hamburger Ärzteinitiative gegen Atomennergie, Hamburg 1981.
 32) Zit. n. „stern“, 48/1980, S. 167.
 33) Siehe Anm. 32).
 34) Zit. n. dpa und „Süddeutsche Zeitung“ v. 2. 10. 1981.
 35) Berufsordnung für die deutschen Ärzte, zit. n. „Deutsches Ärzteblatt“, 23/1976, S. 1543.

Aus: „Blätter für deutsche und internationale Politik“, Heft 12/81, Pahl-Rugenstein Verlag, Köln

Italienische Mediziner gegen den Atomkrieg

Im November 1981 sind namhafte italienische Mediziner und Biologen mit einem Appell gegen den Atomkrieg an die Öffentlichkeit getreten. Zu den Erstunterzeichnern gehören der Dekan der naturwissenschaftlichen Fakultät in Rom, die Direktoren mehrerer medizinischer Universitätsinstitute sowie Prof. Giovanni Berlinguer, gesundheitspolitischer Sprecher der Kommunistischen Partei (PCI). Ausgegangen ist die Initiative von Ettore Biocca, Mitglied des Obersten Gesundheitsrates und Direktor des Institutes für Parasitologie der Universität Rom. Geplant ist ein internationaler Medizinerkongress in Italien gegen den Atomkrieg. Die italienische Medizinerinitiative steht jedoch erst am Anfang, und es wird noch einiges an Zeit und Arbeit nötig sein, um aus der Initiative einiger namhafter Persönlichkeiten eine Massenbewegung zu machen. Angesichts der in Italien wachsenden Sensibilität für die Kriegsgefahr, die sich in riesigen Massendemonstrationen ausdrückt, kann man jedoch optimistisch für die Entwicklung einer Friedensinitiative im Gesundheitswesen sein.

Aufruf italienischer Mediziner und Biologen gegen den Atomkrieg, für den Frieden und nukleare Abrüstung

– Auszug –

„... Mit vollem Bewußtsein werden die grausamsten Waffen erdacht, gebaut und gehortet – Waffen, die in der Lage sind, uns alle umzubringen ... und sogar

jedwede Spur der menschlichen Kunst und Kultur verschwinden zu lassen: die Wissenschaft nicht im Dienste des Menschen sondern um den Menschen umzu bringen.

Unterwürfige Forscher, Politiker und Militärs haben sich zu willfährigen Instrumenten derjenigen politischen und wirtschaftlichen Mächte gemacht, die sich die Welt mit Schrecken und Tod unterwerfen wollen ...

Die italienische Verfassung ... varantiert dem Bürger das Recht auf Gesundheit, was auch von den offiziellen Erklärungen der Weltgesundheitsorganisation bestätigt wird. Das Recht auf Gesundheit wird eine leere Phrase, ja sogar blander Hohn, wenn das Recht auf Leben, das erste Menschenrecht, nicht garantiert ist ...

Deshalb rufen wir alle Mediziner und Biologen Italiens und der ganzen Welt auf, sich in einem gemeinsamen Kampf für den Frieden, unabhängig von politischen und religiösen Unterschieden, zu vereinigen ...

Wir bitten um Unterstützung dieses Appells, um binnen kurzem in Italien eine große Konferenz von Medizinern und Biologen gegen den Atomkrieg zu organisieren.“

Kontaktadresse:
Prof. Ettore Biocca
Direttore Istituto Parasitologia
Città Universitaria
ROMA 00185

Stellungnahme der British Medical Association

Medizinische Folgen eines Atomkrieges und der Wert von Zivilverteidigungsprogrammen

Auf der Jahrestagung der British Medical Association (BMA), vergleichbar der Deutschen Bundesärztekammer wurde 1981 in Brighton von den 600 Delegierten bei 4 Gegenstimmen eine Resolution angenommen, die ein breites Echo in der englischen Presse hervorrief (The Times v. 8. 7. 81).

Es wurde beschlossen, daß unter Leitung von Sir John Stalworthy, dem Vorsitzenden des wissenschaftlichen Beirates der BMA, ein Untersuchungsausschuß installiert wird, der einen ausführlichen Bericht darüber erarbeiten soll, ob – und wenn ja – welche Rolle die Ärzteschaft nach einem Atomkrieg überhaupt noch spielen könnte, und ob das Zivilschutzprogramm der Regierung von irgendwelchem Wert sei. Sir John betonte, daß diese Aufgabe wahrscheinlich die wichtigste sei, die der BMA jemals übertragen worden sei.

Bisher seien die Ärzte über die in diesem Zusammenhang auf sie zukommenden Probleme schlecht informiert, obgleich detaillierte Kenntnisse hier sehr wichtig seien.

Ausführlich wurde auf der BMA-Jahrestagung dargestellt, welches die Auswirkungen einer 20-Megaton-

nen-Bombe Explosion über London sein würden. Die Auswirkungen einer „nur“ 1-Megatonnen-Bombe Explosion wurden diskutiert sowie die Effekte von Bodenexplosionen; bei diesen sind die Auswirkungen der Druck- und Hitzequelle geringer, dafür stehen aber die Probleme des radioaktiven fall-out im Vordergrund, der weite Landstriche unbewohnbar machen würde. In diesem Fall würde es also nicht nur zu einem Massenanfall von Polytraumatisierten und/oder Verbrennungspatienten kommen, sondern auch zu einer riesigen Zahl von Patienten mit akutem Strahlensyndrom.

Die Auswirkungen der heutztage als vergleichsweise klein geltenden 1-Megatonnen-Bombe wurden den Folgen des Atombombenabwurfs über Hiroshima gegenübergestellt, wo eine 12,5-Kilotonnenbombe zu

75 000 Soforttoten und weiteren 75 000 Atombombenopfern allein in den folgenden 5 Monaten führte (British Medical Journal, 18. 7. 1981, S. 256/7).

Erste Ergebnisse der Resolution wurden von der BMA am 22. 8. 81 veröffentlicht. Es handelt sich um die Gliederung der Untersuchung in die folgenden Abschnitte:

- Wirkungen der Druck- und Hitzequelle sowie der akuten ionisierenden Strahlung
- Akute und langfristige klinische Probleme
- Anzahl der anfallenden Toten und Verletzten
- Akute und langfristige psychiatrische Folgen bei den Überlebenden
- Auswirkungen des Atomkrieges bezüglich Organisation, Struktur und Management des Gesundheitswesens
- Beziehungen zwischen Gesundheitswesen und Zivilschutzorganisationen (British Medical Journal, 18. 7. 1981, S. 256/7)

Es wurde ausdrücklich betont, daß alle Ergebnisse der Untersuchungen veröffentlicht würden auch gegen den Druck derjenigen, die meinten, daß dadurch die Bevölkerung in eine Panik versetzt werden könnte.

Aufruf zur Denunziation

BÜRGERSCHAFT DER FREIEN UND HANSESTADT HAMBURG

9. Wahlperiode Drucksache 9/3878
09. 11. 1981

Schriftliche Kleine Anfrage des Abg. Dr. Kampf (CDU)

Betr.: Sogenannter „Medizinischer Kongreß zur Verhinderung des Atomkrieges“ und „Gesundheitstag 1981“ in Hamburg

In kurzem zeitlichem Abstand wurden in den Räumen der Universität Hamburg zwei kongreßähnliche Veranstaltungen durchgeführt:

Am 19. und 20. September 1981 fand der sogenannte „Medizinische Kongreß zur Verhinderung des Atomkrieges“ statt. Ergebnisse dieser Veranstaltung sind u.a.: Aktivitäten im Zivilschutzbereich wurden als Maßnahmen zur Kriegsvorbereitung bezeichnet, zur Erarbeitung einer sogenannten alternativen Kriegsvorbereitung wurde zu zivilem Ungehorsam, zur Erzeugung von politischem Druck und zur Aufkündigung der Staatsloyalität unter Ausnutzung des ärztlichen Sozialprestiges aufgerufen. Insbesondere fand ein Kongreßaufruf an die Ärzte zur Verweigerung der Angebote von Fortbildungsveranstaltungen im Fach Katastrophenmedizin große Zustimmung.

Vom 30. September bis 3. Oktober 1981 wurde in den Räumen der Universität der sogenannte „Gesundheitstag 1981“ durchgeführt. Dabei wurde in über 550 Einzelveranstaltungen deutlich, daß es den Veranstaltern und vielen Teilnehmern häufig nicht um medizinische Probleme, sondern um Kritik an unserem politischen System ging: Dies wird u.a. belegt durch den erfolgten Aufruf zur Kriegsdienstverweigerung und durch die Durchführung einer Großdemonstration der Kongreßteilnehmer „gegen die staatliche Kriegsvorbereitung und die Militarisierung der Gesellschaft über das Gesundheitswesen“ und durch zahlreiche andere Aktivitäten.

An diesen beiden Kongressen haben zahlreiche Ärzte aus staatlichen Krankenhausinrichtungen teilgenommen. Ebenso haben Ärzte aus staatlichen Krankenhäusern Mitverantwortung an Organisation und Durchführung dieser Veranstaltungen getragen. Die Gesundheitsbehörde, die Hochschulbehörde bzw. der Senat haben bis heute zu den Aussagen und zu den Vorgängen auf diesen Großveranstaltungen im Universitätsbereich geschwiegen.

In diesem Zusammenhang frage ich den Senat:

1. Wie beurteilt der Senat die Verlautbarungen des Kongresses bezüglich einer Definition des Zivilschutzes als Maßnahme zur Kriegsvorbereitung und den Aufruf zur Verweigerung der Angebote von Fortbildungsveranstaltungen im Fach Katastrophenmedizin?
2. a) Weshalb hat der Senat bis heute zu keinem der beiden Kongresse hinsichtlich ihrer Beschlüsse und Aussagen Stellung genommen?
b) Hält der Senat Nichtkenntnisnahme solcher Vorgänge für den richtigen Weg?
3. Welche Meinung hat der Senat zum Aufruf zur Kriegsdienstverweigerung durch den sogenannten „Gesundheitstag 1981“?
4. Wie beurteilt der Senat nachfolgende Aussagen und Aktionen des „Gesundheitstages 1981“?
a) Sturz des bestehenden Gesundheitswesens und Bildung einer neuen Organisationsform „Netzwerk Gesundheit“
b) Zu wenig Kontrollinstanzen bei der Pharmaherstellung
c) Wiederanknüpfung an die sozialmedizinische Tradition der 20er Jahre
d) Vernachlässigung des Gesundheitsschutzes am Arbeitsplatz
e) Umgang mit Patienten und Behinderten in besetzten Häusern
f) Vergleich der Ziele und Aufgaben des Sanitätswesens in der Bundeswehr mit nationalsozialistischer Medizin
5. Wie wertet der Senat die sogenannte Wehrpaßinitiative, die von dem „Gesundheitstag 1981“ initiiert wurde?
6. Wie beurteilt der Senat die Aktivitäten des sogenannten Gesundheitsladens zur Ausbildung von sogenannten „Demo-Sanitätern“?
7. Mit Unterstützung des Forschungsministeriums wurde eine Untersuchung junger Wissenschaftler in 14 Großstädten der Bundesrepublik über die medizinische Versorgung der „Arbeiterbevölkerung“ durchgeführt, deren Ergebnisse auf dem „Gesundheitstag 1981“ diskutiert wurden.
a) Wurde diese Untersuchung auch in Hamburg durchgeführt?
Wenn ja: Welche Ergebnisse wurden dabei ermittelt und wie werden diese vom Senat beurteilt?
b) Welches Gesamtergebnis wurde bei dieser Untersuchung erzielt und welche Konsequenzen haben nach Ansicht des Senats diese Ergebnisse auf die Situation in Hamburg?
8. Das derzeit als Referentenentwurf vorliegende Gesundheitssicherstellungsgesetz wurde auf den o.g. Kongressen als flankierende Maßnahme des deutschen Rüstungsprogramms bezeichnet und seine Realisierung würde eine Umstellung des bestehenden Gesundheitswesens auf eine Kriegsmedizin zur Folge haben. Teilt der Senat diese Ansicht?
9. a) Haben an diesen sogenannten Kongressen Vertreter oder Mitarbeiter der Gesundheitsbehörde teilgenommen?
b) Wenn ja: In welcher Weise ist über die Inhalte und Aktivitäten dieser Veranstaltungen innerhalb der Behörde berichtet worden?
10. Welche Ärzte aus welchen staatlichen Krankenhausinrichtungen in Hamburg waren an der Organisation und Durchführung dieser Veranstaltungen beteiligt und ist dieses mit Billigung der Aufsichtsbehörde geschehen?

„Bitte nennen Sie mir ein Konto!“

Well sie nicht verantworten könne, „die mögliche Vernichtung meiner Kinder mitzubezahlen“, hat die Westberliner Ärztin Dr. Helga K. ihrem zuständigen Finanzamt Steglitz mit Datum vom 5.10.1981 mitgeteilt, daß sie bei einer Vorauszahlung zur Einkommensteuer 20 Prozent jenes Steueranteils, der direkt in den Bundeshaushalt fließen sollte, einzuhalten habe. Die Medizinerin ist Mitglied eines im Frühjahr 1981 gegründeten „Arbeitskreis Kriegssteuerverweigerung“, der durch 1. direkten Widerstand, 2. Steuervermeidung, 3. Steuerzahlung unter Protest sich dagegen wehren will, „den drohenden Selbstmord der Menschheit mitzufinanzieren“. Die Ärztin begründete der Steuerbehörde gegenüber ihren Schrift wie folgt:

Sehr geehrte Damen und Herren!

Mit heutigem Datum habe ich die Vorauszahlung zur Einkommensteuer I. bis IV. Quartal 80 in Höhe von 8691,- Mark überwiesen.

Von der festgesetzten Steuerschuld von 9650,- DM plus 6,- DM Säumniszuschlag habe ich 965,- DM, das sind 10 Prozent der Summe, bis auf weiteres einzuhalten. Diese Summe entspricht 20 Prozent des ca. 50prozentigen Anteils meiner Einkommensteuer, der direkt an den Bundeshaushalt geht.

Begründung:

Mir ist selbstverständlich bewußt, daß ich zur Zahlung von Steuern gesetzlich verpflichtet bin. Mir ist gleichzeitig bewußt, daß ein erheblicher Teil meiner Steuern direkt in die „Verteidigung“ und die „Verteidigungslasten“ der Bundesregierung einfließt.

20 Prozent von im Juni vorgesehenen gut 43 Mill. DM des gesamten Bundeshaushalts werden also für Rüstung, Waffen, Soldaten, Stationierung von Sprengkörpern der NATO aufgewendet. Ferner wird mit Mitteln der Vollzug des sog. Nachrüstungsbeschlusses und die Stationierung der Neutronenbombe vorbereitet. Diese Waffen sind Massenvernichtungsmittel, ihr Gebrauch bedeutet den schnellen oder langsam Tod vieler Menschen, ihre Stationierung stellt die Vorbereitung des kollektiven Selbstmordes dar.

Als Frau, Mutter und Ärztin kann ich nicht nur moralisch nicht mitschuldig sein am gewaltsamen Tod von Menschen, ich lehne es ganz besonders ab, aktiv finanziell dazu beizutragen.

Es kann nicht von mir verlangt werden, die mögliche Vernichtung meiner Kinder mitzubezahlen.

Ich berufe mich hiermit auf mein verfassungsrechtlich garantiertes Grundrecht auf Leben und körperliche Unversehrtheit (Art. 2 GG) und erinnerte an die Präambel unserer Verfassung: „Im Bewußtsein seiner Verantwortung vor Gott und den Menschen ... als gleichberechtigtes Glied in einem vereinten Europa dem Frieden der Welt zu dienen, hat das deutsche Volk ... dieses Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland beschlossen.“

Ich bitte, mir ein Konto zu nennen, welches gewährleistet, daß das jetzt von mir einzuhalte Geld Zwecken zugeleitet wird, die nachweislich eindeutig dem Frieden dienen.

Mit freundlichen Grüßen Helga K.

Die Antwort des Finanzamtes Steglitz erfolgte am 5. November. Sie hat folgenden Wortlaut:

Sehr verehrte Frau Dr. K.

Ich hatte zwar beabsichtigt, Ihren Brief sofort zu beantworten, bin aber leider infolge Arbeitsüberlastung nicht dazu gekommen. Ich bitte deshalb vielmals um Entschuldigung: ~

Ihr Schreiben habe ich mit großem Interesse gelesen. Auch ich bin der Meinung, daß mit dem Rüstungswettlauf aufgehört werden muß und daß die hierfür verwendeten Gelder für friedliche Zwecke genutzt werden. Als Beamter bin ich aber verpflichtet, dafür Sorge zu tragen, daß die Vorschriften des Einkommensteuergesetzes eingehalten werden. Dies bedeutet, daß die Einkommensteuer in voller Höhe eingezogen wird. Der von Ihnen vorgeschlagene Weg des aktiven Protests durch Verweigerung der Zahlung von festgesetzten Steuern kann von mir nicht akzeptiert werden, da eine derartige gesetzliche Vorschrift zur Zeit noch nicht vorliegt. Ich stelle aber anheim, sich deswegen an die im Abgeordnetenhaus von Berlin bzw. im Bundestag vertretenen Parteien zu wenden. Sollten Sie Erfolg haben, so bitte ich Sie, mir entsprechende Konten mitzuteilen. Ich bin dann sofort bereit, die erforderlichen Überweisungen zu veranlassen.

Vorerst muß ich Sie jedoch bitten, den Restbetrag der Einkommensteuerzahlung umgehend an die Finanzkasse Steglitz zu entrichten, da ich andernfalls gezwungen bin, das Betreibungsverfahren einzuleiten.

Ich hoffe, daß Sie meine Ausführungen verstehen und verbleibe

Hochachtungsvoll

Im Auftrag: (T.)

Sozialgesetzliche Chronik (1885–1931)

von H. Koch

(zum Artikel „100 Jahre Sozialversicherung“, Teil II)

(Ohne Anspruch auf Vollständigkeit werden nur die im angesprochenen Zusammenhang bedeutsameren Gesetze dargestellt.)

1885, 1886, 1892, 1897, 1900 und 1903: jeweils ein Abänderungsgesetz zum „Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter“ von 1883/4, wodurch im wesentlichen die Versicherungspflicht um jeweils kleinere Gruppen der arbeitenden Bevölkerung ausgedehnt wurde; das „Krankenversicherungsgesetz“ hatte – verabschiedet unter dem Widerstand weiter Teile des Großbürgertums – so viele „Mängel mit auf den Weg bekommen“, daß schon innerhalb dieses kurzen Zeitraumes 6 Änderungen notwendig wurden!

1892 (10. 4.): nach fast 1½-jähriger Beratung wird die Novelle zum **Krankenversicherungsgesetz** veröffentlicht; mit ihr wurde jetzt auch den „freien Hilfskassen“ der Gewerkschaften auferlegt, ebenso wie die Pflichtkassen (maßgeblich Ortskrankenkassen) direkte Arzt- und medizinische Hilfe („Naturleistungen“) zu leisten, anstelle bisher praktisch ausschließlicher geldlicher Unterstützung; hatten die „freien Hilfskassen“ während der Zeit des Sozialistengesetzes (1878–90) große Bedeutung gehabt als organisatorisches Rückgrat und Keimzelle gewerkschaftlicher Solidarität, so waren sie mittlerweile historisch überholt: es gab zunehmend Pflichtkassen mit relativer Unabhängigkeit ihrer „Selbst“-verwaltungsorgane und größerem Leistungsangebot bei Unternehmer-, „Beteiligung“ an den Beiträgen; außerdem gab es für Sozialdemokraten und Gewerkschafter – befreit von der Illegalisierung durch das Sozialistengesetz – freiere Organisationsmöglichkeiten und „Schulen“ gewerkschaftlicher Solidarität; deshalb ging der staatlicherseits mit dieser gesetzlich verordneten finanziellen Mehrbelastung ihrer Hilfskassen gegen die Gewerkschaften geplante Schlag ins Leere: Sozialdemokraten und Gewerkschafter konzentrierten sich auf die Selbstverwaltungsgremien vor allem der jetzt geförderten **Ortskrankenkassen** und bauten diese gleichermaßen zu wirksamen Einrichtungen der Sozialversicherungen wie zu Hochburgen der Sozialdemokratie aus; die schon durch vorherige gesetzliche Eingriffe dezimierten letzten Hilfskassen wurden aufgelöst oder in „Zuschußkassen“ umgewandelt (später „Ersatzkassen“!).

Diese Novelle von 1892 hatte aber noch weitergehende Bedeutung: sie erteilte den gesetzlichen Krankenkassen praktisch ein „Monopol“ auf die ambulante **kassenärztliche Behandlung** in dem Sinne, „die Art und Weise der medizinischen Betreuung in alleiniger Verantwortung zu regeln“. Dabei hatten die Kassen das Recht, die Befugnisse und die Zahl der Ärzte zu bestimmen und auch die jeweilige Person des Kassenarztes auszusuchen... Damit hatten die Krankenkassen die gestalterische Dominanz in der Sozialversicherung errungen. Das Recht zur Zulassung einzelner Ärzte (per Einzelvertrag – ob nun als Angestellte oder als freiberuflich Tätige; H. K.) verschaffte den Kassen ein Monopol, das sich durch die ständige Ausweitung des Versichertengesetzes noch verstärkte. Die Kassenzulassung wurde für die Niedergelassenen mehr und mehr zu einer Existenzfrage. Dabei wurde die Macht der Kassen durch den geringen Organisationsgrad (nur bis Ende des 19. Jahrhunderts! H. K.) der Ärzte vergrößert.“

1911 (31. 5.): Verabschiedung der **Reichsversicherungs-Ordnung (RVO)**; sie „war notwendig geworden, weil die Sozialgesetze durch 25 Abänderungsgesetze bis 1909 zu einem Gesetzesloch ausgewachsen waren... Nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch war (damit) die RVO das umfangreichste Gesetzeswerk in Deutschland.“

Ihr „Buch Krankenversicherung“ tritt erst am 1. 1. 1914 in Kraft nachdem ihr erster Entwurf 1909 vorgelegt worden war; dennoch für Arbeiterbewegung und Ärzteschaft „eine herbe Enttäuschung“, wenn auch aus verschiedenen Gründen; gegen die Stimmen der Sozialdemokratischen Reichstagsfraktion verabschiedet, war die RVO „darauf gerichtet, den Einfluß der Sozialdemokratie in der Sozialpolitik zurückzudämmen“. „Infolge eines fehlenden sozialpolitischen Konzeptes brachte sie lediglich:

- eine partielle Vereinheitlichung des Verwaltungsaparates und des Verwaltungsverfahrens;
- eine Erweiterung des Mitgliederkreises um alle Familienangehörigen (bislang nur als „Kann-Regelung“ möglich; H. K.), land- und forstwirtschaftliche Arbeiter, Dienstboten u. a. Kleine Gruppen;
- die Einführung der Hinterbliebenenversicherung“ und
- die Einschränkung der Versicherten-Selbstverwaltung zugunsten der Unternehmer-Vertreter und des Staates (Aufsichtsbehörde) (für wichtige Entscheidungen wurden gleichlautende Mehrheitsbeschlüsse vorgegeschrieben, trotz Beibehaltung eines Vertreter-Verhältnisses in den „Selbst“-Verwaltungsorganen der Pflichtkassen von $\frac{2}{3}$ Versicherten zu $\frac{1}{3}$ Unternehmervertreter).

„Explizit bevorzugt wurden – entgegen dem Grundprinzip des sozialen Ausgleichs – die Angestellten: ihrerwegen wurden die „freien Hilfskassen“ weiter als „Ersatzkassen“ zugelassen...“ (hierauf begründen sich noch heute diese „Zwitter“ von halbgesetzlichen Krankenkassen).

1913 (1. 1.): Erweiterung des Versichertengesetzes der gesetzlichen Krankenversicherung durch das In-Kraft-Treten des „**Versicherungsgesetz für Angestellte**“ Sonderregelung nach dem Prinzip: *divide et impera* („teile und herrsche“); diese und die Ausdehnung des Versichertengesetzes durch die RVO „machten die Regelung der Kassenzulassung, die bisher allein bei den Kassen lag, für die Niedergelassenen Ärzteschaft noch wichtiger“.

1913 (23. 12.): „**Berliner Abkommen**“ / **Zusatzzvertrag zur RVO von 1911**; erzwungen vom „Leipziger Verband“ der hier erneut mobilisierte „für einen Ärztestreik mit dem Ziel, Einfluß auf die Kassenzulassung von Ärzten zu gewinnen. Er bildete Streikkassen, die niedergelassenen Ärzte kündigten ihre Kassenzulassung zum 1.1. 1914 (geplanter Geltungsbeginn des „Buches Krankenversicherung der RVO“ H. K.) und die Krankenhausärzte solidarisierten sich mehrheitlich.“

Nach dem „Berliner Abkommen“ „durften die Kassen zukünftig nicht mehr allein festlegen, welche Ärzte sie zur Versorgung ihrer Mitglieder heranziehen wollten...“; die **Auswahl der Ärzte erfolgte nun unter Mitwirkung der Kassenärzte**. Dies entspricht der „Anerkennung der Organisation der Ärzteschaft, des „Leipziger Verbands“, als kollektivem Verhandlungspartner der Krankenkassen“... Damit war den ärztlichen Standesorganisationen mit Unterstützung des Staates ein erster entscheidender Erfolg im Kampf gegen die Kassen gelungen.“ Die Bedeutung dieses Erfolges wuchs noch mit der erheblichen Ausweitung des Pflichtversichertengesetzes durch die RVO (vor allem Familienversicherung). Weiterhin positive Neuerung stellt die Verbesserung der Quote Arzt : Pflichtversicherte („Verhältniszahl“) auf 1:1350 (bzw. 1:1000 bei Bezug auf Familienversicherung) dar.

1923 (30. 10.): Staatlicher Eingriff in die Krankenversicherung mit **Not-Verordnungs-Charakter** (d.h. mittels „Ermächtigungsgesetz“ für die Regierung Stresmann vom 13. 10. 1923): „**Verordnung über Krankenhilfe bei den Krankenkassen**“ (Krankenkassen wie Ärzteverbände hatten angesichts der seit Sommer 1923 „galoppierenden Inflation“ und entsprechender finanzieller Schwierigkeiten das zum 31. 12. 1923 auslaufende „Berliner Abkommen“ (s. 1913) gekündigt); wegen drohenden Zusammenbruchs der materiellen Basis der Krankenkassen und der ärztlichen Versorgung wurde hiermit den Kassenärzten diktatorisch aufgetragen, die miserablen wirtschaftlichen Verhältnisse der Kassen in dem Sinne zu berücksichtigen, daß sie sich auf das Allernötigste an Behandlungsmaßnahmen beschränken, darüber hinausgehendes ablehnen sollten; den Kassenverwaltungen wurde gleichzeitig Handhabe geschaffen, bei Nichtbefolgen dieser die Sozialversicherten treffenden **Beschränkungsmaßnahmen**, die sich verweigern den Kassenärzten zu bestrafen (regelmäßig); die darauthin einsetzende **Streikbewegung** der Ärzteschaft veranlaßte letztendlich die

Krankenkassen zur **Einrichtung kasseneigener Ambulanzen** (siehe auch Heft 3 u. 4, Jahrg. 1980 von „DG“!); die sich gegen die ärztlichen Interessen richtenden Bestimmungen dieser Notverordnung wurden übrigens am 23. 11. 1923, per **Sondererlaß Eberts** (Reichspräsident) wieder abgeschwächt, was den nationalen Ärztestreik (Dez. 1923 – Jan. 1924) nicht mehr verhinderte!

Mit demselben Datum (30. 10. 1923): „**Verordnung über Ärzte und Krankenkassen**“ (entspricht einem „Kassenarztrecht“); wichtigste Neuerung: Einrichtung einer Art „Zwangsgesellschaft“ der Spitzerverbände“ von Ärzten und gesetzlichen Krankenkassen: „**Reichsausschuß für Ärzte und Krankenkassen**“, „dessen wichtigste Befugnis im Erlaß von Richtlinien für angemessene vertragliche Vereinbarungen zwischen den Kassen und den Ärzten bestand“ („Regelung der Beziehungen zwischen...“); RVO 1924), auch mit **Schlichtungskompetenz** ausgestattet.

1930 (26. 7.): 1. („große“) **Notverordnung** des „Präsidialkabinetts“ Brüning II (per Außer-Kraft-Setzen der Verfassung mittels diktatorischer Anwendung des „Ausnahmeartikels 48“); diese Not-VO war im wesentlichen gegen die **Krankenversicherung gerichtet**: Herabsetzung des Krankengeldes, Einführung einer Kasseneingebühr, Beteiligung des Versicherten und seiner Familien an den Arzneikosten, Einführung von 3 „Karenztagen“ (Krankengeld erst ab 4. Krankheitstag!); „Hinzuziehung eines „Vertrauensarztes“ wurde zur Pflicht“; Ärzte, die durch „unnötige Behandlung“ die Kassen belasteten, waren jetzt schadensatzpflichtig“ (Regreß).

1931 (8. 12.): letzte („große“) **Notverordnung** des „Präsidialkabinetts“ Brüning II; brachte die einschneidendsten Maßnahmen gegen die gesetzliche Sozialversicherung: alle „Mehrleistungen“ fielen weg, d.h.: „Es durften künftig nur noch Regelleistungen gewährt werden. So konnte vorher die Zahlung des Wochengeldes als Regelleistung für 20 Wochen mit möglicher Verlängerung für weitere 3 Wochen erfolgen. Das fiel jetzt weg. Ebenso war es mit der Zahlung des Krankengeldes, des Stillgeldes, das um die Hälfte gekürzt wurde, des Sterbegeldes, der Familienkrankenhilfe, des Arzneikostenbeitrages in der Familienhilfe u.a.m.

Mit dieser Notverordnung wurde das **Vorbeugungsprinzip** innerhalb der Krankenversicherung abgeschafft... Gleichzeitig fiel mit dieser Notverordnung aber auch „der entscheidende Schlag in dem standesegoistischen Kampf“ der Ärzteverbände gegen die gesetzlichen Krankenkassen. „Diese sah folgende gravierende Veränderungen des Kassenarztrechts vor:

- Einführung der Kassenärztlichen Vereinigungen als öffentlich-rechtliche Körperschaft; der Vorstand des örtlichen Hartmann-Bundes wurde Vorstand der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung;
- die Kassen zahlten die Honorare pauschal an die Kassenärztlichen Vereinigungen;
- diese Übernahmen dafür gegenüber den Kassen Gewähr für eine wirtschaftliche kassenärztliche Behandlung (insbesondere die beiden letztgenannten Festlegungen, die pauschale Abrechnung und der „Wirtschaftlichkeit“-Grundsatz, richteten sich dabei unmittelbar gegen eine individuellen Bedürfnissen der sozialversicherten Patienten angemessene, ärztliche Betreuung! H. K.);
- das Zulassungsverhältnis von Kassenarzt pro Versicherten wurde auf 1:600 festgelegt;
- das Recht auf Kassenzulassung ging weitgehend auf die Kassenärztlichen Vereinigungen über, die damit erstmals das Monopol der ambulanten kassenärztlichen Versorgung erhalten“.

(Quellen beim Verfasser)

(Fortsetzung von Seite 20)



Als in der Sozialversicherung ein erheblicher Kostenanstieg eintrat, gleichzeitig aber die ökonomischen Krisenerscheinungen der 60er Jahre im Verlaufe der 70er Jahre sich zu einer Dauerkrise verfestigten, die bis heute anhält, wurde im Gesundheitswesen eine gegenreformatorische Tendenzwende eingeläutet, die die großen Interessen schonte, der chemisch-pharmazeutischen Industrie ihre gewaltigen Gewinnchancen ließ, die mittelständischen Besitzstände der freiberuflichen Ärzteschaft schonte oder allenfalls sehr geringfügig beeinträchtigte, den kleinen Mann aber, den Sozialversicherten, schröpfte und eines Teils der für ihn vorher verfügbaren Leistungen der Krankenversicherung wieder beraubte. Unter dem Stichwort der Dämpfung des Kostenanstiegs, der als „Kostenexplosion“ dramatisiert wurde, gelang es, der Öffentlichkeit vorzuspiegeln, es sei allein oder vor allem die Schuld überzogener Ansprüche der Sozialversicherten, daß die Sozialversicherungsausgaben derart angestiegen waren. Tatsächlich waren die Ausgaben für die Leistungstypen Vorbeugung, Krankheit, Arbeitsunfall und Invalidität von 1965 bis 1979 um das Viereinhalbache, von ca. 31 Mrd. auf ca. 136 Mrd. DM angestiegen. Im Bereich der Krankenversicherung waren es vor allem die Kosten für stationäre und ambulante Behandlung, sowie die Kosten für Arzneien, Heil- und Hilfsmittel, die die Sozialversicherung erheblich belasteten. Statt aber die Schuld den Sozialversicherten anzuladen, hätte man die komplexen Ursachen der Kostenentwicklung analysieren müssen und wäre dann an der Erkenntnis nicht vorbeigekommen, daß die Hintergründe für den Kostenanstieg sehr komplexer Natur waren: Veränderungen in der Bevölkerungs- und Altersstruktur hatten bewirkt, daß der Anteilbeitragszahlender Sozialversicherter kleiner geworden war. Die Zahl der Arbeitslosen, die seit fast einem Jahrzehnt meist oberhalb der Grenze von 1 Million und zum Teil wesentlich höher lag, fiel für die Finanzierung der Sozialversicherung aus. Es wurde eine Vielzahl von bisher nicht beachteten Krankheit verursachenden Faktoren in Arbeitswelt und Umwelt gefunden, die für eine spezifische Wandlung des Krankheitsspektrums im ungünstigen Sinne mitverantwortlich sind: Anstieg der Herz-Kreislauf-Erkrankungen, der psychischen und psychosomatischen Erkrankungen, Anstieg der Krebs-Erkrankungen und dramatische Zunahme von Drogenabhängigkeit, Ermährungsschäden und vielfältigen Zeichen psychosozialer Destabilisierung. Weiterhin wirkten kostensteigernd die allgemeinen inflationären Tendenzen außerhalb des Gesundheitswesens, die schweren strukturellen Mängel in der Organisation des Gesundheitswesens und der allzu einseitig ausgerichtete technologische Fortschritt in der Medizin mit seinen

Auswirkungen auf die Diagnostik, die Therapie und das Arzneimittelwesen. Jahrzehntelange Verdrängung individueller, humaner und sozialer Bedürfnisse im Zusammenhang von Krankheit und Gesundheitserhaltung hatten offensichtlich dazu geführt, daß der rein technologische Fortschritt in den Institutionen des Gesundheitswesens weit überbewertet wurde und nachweisbar in nicht wenigen Fällen der Einsatz hochentwickelter Technologie in diesem Bereich sich nicht mehr nur positiv, sondern häufig auch sehr negativ für die Patienten auswirkte.

Schon die Dramatisierung als „Kostenexplosion“ war offensichtlich ein öffentliches Täuschungsmanöver, denn die gleichzeitig sich gewaltig anhäufenden Rüstungskosten hatte man niemals, weder bei Überschreiten der 30-Mrd.-Grenze im Jahreshaushalt, noch beim Erreichen der 40-Mrd.-Grenze in ähnlicher Weise charakterisiert. In Wirklichkeit konnte das rüstungsbelastete und krisengezeichnete Staatsbudget nicht mehr weiter zu notwendigen Strukturreformen und zur notwendigen präventiven Gesundheitssicherung herangezogen werden, sondern im Gegenteil mußten nun die Kosten von den öffentlichen Haushalten auf die gesetzliche Krankenversicherung, d. h. auf die Versicherten umgelastet werden. Schon 1972 wirkte das Krankenhausfinanzierungsgesetz in diesem Sinne und führte zugleich zu einer Verschlechterung der stationären Versorgung der Bevölkerung durch die Schließung kleiner gemeindenaher Krankenhäuser und beträchtlichen Abbau von Krankenhausbetten.

Die Verweildauer in den Krankenhäusern verkürzte sich, die Qualität der Behandlung litt, die Belastung des Krankenhauspersonals stieg. Dies alles konnte kaum durch Rationalisierungsmaßnahmen in den Krankenhäusern aufgefangen werden. Im Gegenteil, die Atmosphäre dort mußte für Arzt und Patient, für Krankenpflegepersonal und soziale Berufe noch hektischer, noch anonymer, noch antihumaner werden.

Das Krankenversicherungskostendämpfungsgesetz von 1977 brachte eine zusätzliche Einschränkung des sozialen Charakters der Krankenversicherung, vor allem durch die Einführung von sogenannten „Selbstbeteiligungsmaßnahmen“.

Das Wort Selbstbeteiligung ist ja bekanntlich eine Begriffsverwirrung, denn die Sozialversicherten zahlen ja ohnehin ihre Sozialversicherungsbeiträge selbst und der Arbeitgeberanteil ist letztlich auch durch die Arbeitskraft lohnabhängiger Arbeiter und Angestellter hervorgebracht worden. Die zusätzliche individuelle Heranziehung des einzelnen Sozialversicherten zur Finanzierung seines Arztbesuches bedeutet

mung heraus, die in Kooperation mit den Gewerkschaften und den Sozialversicherten im Kräftefeld der Reformbefürworter mitwirkte und die Reformkonzepte von eigenen Vorstellungen ausgehend gestaltete. Die Hindernisse, die einer fortschrittlichen Weiterentwicklung des Gesundheitswesens im Wege stehen, sind so beträchtlich, daß in der kurzen Zeit der Reformperiode nur einige unvollkommene, zum Teil in sich widersprüchliche Veränderungen durchgesetzt werden konnten. Struktur und Funktion des Gesundheitswesens sind maßgeblich mitbestimmt durch den Einfluß der chemisch-pharmazeutischen Großindustrie, der Medizingeräte produzierenden Elektroindustrie, der Banken und Versicherungskonzerne, die im Gesundheitswesen markt- und kreditbeherrschend wirken. Dieser privatwirtschaftliche Interessenkomplex, der auch den niedergelassenen Ärzten weitgehend, unter teilweiser Berücksichtigung deren spezifischer Interessen, seinen Willen aufzwingt, hat es bisher noch immer, gestützt auf verwandte Interessen in Staat und Gesellschaft, verstanden, dem sozialen und demokratischen Fortschritt im Gesundheitswesen Grenzen zu setzen.



Am 4. Dezember beschloß der US-Senat die Finanzierung des MX-Interkontinentalraketen-Programms und den Bau des strategischen Bombers B 1. Kosten: 180,3 Milliarden Dollar. Wenig später wurde der Anstieg der Arbeitslosenquote auf offizielle 8,5 Prozent bekannt. Und die Zahl soll weiter steigen. Reagan, der für 1982 einen Fehl-

betrag im Haushalt von 43,5 Milliarden prognostiziert hatte, sieht sich jetzt anderen Zahlen gegenüber. Budgetdirektor Stockmann schätzt das Loch auf 80 bis 100 Milliarden Dollar, trotz aller Kürzungen im Sozialbereich.

Karikatur aus: The Philadelphia Inquirer

einen Bruch des Solidarprinzips in der Krankenversicherung, das gewährleisten soll, daß der einzelne im Notfall durch die Solidarität aller abgesichert sei.

Es wurde eine Rezeptgebühr von 1 DM pro Medikament eingeführt; der Zuschuß zum Zahnersatz wurde auf 80 % der Kosten begrenzt; bei der kieferorthopädischen Behandlung mußte der Versicherte 500 DM hinzuzahlen; es wurde der Begriff des „Bagatellarzneimittels“ geschaffen, um den einzelnen Sozialversicherten zusätzlich zur Kasse zu bitten. Freilich wurden auch gewisse jährliche Empfehlungen zur Kostenbegrenzung beschlossen, die den Einkommensanstieg der Ärzte begrenzen sollten. Doch die Folgen des ersten Kostendämpfungsgesetzes waren im Wesentlichen: Eine soziale Verschlechterung in der Krankenversicherung, eine Verteuerung der Kosten für die Gesundheitssicherung durch die sogenannte Selbstbeteiligung bei weiter ansteigenden Krankenkassenbeiträgen. Restriktivere Handhabung der Vergabe von Arzneimitteln, Kurten und Heilmitteln führten zu einer Verschlechterung des kurativen Angebots.

Der erzielte Kostendämpfungseffekt war übrigens in typischer Weise selektiv. Während bei den Ausgaben für die stationäre und ambulante Behandlung ein deutlich gebremster Ausgabenanstieg zu verzeichnen war (etwa ab 1973/74), verlief der Ausgabenanstieg bei den Ausgaben für Arzneien nahezu ungebremst weiter, ganz entsprechend den Interessen der chemisch-pharmazeutischen Industrie.

Es ist also mit der Phase der ersten Kostendämpfung eine soziale Reduktion der Leistungen im Gesundheitswesen zu verzeichnen. Schwer abzuschätzen, wie groß der Ursachenanteil für Einsparungen in diesem Bereich sein könnte, der krisenbedingt ist, und wieweit die hohen Rüstungslasten für die Austrocknung des Gesundheitswesens verantwortlich sind. Doch sicherlich hätte durch Einfrieren der Höhe des Verteidigungshaushalts vermieden werden können, daß durch abrupten Abbruch der in Gang gesetzten Strukturveränderungen die erhoffte Entwicklung präventiver Gesundheitssicherung fast völlig zum Stillstand kam.

Eines der Hauptanliegen des sozial-liberalen Reformprogramms im Gesundheitswesen war die Umstellung von einer vorwiegend kurativen Vorgehensweise auf eine zunehmend präventive Gesundheitssicherung. Das Kostendämpfungsgesetz von 1977 hatte dazu beigetragen, die Perspektiven präventiver Gesundheitssicherung, die ohnehin fast völlig auf Früherkennungsprogramme beschränkt geblieben waren, einzuziehen und zugleich zu einer Verschlechterung der kurativen Krankenversorgung geführt. Eine gewisse Dämpfung des Kostenanstiegs war tatsächlich im Bereich der ambulanten und stationären Behandlung gelungen, doch was auf die Dauer das Wichtigste gewesen wäre, eine Kontrolle der Markt- und Preispolitik der chemisch-pharmazeutischen Großindustrie, konnte nicht etabliert werden.

Fortsetzung der Kostendämpfung – beginnende soziale Erosion im Gesundheitswesen

Seit Beginn des Jahres 1981 wird erneut eine kontroverse Diskussion über die Notwendigkeit weiterer Schritte zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen geführt, obwohl inzwischen der Anstieg der Gesundheitsausgaben wesentlich geringere Zuwachsrate aufweist als in der ersten Hälfte der 70er Jahre. Die ökonomische Dauerkrise mit Massenarbeitslosigkeit, das weitere Zunehmen der Verteidigungslasten und weitere Faktoren führen dazu, daß im Gesundheitswesen immer schwerwiegendere Sparmaßnahmen angepeilt werden. Es steht zu befürchten, daß durch die Einführung der sogenannten „Selbstbeteiligung“ Schritt für Schritt das Solidarprinzip in der Sozialversicherung zerstört wird. Als Bundesfinanzminister Hans Mattöhöfer dem Bundeskabinett im September 1981 seinen endgültigen Haushaltsentwurf für den Bundesetat 1982 vorlegte, zeigte sich, daß für den Verteidigungshaushalt 43 728 Mrd. DM, d. h. 4 % mehr als im Vorjahr, vorgesehen sind. Es sind dies nur die offiziell ausgewiesenen Verteidigungskosten, in denen diejenigen Kosten nicht enthalten sind, die zwar der Verteidigung dienen, aber in anderen Haushaltsposten versteckt sind. Auch die Verteidigungslasten und die Kosten für zivile Verteidigung, noch einmal mehr als 2 Mrd. DM, sind darin noch nicht enthalten. Der Posten: Jugend, Familie und Gesundheit erhält dagegen 18 214 Mrd. DM, d. h. 9,7 % weniger als im Vorjahr und das Ministerium für Arbeit und Soziales erhält im Gegensatz zu den gestiegenen Notwendigkeiten keine zusätzlichen Finanzen gegenüber dem Vorjahr, nämlich 54 424 Mrd. DM. Die Einsparungen im Gesundheitswesen sind dabei nur ein Teil eines sozialen Kürzungsprogramms von sehr umfassendem und tiefgreifendem Charakter.

Nicht wenige der sozialen Kürzungen tragen mit dazu bei, die Rahmenbedingungen für Gesundheitssicherung zu verschlechtern. Beslossen wurden u. a. Kürzungen des Kindergeldes, Einschränkungen bei der Sozialhilfe, Verschlechterungen beim Arbeitslosengeld, Einfrieren des sozialen Wohnungsbaus, Verschlechterung der Förderung beruflicher Rehabilitation – sämtlich Maßnahmen, die nicht erfolgen dürften, wenn die alte Zielsetzung der Förderung präventiver Gesundheitsförderung auch durch indirekte flankierende soziale Maßnahmen noch aufrecht erhalten würde.

Der Diskussion über den Haushalt für das Jahr 1982 war ein monatelanges Tauziehen vorausgegangen, in dessen Verlauf die ursprünglichen Pläne des Bundesarbeitsminister Herbert Ehrenberg entschei-

dend abgeändert werden mußten. Ehrenberg wollte den Ausgabenanstieg der Krankenkassen für die ambulante kassenärztliche Versorgung an den Grundlohnsummenanstieg binden und dadurch eine Festbeschreibung der Gesamtvergütung der niedergelassenen Ärzte erreichen („Honorardeckel“). Weiterhin waren Maßnahmen zur Vereinheitlichung der Krankenversicherung vorgesehen, eine Stärkung der Verhandlungsposition der Krankenkassen gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen sowie Maßnahmen zur übersichtlicheren Gestaltung des Arzneimittelmarktes, wie z. B. eine sog. „Positiv-Arzneimittel-Liste“. Dieser Teil der Pläne Ehrenbergs, der in die richtige Richtung zielte, der zudem die Sozialversicherten nicht zusätzlich belastet hätte, wird nicht zur Ausführung kommen. Er wurde durch Interventionen ärztlicher Standesverbände, durch Einflußnahme aus den Reihen der FDP abgewehrt oder entschärft. Es steht zu vermuten, daß auch die Pharmazeutische Industrie diesen Plänen gegenüber erhebliche Vorbehalte hatte und ihren Einfluß mit in die Waagschale geworfen hat.

Das Sparprogramm, das nun übrig geblieben ist, enthält hauptsächlich einen Abbau der Gesundheitsleistungen für die sozialversicherten Patienten. Ihnen wird im Jahr rund 1 Mrd. DM an zusätzlichen Kosten aufgebürdet. Zugleich erwartet Ehrenberg weitere Einsparungen für die Krankenkassen durch „Wohlverhalten“ von Ärzten und Arzneimittelindustrie, in Höhe von noch einmal fast 1 Mrd. DM. Wenn von dieser Seite die Vereinbarungen nicht eingehalten werden, so sollen sie durch gesetzliche Regelungen erzwungen werden.

Der am 3. September 1981 beschlossene Entwurf eines Kostendämpfungsergänzungsgesetzes, das am 1. Januar 1982 in Kraft getreten ist, enthält folgende Verschlechterungen für die Patienten:

- Die Rezeptgebühr bei Arzneimitteln und Heilmitteln wird von bisher 1,- DM je Medikament auf 20%, höchstens jedoch 4,- DM, der Kosten je Rezept angehoben.
- Eine neue Brille wird frühestens nach Ablauf von 3 Jahren von der Kasse bezahlt (es sei denn, es tritt eine erhebliche Veränderung der Sehfähigkeit schon vorher auf).
- Die Krankenhauspflege bei Entbindungen wird auf 6 Tage (früher 10 Tage) nach der Geburt begrenzt (es sei denn, aus medizinischen Gründen ist ein längerer Aufenthalt notwendig).
- Fahrtkosten zum Arztbesuch müssen bis zu einem Betrag von 5,- DM (heute 3,50 DM) je einfache Fahrt selbst bezahlt werden.
- Zuschüsse zum Zahnersatz werden herabgesetzt.
- Für Heilmittel und Hilfsmittel wird das Preisniveau der Vergütung bis Ende 1983 eingefroren.

Wie sind diese Sparmaßnahmen zu bewerten? Offensichtlich ist es ein weiteres Mal nicht gelungen, die Großverursacher von überhöhten Kosten im Gesundheitswesen zur Kasse zu bitten: Die chemisch-pharmazeutische Industrie und die Medizingeräte produzierende Industrie.

Auch bei den Einkommen der Ärzte wird voraussichtlich durch diese Maßnahmen kaum eine Verringerung des sog. „Besitzstandes“ eintreten, obwohl dies von einigen Ärzteverbänden befürchtet wird. So wendet sich z. B. der Vorsitzende des Hartmann-Bundes, Prof. Dr. Horst Bourmer, gegen die Ehrenberg'schen Pläne mit dem Vorwurf, es handele sich um „Fiskalsozialismus“, offensichtlich in der Befürchtung, daß sich jegliche Einschränkung des Gesundheitsmarktes zum Nachteil der niedergelassenen Ärzte auswirken könnte. Zugleich kritisiert Bourmer die staatliche Sparpolitik mit dem allerdings richtigen Hinweis, daß die Zunahme der kassenärztlichen Gesamtvergütung seit 1976 stets unter der Steigerungsrate der Grundlohnsumme geblieben sei und daß es deshalb eigentlich nicht notwendig wäre, noch ein weiteres Kostendämpfungsgesetz einzuführen.

Die Hauptleidtragenden der zweiten Etappe der Kostendämpfungsmaßnahmen im Gesundheits- und Sozialwesen sind die sozialversicherten Patienten, deren Versorgung sich damit auch gegenüber den Privatversicherten zusätzlich verschlechtern wird. Die ohnehin vorhandene Kluft zwischen der Versorgung des Sozialversicherten und des privatversicherten Patienten wird wieder größer. Es wird wieder deutlicher, daß das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland auch heute noch klassenmedizinische Züge trägt. Das ganze Gesetzeswerk ist nichts anderes als der verzweifelte Versuch, sich an medizinisch notwendigen Leistungen mittels oberflächlicher ökonomischer Bremsmaßnahmen vorbeizudrücken. Was völlig aus dem Blickfeld zu geraten droht, sind die Reformforderungen nach strukturellen Veränderungen und einer inhaltlichen Neubestimmung des Gesundheitswesens.

Was hier alles geopfert wird, erkennt man, wenn man sich vor Augen führt, daß die seit langer Zeit bestehenden Mißstände im Gesundheitswesen zum allergrößten Teil weiterbestehen: Bis zu einer wirklichen grundlegenden Verbesserung der psychiatrischen Versorgung ist es noch ein sehr weiter Weg. Angesichts der zunehmenden gesundheitlichen Belastungen der Arbeitswelt wäre es notwendig, das einst formulierte Programm einer „Humanisierung der Arbeitswelt“ zur Verwirklichung zu führen. Das öffentliche Gesundheitswesen in der Bundesrepublik befindet sich in einem Zustand schwerer Funktionsbeeinträchtigung. In allen seinen Bereichen

können die offenen Planstellen, die seit Jahren verwaist sind, bis heute noch nicht wieder besetzt werden. Es ist dort ein regelrechter personeller Schrumpfungsprozeß eingetreten. Zugleich wäre es erforderlich, die Aufgaben und Ziele dieses Bereiches besonders im Hinblick auf die gesundheitlichen Gefahren durch Umweltverseuchung neu zu definieren und die Kompetenz der Gesundheitsämter zum Eingreifen gegen gesundheitsschädigende Umweltverseuchung zu erweitern.

Es ist das Verdienst der neuen ökologisch und alternativ orientierten Gesundheitsbewegung, auf schwerwiegende inhaltliche Deformierungen unseres Gesundheitssystems aufmerksam gemacht zu haben. Zunehmend wird erkannt, daß die zeitgenössische Medizin mit ihrem hochentwickelten technologischen Apparat der Diagnostik und Therapie in ihrer gegenwärtigen Struktur nicht nur Positives leistet, sondern auch erhebliche Schäden anrichten kann, weil die wirklichen individuellen Bedürfnisse des Patienten im durchorganisierten Ablauf z. B. der Krankenhausversorgung unterzugehen drohen. Die zeitgenössische Medizin berücksichtigt nicht ausreichend die Veränderungen im Krankheitsspektrum, die zunehmende Bedeutung psychischer Destabilisierung und das massenhafte Auftreten streßbedingter Gesundheitsschäden. Die beiden Gesundheitstage in Berlin 1980 und in Hamburg 1981 haben gezeigt, daß es an der Zeit ist, Aufgaben und Ziele des Gesundheitswesens zu überprüfen, um eine humane Alternative des Umgangs mit Krankheit und Gesundheit zu finden.

Dies alles wird gefährdet durch das Anziehen der staatlichen Sparschraube und die beginnende Auflösung des Versicherungsschutzes der Sozialversicherten. Es geht nun offensichtlich an die Substanz der Krankenversicherung, die durch jeden weiteren Schritt vom Solidarprinzip weg in gefährlicher Weise ausgehöhlt werden würde. Die Haushaltsoperationen für 1982 sind, soweit sie das Gesundheitswesen betreffen, durchaus schon in Übereinstimmung mit den Forderungen aus den Regierungskreisen in den USA nach sozialem Abbau, damit nur ja die Aufrüstungsmaßnahmen, die uns von dort aufgezwungen werden sollen, von uns mitfinanziert werden können.

Es ist deshalb eine konsequente Reaktion auf die aktuelle Entwicklung, wenn der Widerstand gegen die Militarisierung des Gesundheitswesens ergänzt wird durch den Widerstand gegen die durch Sparmaßnahmen eingeleitete beginnende soziale Erosion des Gesundheitswesens.

Hans Mausbach

1) Vgl. Gilder, G.: Reichtum und Armut, Berlin 1981.
Der Autor gilt als maßgeblicher Berater der Gruppierung um Ronald Reagan.

Die Friedensinitiative im Berliner Gesundheitswesen

Am Anfang waren wir nur ein paar Leute, die sich dachten: „Warum eigentlich nur „Künstler für den Frieden?“ Können wir als Mediziner nicht auch einen ganz spezifischen Beitrag zur Friedensdiskussion leisten?

Inzwischen sind wir schon ganz schön viele – und wir sind eine richtige „Gruppe“ geworden. Wir treffen uns immer Montag abends im „Berliner Gesundheitsladen“, diskutieren, planen und sprechen ab, wer zu anderen Friedens-Veranstaltungen geht, zu denen wir als „Gesundheits-Fachleute“ eingeladen werden. Wir streiten uns über die beste Form von Flugblättern und Stelltafeln und über tausend Fragen, die uns im Zusammenhang mit unserer Arbeit entstehen. Und gehen hinterher in die Pizzeria nebenan zum Biertrinken und Tortellini-Essen. . .

Wir: das sind insgesamt rund 40 Leute zwischen 20 und 50 Jahren, die alle irgendwas mit dem Gesundheitswesen zu tun haben: Krankenschwestern und -pfleger, Ärztinnen und Ärzte, Arzthelferinnen, Psychologen, Medizinstudenten. Natürlich ist immer nur ein Teil der Leute da: Nacht- und Schichtdienste, andere Termine oder einfach „Null Bock“ halten den einen oder anderen schon mal ab – aber ungefähr zwanzig Leute sind wir eigentlich jedesmal. Manche haben vorher noch nie politisch gearbeitet, andere waren oder sind in der Gewerkschaft, in Frauengruppen oder anderen Arbeitskreisen aktiv.

Wir alle hatten so ein Gefühl: jeder redet davon, daß er Frieden will – ob Reagan, Brezhnev, Schmidt oder Strauß – und trotzdem wird immer weiter gerüstet, wird die Situation immer bedrohlicher. Können wir denn irgendwie Einfluß nehmen, daß wirklich Frieden bleibt (oder hergestellt wird) und daß tatsächlich abgerüstet wird?

Ausgangspunkt für uns als im Gesundheitswesen Arbeitende war das geplante „Gesundheitssicherstellungsgesetz“. Es erschien uns so unsinnig, sich per Gesetz auf eine medizinische Versorgung im Kriegsfall vorzubereiten, statt dafür zu sorgen, daß es zu einem Krieg gar nicht erst kommt!

Wir haben wir uns zusammengefunden? Den Anfang bildete eine Veranstaltung der ÖTV: „Schützt uns die Katastrophenmedizin vor dem Atomtod?“ Der Bericht eines Arztes über medizinische und ökologische

wir nicht einseitig, wenn wir nur von unserer Seite den Verzicht auf die neuen Mittelstreckenraketen fordern; können wir ohne Gefahr für die eigene Sicherheit für konkrete Abrüstungsschritte eintreten?

Auf dieser Veranstaltung wurde beschlossen, mit allen Interessierten weiter an dem Thema zu arbeiten und gezielt im Gesundheitswesen Unterschriften für den „Krefelder Appell“ zu sammeln.

Unsere Unterschriftensammlung an den Berliner Krankenhäusern haben wir unter das Motto gestellt: „Wir können nicht täglich um das Leben des einzelnen ringen und dabei den möglichen Tod von Millionen in Kauf nehmen“. Knapp 4000 Unterschriften haben wir mit unserem Aufruf inzwischen bekommen.

Als nächstes haben wir uns dann schon an eine etwas größere Informationsveranstaltung, zusammen mit der „Ärzteinitiative gegen Atomenergie“, herangewagt. Rund-

Folgen eines nuklearen Krieges ließ wenig Hoffnung auf mögliche medizinische Hilfe. Und die politische Einschätzung eines Gastreferenten von der „Aktion Sühnezeichen“ über Rüstung und „Nachrüstung“ gab Anlaß zu heftigen Diskussionen. Entscheidende Fragen immer wieder: sind beide Machtblöcke gleich aggressiv; sind



Foto: Arbeiterfotographie Berlin-West

funk und Presse wurden informiert und so machten die lokalen Programmzeitschriften, ein Teil der Tagespresse und das Radio vorab auf unsere Veranstaltung aufmerksam. Zu unserer Freude kamen ein paar hundert Leute in dem überfüllten Saal zusammen. An diesem Abend zeigten wir auch den Film „War Game“, der (von der BBC gedreht) sehr anschaulich und schreckenerregend die Folgen eines Atomangriffs zeigt. Viele, die jetzt bei uns mitarbeiten, sind durch diesen Film erst aufgerüttelt worden, selbst etwas tun zu wollen.

Übrigens scheint uns das ein wichtiger Punkt zu sein, wenn man Leute anspricht und informiert: sie gleich auch zum Selbst-Mitmachen zu motivieren. Sonst entsteht leicht Resignation: „Natürlich, es ist alles schrecklich – aber was kann man denn schon dagegen machen?“ Also verdrängt man's lieber, sonst hält man es nämlich nicht aus!

Für die Bonner Demo haben wir dann schon einen ganzen Waggon für uns gechartert, haben ein Transparent gemalt und sind gemeinsam hingefahren. Und danach kam dann auch schon die bundesweite Friedenswoche heran und wir mußten überlegen, was wir dazu machen wollten . . .

Ein ungelöstes Problem dabei ist, wie wir unser eigenes Informationsbedürfnis mit den Aktivitäten nach außen verbinden können. Bis jetzt ist die theoretische Arbeit immer ein bißchen hinter der praktischen zurückgetreten. Aber wir alle verfolgen viel aufmerksamer die Nachrichten in den Medien; durch die Diskussionen in der Gruppe erhält man neue Informationen, erfährt andere Standpunkte und wird angeregt, zu bestimmten Fragen ganz gezielt etwas nachzulesen.

Momentan machen wir Informationsstände in der Fußgängerzone oder an anderen publikumsreichen Plätzen. Wir wollen damit an die Betroffenheit der einzelnen appellieren. Denn eigentlich müßte doch jeder Atembeklemmungen bekommen, wenn er sich vorstellt, was da eines Tages auf uns zukommt. Würde es sie nicht schlaflose Nächte kosten, wenn die Leute sich mal klarmachten, wie es nach einer Atomexplosion aussieht?

Natürlich kommt es uns nicht auf Panikmache an, sondern darauf, daß aus dieser Angst, die auf sehr realistischem Boden steht, ein Impuls wird: „Das will ich nicht, ich will dagegen etwas tun, ich will diesen Wahnsinn verhindern.“

Das „positive Image“, das Ärzte und Krankenschwestern haben, wollen wir einsetzen, um es den Leuten schwerer zu machen, einfach an uns vorbeizulaufen und

uns als „Spinner“ aus ihrem vorweihnachtlichen Harmoniebild auszublenden. Deshalb stellen wir uns in weißen Kitteln, mit Stethoskop, Namensschild und Berufsbezeichnung auf die Straße.

Mit Plakaten wollen wir auf möglichst sinnliche Weise klarmachen, was da hinter unserer aller Rücken gespielt wird, wie uns Sand in die Augen gestreut wird mit dem Gerede von der „Nachrüstung und dem Gesundheitssicherstellungsgesetz“. Wir haben einen Büchertisch mit einem Angebot an allgemeinverständlicher Literatur über die Rüstungspolitik der letzten Jahre und über die medizinischen Auswirkungen einer Atombombenexplosion zusammengestellt. Und natürlich liegt der „Krefelder Appell“ aus. Viele haben bereits unterschrieben, aber ebensoviele haben davon gehört und hatten keine Gelegenheit zur Unterschrift, sind einfach bisher an keiner Liste vorbeigekommen.

Um uns auf die Diskussion auf der Straße vorzubereiten, haben wir an einem Abend „Straße“ gespielt: Welche Argumente oder auch Fragen werden kommen; was sagt der Berliner, der sich morgens in der U-Bahn hinter der Zeitung vergräbt, wenn er was von Frieden hört? – Und was antworte ich?? – Einige von uns haben mit großer Hingabe und viel Realismus „Berliner“ gespielt („Wenn wir die neuen Raketen nicht kriegen, kommen morgen die Russen und fallen über uns her!“ „Jawoll – ich weiß, wie es ist, ich war selber in Rußland!“) und die anderen mußten versuchen, sie zu überzeugen. Das Spiel fanden wir noch sehr lustig – als wir dann aber auf der wirklichen Straße die gleichen von Vorurteilen und BZ-Plattheiten geprägten Argumente hörten, fanden wir's schon nicht mehr so lustig.

Jedenfalls war das Argumentationsspiel aber sehr hilfreich und hat uns selbst zu Themen geführt, mit denen wir uns inhaltlich noch weiter beschäftigen wollen:

- Was sind eigentlich die Ursachen von Kriegen?
- Wie friedlich oder kriegerisch ist die Sowjetunion?
- Welche Alternativen gibt es zur heutigen Sicherheitspolitik?

Klar ist, daß wir zu diesen Fragen unterschiedliche Einschätzungen haben und daß es nicht unser Anspruch ist, in allen Punkten übereinzustimmen. Unsere gemeinsame Basis ist, daß wir für eine friedenserhaltende Politik und für konkrete Abrüstung in Ost und West eintreten. Wir wollen aus der Aufrüstungsspirale jetzt aussteigen und sehen als ersten und dringlichsten Schritt die Verhinderung des NATO-Beschlusses an.

Barbara Winkelmann
Constanze Jacobowski

WECHSELWIRKUNG

Zeitschrift

für
TECHNIK NATURWISSENSCHAFT
GESELLSCHAFT



SCHWERPUNKT Biotechnologie — Leben als Produktionsmittel

WECHSELWIRKUNG berichtet über politische Aktivitäten im naturwissenschaftlich-technischen Bereich, Gewerkschaftsarbeit und soziale Konflikte.

WECHSELWIRKUNG analysiert die soziale, politische und ökonomische Funktion von Wissenschaft und Technik und zeigt deren Perspektiven und Alternativen auf.

WECHSELWIRKUNG ist ein Diskussionsforum für Naturwissenschaftler, Ingenieure und Techniker.

WECHSELWIRKUNG erscheint vierteljährlich.

Schwerpunkt:

Biotechnologie: Der Finger in der Tür
* Ein neuer sanfter Weg? * Wie sicher ist die Gentchnologie? * Frauen und Reproduktionstechnologie * Saat und Chemie * Organismen, Mechanismen und das vergessene Subjekt *

Weitere Themen:

Gespräch mit M. Cooley * Computer-generierte Literatur * Von Schreibmaschinen und Tippmädels * Funkausstellung * Ärzte gegen Atomenergie * Asbest * UNO-Weltenergiokonferenz * Zur Zeitschrift FUSION *

Bestellungen an WECHSELWIRKUNG
Gneisenaustr. 2, 1000 Berlin 61
DM 5.– Einzelheft
DM 20.– Abonnement für 4 Hefte (incl. Versandkosten).

erscheint vierteljährlich

„CS“ – das Kampfgas der Zukunft?

Reizkampfgase wie „CS“ haben im Einsatz bei Kriegen und Demonstrationen eine lange Geschichte. Ihre Wirkung und die Nebenwirkungen werden bewußt verharmlost und verschwiegen. So auch die Wirkung von „CS“, dem neuen Kampfgas der Polizei, das die USA bereits in Vietnam einsetzten.

Der Ursprung der Verwendung von chemischen Kampfstoffen findet sich im militärischen Bereich. Seit dem Ersten Weltkrieg ist der gefechtsmäßige Einsatz der unterschiedlichsten Arten von Reiz- und Giftgasen aus der modernen Kriegsführung nicht mehr wegzudenken. Tabun, Senfgas, Grünkreuz – um nur die bekannteren Stoffe zu nennen – fanden sich im Arsenal aller kriegsführenden Mächte. Nach der Genfer Konvention, deren Bestätigung durch die UNO 1969 sich außer Portugal, Australien und den USA alle Staaten der Vereinten Nationen angeschlossen haben, ist der Einsatz von chemischen Waffen unter Einfluß von „Tränengasen“ und anderen Reizstoffen international geächtet. Diese Vereinbarung richtet sich nur gegen die Anwendung solcher Waffen und sieht kein Verbot der Produktion vor.

Der Zweck der Anwendung chemischer Waffen im Kriegsfalle ist, wie der aller anderen Waffen auch, die Erreichung der Kampfunfähigkeit gegnerischer Verbände, sprich die Tötung von zum Feind erklärten fremden Staatsangehörigen. Die Funktion von Reiz- und Tränengasen im Gefechtsfeld kommt im englischen Ausdruck „mask breaker“ klar zum Ausdruck: Gegnerische Truppen entledigen sich unter Einwirkung dieser Stoffe ihrer Gasmasken bzw. verlassen ihre Unterstände und sind so dem kurz darauf folgenden Beschuß mit Giftgasen schutzlos ausgesetzt. Reizkampfstoffe erweitern also den taktilchen Spielraum kriegsführender Verbände erheblich und sind zudem unter Gefechtsbedingungen für den Anwender relativ gefahrlos zu handhaben.

Diese „Vorteile“, das Ausbleiben der unmittelbaren tödlichen Wirkung, die relativ sichere Handhabung und zugleich verheerende Auswirkungen auf die Kampfkraft des Gegners ließen Reizkampfstoffe schon frühzeitig auch für die Zwecke polizeilichen Einsatzes äußerst interessant erscheinen. In diesem Bereich gilt die Genfer Konvention ohnehin nicht, weil es sich bei der Polizei gemäß der Haager Landkriegsordnung um keine „kämpfende Truppe“ handelt. Daher findet sich in den Waffenar-

senalen fast aller Polizeien dieses ideale Aufruhrbekämpfungsmittel, mit dem innerhalb kürzester Zeit Menschenansammlungen wirkungsvoll zerstreut werden können. Ziel bei der polizeilichen gefechtsmäßigen Anwendung dieser Kampfstoffe ist hier erklärtermaßen nicht die physische Liquidierung der Betroffenen, sondern die „ebenso wirksame wie harmlose“ Beseitigung eines „Aufruhropotentials“. Ausgehend von den Eigenschaften dieser Mittel, die sie für diesen Zweck hervorragend geeignet erscheinen lassen, vertreten Politiker die Verwendung von chemischen Waffen mit dem Argument, diese seien besonders human, weil sie weder Schädigungen noch tödliche Gefahren bei den Betroffenen verursachen, trotzdem aber in ihrer Wirksamkeit unübertroffen seien.

Die Einführung von CS bei der bundesdeutschen Polizei

Zur Behauptung der Unschädlichkeit dieser Stoffe wird im folgenden noch einiges von naturwissenschaftlicher Seite zu sa-

gen sein; zunächst wollen wir jedoch auf einige Widersprüche aufmerksam machen, die uns anhand der Diskussion um die Einführung des neuen Reizstoffes „CS“ bei der bundesdeutschen Polizei aufgefallen sind.

Wenn „Tränengase“ wirklich keine Schädigungen bei Betroffenen hervorrufen, dann wäre es nicht notwendig, Untersuchungen über die toxikologischen Eigenschaften bei unterschiedlichen Verabreichungsformen dieser Stoffe in Auftrag zu geben und die Ergebnisse dann unter Verschluß zu halten. Eine Studie der Fraunhofer-Gesellschaft in Schmallenberg kommt übrigens zu dem Schluß: „CS“ sei „entschieden“ der „Reizstoff der Wahl“, aufgrund des Vergleiches der Gefährlichkeit des zur Zeit in polizeilicher Anwendung befindlichen Chlorazetophenons (CN) mit dem höheren Sicherheitsfaktor bei der Anwendung von „CS“. In den USA wird nämlich CN für den Verlust von mehr als einhundert Augen verantwortlich gemacht, und auch aus einer bundesdeutschen Augenklinik wird von einer Augenverletzung durch CN berichtet,



die eine vollständige Erblindung nach sich gezogen hat. Mit Sicherheitsfaktor wird in der Toxikologie allgemein das Verhältnis zwischen der Konzentration, bei der man Schadwirkungen nachweisen kann, und der gesetzlich erlaubten Maximalkonzentration eines Schadstoffes bezeichnet; im Falle „CS“ bedeutet aber Sicherheitsfaktor das Verhältnis zwischen Wirkungsschwelle und tödlicher Dosis! Und eben dieser „Sicherheitsfaktor soll bei „CS“ um einiges größer als bei CN sein, wofür Demonstranten auch noch dankbar zu sein haben!

Uns fällt daran allerdings weniger der humanitäre Aspekt auf als vielmehr die Tatsache, daß der Vergleich zweier Stoffe bezüglich ihrer Schadwirkung ja wohl eine Kenntnis der Gefährlichkeit dieser Stoffe unterstellt, und diese übrigens auch im Kalkül der Entscheidungsträger enthalten ist. Diese „humane“ Kalkulation mit Leib und Leben von Demonstranten hat zudem unseres Wissens bislang keineswegs zu einem sofortigen Verbot der Anwendung von CN geführt, obwohl die Gefährlichkeit dieses Kampfstoffes – und sei es auch nur die relative – damit offen zugegeben wird. Und das Argument für „CS“, bei seiner Anwendung sinkt die Wahrscheinlichkeit von Todesfällen, verschlägt einem schlicht die Sprache.

Ein weiteres Eingeständnis der Gefährlichkeit dieser Stoffe findet sich in der geflissentlichen Betonung der Existenz von strengen Vorschriften für die polizeiliche Anwendung von Reizkampfstoffen. Diese dürfen z.B. nicht in geschlossenen Räumen zum Einsatz gelangen, Beimischungsobergrenzen in Wasserwerfern müssen eingehalten werden, Sprühgeräte dürfen nur in einem genau bestimmten Mindestabstand eingesetzt werden, Polizisten mit CS-Waffen müssen beim Einsatz Gasmasken tragen etc. Solche Einsatzbeschränkungen und -vorschriften wären bei tatsächlich ungefährlichen Stoffen ziemlich sinnlos.

Darüber hinaus ist mit der Existenz dieser Vorschriften noch lange nichts über deren wirkliche Einhaltung gesagt, so daß ihre Überschreitung einkalkuliert und entschuldbar ist: Im Zweifelsfalle sind der Übereifer einzelner Beamter oder die Unübersichtlichkeit der Situation schuld, in manchen Fällen werden offensichtliche Verletzungen der Anwendungsvorschriften einfach mit ihrer jedem ersichtlichen Notwendigkeit begründet.

Wirksubstanz und Nebenwirkungen

Beide bisher genannten, unter der verharmlosenden Bezeichnung „Tränengase“ geführten Stoffe, das o-Chlorbenzyliden-Malodinitril (CS) und Chlorazetonphenon (CN) sind giftige chemische Substanzen. Die Wirkung auf den menschlichen Orga-

nismus ist eine Funktion der applizierten Dosis und des Aufnahmeweges in den Körper. „CS“ wird vermutlich in den Zellen des menschlichen Organismus in Zwischenstufen bis zu dem toxisch wirkenden Zyanid, der Wirksubstanz von Zyankali abgebaut. Tierexperimente zeigten vergleichbare Symptome bei einer Vergiftung mit Zyanid und „CS“. Bei oraler Aufnahme ist reines Zyanid nur etwa zehnmal giftiger als „CS“.

Die Symptome einer Vergiftung durch Einatmen von „CS“ können je nach Schwere folgendermaßen beschrieben werden:

- starke Reizwirkung auf Augen und obere Atemwege
- schwere Bindegautentzündung der Augen innerhalb weniger Sekunden, starke Schmerzen im Bereich der Schleimhäute, Tränenfluß
- brennendes Gefühl in der Brust, Beklemmungs- und Angstgefühle, unkontrollierter Speichelfluß, Nasenbluten
- Atembeklemmung, Bewußtlosigkeit, Lungenentzündung, Lungenödem, Tod durch Atemstillstand.

Der Grad der Wirkung von Reizkampfstoffen ist abhängig von der aufgenommenen Dosis und der individuellen Konstitution des Betroffenen. So sind Fälle von allergischen Hautreaktionen und Überempfindlichkeit gegen „CS“ berichtet worden. Das Aufbringen von „CS“ auf die Haut bewirkt starkes Brennen, welches durch Feuchtigkeit ins Unerträgliche verstärkt wird. Die Hautwirkungen bleiben auch nach gründlichem Waschen einige Zeit bestehen und können zu Erythemen und Blasenbildung führen. Diese Reaktionen sind vergleichbar dem Erscheinungsbild von Verbrennungen ersten und zweiten Grades.

Die akute Toxizität von „CS“ bei der Aufnahme über die Lungen beträgt nach Angaben der WHO 10 000 mg-min/m³ (Wert für die LC₅₀, d.h. bei einer Überlebensrate von 50%). Ernste Lungenschädigungen sind jedoch bereits bei Konzentrationen von 2700 mg-min/m³ zu erwarten. Das bedeutet, daß bei versprühten Konzentrationen, die alle Demonstranten innerhalb von 10 Sekunden kampfunfähig machen sollen, bereits nach ca. 6 Minuten Aufenthalt ernste Lungenschäden hervorgerufen werden, und nach etwa 20 Minuten jeder zweite mit dem Tod zu rechnen hat. Diese Berechnung gilt für Personen mit einem mittleren Atemminutenvolumen (AMV) von ca. 10 l/min., also Personen mit ruhigem Verhalten. Bei starker körperlicher Anstrengung (Laufen, Klettern) können sich diese Zeitspannen um bis zu 50% verkürzen.

Die Anwendung von Reizgasen in geschlossenen Räumen, die wiederholt vorgekommen ist, birgt besondere Gefahren für die Betroffenen, da eine sofortige Flucht aus dem Wirkungsbereich erschwert bis unmöglich ist. Werden in einem Raum von

300 m³ Rauminhalt, etwa einer Kneipe, nur zwei Handgranaten vom üblichen Typ XM 54 gezündet, müßten die Besucher spätestens innerhalb von 5 Minuten den Raum verlassen, um nicht mit bleibenden Lungenschäden rechnen zu müssen; jeder 15 Minuten überschreitende Aufenthalt im vergasten Raum wäre für jeden zweiten Besucher tödlich. Körperliche Anstrengung (Erhöhung des AMV) würde hierbei den Zeitraum entsprechend verkürzen.

Beim Einsatz von Kampfgasen (vor allem CN) in Wasserwerfern muß mit starken Hautirritationen gerechnet werden, die in einzelnen Fällen Ausmaße von Verbrennungen ersten und zweiten Grades annehmen können. Diese Wirkung ist besonders auf das chemisch verseuchte Mikroklima, das sich zwischen durchnähter Kleidung und der Haut bildet, zurückzuführen. Bekanntlich kann es bei Verbrennungen zweiten Grades, die sich über mehr als ein Drittel der Hautoberfläche erstrecken, zu einem Kreislaufkollaps kommen, der unmittelbar medizinischer Versorgung bedarf. Zur Verhinderung dieser Gefahr müßten sich Betroffene unmittelbar ihrer Kleidung entledigen und sich intensiv reinigen können; dies ist insbesondere bei Festnahmen während Demonstrationen nicht der Fall. Und über die Wirkungen von „CS“ auf Alte, Kranke und Kinder können nur Mutmaßungen angestellt werden.

Langzeitschäden bisher nicht erforscht

Wenn bisher nur von akuten Schädigungen die Rede war, so hat das einen einfachen Grund: Langzeit- bzw. Spätschäden, die auch bei nur einmaligem Ausgesetztsein auftreten, sind bislang nicht genügend erforscht worden, obwohl anzunehmen ist, daß auch unterhalb des Bereichs direkt nachweisbarer Schadwirkung ein vielfältiges Wirkungspotential dieser Stoffe sich entfaltet, über dessen Schwere keine sicheren Erkenntnisse besteht. Auch über mögliche kanzerogene und teratogene Wirkungen von Kampfgasen ist bisher nicht geforscht worden, was angesichts des Wissens über die akute Gefährlichkeit eine unglaubliche Nachlässigkeit darstellt.

Zusammenfassend läßt sich feststellen, daß es sich bei den Reizkampfstoffen „CS“ und CN um akut gesundheitsgefährdende Stoffe handelt, die bei Anwendung vielfältige gesundheitliche Schäden im kurz- und mit großer Wahrscheinlichkeit auch im langfristigen Bereich hinterlassen. Die bereits bekannten Schadwirkungen dieser Stoffe werden jedenfalls von ihren Anwendern bewußt einkalkuliert, was immerhin mit dem Grundgesetz in vollem Einklang steht: Dort heißt es: „Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. (...) In diese Rechte darf nur aufgrund eines Gesetzes eingegriffen werden.“

Hans Joachim Uth
Hendrik Jepp

Datenschutz in der Medizin

Datenschutzrecht – Informationsweitergabe – Mißbrauchmöglichkeiten – Forschung und Datenschutz

DG-Gespräch mit Wolfgang Schimmel (GMD), Jurist, Mitarbeiter der Gesellschaft für Mathematik und Datenverarbeitung

DG: Das Datenschutzrecht ist ein relativ junges Rechtsgebiet. Für Ärzte und medizinisches Hilfspersonal gilt aber schon traditionell das Gebot der Verschwiegenheit. Hat nun das Datenschutzrecht (das BDSG) neue Datenschutzregeln aufgestellt oder sind die wesentlichen Grundsätze schon in der „ärztlichen Schweigepflicht“ enthalten?

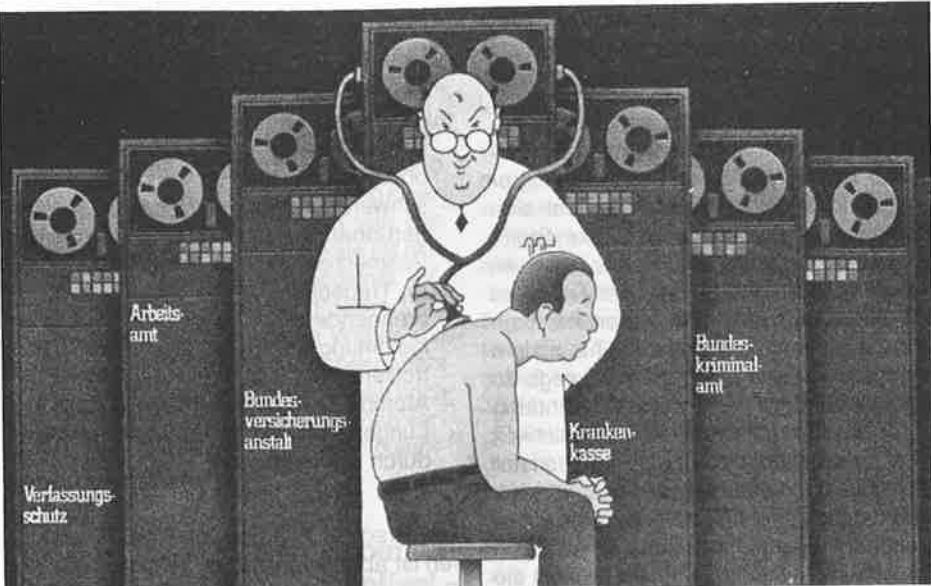
Wolfgang: Die wichtigste Datenschutzregel zum Datenschutz in der Medizin bestand sicher schon im Rahmen der ärztlichen Schweigepflicht, aber das Datenschutzrecht hat natürlich neue Regelungen hinzugebracht. Das Datenschutzrecht regelt aber nicht die Übermittlung – die „Offenbarung“ – von Daten, sondern auch die Speicherung, Veränderung und Löschung. Das heißt nicht, daß diese Vorschriften im Datenschutzrecht alle qualitativ neu sind; Vorschriften zur Datenspeicherung und -veränderung gab es schon früher im Rahmen der Grundsätze über die Aufbewahrung von ärztlichen Unterlagen und standesrechtlicher Regelungen.

DG: In den letzten Jahren sind die Probleme der Informationsweitergabe im Bereich der Sozialversicherungsträger relevant gewesen und es hat auch von Seiten des Bundes eine Initiative zur Vereinheitlichung der Sozialversicherungsträger gegeben.

Wolfgang: Ja, dahinter steckt wohl in erster Linie ein Kostenersparnisargument. Man will verhindern, daß aufwendige ärztliche Untersuchungen oft bei verschiedenen Stellen wiederholt werden, z.B. einmal für die Rehabilitation und später für die Rentenzugang. Aus diesem Grund soll die Speicherung medizinischer Befunde standardisiert werden. Das ist auf der einen Seite sicher sinnvoll, weil dadurch auch unter Umständen belastende Untersuchungsverfahren – etwa im Bereich der Röntgendiagnostik – reduziert werden können. Es fragt sich allerdings, ob eine solche „Standarduntersuchung“ allen Aspekten der Begutachtung für verschiedene Sozialversicherungsträger genügen kann.

DG: Nun wird ja gerade von verschiedenen ärztlichen Standesorganisationen dagegen polemisiert, daß überhaupt bei Sozialversicherungen und Krankenkassen medizinische Daten gespeichert werden.

Wolfgang: Es gibt in diesem Zusammenhang immer zweierlei Gefahren, weil es auch immer zweierlei Betroffene gibt.



Wenn die Krankenversicherungen Angaben über Heilbehandlungen speichern, dann ist Betroffener der Patient und der Arzt.

Der Hintergrund dieser ganzen Kontroverse ist wohl der: einerseits will sich die Ärzteschaft nicht gern allzu sehr in die Behandlungspraxis hereinreden lassen; andererseits aber müssen die Krankenkassen die Heilbehandlungen finanzieren und beanspruchen daher eine gewisse Kontrollfunktion. Wohl zu recht: Ein System kann auf Dauer nicht finanziert werden, wenn die zahlungspflichtige Instanz ihrer Verpflichtung stets aus der Perspektive des blinden Dritten neben dem Versicherten und dem Arzt nachzukommen hat, ohne zu wissen, wofür sie nur noch den Geldbeutel aufmachen muß. Dies ist der Hauptaspekt der Kontroverse zwischen Ärzten und Krankenkassen.

Wenn man die Datenskandale betrachtet, die von der Ärzteschaft publik gemacht worden sind, so kann man feststellen, daß es sich zumeist um Fälle handelt, die im Zusammenhang mit Untersuchungen der Krankenkassen über das wirtschaftliche Verhalten der Ärzte stehen:

Es gab da diesen ersten Skandal bei der AOK Lindau, der zeitlich sehr stark korrelierte mit dem Skandal um Sewering, dem später eine – für die Kassen – sehr kostenintensive Arbeitsweise nachgewiesen wurde.

In Lindau hat die AOK im Rahmen einer Untersuchung über die Wirtschaftlichkeit von Heilbehandlungen Daten an ein kommerzielles Unternehmen zur Datenerfas-

sung herausgegeben. Ein Angestellter dieses Unternehmens hat daraufhin wohl in einer Kneipe „Interessantes“ aus Krankenakten der AOK herumerzählt.

Dieser „Skandal“ kam gerade rechtzeitig, konnte man doch belegen, daß Daten aus der Heilbehandlung bei den Kassen nicht sicher unter Verschluß waren; nebenbei wurde so auch die der Ärzteschaft sicher nicht angenehme Untersuchung der AOK Lindau unter Beschuß genommen.

Nun wurde in Lindau gewiß gegen das Sozialgeheimnis verstoßen. Die gravierenden Fälle liegen nicht darin, daß im Einzelfall einmal nachlässig oder böswillig Geheimnisse ausgeplaudert werden, sondern in einer systematischen Verwendung von Daten gegen die Interessen des Betroffenen. Das ist aber bei einer Überprüfung von Heilbehandlungen auf Wirtschaftlichkeit und Effektivität nicht so ohne weiteres zu unterstellen.

Soweit zur Datenübermittlung an die Krankenkassen unter dem Aspekt der Kontrolle.

Mittlerweile gewinnt aber auch ein zweiter Gesichtspunkt an Bedeutung:

Die Kassen haben auch von ihrer ökonomischen Situation her ein Interesse, eine effektive Krankheitsvorsorge und Krankheitsverhinderungsstrategie aufzubauen.

Die führt jetzt dazu, daß die Kassen anfangen, die bisher im Keller oder im Archiv aufbewahrten Krankenakten zur systematischen und wissenschaftlichen Aufbereitung auf den Rechner zu übernehmen.

DG: Wenn nun aber so große Datenmengen und so detaillierte Datenangaben über Patienten in Maschinen gespeichert werden, besteht auch die Gefahr, daß diese nicht nur an die Versicherungen weitergeleitet werden, sondern auch an sonstige Stellen, die ein Interesse an ihnen bekunden. Welches sind die Hauptinteressenten für solche Daten?

Wolfgang: Es gibt die – rechtlich einwandfreie – systematische Datenübermittlung an den Arbeitgeber. Diese Datenübermittlung enthält allerdings nur die Information, daß der erkrankte Arbeitnehmer eine zeitlang arbeitsunfähig ist. Die Diagnose selbst wird nicht angegeben.

Auf Seiten des Arbeitgebers gibt es natürlich ein gewisses Interesse daran zu erfahren, welches der Hintergrund dieser Erkrankung ist. Es gibt Fälle, in denen trotzdem Daten übermittelt werden. So hat zum Beispiel die Industriegewerkschaft Druck und Papier im Tarifvertrag für Bildschirmarbeitsplätze vereinbart, daß in regelmäßigen Zeitabständen auf Kosten des Arbeitgebers eine Augenuntersuchung durchzuführen ist. Es hat sich dann nach relativ kurzer Zeit herausgestellt, daß Ärzte dazu übergehen, das Ergebnis dieser Untersuchung nicht nur dem untersuchten Arbeitnehmer mitzugeben, sondern auch dem Arbeitgeber direkt zu übermitteln.

DG: Vergrößert denn eigentlich die Einführung der neuen Technologien für die Datenübermittlung die Gefahr, daß persönliche Daten in die falschen Hände geraten?

Wolfgang: Ich glaube nicht, daß die Gefahr im Prinzip größer wird, daß Daten im Einzelfall mal an die falsche Stelle geraten, wenn aber einmal ein Fehler passiert, dann landen wesentlich mehr Daten in falsche Hände.

Noch schlimmer ist es, wenn ein technisches System einen Konstruktionsfehler in der Richtung aufweist, dann wird eben der Fehler zum System.

Wenn man sich z.B. die Koppelung ansieht zwischen Betriebskrankenkassen, betriebsärztlichem Dienst und Personalabteilung, dann findet man Informationssysteme, von denen diese drei Bereiche gleich-

zeitig betreut werden. Jedenfalls nach der Beschreibung des Systems ist ein wechselseitiger Zugriff, also etwa von seiten der Personalabteilung auf die Daten der Betriebskrankenkasse oder umgekehrt nicht möglich. Ich halte diese Zusicherung auch durchaus für glaubhaft. In Einzelfällen dürfte durchaus unproblematischer sein, einen direkten persönlichen Kontakt herzustellen. So gibt es ein weitverbreitetes Mißtrauen gegen Betriebskrankenkassen eben wegen dieser Nähe zum Arbeitgeber, weil Beschäftigte sich nicht unbedingt darauf verlassen können, daß Angaben, die bei der Betriebskrankenkasse liegen, dem Arbeitgeber generell unbekannt bleiben.

DG: Kann man denn für die Leute, die im Krankenhaus arbeiten, bestimmte Gelegenheiten nennen, bei denen sie besonders vorsichtig sein müssen mit der Weitergabe von Daten?

Wolfgang: Aus meiner persönlichen Erfahrung kann ich sagen, daß die Beschäftigten im Krankenhaus, speziell die Ärzte, sich der Schweigepflicht durchaus bewußt sind, daß sie allerdings nicht unbedingt das richtige Problemverständnis dabei haben.

Allerdings fehlt es manchmal auch von vornherein an der notwendigen Sensibilität für Schweigepflicht und Datenschutz.

In einem größeren Krankenhaus in Berlin hat man z.B. die gesamte Belegliste des Krankenhauses, die im Computer gespeichert war, ausgedruckt und im Eingangsbereich aufgehängt. Man konnte also da lesen, Herr X liegt in der Neurochirurgie und Herr Y in der Abteilung für ansteckende Krankheiten auf der Isolierstation. Grund für den Aushang: Man wollte den Pförtner entlasten, der sonst immer den Besuchern Auskunft geben mußte. Vielleicht eine „praktische“ Lösung, aber doch ein glatter – inzwischen abgestellter – Verstoß gegen die ärztliche Schweigepflicht; diese umfaßt nicht nur die Verpflichtung geheimzuhalten, wer welche Krankheit hat, auch über die Tatsache einer Heilbehandlung muß insgesamt Stillschweigen gewahrt werden.

Das heißt: Personen, die der Schweigepflicht unterliegen, müssen überall dort

„vorsichtig“ sein, wo eine Offenlegung von Angaben in Frage steht, die ihnen aus ihrer Berufstätigkeit her bekannt sind. „Unsensible“ oder gar „freie“ Daten gibt es im Bereich der medizinischen Versorgung nicht.

Trotzdem hat man manchmal den Eindruck, daß Daten an Arbeitgeber und Versicherungen großzügiger übermittelt werden als an nahe Verwandte.

DG: Gibt es eigentlich bei den Krankenhäusern auch so eine Datenschutzklausel, die man unterschreiben muß, wenn man aufgenommen wird? Ist das üblich?

Wolfgang: Es gibt einen Versuch der Deutschen Krankenhaus-Gesellschaft, eine solche Freizeichnungsklausel zu formulieren. Die ersten Entwürfe, die dazu herausgekommen sind, würden letztlich bedeuten, daß der Patient mit der Aufnahme in das Krankenhaus auf seine sämtlichen Rechte aus dem Datenschutzgesetz verzichtet.

DG: Die medizinische Forschung ist darauf angewiesen, Daten über den Krankheitsverlauf von einzelnen Personen zu sammeln, zu speichern und insgesamt auszuwerten. Ich denke da z.B. an Krebsregister und ähnliche Datensammlungen, um Langzeitstudien zu ermöglichen.

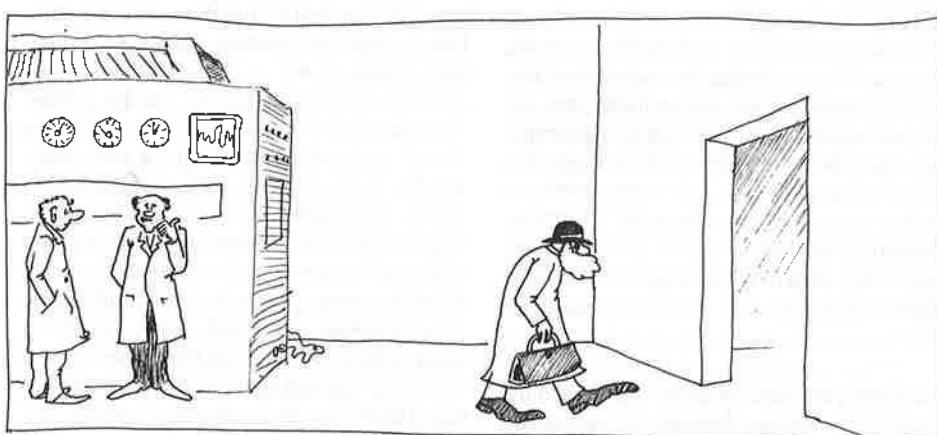
Wolfgang: Das sind eigentlich zwei Fragen.

Die eine ist, was man überhaupt davon hält, daß Daten für wissenschaftliche Auswertungen aus dem Behandlungsverhältnis zwischen Arzt und Patienten entnommen werden, um gewisse Zusammenhänge erkennen zu können. Hinter dem Datenschutz – d.h. hier: Geheimhaltung von Daten aus einer Heilbehandlung – steht im Grunde genommen die Vorstellung, daß Krankheit ein individuelles Phänomen ist, welches sich am effektivsten oder allein dadurch bekämpfen läßt, daß sich das mehr oder weniger zufällig erkrankte Individuum einer bestimmten Behandlung unterzieht. Dieses Verständnis von Krankheit – radikal verstanden – schließt es natürlich auch aus, daß Möglichkeiten entwickelt werden, um Krankheiten von vornherein zu verhindern.

Die zweite Frage bezieht sich auf Sinn und Zweck der Einrichtung spezieller Datenbanken wie z.B. etwa Krebsregister.

Es ist mir nicht möglich, abschließend die wissenschaftliche Funktion etwa solcher Register zu beurteilen. Allein aus praktischen Überlegungen heraus bin ich jedoch skeptisch, weil die generelle Aussagefähigkeit des Registers für alle möglichen Fälle voraussetzen würde, daß alle potentiellen Fragestellungen bereits beim Aufbau des Systems mitberücksichtigt werden könnten.

Man kann also im Grunde genommen auf diese Weise nur das „herausbekommen“, was man zunächst „hineingesteckt“ hat.



„Die Arbeitgeber versuchen doch mit immer neuen Tricks an unsere Gesundheitsdaten zu kommen.“

Zeichnung: Thorsten Müller

Die Existenz eines solchen Registers allein wird einen gewissen prägenden Einfluß auf den Forschungsprozeß haben, es sei denn, man könnte für jede neue Hypothese im nachhinein zusätzlich Daten erheben und ins Register einfügen.

Nimmt man beide Aspekte der Frage zusammen, so wird die Kluft zwischen dem „Vertrauensverhältnis“ zwischen Arzt und Patient einerseits und hochgesteckten Zielen der Forschung deutlich.

Es wäre allerdings falsch, hier nur mehr die Alternative „Datenschutz oder Gesundheitsschutz“ zu sehen. Wenn derzeit beklagt wird, wie schwer an Daten für medizinische Forschung heranzukommen sei, dann nur deshalb, weil sich weithin die Auffassung breit gemacht hat, eine „freie Wissenschaft“ brauche sich vor niemandem, auch nicht dem „Daten“-Objekt, das Gegenstand ihrer Untersuchungen ist, zu rechtfertigen.

Eine medizinische Forschung, die ihre Ziele offenlegt, die belegt auf einen besseren Gesundheitsschutz hinzuarbeiten, dürfte auch am Datenschutz nicht scheitern.

DG: Was ist im Zusammenhang mit dem Phänomen „Krankheit“ ein relevantes Datum?

Wolfgang: Problemlos ist die Definition des medizinischen Datums als irgendeines naturwissenschaftlichen Befunds, der in der medizinischen Fachsprache festgehalten ist.

Eine Unterscheidung zwischen medizinischen und anderen Daten ist demgegenüber nicht möglich, wenn man von einem Konzept der psychosomatischen oder psychosozialen Medizin ausgeht. Dann gehört nämlich zum medizinischen Datum auch die Wohnsituation, die familiäre Situation, die Arbeitsplatzsituation usw.

Die Informationstechnik leistet jetzt durch die ihr immanente Standardisierung von Begriffen und Befunden der ohnedies bestehenden Tendenz Vorschub, nur die harren Fakten zu berücksichtigen, den Menschen im Endeffekt stark auf seine biologischen Komponenten zu reduzieren.

DG: Aber diese mangelhafte Basis für Interpretationen bleibt ja auch mangelhaft, wenn diese Daten dann weitergegeben werden an Stellen, die außerhalb dieses medizinischen Bereichs liegen.

Wolfgang: Ja, dann wird es in der Tat katastrophal, wenn ein solches Elektrokardiogramm nicht mehr nur von dem behandelnden Arzt oder dem Vertrauensarzt der Krankenkasse gelesen wird, sondern auch von einem Bankmanager, der sich Gedanken darüber macht, ob der Betroffene „kreditwürdig“ ist oder nicht.

Das Gespräch führten Reinhard Linz und Gregor Weinrich

KONGRESSBERICHTE



MEDICA 1981

Die MEDICA, eine der größten internationalen Ausstellungen mit gleichzeitigem Fortbildungskongreß in Düsseldorf, steuert neuen Besucherrekorden entgegen. Wurden im vorigen Jahr mehr als 52 000 Besucher gezählt, so erwarten die Veranstalter in diesem Jahr neue Rekorde. Was macht die Anziehungskraft dieser Ausstellungs-Fortbildungsveranstaltung aus? Auf 12 000 qm Ausstellungsfläche präsentieren Pharma- und Geräteindustrie eine unübersehbare Anzahl von neu entwickelten oder bereits auf dem Markt bekannten Produkten. Informationsschriften, von Werbeagenturen marktgerecht und auch für den Laien verständlich gestaltet, sind in reichlicher Anzahl zu bekommen. Informationen über die neueste Entwicklung des Marktes gibt es nicht nur für Ärzte und Krankenhausverwaltungen, die im allgemeinen über Investitionen entscheiden. Hier informieren sich gerade auch Schwestern, Pfleger, MTA's und andere Beschäftigte aus dem Gesundheitssektor. Abends geht es dann schwer beladen mit Broschüren und kleinen Werbegeschenken nach Hause. Die parallel angebotenen Fortbildungsveranstaltungen reichen von Balint Gruppen bis zum Koloskopie-Kurs. Es gibt Seminare für MTA's und Arzthelferinnen. Auch die Pharmaindustrie und diverse Berufsverbände bieten Veranstaltungen an. Unverkennbar sind die Veranstaltungen auf die Interessen der niedergelassenen Ärzte ausgerichtet. Dies macht sich im Aufbau und der Konzeption der Veranstaltungen bemerkbar. Zudem gibt es Seminare über Datenverarbeitung in der ärztlichen Praxis und über die Praxisorganisation.

Der Erfolg der Medica ist im Grunde nur mit einem erheblichen Mangel an regionaler Fortbildung für die verschiedenen Berufsgruppen, gepaart mit dem Interesse an

kommerziellem und rationellem Einsatz der Medizintechnik zu erklären.

Berufspolitische Akzente

Wie sich Ärzteschaft und sicher auch die Industrie die Entwicklung im Gesundheitswesen angesichts einer kaum zu bremenden Kostenexplosion vorstellen, skizzierte Prof. Dr. H. Bourmer, Präsident der Ärztekammer Nordrhein, bei der Eröffnung der Medica so:

„Die Klinische Medizin muß daher von bestimmten Aufgaben entlastet werden, wenn sie nicht bald an die ökonomischen Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit stoßen soll. Innerhalb des Krankenhauses selbst ist eine Unterstützung und damit Entlastung des Arztes durch eine verstärkte Delegation an die Angehörigen der medizinischen Komplementärberufe möglich und notwendig . . . Die Entlastung der Klinischen Medizin sollte vor allen Dingen aber durch eine Neuorientierung des Ambulanten Sektors erfolgen, in dem die medizinischen, technischen und personellen Kapazitäten entsprechend ausgebaut werden müssen.“

Der kleiner werdende finanzielle Kuchen soll somit verstärkt auf die niedergelassenen Ärzte umverteilt werden. In verstärktem Maße sollen Prävention und Rehabilitation sowie ambulantes Operieren auf die niedergelassenen Ärzte übergehen. Angesichts der Investitionen, die für solche Aufgaben erforderlich sind, erscheint das Ziel einer Kostendämpfung als sehr fragwürdig. Zudem ist es nicht verwunderlich, wenn, angesichts der jetzt bestehenden Mängel der ambulanten Versorgung, eine stärkere Kooperation der Ärzte in Gemeinschaftspraxen, Praxisgemeinschaften und Praxiskliniken gefordert wird. Ärztliche Kooperation ist kein Schimpfwort mehr, wenn die Freiheit für Patient und Arzt, insbesondere die ökonomische Freiheit des Arztes zu sichern ist.

Gregor Weinrich

Novalgin – zum letzten?

Bundesgesundheitsamt lässt Hintertüren offen

Von Ingeborg Simon

Im Juni 1981 veranstaltete das Bundesgesundheitsamt (BGA) eine Sondersitzung zur Nutzen/Risiko-Abschätzung Pyrazolon-haltiger Arzneimittel (Ihr prominentester Vertreter ist Novalgin von Hoechst¹⁾). Hier wurden die den Pyrazolonen zugeschriebenen Risiken Schock und Agranulocytose bestätigt, striktig blieb die Bestimmung des Risikoausmaßes. Schon damals erschien das von einigen Sachverständigen gewünschte Verbot dieser Substanzgruppe unwahrscheinlich, darum konzentrierte sich alles auf die Frage: totale oder abgestufte Rezeptpflicht für die Pyrazolone? Die schon für Ende Oktober 1981 angekündigte Entscheidung des BGA fiel erst im Dezember 1981 – ein Indiz für die arzneimittelpolitische Brisanz dieses Themas.

Am 10. 12. 1981 lud das BGA zu einer Pressekonferenz, auf der sein neuer Präsident – Professor Überla – eine Erklärung zu den von seiner Behörde beabsichtigten Maßnahmen für Pyrazolon-haltige Arzneimittel abgab. Das Amt schlägt dem Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit für die Pyrazolon-haltigen Mittel die Unterstellung unter die Verschreibungspflicht vor – ausgenommen ist Phenazon. Das BGA erwägt weiter u.a. die Einschränkung der Anwendungsbereiche, besonders gestaltete Packungsbeilagen für jedes Arzneimittel, ausführliche Beschreibungen der Nebenwirkungen und Warnhinweise auf den Umhüllungen. Als Stichtage für die vorgesehenen Maßnahmen nennt das BGA bei Monopräparaten den 1.7. 1982 und bei den Kombinationspräparaten den 1.10. 1982. Entsprechend der Auffassung des BGA, daß es unter den Pyrazolon-haltigen Arzneimitteln ein Risikogefälle gibt – von Metamizol über Propyphenazon zu Phenazon – wurde zur Risikoabwehr ein abgestufter Maßnahmekatalog vorgelegt. Dem risikoreichsten Stoff – dem Metamizol – gelten die weitreichendsten Maßnahmen. So soll der verordnende Arzt zukünftig Metamizol bei schweren Schmerzzuständen nur da einsetzen, wo andere Schmerzmittel kontraindiziert sind, bei schweren (septischen) Fieberzuständen nur, wenn andere Maßnahmen ohne Erfolg blieben (mit einem Warnhinweis bei der Verwendung zur Fiebersenkung), kurzfristig bei großen spastischen und Tumorschmerzen. Nicht zum Einsatz kommen darf es bei Säuglingen unter 3 Monaten und 5 kg, bei Säuglingen über 3 Monaten und Kleinkindern nur unter kritischer Bewertung des Einzelfalls, nicht bei Blutdruck unter 100 mm Hg oder instabiler Kreislaufsituation etc. Während für Propyphenazon und Phenazon dieselben Maß-

nahmen gelten wie für ihre Kombinationen mit zusätzlichen Wirkstoffen, werden für Metamizol in Kombinationsmitteln weitere Einschränkungen bis hin zum Widerruf der Zulassung (= Verbot) vom BGA erwogen. Als kritisch erwähnt werden ausdrücklich die Kombinationen von Metamizol mit zentral erregenden Substanzen, zentral dämpfenden Substanzen (Antihistamine, Barbiturate), Chinin, seinen Salzen und Derivaten, zentral wirksamen Analgetica, anderen Analgetica/Antirheumatica (Salicylate, Phenacetin, Paracetamol, Phenylbutazon) und Glucocorticoiden.

Diese vom BGA am 10. 12. 1981 öffentlich vorgestellten Maßnahmen wurden der Industrie bereits am 7. 12. 1981 schriftlich zugestellt nach vorhergegangenen „vertraulichen Kontakten“. Sie hat nun bis Ende Januar 1982 Gelegenheit zu Stellungnahmen – betroffen sind 500 Hersteller mit ca. 1400 Präparaten. Die endgültige Entscheidung über die Verschreibungspflicht trifft das Bundesgesundheitsministerium nach Anhörung eines Sachverständigenrates und Zustimmung des Bundesrates. Bis dahin bleibt alles beim alten – zumindest bis zum 1.7. 1982.

Der Kompromißcharakter der vom BGA erwogenen Maßnahmen ergibt sich aus der im bga-pressedienst publizierten Amtseinschätzung: „Ein generelles Anwendungsverbot, wie es vielfach in der Öffentlichkeit gefordert wurde, läßt sich nach dem gegenwärtigen Erkenntnisstand ebenso wenig rechtfertigen wie eine Beibehaltung des gegenwärtigen Zustandes, die von den betroffenen Herstellern teilweise erwartet wurde.“ Zwischen dieses „Alles oder Nichts“ placierte das BGA seine Vorschläge. Reichen sie aus? Werden sie den Verbraucherinteressen nach mehr Arzneimittelsicherheit gerecht? Starke Zweifel sind angebracht. Warum? 1. Phenazon wird trotz seiner für die Pyrazolone typischen Risiken Schock und Agranulocytose nicht rezeptpflichtig! Das Amt begründet diese Empfehlung mit der verhältnismäßig geringen Zahl der eingegangenen Risikomeldungen für Phenazon. Wer die Unzulänglichkeiten der herrschenden Meldepraxis kennt, muß diese Begründung als unzureichend zurückweisen. Diese Ausnahmeregelung für Phenazon verstößt nicht nur gegen das Bedürfnis erhöhter Arzneimittelsicherheit, sie bietet gleichzeitig auch den Herstellern die Möglichkeit – und das BGA signalisierte bereits Entgegenkommen – Metamizol und Propyphenazon zukünftig durch Phenazon zu ersetzen.

2. Das BGA – genauer sein Präsident – zeigt ungefragt einen zweiten Ausweg, um

die Last der geplanten Verschreibungspflicht beiseite zu schieben: er macht die über die Verschreibungspflicht entscheidenden Politiker ausdrücklich auf die gesetzliche Möglichkeit aufmerksam, Kleinstpackungen Metamizol-haltiger Mittel von der Rezeptpflicht auszunehmen. Mit diesem Angebot unterläuft Überla die Bemühungen des BGA um eine wirksame Einschränkung des Metamizolverbrauchs und überläßt diesen Stoff weiterhin der Selbstmedikation, die gerade bei Metamizol auch bei kurzfristiger Anwendung und geringer Dosierung gefährlich sein kann.

3. Die Aufforderung an die Ärzte, andere Arzneimittel bei Schmerzen einzusetzen und die eingeschränkten Anwendungsbereiche strikt einzuhalten, haben lediglich Appellcharakter. Hier fehlen die konkreten Möglichkeiten, die Einhaltung der angeordneten Maßnahmen laufend zu überprüfen. Die Bemühungen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, auf das Verordnungsverhalten der Kollegen mit Alternativvorschlägen einzuwirken²⁾, müssen hinsichtlich ihrer Durchschlagskraft eher skeptisch beurteilt werden.

4. Die vom BGA vorgeschlagenen Fristen sind angesichts der drohenden Risiken zu lang.

Alles in allem: zuviel Kompromißbereitschaft des BGA gegenüber der pharmazeutischen Industrie, zu viele Hintertüren für die Hersteller, um einschneidenden Auflagen auszuweichen.

Überla betonte auf der Pressekonferenz, mit den Maßnahmen sei kein Radikal-schlag zur Reduzierung des Angebots auf den Umfang einer Positivliste beabsichtigt! Schade! Genau das wäre angemessen im Interesse der Arzneimittelverbraucher und ihrer Sicherheit.

**Unsere Forderungen lauten deshalb:
Die sofortige generelle Verschreibungspflicht für alle Pyrazolon-haltigen Arzneimittel!**

Das schnelle Verbot aller als medizinisch bedenklich eingestuften Kombinationsmittel der Pyrazolone!

**Verbrauchergerechte Packungs-informations (mehrsprachig) mit konkreten Handlungsanweisungen bei auftretenden Nebenwirkungen!
Die Verpflichtung der Hersteller, dem BGA monatliche Umsatzentwicklungen bekannt zu geben, um dem Amt so die Möglichkeit zu geben, die Effizienz der von ihm erlassenen Auflagen zu überprüfen.**

1) vgl. DG 4/81

2) vgl. Deutsches Ärzteblatt, Heft 50

Reform und Gegenreform im italienischen Gesundheitswesen

Eine Bilanz nach zwei Jahren Gesundheitsreform in Italien

Am 1. Januar ist in Italien ein Gesetz über eine radikale Umstrukturierung des Gesundheitswesens in Kraft getreten, das – im westeuropäischen Vergleich gesehen – vorbildliche und geradezu revolutionäre Bestimmungen enthält:

– Gleichheit der Vorsorgung:

Die Gleichheit der Behandlung und die Garantie der medizinischen Versorgung für jeden Bürger soll durch Auflösung der über 200 Krankenkassen und die Errichtung eines nationalen Gesundheitsdienstes erreicht werden. Das starke Nord-Süd-Gefälle in der medizinischen Versorgung soll durch eine gesamtstaatliche Programmierung in mehrjährigen Gesundheitsplänen ausgeglichen werden.

– Betonung der Vorbeugung:

Der Vorbeugung wird im Gesetzesentwurf eine wichtige Rolle zugesprochen. Hierzu wird die organisatorische Vereinigung vorbeugungs-, diagnostisch therapeutischer und rehabilitations-medizinischer Dienste in sogenannten lokalen Gesundheitseinheiten (USL-Unità sanitaria locale) angeordnet. Wegen des engen Zusammenhangs zwischen Vorbeugung und Beteiligung der betroffenen Bürger ermöglicht das Gesetz eine Bürgerbeteiligung auf verschiedenen Ebenen des Gesundheitsdienstes. Da Risikofaktoren in den Arbeits- und Lebensbedingungen am ehesten im Rahmen überschaubarer Gebiete bekämpft werden können, ist eine weitere Dezentralisierung notwendig: Die lokalen Gesundheitseinheiten USL werden in „Basis-Gesundheitsdistrikte“ unterteilt.

– Globales Verständnis von Krankheit:

Damit Krankheit besser im Zusammenhang mit den Lebensumständen und der körperlich-psychischen Gesamtheit des Menschen gesehen werden kann, werden nicht nur vorbeugende, kurative und rehabilitative Medizin auf der Ebene von USL und Basis-Gesundheitsdistrikten koordiniert, sondern auch medizinische und soziale Dienste.

Gesundheitskämpfe vor der Reform

Dieses Gesetz konnte nur deshalb zustande kommen, weil Italien das einzige Land ist, in dem die Gesundheit ein Thema des Kampfes der Volksmassen geworden ist, wie der gesundheitspolitische Verantwortliche der Kommunistischen Partei, Giovanni Berlinguer, feststellte (zit. in 1., S. 12).

Elemente der aktuellen Reform waren bereits Bestandteil der Politik der Partisanenrepubliken, besonders in Venetien: die De-

zentralisierung und die Vereinigung medizinischer und sozialer Dienste (1, S. 11).

Ende der fünfziger Jahre fordern die Gewerkschaften eine Dezentralisierung des Gesundheitssystems und eine umfassende Vorbeugung.

Zwischen 1969 und 1972 kommt in Italien viel in Bewegung, so auch im Gesundheitswesen: autonome Gruppen gründen „rote Ambulanzen“, feministische Selbsterfahrungsgruppen und freie Abtreibungskliniken (2, S. 4). Die Gewerkschaften organisieren große Streiks für den Schutz der Gesundheit. 1972 wird auf dem inzwischen berühmt gewordenen Gewerkschaftskongress von Rimini der Zusammenhang zwischen vorbeugendem Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz und Arbeiterbeteiligung betont. Die Vorbeugung darf nicht an technische Spezialisten delegiert werden (3, S. 7). In diesem Klima entstanden in kommunistisch-sozialistisch verwalteten Städten lokale sozial-medizinische Einheiten, wo zum ersten Mal das Konzept der Vereinheitlichung von Vorbeugung, Diagnose und Therapie und Rehabilitation, von sozialer und medizinischer Betreuung verwirklicht wurde.

Hierbei stützte man sich auf die Theorien des KP-linken Professors Maccacaro und der von ihm gegründeten gewerkschaftlich-orientierten „Medicina democratica – Kampfbewegung für die Gesundheit“. Die linken Gesundheitsarbeiter dieser Organisation spielten beim Aufbau der alternativen Projekte eine entscheidende Rolle (2, S. 6f.), so daß in seinem Grußschreiben an den Nationalkongress 1980 von Medicina democratica der damalige Gesundheitsminister Aniasi schrieb: „Die Rolle von Medicina democratica in der Vorbereitung der Gesundheitsreform ist zweifellos fundamental. Sie ist in konkrete Initiativen eines neuen Typs epidemiologischer Forschung gemündet sowie in vorbeugende und kurative Aktivitäten im Territorium.“ (5, S. 3)

Diesen Aktivitäten der Gesundheitsarbeiter, linken Kommunalverwaltungen und Gewerkschaften entsprachen gesetzgeberische Initiativen der Linksparteien: nach der Choleraepidemie in Neapel 1973 brachten die Linksparteien neue Gesetzentwürfe ins Parlament ein (1, S. 12). 1970 bereits wurde mit dem sogenannten „Arbeiterstatut“ eine vorbeugende arbeitsme-

dizinische Kontrolle unter starker Arbeiterbeteiligung gesetzlich eingeführt. 1978 wurden wesentliche Inhalte der alternativen Psychiatriuprojekte von „Psichiatria democratica“ zum Gesetz erhoben.



Zu dieser außergewöhnlichen Dynamik im italienischen Gesundheitswesen schreiben Fleissner u.a.: „Aus dem Spannungszustand zwischen großen medizinischen Problemen und geringer Effizienz des medizinischen Versorgungssystems – in Verbindung mit einem hohen Stand des politischen Bewußtseins in der Arbeiterklasse – entwickelte sich eine starke Bewegung für eine umfassende Reform des Gesundheitswesens . . .“ (zit. in 1, S. 11)

Bilanz der Gesundheitsreform

Zwei Jahre sind nun seit dem Inkrafttreten des Reformgesetzes vergangen. Konnten

die großen medizinischen Probleme angegangen und die Wirksamkeit der Versorgung gesteigert werden?

Es deutet alles darauf hin, daß trotz vorbildlicher Basiskämpfe und Gesetze auch heute noch für das italienische Gesundheitswesen gilt, was Medicina democratica 1979 anklagte: „Eine teure und unwirksame Versorgung.“ Denn als z. B. die Nationale Koordination von Medicina demo-

radikale Umstellung der Organisation erstmal zusätzliches Chaos und oft auch nur eine Umorganisation der Kanäle der Vetternwirtschaft erreicht hat.“ Diese Einschätzung bestätigten auch Mariagrazia Midulla und Stefano Ferracuto von Medicina democratica bei einem Gespräch in Rom.

Es wäre jedoch irreführend, diese Situation einer zeitlich begrenzten Umstellungsphase zuzuschreiben, nach der die mit Organisationstalent angeblich nicht gerade geschlagenen Italiener die Sache schon in Griff bekämen. Die Gründe liegen tiefer: Alessandro Seppilli, Direktor des Zentrums für Gesundheitserziehung der Universität Perugia, schreibt hierzu: „Die Umorganisation fällt in eine . . . sehr kritische Phase unserer Gesellschaft. Es ist nicht verwunderlich, wenn in dieser Phase die Unzufriedenheit solche Ausmaße erreicht.“ (7, S. 7) Was mit dieser „kritischen Phase“ gemeint ist, erläutert Medicina democratica: „Wenn in den zurückliegenden Jahren die Arbeiterklasse einen starken Anstoß eines generellen Konzeptes für eine Gesellschaftsveränderung gab. . . , wird heute das individuelle Interesse, das Private. . . als Antwort auf die anstehenden Probleme gegeben.“ (5, S. 1) Dieser Zustand – inzwischen als „riflusso“ (Rückfluß) im italienischen Sprachgebrauch allgemein bekannt – wirkt sich auch auf das Kräfteverhältnis im Gesundheitswesen aus:

Seppilli beschwert sich z. B., daß „nicht einmal von Seiten der Kräfte. . . , die die Reform gewollt haben“, eine genügende Aufklärungsarbeit betrieben würde, um die Reform voranzutreiben (7, S. 12). Medicina democratica ist besonders enttäuscht von den Gewerkschaften: „Die ökonomischen Schwierigkeiten haben dazu geführt, daß der Kampf für die Gesundheit zurückgestellt wird. . . Die falsche Gegenüberstellung von Gesundheit und Arbeitsplatzsicherung“ habe viele Betriebsräte dazu gebracht, sich um die Gesundheit nicht mehr genügend zu kümmern. Darüber hinaus habe ein großer Teil der Gewerkschaften die Theorie angenommen, die „sozialen Probleme seien von allgemeinem Interesse. . . und sollten deshalb an staatliche und lokale Behörden delegiert werden.“ (3, S. 7) Die Folgen solcher Auffassungen für das Konzept einer Vorbeugung mit und durch Beteiligung der Betroffenen liegen auf der Hand.

Diese Schwächung reformerischer Positionen (wie ich sie hier nur sehr unvollständig andeuten konnte) hat „eindeutig gegenreformerischen Phänomenen“ (Seppilli, a.a.O.) das Feld überlassen:

Die Offensive der Gegenreform

Diese Gegenreform beschränkt sich nicht auf die Unterlaufung der gesetzlichen Bestimmungen, sondern das Gesetz selbst ist ein Kompromiß zwischen fortschrittlichen

und gegenreformerischen Kräften. Schließlich muß es uns schon stutzig machen, daß das Gesetz mit Zustimmung aller im Parlament vertretener Parteien – mit Ausnahme der neofaschistischen MSI – verabschiedet worden ist. Hieraus ergibt sich folgendes Bild der aktuellen gesundheitspolitischen Gegenoffensive:

1. Sparpolitik und Rationalisierung

Die im Gesetz angedeuteten Reformprojekte sind nicht nur finanziell ungenügend abgesichert, sondern das Gesetz selbst enthält starke Elemente eines Kostendämpfungsgesetzes: Bis 1982 sollen die öffentlichen Gesundheitsausgaben nur 6,5% des Bruttosozialproduktes betragen, was 1980 etwa 44 Mrd. DM entsprach. Im Vergleich hierzu gab die BRD 1979 10,2% des Bruttosozialproduktes aus, was 143 Mrd. DM entsprach! (8, S. 12f.). Die Verwendung dieser Mittel soll laut Gesetz im Nationalen Gesundheitsplan festgelegt und zentralstaatlich überwacht werden (8, S. 349). Die finanzielle Planung und Überwachung wird erst durch die klare Gliederung des Nationalen Gesundheitsdienstes möglich (Basis-Gesundheitsdistrikte, Lokale Gesundheitseinheiten USL, Regionen, Zentralstaat – gegenüber dem bisherigen Wirrwarr lokaler, staatlicher und den Versicherungen gehörender Einrichtungen). Allein diese Spar- und Rationalisierungsstrategie genügt, um ein so wichtiges Konzept wie z.B. die Vorbeugung aus der italienischen Realität zu streichen. Medicina democratica schreibt: „Die für die Vorbeugung zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel sind völlig unzureichend. Man begreift also, was mit ihr passieren wird.“ (3, S. 19) Und man kann sich vorstellen, was es bedeutet, daß 1981 für die USL ein Einstellungsstopp verfügt wurde.

2. Staatliche Verschleppung

Während die Sparpolitik in der Realität auch eingehalten wird (es ist einfach kein Geld da), kann man von einer tatsächlichen Rationalisierung nicht sprechen, weil der Nationale Gesundheitsplan bereits seit eineinhalb Jahren überfällig ist und dementsprechend auch die einzelnen Regionen ihre Pläne nicht verabschieden können, weil sie finanziell vom Zentralstaat abhängig sind. Von 33 Anschlußgesetzen und -dekreten, für deren Verabschiedung bzw. Erlass im Gesetz genaue Fristen vorgesehen sind, sind 1979 nur 11 durch die Regierung veranlaßt worden. (1, S. 23).

Dem deutschen Beobachter muß es unverständlich erscheinen, daß die Regierung hiermit nicht nur reformerische Inhalte sabotiert, sondern gleichzeitig auch ein großangelegtes Rationalisierungsinstrumentarium aus der Hand gibt. Es wäre zu oberflächlich, dies (wie in 8) auf das durch die ständigen Regierungswechsel provozierte Chaos zurückzuführen, oder aber auf das allgemeine italienische Chaos, das jeder deutsche Italiendentourist z. B. durch die sommerlichen Zugverspätungen kennt.



cratica im März 1981 eine erste Bilanz der Gesundheitsreform zog, hieß es: „Wir sehen keine positiven Veränderungen des italienischen Gesundheitssystems.“ Zwar habe sich die Organisationsstruktur verändert, aber es sei weder zu Fortschritten bei der Vorbeugung und bei der Bürgerbeteiligung, noch zu einem globaleren Krankheitsverständnis oder zu einem Ausgleich der regionalen Versorgungsgefälle gekommen (5, S. 2). Und Prof. Giovanni Renga, Direktor des Instituts für Präventivmedizin der Universität Ancona, gegenüber DG: „Die heutige Praxis garantiert nicht die Vorbeugung, und sie bringt nicht einmal eine Rationalisierung der traditionellen Kurativmedizin, weil man durch die

Wichtiger ist, daß starke Strömungen der regierenden Democrazia Cristiana sich eher den ökonomischen Einzelinteressen einzelner Berufsgruppen und Wirtschaftszweige verpflichtet fühlen als einem abstrakteren Rationalisierungsinteresse. Und ein am Boden liegender Nationaler Gesundheitsdienst erschließt den privaten Kliniken, Arztpraxen, Laboratorien und Versicherungen einen einträglichen Markt (siehe Punkt 4).

3. Halbherzige Formulierungen des Gesetzes

Die zentralen Punkte der linken Reformdiskussion sind zwar im Gesetz durchaus enthalten, aber in dermaßen abstrakten Formulierungen, daß sie leicht unterlaufen und ihrer eigentlichen Inhalte beraubt werden können:

Die Prävention erscheint in den konkreten Formulierungen nur noch als die Überwachung der Einhaltung gesetzlicher Normen des Arbeits- und des Umweltschutzes durch die Gesundheitsbehörden. Die Bürgerbeteiligung auf verschiedenen Ebenen ist ebenfalls im Gesetz vorgesehen, hier geht das Gesetz jedoch über sehr abstrakte Formulierungen überhaupt nicht hinaus.

Für die Vorbeugung bedeutet das u.a.: Die besondere Berücksichtigung von Bevölkerungsgruppen mit ähnlichen Gesundheitsrisiken („homogene Gruppen“), wie Frauen, Kinder, Alte, Bewohner eines bestimmten Gebietes, ist im Gesetz ebensowenig vorgesehen wie deren Einbeziehung bei der Entdeckung und Beseitigung der Risikofaktoren.

Was den Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz anbelangt, so enthält das Gesetz eine eindeutige Verschlechterung gegenüber dem „Arbeiterstatut“ von 1970: Der Entdeckung vieler Gesundheitsrisiken am Arbeitsplatz und in der Umwelt wird durch die Einführung des sogenannten „Industriegheimnisses“ ein Riegel vorgeschnitten.

Auch die Basis-Gesundheitsdistrikte, in der Theorie der Gesundheitsreform der Knotenpunkt der täglichen sozial-medizinischen Basisversorgung, sind zwar im Gesetz vorgesehen, werden jedoch inhaltlich nicht weiter beschrieben. Die wesentlichen Inhalte dieser dezentralisierten Basisversorgung, wie sie z. B. auf der Weltkonferenz von Gesundheitsarbeitern in Alma-Ata 1978 gefordert und von italienischen Medizinsociologen und von Medicina democratica ausformuliert worden sind, laufen so Gefahr, nicht in die Praxis umgesetzt zu werden: Integration der verschiedenen sozialen und medizinischen Dienste in einem „sozial-medizinischen Zentrum“ für ein Wohngebiet, Überwindung der derzeitigen starren Rollentrennung zwischen den verschiedenen Gesundheits- und Sozialberufen und Schaffung eines neuen interdisziplinären Berufsbildes, Einbeziehung der Benutzer in

die Auseinandersetzung um ihre Gesundheit, weitestmögliche Zurückdrängung der Krankenhäuser zugunsten ambulanter und dezentraler Versorgung (5, S. 32f.).

Diese Inhalte finden sich im Wesentlichen auch noch 1979 in dem damaligen Entwurf des Gesundheitsministeriums für den Nationalen Gesundheitsplan wieder, während der aktuelle Entwurf in dem Kapitel über die „Distriktebene“ nur noch über den Arbeitsvertrag der dort beschäftigten Ärzte spricht. Das ursprüngliche Konzept der soziomedizinischen Basisversorgung ist also – zumindest auf nationaler Ebene – nicht mehr vorgesehen (6, S. 51.). Darüberhinaus wurde das bereits existierende Berufsbild des im Wohngebiet arbeitenden Krankenpflegepersonals abgeschafft (7, S. 11).

Eines der gefährlichsten Zugeständnisse des Gesetzes an die Gegenreform ist der große Spielraum, der der Privatmedizin gelassen wird:



4. Gegenangriff der Privatmedizin

Das durch die finanzielle Austrocknung, Verschleppung und inhaltliche Aushöhlung der Gesundheitsreform produzierte Chaos schafft einen Markt für die Privatmedizin, weil der Nationale Gesundheitsdienst dem Patienten nur Ärger bereitet. So mußte Mitte 1981, eineinhalb Jahre nach dem Inkrafttreten des Gesetzes, Medicina democratica eine „zunehmende Privatisierung“ der Gesundheitsversorgung feststellen (5, S. 32): Als das Gesetz in Kraft trat, unterboten sich die Privatkliniken in der Preisgestaltung ihrer Leistungen, Privatversicherungen gingen mit besonders günstigen Angeboten an die Öffentlichkeit, und sogar die staatliche Versicherungsgesellschaft „Assitalia“ bot mit großem Aufwand besonders günstige Privatversicherungs-Pollicen an (1, S. 23f.). Viele Ärzte, die ihrer Meinung nach beim Nationalen Gesundheitsdienst nicht genügend verdienen, behandeln nur unwillig die „Staatspatienten“ und wechseln so bald wie möglich zum privaten Sektor über.

5. Widerstand der Krankenhäuser

Prof. Renga berichtet vom Widerstand der Krankenhäuser, die sich dagegen wehren, in Strukturen der territorialen Betreuung (z. B. Poliambulatorien) umgewandelt zu werden. Auch hier hat der Gesetzgeber den Widerspenstigen eine Lücke offenge-

lassen: Die als Ausbildungs- und Forschungsstätte anerkannten Krankenhäuser sind nicht dem Nationalen Gesundheitsdienst unterstellt (z.B. alle Universitätskrankenhäuser). Seppilli bemerkt, daß viele Krankenhäuser beantragen, als „wissenschaftlich“ anerkannt zu werden, nur um eine ernsthafte Einbeziehung in den Gesundheitsdienst zu vermeiden (7, S. 12).

6. Widerstände und Untätigkeit in einzelnen Regionen

Stefano und Mariagrazia von Medicina democratica weisen bei unserem Gespräch in Rom auf die besonderen Probleme der süditalienischen Regionen hin, wo die Errichtung des Gesundheitsdienstes durch das Machtgefüge von Mafia und Democrazia cristiana verhindert würde. In der Region Basilicata beispielsweise hätten noch nicht einmal die USL ihre Arbeit aufgenommen.

Perspektiven für gesundheitspolitische Linke

„All das ist nicht die Reform, es ist vielmehr ein notwendiger Schritt zu ihr“, schreibt Seppilli, und im Hinblick auf die zur Zeit eher noch verschlimmerte Situation: „Es wäre absurd, das alles dem Bürger aufzubürden, wenn es nicht darum ginge, ein wirklich neues Gesundheitskonzept voranzubringen.“ (7, S. 7f.) Medicina democratica sieht eine Perspektive im Aufbau von „Beteiligungskomitees“ (Comitati di partecipazione) von der Basis her, die die vagen gesetzlichen Aussagen mit fortschrittlichen Inhalten füllen und an der Arbeit der USL und der Basis-Gesundheitsdistrikte einen tatsächlichen Anteil haben. So könnte das Reformgesetz „eine große Gelegenheit für die gesamte Bewegung des Kampfes für die Gesundheit“ werden (3, S. 8).

Für die demokratischen Gesundheitsarbeiter in der BRD ist die italienische Gesundheitsbewegung reich an praktischen Erfahrungen und wertvollen theoretischen Einsichten. Und die gegenwärtige Gegenoffensive kann uns etwas von den Schwierigkeiten bei ihrer Durchsetzung lehren.

Rüdiger Eschmann

LITERATUR:

- 1) Kriescher/Fauchs: Die Gesundheitsreform in Italien in: Argument Sonderband AS 73.
- 2) Das Gesundheitswesen als Nadeleöhr der Konterrevolution: Überfällige Notizen zum Fall Italien – in: Autonomie 7/81
- 3) Medicina democratica: Nr. 14/15, Februar-April 1979
- 4) Medicina democratica: Nr. 18/19, 1980
- 5) Medicina democratica: Nr. 23/24, 1981
- 6) Foglietta: Il distretto nel PSN e in Lombardia – in: Prospettive Sociali e Sanitarie, Nr. 10, Juni 1981
- 7) Seppilli: La riforma sanitaria: vogliamo parlarne sul serio? in: educazione sanitaria e medicina preventiva, Nr. 4/1, Januar-März 1981
- 8) Marburger Bund (Hrsg.): Das italienische Gesundheitswesen im Umbruch, Erlangen 1981

Berufliche Weiterbildung bedroht!

Sparmaßnahmen programmieren den Mangel an Unterrichtskräften im Pflegebereich vor

Im Rahmen des Ausgabenumverteilungs- und -kürzungsprogramms des Bundeshaushaltes 1982 hat der Bundestag im November u.a. beschlossen, das Arbeitsförderungsgesetz (AFG) zu ändern und durch das Arbeitsförderungskonsolidierungsgesetz (AFKG) zu ersetzen.

Über das AFG, das geschaffen wurde, um aktiv mit berufsqualifizierenden Maßnahmen in den Arbeitsmarkt einzutreten, werden u.a. Weiterbildungsmaßnahmen bezuschußt.

Schon 1976 wurden die Möglichkeiten für berufliche Weiterbildung erheblich eingeschränkt. Das Unterhaltsgehalt wurde von 80 auf 58 % des letzten Nettoeinkommens als Zuschuß gekürzt. Diese Leistung ist ab 1. 1. 1982 nur noch als Darlehnszahlung vorgesehen. Das bedeutet, daß die gesamte Aufstiegsfortbildung, die Krankenpflegepersonal im Interesse der Krankenhausträger zur Übernahme von leitenden und lehrenden Tätigkeiten befähigt, finanziell an die einzelne Person delegiert wird.

Seit etwa einem Jahr sind die Lehrgänge für Unterrichtskräfte und Pflegedienstleitung von einem auf zwei Jahre verlängert worden, da die bisherige Form der Weiterbildung sich als unzulänglich erwiesen hat. Die Darlehnssumme für zwei Jahre Unterhalt wird sich auf etwa 30 000 DM belaufen, deren Rückzahlung bei der niedrigen tariflichen Eingruppierung nach der Weiterbildung wohl kaum aufzubringen ist.

Es ist zu erwarten, daß in naher Zukunft gerade die Funktionen im Krankenhaus, die für einen ordnungsgemäßen Ablauf der Krankenversorgung wahrgenommen werden müssen, nur noch von dazu nicht ausreichend qualifizierten Personen ausgeführt werden.

„In Zeiten einer ungünstigen Entwicklung des Arbeitsmarktes ist es erforderlich, die Arbeitsförderung funktionsfähig zu erhalten, sie auf die besonderen arbeitsmarktpolitischen Bedürfnisse auszurichten und dabei den Grundsatz der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit besonders Rechnung zu tragen . . .“ heißt es in der Begründung der Bundesregierung.

Unter schlechter gewordenen wirtschaftlichen Bedingungen sind es wieder einseitig die Arbeitnehmer, die die Kosten zu tragen haben. Denn die Ausdehnung der öffentlichen Ausgaben für Bildung, Soziales und Arbeitslose sei schuld an der Schwäche der bundesrepublikanischen Wirtschaft; die hohen Steuern und Soziallasten hätten die Privatunternehmer so stark geschröpft, daß sie jede Lust an Produktion und Inve-

stition verloren hätten. Deshalb müsse eine drastische Einschränkung dieser öffentlichen Ausgaben – nicht jedoch für Rüstung, Polizei und Justiz – erfolgen, um das Leben für die Unternehmer wieder lebenswert zu machen. Die eingesparten Mittel müssen ihnen in Form von Steuererleichterungen, Investitionszulagen und anderen staatlichen Unterstützungen zur Verfügung gestellt werden.

Aber nicht nur die finanzielle Unterstützung der Lehrgangsteilnehmer wird verschlechtert, sondern auch das Angebot der Fortbildungsstätten wird eingeschränkt.

„Die Bundesanstalt erhält die Befugnis, im Einzelfall Art, Umfang, Beginn, Ort und Durchführung der Maßnahme nach pflichtgemäßem Ermessen zu bestimmen.“

Ausbildungsqualität gefährdet

Die Arbeitsverwaltung erhält hier die Befugnisse, auch inhaltlich in die Weiterbildung einzutreten. Indem sie die Dauer und die Form (z.B. Vollzeit- oder berufsbegleitender Unterricht) von Maßnahmen bestimmt, wird die Qualität der Ausbildung nach „wirtschaftlichen“ Gesichtspunkten eingeschränkt.

„Es ist dem Antragsteller in der Regel zu zumenten, die Maßnahme mit den geringsten Kosten zu besuchen, wenn zwei oder mehr gleichwertige Bildungsmaßnahmen angeboten werden, durch deren Besuch das angestrebte Bildungsziel erreicht werden kann.“ (Alle Zitate aus „Bundestagsdrucksache 9/846“).

Unter den zwölf Fortbildungseinrichtungen, die eine Weiterbildung zur Unterrichtskraft anbieten, befinden sich vier in gewerkschaftlicher Trägerschaft. Wenn jedoch eine kirchliche Einrichtung näher liegt und kostenmäßig günstiger, billiger kalkuliert – wobei Kosten und Qualität natürlich in einem bestimmten Verhältnis stehen –, kann die Arbeitsverwaltung verlangen, die Ausbildung in dem kirchlichen Institut zu durchlaufen.

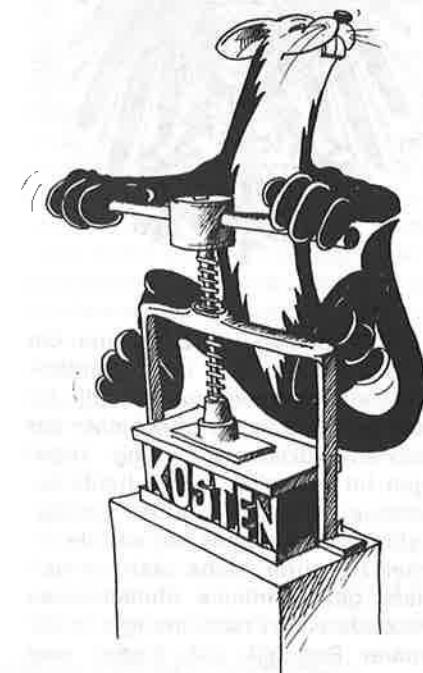
Auswirkungen der Sparbeschlüsse

Gibt es schon heute einen akuten Mangel an Unterrichtsschwestern und -pflegern – das Verhältnis Lehrer – Schüler liegt heute etwa bei 1:50, während die EG-Richtlinien von einer Relation 1:15 ausgehen –, so wird er sich zukünftig noch vermehren, da kaum jemand diese finanzielle Belastung auf sich nehmen kann. Je weniger Lehrkräfte an den Kranken- und Kinderkran-

kenpflegeschulen zur Verfügung stehen, desto weniger Krankenschwestern und -pfleger können ausgebildet werden, von der Qualität der Ausbildung ganz zu schweigen. Die Konsequenz ist, daß Krankenpflegeschulen geschlossen werden oder von nicht ausgebildeten Lehrern weitergeführt werden.

Das Personalproblem im Pflegebereich dürfte noch größer werden – bei jetzt schon fehlenden 30 000 Krankenpflegekräften. Und die Diskussion der letzten Jahre um „Humanität im Krankenhaus“ wird damit endgültig zu einer leeren Worthülse gemacht.

Bisher haben sich Lehrgangsteilnehmer von acht Fortbildungseinrichtungen zu-



sammengeschlossen, um zu überlegen, wie sie neben Unterschriftenaktionen gegen das AFG und Kontakten zu ihrer örtlichen Presse die Öffentlichkeitsarbeit verstärken können. Für Ende Januar ist ein zweitägiges Arbeitsseminar in Frankfurt geplant.

Unsere Forderungen lauten:

- Aufrechterhaltung der Leistungen nach dem AFG.
- Die Sicherung der beruflichen Weiterbildung in der Krankenpflege durch die Arbeitgeber und tarifvertragliche Absicherung.
- Die Sicherung der pflegerischen Versorgung durch angemessene Ausbildung, durch ausreichend vorhandenes qualifiziertes Personal!

Kontaktadresse:

Heinrich Recken
Augustastrasse 16
565 Solingen

Telefon: 0 21 22/20 03 41

In Memoriam

„100 Jahre Sozialversicherung“

Teil II: Von der „Burgfrieden“-Politik zu den Notverordnungen



So „locker-flockig“, wie es uns die Bundesregierung mit ihrer Sondermarke zum Thema vorgaukeln will, ist es zu keiner Zeit in der Geschichte der deutschen Sozialversicherung zugegangen. Im Gegenteil: gerade heute bekommen wir die Härte und Notwendigkeit ständigen Kampfes um soziale Sicherheit zu spüren. Dabei drängen sich gewisse geschichtliche Ähnlichkeiten insbesondere mit Erscheinungen in der Weimarer Republik auf: Sozial- und Demokratie-Abbau, Wirtschaftskrisen mit Massenarbeitslosigkeit und zu Arbeitsplatzvernichtung mißbrauchte Konzern-Subvention. In mehr oder weniger „Konzertierter Aktion“ wird dabei Stimmung gemacht mit Schlagworten wie: angebliche „Ausuferung des Wohlfahrtsstaates“, „Verteidigungsbereitschaft“ und – bei entsprechenden Gelegenheiten – „Wahl des kleineren Übels“. Als gemeinsamer Nenner aber findet sich nach wie vor die Abwälzung aller Krisenlasten auf die arbeitende Bevölkerung!

Doch blenden wir zunächst zurück: Nach dem Erlass des „Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter“ (1883/4) konnte die weiter erstarkende deutsche Arbeiterbewegung bis zur Reichsversicherungsordnung (RVO, 1911) noch einige Verbesserungen auf sozialpolitischem Gebiet durchsetzen.

So wurde der Geltungsbereich der Krankenversicherungspflicht ausgeweitet (s. Dokumentation). Unter den Änderungsgesetzen ist besonders hervorzuheben die Novelle zum „Krankenversicherungsgesetz“ von 1892: Sie brachte den Gesetzlichen Krankenkassen bzw. den Selbstverwaltungsorganen der Sozialversicherten quasi das Monopol auf die kassenärztliche Behandlung. Gleichzeitig aber schränkte das Gesetz die Position der „freien Hilfskassen“ der Gewerkschaften ein unter Förderung der Ortskrankenkassen. Daraufhin wandten sich Sozialdemokraten und Gewerkschafter den Selbstverwaltungsgremien dieser „Zwangskassen“ zu. Diese entwickelten sich unter dem Einfluß der „damals noch revolutionären Sozialdemokratie“ gleichermaßen zu wirksamen Organen der Sozialversicherten und zu Hochburgen der Sozialdemokratie. „Die Macht der Kassen gegenüber den (durch Einzelverträge gebundenen; d. Verf.) Ärzten wurde zusätzlich durch die Gründung des Zentralverbandes der Ortskrankenkassen im Jahre 1894 vergrößert . . .“. Diese Entwicklung ließ unter vornehmlich materiellen Interessen auch „die Ärzte“ jetzt schnell einig werden (sie sahen ihr Problem in der Ausweitung des Sozialversichertenkreises bei gleichzeitigem „Behandlungsmonopol“ der Gesetzlichen Krankenkassen). Mit der Gründung des bald mitgliederstarken und hochorganisierten „Verbandes der Ärzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen“ (1900, auch: „Leipziger Verband“, später: „Hartmann-Bund“) sollte „eine weitere Front im Kampf der Arbeiterbewegung für die Krankenversicherung der Arbeiter“ entstehen. „Sie komplizierte die Auseinandersetzungen, die die Arbeiterbewegung in und um die Gesetzliche Krankenversicherung mit den Unternehmern und dem Staat führte.“ Bis zur RVO (1911) wurden von dem „Leipziger Verband“ zunächst lokal mehr als 700 zum großen Teil streikähnliche Kämpfe gegen die Krankenkassen geführt. Ihr Gegenstand waren im wesentlichen vertragsrechtlich-materielle Regelungen zugunsten der Ärzte(-verbände), die darauf hin ausliefen, das „Kassenärztliche Behand-

lungsmonopol“ der Krankenkassen an sich zu reißen. Den ersten entscheidenden Schritt dazu erzwang der „Leipziger Verband“ unter Androhung eines nationalen Kassenarztstreiks mit dem „Berliner Abkommen“ von 1913/14 (ein Zusatzvertrag zur RVO; s. Dokum.): „Die Kassen verloren (also) ihre Anstellungsautonomie . . .“

Kriegstreiber setzen sich durch

Dieser damals zunächst überraschende, große Erfolg der Ärzteverbände ist erklärt durch 2 für die weitere Geschichte der Sozialversicherung bedeutsame Entwicklungen: offensichtlich schwenkte hier der „Wilhelminische Staat“ in Vorbereitung seines Ersten Weltkrieges auf militärisch notwendige Zusammenarbeit mit „den Ärzten“ um (noch kurz zuvor hatten seine Gerichte dem „Leipziger Verband“ in der Auseinandersetzung mit den Krankenkassen „sittenwidriges Verhalten“ attestiert!). Andererseits deutet die in diesem Rahmen nahezu kampffreie Aufgabe ganz entscheidender Positionen der Sozialen Krankenkassen das politisch verhängnisvolle Überhandnehmen opportunistisch-reformistischer Kräfte in der Sozialdemo-



Georg Gross: „Der Kriegsgewinner“

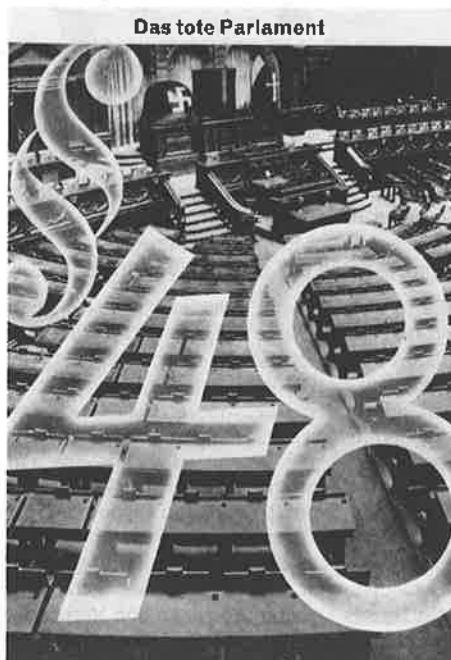
kratie zu Beginn des 20. Jahrhunderts an. Mit der „Burgfrieden“-Politik der Gewerkschaftsführung und der Bewilligung der Kriegskredite im August 1914 hatte die „Mehrheits-Sozialdemokratie“ vollends mit ihren fortschrittlich-kämpferischen Traditionen gebrochen. Mit der Militärdiktatur des Deutschen Kaiserreiches im Ersten Weltkrieg ist die so hoffnungsvolle Entwicklung der Sozialversicherung vorerst zum Stillstand gekommen. Mehr noch: in wenigen „Jahren waren die Errungenchaften jahrzehntelanger Kämpfe der deutschen Arbeiterbewegung zerstört worden“. Der Krieg selbst kostete viele hunderttausende Sozialversicherte Gesundheit und Leben. Darüber hinaus verloren sie Millionen an Versicherungsgeldern – verpulvert als „Kriegsanleihen“!

Über die Nachkriegsinflation (Finanz- bzw. Kredit-Spekulantentum, begünstigt durch künstliche Geldvermehrung staatlicherseits) wurde der arbeitenden Bevölkerung das Letzte genommen, während man die Kriegsgewinner darüber ihre Profite realisierte ließ. Mit nicht zuletzt kriegsbedingter wirtschaftlicher und gesundheitlicher Misere war die junge Weimarer Republik mit einer kaum tragbaren Hypothek belastet, die eine weitere Verschärfung der Auseinandersetzungen auch zwischen Kassen und Ärzteverbänden vorprogrammieren mußte. „Von Seiten der Ärzte ging es dabei stets um höhere Honorare, Ausweitung der Mitbestimmung bei der Kassenzulassung und um die Begrenzung der Zahl der Versicherungspflichtigen.“

Mit Notverordnungen gegen das Volk

„Ihren vorläufigen Höhepunkt erreichten die Kämpfe 1923, als das ‚Berliner Abkommen‘ auslief, die Kassen infolge der Inflation zusammenzubrechen drohten und den Ärzten auf dem Verordnungswege auferlegt wurde, die wirtschaftlichen Verhältnisse der Krankenkassen zu berücksichtigen. Es kam zu einem Generalstreik der Ärzte, der von Nov. 1923 bis Jan. 1924 dauerte und die Kassen schließlich veranlaßte, zur Aufrechterhaltung der Krankenversorgung Ambulatorien einzurichten. Diese hatten in den weiteren Auseinandersetzungen einen hohen Stellenwert, da die Ärzte darin ein ‚Kampfmittel der Krankenkassen gegen die ärztliche Berufsfreiheit‘ sahen.“ (Die weitere Entwicklung der Sozialversicherung in Deutschland haben wir exemplarisch am Beispiel der Geschichte der Berliner Polikliniken übrigens den DG-Heften 3/80 und 4/80 beschrieben.)

„Die Verbesserungen in der gesundheitlichen Betreuung der Bevölkerung in der Weimarer Republik sind in der Hauptsache Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung“ bzw. ihrer Mitglieder gewesen, in deren Selbstverwaltungsorganen gerade auch Sozialdemokraten Vorbildliches geleistet haben. – Wie schwer muß es sie



DAS BLIEB VOM JAHRE 1918 ÜBRIG!
So sieht der Reichstag aus, der am 13. Oktober eröffnet wird.

getroffen haben, als zu Beginn der sog. „Stabilisierungsphase“ der Weimarer Republik mit Unterstützung der Sozialdemokratischen Reichstagsfraktion am 8. Dez. 1923 ein „Ermächtigungsgesetz“ der Regierung Stresemann die „Handhabe (bot), mit einschneidenden Maßnahmen die wirtschaftliche und politische Situation auf Kosten der Lohnabhängigen zu stabilisieren. 63 neue Notverordnungen bestimmten die Senkung der Löhne, ... Kürzung der Arbeitslosenunterstützung und der Renten ... Gleichzeitig wurden die Sozial- und Kultur-Ausgaben des Staates gekürzt und Steuererleichterungen für die Produktionsmittelbesitzer (Unternehmer; d.Verf.) erlassen“. In der Konsequenz gingen die herrschenden Kreise angesichts akut noch verschärfter Schwierigkeiten durch die schwere „Weltwirtschaftskrise von 1929“ dazu über, den Sozial- und Demokratieabbau durch 3 sog. „Präsidialkabinette“

(ohne demokratische Legitimation) zu forcieren. Unter Mißbrauch des „Ausnahmeartikels 48“ der Weimarer Verfassung wurden dadurch den Sozialversicherten mittels diktatorisch erlassener „Notverordnungen“ (s. Dokum.) so wichtige Errungenschaften entrissen wie: das „Vorbeugungsprinzip“ im Leistungsangebot der Gesetzlichen Krankenkassen und der bestimrende Einfluß auf die kassenärztliche Tätigkeit! (Das „Monopol der ambulanten kassenärztlichen Versorgung“ ging hiermit erstmals auf „Kassenärztliche Vereinigungen“ über.)

Zur Jagd geblasen auf den „sozialen Besitzstand“ der arbeitenden Bevölkerung hatten die Unternehmerverbände mit Denkschriften und Reden, in denen sie u. a. „übertriebene Ausweitung der Sozialversicherung und die Überspannung des Fürsorgeprinzips“ sowie die angebliche Ausweitung sozialer Leistungen über die „Grenzen wirtschaftlicher Tragfähigkeit“ hinaus für das durch sie selbst verschuldeten Desaster verantwortlich machten! Schreiberlinge wie E. Liek („Die Schäden der sozialen Versicherung“) und E. Horneffer, der die Sozialversicherung mit seinem Buchtitel platt als „Fröbel am Volke“ diffamierte, taten ein übriges. Die sozialstaatsfeindlichen und antidemokratischen Vorstöße der Unternehmerverbände aber konnten nicht zuletzt deshalb Fuß fassen, weil eine fatale Neuauflage der Stillhaltepolitik weiter Teile der tief gespaltenen Arbeiterbewegung sowohl den Gewerkschaften wie der SPD rapiden Vertrauensverlust und damit Einflußschwund einbrachte.

(Empfohlene Literatur zum Thema: „Das Argument“, AS 4, 1974, und „Vernachlässigte Gesundheit“, H.U. Deppe (Hrsg.), Kiepenheuer & Witsch, 1980; weiteres b. Autor)

(Bitte zum Artikel die Sozialgesetzliche Chronik im Dokumentar-Teil beachten!)

Helmut Koch

Klebt der Pharmaindustrie . . .

Unser rot-schwarzer Aufkleber Ø 10 cm kann ab sofort bestellt werden:

5,- DM	—	5 Aufkleber
10,- DM	—	12 Aufkleber
20,- DM	—	25 Aufkleber
40,- DM	—	55 Aufkleber
50,- DM	—	70 Aufkleber
100,- DM	—	150 Aufkleber

Portokosten sind im Preis inbegriffen.
Bestellungen (Geldscheine oder
Verrechnungsscheck) an:

Ulli Raupp
Spyckstraße 61
4190 Kleve

. . . einen!



buch Kritik

Handbuch für Körperbehinderte

Otto Maier Verlag Ravensburg
288 Seiten, 36,- DM
1. Auflage 1981

Dieses Buch wird auch als „Ratgeber zur Alltagsbewältigung“ für Körperbehinderte bezeichnet. Aus der Einleitung ist zu entnehmen: „Die Mitarbeiter dieses Buches, Behinderte und Nichtbehinderte, erörtern nützliche und erschwerende Verhaltensweisen, untersuchen wichtige Gesetze und deren Durchführung“. Die Autoren setzen sich sehr offen mit allen Problemen, Behinderten betreffend auseinander, beschönigen nichts, klären auf und sprechen tabuisierte Themen an.



Sie sagen direkt, daß das „Maß, in welchem eine Behinderung ein Handicap darstellt“, (neben gesellschaftlich bedingten Vorurteilen) „von der eigenen Einstellung der Behinderten abhängt“. Sie fordern die Behinderten auf, selbst für ihre Rechte einzutreten, auch wenn dies unter den heutigen Bedingungen sehr schwierig ist. Und es wird die Isolationstendenz der Rehabilitationszentren angedeutet, der jeder einzelne nur durch eigene Aktivitäten entgehen kann.

Der Hauptteil des Buches beschäftigt sich mit ganz praktischen Hinweisen für Körperbehinderte, gibt Tips und fordert die eigene Phantasie heraus. Nicht immer sind die teuersten Geräte die besten; es wird gezeigt, wie man mit etwas Einfallsreichtum mit einfachen Mitteln gute Wirkungen erzielen kann. Vor allen Dingen gehen die Autoren auf die vielen kleinen alltäglichen Probleme ein, mit denen sich Fachleute oft nicht beschäftigen – wie z.B. kochen, waschen, essen, trinken, putzen, spülen, baden, anziehen, Hygiene, Kosmetik, ...)

Sie setzen sich mit dem Problem der Einsamkeit auseinander, zeigen, daß nicht alles unbedingt mit der Behinderung zusammenhängen muß, gehen auf das Bestreben nach Unabhängigkeit ein und beleuchten kritisch die gesellschaftliche Rolle Behindter. So werden manche Verhaltensweisen aufgedeckt, die in einer Art Teufelskreis immer wieder zur Isolation und Abkehr von

Behinderten führen. Um das zu durchbrechen, müssen die Behinderten selbst aktiv werden, müssen selbst Schwierigkeiten offen an-/aussprechen und evtl. Taten folgen lassen.

Es folgt ein Kapitel über Sexualität (Häufiges Vorurteil: Behinderte haben keine Sexualität), in dem bestehende Schwierigkeiten direkt angesprochen und Möglichkeiten zur Bewältigung gezeigt werden. Dann werden Hilfen und Anregungen für Freizeit, Erholung und Hobbies gegeben, es folgen Tips für behinderte Eltern im Umgang mit ihrem Kind und im Folgenden die Bedeutung eines behinderten Kindes und damit zusammenhängende Möglichkeiten im Alltag. Im Anhang ein Kapitel über Ursachen von Behinderungen aus medizinischer Sicht, dann ein Rechts-Lexikon, Adressen von Verbänden und Organisationen, von Herstellern von Hilfsmitteln, Urlaubstips und Ferienmöglichkeiten und Literaturhinweise.

Ich kann dieses Buch allen, die mit Behinderungen oder Behinderten zu tun haben sehr empfehlen. Neben der Offenheit sprechen mich auch die vielen klaren Abbildungen und die Aufforderung zur Phantasie im Alltag an. Darüberhinaus gibt es Orientierungshilfen an die Hand, für seine Rechte einzutreten.

Ulla Funke

Käte Frankenthal:

Der dreifache Fluch: Jüdin, Intellektuelle, Sozialistin

Lebenserinnerungen einer Ärztin in Deutschland und im Exil
Campus-Verlag 1981; 328 S.; 28,- DM



Unter der Mitarbeit von Stephan Leibfried, der in einer Reihe bemerkenswerter Veröffentlichungen (u.a. „Berufsverbote und Sozialpolitik 1933“) vergessen und verloren geglaubtes Material der Medizingeschichte zusammengetragen hat, sind jetzt die Lebenserinnerungen der Ärztin Käte Frankenthal erschienen. 1936 nach ihrer Flucht vor Hitler in die USA aufgezeichnet, zeigen sie das Bild einer ungewöhnlichen Frau: Aus großbürgerlichem, jüdischem Elternhaus kommend, wird sie – rebellierend gegen damalige Konventionen – Ärztin.

Ihre Kriegserlebnisse im Ersten Weltkrieg lassen sie zur überzeugten Pazifistin werden. Ihre Tätigkeit im Verein Sozialistischer Ärzte, ihr Wirken im öffentlichen Gesundheitswesen, ihre Zeit als SPD-Abgeordnete im preußischen Landtag und die spätere Mitgründung der SAPD (Sozialistische Arbeiterpartei Deutschlands), machen sie zu einer Gegnerin des Faschismus, die den bitteren Weg in die Emigration gehen muß. Eindrucks- voll und widersprüchlich sind ihre Schilderungen über das Studentenleben der Kaiserzeit, das Grauen der Kriegslazarette und später das Elend des Exils.

Imponierend ihre eigenwillige, selbstbewußte – emanzipierte – Haltung, mit der sie die Konventionen der Kaiserzeit durchbricht und sich beruflich und politisch engagiert. Gleichwohl bleibt sie mehr aufgeklärte Bürgerstochter als Marxistin. – Anders, als man es aus ihrer Selbsteinschätzung als Sozialistin und ihrer Tätigkeit in SPD und SAPD erwarten könnte, hat sie ihr eher distanziertes Verhältnis zur Arbeiterklasse nie überwinden können. Zur kommunistischen Politik stand sie fast durchweg in erklärter Feindschaft.

Vielleicht waren es beim Niederschreiben ihrer Erinnerungen 1936 auch die Enttäuschungen und die Desillusionierung nach dem Sieg des Faschismus, die sie zu einer fast verbitterten Schilderung des politischen Lebens zum Ende der Weimarer Republik veranlaßte.

Sie spart nicht mit dem Vorwurf der Dummheit, Unfähigkeit und Ignoranz gegenüber den politischen Linkskräften.

Ganz kann ihr selbst dieser Vorwurf auch nicht erspart bleiben. Wer Nazis und Kommunisten die gleiche Schuld am Niedergang der Republik zuschiebt, wer in der organisierten Arbeiterschaft der Republik viele „gemeinsame Wesenszüge“ mit den Körperschülern der Kaiserzeit zu erkennen glaubt und den Revolutionär und Antifaschisten Erich Mühsam als lächerliche Person definiert, muß sich – auch nachträglich – eine sehr subjektive Sichtweise der Dinge bescheinigen lassen.

Kommunistische Gesundheitspolitik in den 20er Jahren wird durchweg als „wirres Zeug“ und „Unsinn“ beschrieben. Die Autorin unterstellt der KPD, sie plane einen Weg zu „Sowjetdeutschland“, der durch eine Periode des Faschismus führen müsse. Keiner dieser vehement vorgebrachten Angriffe läßt sich – rückblickend – aufrechterhalten.

Schon im Exil wird im Ansatz verständlich, warum sie – in der Arbeiterbewegung keine Perspektive sehend – nicht mehr nach Deutschland und in die engagierte Sozialpolitik zurückkehrt.

Das bewegte Leben von Käte Frankenthal ist ein spannender Einblick in die (sozial-)politischen Auseinandersetzungen zwischen Kaiserzeit und Faschismus. Eine große Leistung sind die umfangreichen Recherchen, die die Herausgeber Kathleen M. Pearle und Stephan Leibfried geleistet haben, um die Individualgeschichte fast aller erwähnten Einzelpersonen (u.a. der damaligen Sozialpolitik) zusammenzutragen. – Hervorragend ist das Personenregister mit mehr als 100 detaillierten Lebensläufen. Das Buch ist ein doppelter Gewinn: Eine spannende Biographie und ein sozial- und medizingeschichtliches „Lexikon“.

Norbert Andersch

Medizinische Soziologie Jahrbuch 1

Campus-Verlag 1981, 280 Seiten,
48,- DM

Nicht gerade eine Offenbarung ist das erste Jahrbuch Medizinische Soziologie aus dem Campus Verlag. Wer den wahrlich abenteuerlichen Preis von 48,- DM für ein 280-Seiten-Buch im etwas besseren Taschenbuchformat auf die Ladentheke blättert, erhält ziemlich wenig für sein Geld.

Das liederlich nachlässig geschriebene Vorwort offenbart das ganze Dilemma des „Jahrbuches“. Das fängt damit an, daß die Bestellungsordnung von 1953 nach 1957 verlegt wird und endet in einem Rückblick auf eine ehemals „akademische (eher praxisferne) Medizin-Sociologie in Deutschland (?)“, die sich, liest man den Band durch, als leider noch rechtlich aktuell entpuppt. Bei der langatmigen Philosophie über die Medizin-So-

ziologie in Deutschland scheint die Tatsache, daß es seit 1945 zwei deutsche Staaten unterschiedlicher (!) Gesellschaftsordnung gibt, die Autoren völlig unberührt gelassen zu haben. Beim Rückblick ist spätestens an der DDR-Grenze Funkstille und auch den vielen Autoren der Jahrbuchartikel gelingt nicht einmal ein Blick nach drüben. Auch das Studium der seitenlangen Quellenangaben läßt fürchten, daß östlich der Elbe soziologisches Niemandsland beginnt.

Das hindert die Jahrbuchautoren jedoch keinesfalls daran, kühn zu behaupten, es werde „über den Entwicklungsstand und die Perspektiven des Faches im In- und Ausland (!) (?) informiert“. Und nicht nur das, „die Diskussion soll nicht wie bisher in engen Bahnen fortgeführt, sondern auf breiter Front (!) mit Material und Argumenten versorgt werden.“

Spätestens an dieser Stelle kommt einem der Gedanke, das Vorwort sei möglicherweise für ein ganz anderes Buch verfaßt worden. Die Scheuklappenperspektive einiger Autoren kontrastiert nämlich mächtig zu der im Epilog geprägten Informationsbreite.

Wenn – wie die Autoren selbst schreiben -- die Hinwendung der Medizin-Soziologie zu praktisch-politischen Fragen bereits Ende der 60er Jahre erfolgt ist, so darf

MEDIZINISCHE SOZIOLOGIE

Jahrbuch 1

Lisa Gerhardt: Der Krankenhausgriff im sozialen Bereich. H. U. Deppe: Soziale und Gesundheit. Peter Novak/Walter Zipp: Professionale Karriere- und Doktorkarriereuntersuchungen in der psychosozialen Versorgung.

Alfons Lüdtke: Das Krankenhaus in der Gemeindesozialpolitik der SPD vor dem 1. Weltkrieg.

Stephan Ahrens: Instrumentelle Orientierung und Ablösungsstruktur der psychosozialen Kanzlei.

All Winkler: Oft freiwillige Arbeitslosigkeit und psychosoziale Strategien.

Schwerpunktthema: Herzinfarkt

Dittmann/Siegfried/Matzchinger/McQueen: Vorsorge Herzinfarkt und soziale Belastungen. Werner Maschowsky: Großanfrage des Zusammenhangs von Herzinfarkt und Brustkrebs.

Peter und Winfried Watschaek: Herzinfarktforschung und Industriearbeit.

Campus

man doch zumindest rund 15 Jahre später erwarten, daß ein Jahrbuch solch praktisch-politischer Aktualität nahekommt. Die Tatsache, daß überhaupt „politische“ Themen behandelt werden, reicht da nicht mehr aus.

Um nicht das Kind mit dem Bade auszuschütten: Der Band enthält einige interessante Aufsätze, von denen die Abhandlung von H. U. Deppe über „Staat und Gesundheit“ noch am ehesten den Anspruch einlösen kann, aktuell eine Nahtstelle zwischen Fachwissenschaft und Politik zu treffen.

Statt eines „Jahrbuches mit umfangreichem Material aus dem In- und Ausland“ findet sich eine mittelmäßige, nicht sonderlich aktualisierte Aufsatzsammlung aus der bundesrepublikanischen und angloamerikanischen Diskussion.

Ärgerlich ist, daß das „Jahrbuch“ den eigenen überzogenen Anspruch nicht einlösen kann. Der Preis des Buches ist eine Zumutung!

Man kann sich auch hier des Eindrucks nicht erwehren, daß einige Bücher der umfangreichen Campus Medizin-Soziologie-Reihe eher hastig denn überlegt auf den Markt geworfen wurden.

Norbert Andersch

Nachtschwesterreport

Schwester Carola in der Entscheidung: Beruf oder Familie?

Aus der Subkultur der Arzt-Romane von H. Copak
Teil 2

„Jetzt wird es ernst!“ Der Chirurg senkte sein Messer auf die Gewebeplatte. „Sie sind also immer noch der Meinung, daß es ein perforierter Magen und kein Herzinfarkt ist? Noch können wir Wetten abschließen.“ „Ich bin so gut wie sicher“, erklang die Stimme des Internisten.

Diesmal muß der Leser die beiden Ärzte allein lassen mit ihrer Zweierwette am lebenden Objekt. In diesem Roman spielen sie nur Nebenrollen, was irgendwie auch lebensnaher erscheint, wenn man an die Patienten denkt, die ihren behandelnden Arzt meist nur kurz zu Gesicht bekommen. Der hier vorgestellte Roman, den ich mir vor einigen Wochen sozusagen blind aus dem Bücherständer meines Zigarrenladens gerissen habe, gehört zu der scheinbar ganz volksnahen Gattung der Arzt-Romane: Untergruppe Schwesterromane.

Auch bei diesen Romanen kann man sich um eine ernsthaftere Auseinandersetzung drücken, indem man sie schlicht als geistiges Sedativum (Betäubungsmittel) bezeichnet und die Leute bemitleidet, die solch eine Lektüre nötig haben. Diese Haltung zeugt von Arroganz, die gerade fortschrittlichen Menschen schlecht zu Gesicht steht.“)

Worum geht es nun in unserem Roman? Eine Vielzahl von Problemen versprechen eine lebhafte Unterhaltungslektüre: Ehebruch, Drogensucht, Generationskonflikte und vieles andere mehr. Interessant ist nicht so sehr die Anhäufung von Problemen – die gibt es in Wirklichkeit öfter als im schlechtesten Roman –, sondern die geradezu klassisch konservative Auflösung der Probleme.

Was passiert wem? Also, da ist zunächst die Hauptperson, Schwester Carola. Sie

war eigentlich nur für Schwester Mathilde eingesprungen, die gerade auf Station mußte, als die beiden Ärzte zur Operation schritten, das Messer auf die Gewebeplatte setzten, und . . . Das erfahren wir nicht, denn Schwester Carola muß wieder zurück in ihr Dienstzimmer. Da liegt das Hippiemädchen, das der Arzt („Donnerwetter, das ist ein hübsches Mädchen“) vorschnell als Rauschgiftkoma diagnostiziert hat. Doch die erfahrene, umsichtige Nachtschwester gibt sich mit der Diagnose nicht zufrieden. Da war doch so ein Geruch von Azeton (frische Äpfel). Den kannte sich noch von ihrer Tante. Die war in einem solchen Zustand gestorben: Diabetisches Koma. Blutzucker 900 mg % und kein Nachweis von Zucker im Urin. Schwester Carola läßt gegen den Willen des untersuchenden Arztes entsprechende Laboruntersuchungen anstellen und bekommt recht. Ein aglykosurisches Koma diabetum. Dem Mädchen kann gerade noch geholfen werden!

Solche Glanzleistungen vollbringt Schwester Carola nun jede Menge. Sie ist der Prototyp der sich immer aufopfernden Heilerin, die nie murrt und die immer nett ist.

Sie opfert sich so für ihren Beruf auf, daß sie die Familie dabei vollkommen vernachläßigt. Die Quittung für dieses unfruchtbare, berufsorientierte Leben bekommt sie nun aber gleich ganz dick: Ehemann tröstet sich mit jüngerer Schmusefrau, die beiden Kinder mit Rauschgift. So kann das nicht weitergehen! Das meint auch Schwester Ida, die jüngere Kollegin. Ihr ist Schwester Carola (übrigens eine heimatvertriebene Exgräfin aus dem Osten) schon lange ein Dorn im Auge. Sie tut zuviel. Gemeinsam mit ihrem Arztfreund versucht sie, die tüch-

tige Carola mit einem fingierten Rezeptdiebstahl aufs Kreuz zu legen, damit sie wieder eine ruhige Kugel schieben kann. Das gelingt ihr natürlich nicht. Alles wird wieder so gelöst, daß das Weltbild des einfachen Lesers keinen Kratzer abbekommt: Carolas Ehemann wird mit einem Herzinfarkt bestraft. Die rauschgiftsüchtigen Kinder sehen ihre Mutter plötzlich von einer ganz anderen Seite und schlagen den ihnen vorbestimmten goldenen Weg ein. Der Sohn wird Arzt, die Tochter wird Ehefrau vom weisen, aber einsamen Chefarzt. Und Carola widmet sich nun der Pflege ihres zur Ruhe gekommenen Mannes – widersteht nebenbei noch dem Liebeswerben eines Krebskranken und bringt dessen kaputte Familienkiste in Ordnung . . . Die bitterböse, tarifvertragsgleiche Schwester, die sie so schändlich um ihren Posten bringen wollte, wird entlarvt und gefeuert. Carola bleibt Nachtschwester, aber sozusagen nur noch halbtags – ihres Mannes wegen.

Das Messer hatte die derbe Gewebeplatte durchtrennt . . . „Narkose bitte vertiefen“, klang die Stimme des Chirurgen. „Narkose vertiefen“, wiederholte der Anästhesist. „Peritoneum öffnen, Sauger anstellen!“ . . . „Feuchte warme Tücher.“ . . . „Nun bin ich aber mal gespannt!“ Dr. Friedrichs stieg auf einen kleinen Schemel, um besser über die Schulter des Chirurgen das Operationsfeld überblicken zu können . . . Ganz am Ende, auf der äußersten rechten Seite, verengte sich der Magenschlauch, wurde ganz schmal. „Das ist der Pylorus“, erklärte der Chirurg. „Und jetzt kommt der Anfang des Zwölffingerdarms. Achtung, saugen!“ Aus einem Loch quoll plötzlich eine grünlich-gelbe, fadenziehende Flüssigkeit heraus . . .

**Perforiertes Ulcus duodendi.
(wird fortgesetzt)**

P.S.: Titel des hier verhandelten Romanes: Schwester Carola. Autor: Peter Sebastian. Ein Goldmann Taschenbuch 6322. Vom gleichen Autor: Als die letzte Maske fiel. Der Chefarzt. Kaserne Krankenhaus.

Das Superding mit Superrech 98

„Superrech 98 ist ein elektronischer Fallwertprüfer, der speziell für niedergelassene Ärzte geschaffen wurde“

So verkündet es der Prospekt der Firma PEGA allen schwarz auf weiß, die es nicht glauben wollen: „Abrechnungscomputer“ nennt sich das Gerät – „so groß wie etwa eine Reiseschreibmaschine“ und zum stolzen Preis von 4950 DM + Mehrwertsteuer zu haben. Warum sollte sich nach Meinung der PEGA-Elektronik der niedergelassene Arzt diese Maschine anschaffen?

1. „Für die meisten Ärzte ist die betriebswirtschaftliche Denkensweise völlig wissenschaftlich.“

2. „Der Arzt dürfte in vielen Fällen fast hilflos der Verwaltungsbürokratie gegenüberstehen.“

3. „Die Kosten steigen ständig und die Honorare passen sich nicht automatisch der Preis- und Kostenentwicklung an. Nur ein bewußt betriebswirtschaftliches Denken wird den Arzt vor unliebsamen Erkenntnissen schützen können.“

Muß sich nun unser geplagter Praktiker mit einem komplizierten Apparat auseinandersetzen? Keineswegs!

„Die Handhabung ist äußerst einfach, da jede einzelne Gebührenposition eine gleichlautende Gebührenzifferntaste auf dem Gerät hat.“ (s. Abb. 1)

Da könnte doch die Arzthelferin am Quartalsende mal eben durch das Schlüsselloch sehen, was die Praxis bringt ... Weit gefehlt: „Da das Honorar nur nach einer Sperrschaltung angezeigt wird, können Unbefugte das Honorar nicht ablesen.“ Na, Gott sei Dank, wenigstens hier Datenschutz!

Was kann man denn noch alles sehen auf dem Wundergerät? Unser Doktor gibt also die 88 Gebührenziffern ein und kann bereits „am ersten Tag des Quartals abrufen, wie oft die 1, 65, 5, 253, 200 usw. ausgeführt werden sollte“. Betätigt er die „Differenzfunktionstaste (s. Abb. 2), zeigt das Gerät die bereits erbrachten Leistungen einer Gebührenziffer an und gleichzeitig, wie oft „diese spezielle Leistung auf das ganze Quartal bezogen“ erbracht werden sollte. Drückt er auf die „%-Auslastungsfunktionstaste“, erfährt er, wie hoch er diese Gebührenziffer im Verhältnis zum Durchschnitt seiner Facharztgruppe bisher „ausgelastet“ hat.

Sind 88 Gebührenziffern nicht ein bißchen wenig, fragt sich unser Doktor skeptisch? PEGA dachte auch so und brachte eine Weiterentwicklung auf den Markt: mit 176 Gebührenziffern (Preis: 6580 DM + MwSt.). Und die Elektronikfachleute wissen auch so Trost: „88 Gebührenposi-

fern zu raffen. Zum Beispiel Laborziffern ...“

Tja, aber eine Frage hat unser Doktor nun doch noch: Was macht er denn mit den verschiedenen Scheinarten von RVO-Kassen und Ersatzkassen? „Durch einen einfachen Kippschalter schalten Sie vom RVO-Bereich zur VdaK (Ersatzkas-sen)Ebene um“.



Unser Doktor sieht schon im Geist den Superrechner vor sich und denkt, was ihm in Zukunft alles nicht mehr blühen kann. Eine Wirtschaftlichkeitsprüfung seiner KV (Kassenärztlichen Vereinigung) ist nun kein Schrecken mehr für ihn, hat ihm doch das Maschinchen seinen Durchschnitt immer hübsch berechnet. Wo er ihn bisher noch nicht erreicht hatte, hat er die entsprechenden Gebührenziffern auf dem Krankenschein von Oma Koslowski und Herrn Schmidt noch rasch „ausgelastet“. Gut, daß seine Kollegen sich auch alle so verhalten. Sie liegen jetzt alle schon sauber im Durchschnitt. Die Sache hat nur einen – zugegebener unschönen – Beigeschmack: der Durchschnitt aller Facharztgruppen entwickelt sich ununterbrochen nach oben. Deshalb mußte gerade die AOK des Landkreises, in dem unser Doktor wohnt, ihre Ausgaben für die ambulante Behandlung gewaltig erhöhen und Beitragserhöhungen stehen bevor. Zwar hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung gerade gegenüber Herrn Ehrenberg „Selbstbeschränkung“ auf freiwilliger Basis gelobt, jedoch nur im Durchschnitt, und daran hält sich natürlich auch unser Doktor. Na, da ist ja alles in Butter – oder etwa nicht?

Nachwort der unverbesserlichen Nögeler von der DG-Redaktion: Bei Redaktionsschluß war unbekannt, ob der Bundesverband der Ortskrankenkassen Strafanzeige wegen Diebstahl und Unterschlagung von Beiträgen der Sozialversicherung gestellt hat. Sollte er das tun, könnte das Verfahren doch spätestens bis zur nächsten Nummer von DG eingestellt sein.

Mathias Albrecht

Was macht denn nun der Doktor, dessen Abrechnung ohnehin schon immer von seiner Helferin gemacht wurde? PEGA weiß Rat: das Gerät ist so einfach, es „können auch die Arzthelferinnen problemlos mit dem Gerät arbeiten, eine zusätzliche Arbeit für den Arzt entsteht dadurch nicht“.

tionstasten reichen auf jeden Fall für alle Facharztgruppen aus, da nur die Gebührenpositionen eingegeben / gespeichert werden müssen, die in ihrer Häufigkeit hoch liegen.“ Leuchtet doch ein, was will unser Doktor denn schon mit der seltenen Ziffer „800 oder 801“ (fragt PEGA). „Außerdem ist es möglich, verschiedene Zif-

In eigener Sache

DG-KONZEPTION '82

Im letzten Heft haben wir an dieser Stelle unsere Schwerpunkteplanung für 1982 beschrieben. Die Postkarten, die wir seither bekamen, haben uns in der großen Mehrzahl gezeigt, daß wir ganz gut lagen: Insbesondere mehr Berichte über Alternativ-Medizin – nicht nur als Schwerpunkt –, und mehr über Pharmastrategie mit möglichen Gegenmaßnahmen wurde fordert. (Die Heftplanung ist nochmal vollständig im beiliegenden Faltblatt abgedruckt.) Auf unserer Dezember-Sitzung haben wir die Konzeptionsvorschläge unserer Redakteure für „Pharma“ und „Frauen“ besprochen; hier stichwortartig die Ergebnisse:

Pharma: a) Pharmakotherapie: Novalgin – abschließende Kommentierung in 1/82. Weiterhin: Bewertung von Antibiotikatherapie und Geriatrika. Geplant: Grundsätzlicheres über Arznei „schrott“ aus Sicht einer Apothekerin. b) Pharmarmarkt: Positivistisch-Entwicklung. c) Pharmakonzern: Praktiken der Pharmaindustrie in der Dritten Welt (4/82).

Darüber hinaus plant DG eine Arbeitstagung über konkrete Themen im Pharmabereich. Dies soll keine Massenveranstaltung werden, wir werden sie nicht im Heft ankündigen. Interessenten sollten bitte die Redaktion anschreiben oder über die Kontaktadressen anfragen.

Frauen: Berichte, Erfahrungen, Untersuchungen zu folgenden Themen: a) Geschlechterrolle im Gesundheitsbetrieb; z. B. Verhältnis Ärztin/Schwester; (warum? erzählt Frau einer Psychologin andere Dinge als einem Psychologen?); Krankenschwester als Frauenberuf, akademische Berufe mehr für Männer... b) Halbtagsstätigkeit; c) Kinderversorgung bei berufstätigen Frauen (aktuell: NRW kürzt Zuschüsse für Tagesstätten an Krankenhäusern). d) ambulante Geburt.

Bei diesen, sehr bruchstückhaft aufgeführten Themen handelt es sich nicht um ein abgerundetes Konzept. Soll auch nicht! Wir wollen allen Interessierten Anstoße geben, uns ihre Erfahrungen oder Artikel zu senden, natürlich auch zu weiteren Themen!!! Die Januar-Redaktionssitzung wird Konzepte für „Historisches“ und „Standesideologie“ besprechen.

KONTAKTADRESSEN

In der letzten Ausgabe haben wir angekündigt, ein „Regionales Kontaktadressen-Netz“ aufzubauen zu wollen. In dieser Nummer veröffentlichen wir erstmals die DG-Kontaktliste. Was soll das?

Unsere personelle Konzentration auf NRW verhindert oder erschwert viele Kontakte zu Interessenten oder Mitarbeitern in anderen Bundesländern, erschwert damit auch unsere Verbreitung. In den letzten beiden Jahren haben wir einen recht zuverlässigen Mitarbeiterstab außerhalb des Redaktionskreises aufbauen können. Nach ihren Möglichkeiten haben diese Kolleginnen und Kollegen Hefte weiterverkauft, Abos geworben, Materialien und Termine vermittelt, Artikel geschrieben... Viele haben sich jetzt bereit erklärt, als DG-Kontakt für ihren Ort/Stadt regelmäßig mit Adresse und Telefon veröffentlicht zu werden. Darüber hinaus fungieren auch Redaktionsmitglieder und Herausgeber in ihren Orten als Kontakte. Von der Redaktion aus werden wir unsere Kontaktleute schneller, detaillierter und umfassender über Redaktionsinterne, Planungen, Termine und Konzepte informieren können, als das in dieser Rubrik möglich ist. Ob diese Informationen auch weiter an die Leser vor Ort gelangen, ob Leserdiskussionsrunden entstehen, ob aus einer solchen Runde oder über den Kontaktmenschens Konzeptions- oder Artikelforschläge an uns gelangen, hängt davon ab, ob sich die Leser am Ort an den Kontakt wenden – umgekehrt geht es nicht!!! Was wir damit wollen: breitere inhaltliche Verankerung, bessere Verbreitung; was wir dafür bieten: mehr Arbeitsmöglichkeiten, mehr Informationen über unsere Arbeitsweise, dient letztlich dem gleichen Ziel!

Also: Kontaktiert die Kontakte

DG-Kontakte

Berlin: Annette Schwerzenau, Treskowstr. 3-4, 1 Berlin 27, Tel. (030) 434 34 80; **Bonn:** Edi Erken, Paulstr. 17, 53 Bonn 1, Tel. (0228) 65 17 90; **Bremen:** Cornelia Selke, Clausewitzstr. 25, 28 Bremen 1, Tel. (0421) 35 44 42; **Darmstadt:** Jürgen Frahnert, Liebfrauenstr. 10, 61 Darmstadt 1, Tel. (06151) 745 51; **Düsseldorf:** Gunar Stempel, Aachener Str. 198, 4 Düsseldorf, Tel. (0211) 15 11 87; **Duisburg:** Felix Richter, Neudörferstr. 201, 41 Duisburg 1, Tel. (0203) 35 18 55; **Essen:** Uwe Schmitz, Rüttelskamp 35, 43 Essen 1, Tel. (0201) 12 69 97; **Frankfurt:** Klaus Preiser, Schloßstr. 96, 6 Frankfurt 90, Tel. (0611) 70 54 49; **Gießen:** Claudia Lehner, Bismarckstr. 6, 63 Gießen, Tel. (0611) 75 24 5; **Göttingen:** Barbara Wille, Ostlandweg 23, 34 Göttingen, Tel. (0511) 33 71 10; **Hamburg:** Robert Pfeiffer, Kurfürstenstr. 45, 2 Hamburg 70, Tel. (040) 6 56 48 45; **Hanau:** Hans See, Gustav Hochstr. 37, 645 Hanau, Tel. (06181) 83 98 81; **Heidelberg:** Michael Gerster, Burgstr. 44, 69 Heidelberg, Tel. (06221) 47 41 01; **Kleve:** Ulia Funke, Spickstr. 81, 419 Kleve, Tel. (02821) 265 61; **Köln:** Peter Liebermann, Lessingstr. 59, 5 Köln 30, Tel. (0221) 5 50 10 73; **Lübeck:** Angela Schürmann, Geninerstr. 44, 24 Lübeck, Tel. (0451) 565 86; **Mannheim:** Werner Weindorf, Maxstr. 5a, 68 Mannheim, Tel. (0621) 85 54 05; **Minden:** Susanne Steuber, Artilleriestr. 12, 495 Minden, Tel. (0571) 2 89 67; **München:** Thomas Melcher, Goethestr. 36, 8 München 2, Tel. (089) 53 19 37; **Münster:** Helmut Copák, Gerstr. 67a, 44 Münster, Tel. (0251) 79 46 88; **Oldenburg:** Helmut Koch, Saarstr. 11, 29 Oldenburg; **Riedstadt:** Harald Skrobles, Freih.-v.-Stein-Str. 9, 6006 Riedstadt, Tel. (06158) 61 61; **Siegen:** Michael Regus, Zur Zinsenbach 9, 59 Siegen, Tel. (0271) 7 69 60; **Sprockhövel:** Wolfgang Münster, Hohe Egge Unterweg 17, 4322 Sprockhövel 1, Tel. (02324) 7 23 58; **Ulm:** Wolf Schleinzer, Ringstr. 22, 79 Ulm-Lehr, Tel. (0731) 6 65 44; **Viersen:** Sebastian Stierl, Hermann-Ehlers-Str. 5, 4060 Viersen 12

Liebe Leser,

wir haben in dieser Liste schon/erst aus 26 Orten Kontaktmenschene. Wer für DG was übrig hat – zum Beispiel etwas Zeit, Freude an der Mitarbeit oder auch nur ein offenes Ohr – soll bald an die Redaktion schreiben (Postfach 101 041, 41 Duisburg). Siehe auch Hinweise unter „In eigener Sache“. Parole: Rettet die kontaktlosen Ortschaften!

SPARMASSNAHMEN

Nach erstem Überschlag haben wir bis Dezember 1981 mit einem Minus von ca. 35 000 DM abgeschlossen. Dies war zwar nicht völlig unerwartet, und das Loch wäre sicher noch viel größer geworden, wenn nicht zahlreiche stillen Gesellschafter uns unterstützt hätten und wir nicht noch im letzten Quartal durch die offensichtlich gute Werbung vieler Leser ca. 500 Abonnenten dazugewonnen hätten. Trotzdem müssen wir jetzt den Pfennig 10 mal rumdrehen: Die Postkartenlieferungen – obwohl bisher guter Rücklauf – müssen wir mindestens für die nächsten 3 Ausgaben stoppen (Ersparnis: ca. 300 DM/Ausgabe). Den Dokumenten, auch auf den Postkarten öfter kritisiert, werden wir nicht mehr auf farbigem Papier drucken, und zumindest für die nächsten 3 Ausgaben erheblich kürzen. Der Heftumfang wird jedoch mindestens bei 40 Seiten plus Umschlag bleiben (Ersparnis: ca. 200 bis 2000 DM/Ausgabe). Mögliche Senkung der Papierqualität (noch fraglich). Kleineres Werbefaltblatt im DIN-A4-Format (ca. 1000 DM Ersparnis).

INSERATE

Nicht wenige Leser haben uns, neben vielen guten Anregungen, die wir versuchen werden umzusetzen, auch empfohlen, mehr bezahlte Inserate zu nehmen. Dazu meine Erfahrungen: 1980 und 1981 habe ich je einmal ca. 140 Anschreiben mit Probeheft an Firmen, Verlage, Reisedienste etc. verschickt. Die Adressen habe ich gezielt aus Publikationen herausgesucht, bei denen ich annehmen konnte, daß deren Inserenten auch an uns Interesse haben könnten (Konkret, Parodont, Stern, Titanic, alle Medizinbuchverlage, Courage, Emma und einige Alternativzeitschriften). Kosten

jeder Aktion: ca. 300 DM (ohne Berechnung der Probehefte) und ca. 15 Stunden Arbeit. Ergebnis: Null!!! Die bezahlten Anzeigen, die wir haben, sind entweder durch Zufall gekommen oder durch persönliche Kontakte. Die Austauschanzeigen beruhen völlig auf Gegenseitigkeit: wir halten es für wichtig, hin und wieder in einer linken Tages- oder Wochenzeitung für uns zu werben und verrechnen dies über ein Gegeninserat. Ich möchte jetzt nicht über politische Hintergründe bei der Vergabe von Inseraten durch große Auftraggeber räsonieren. Sicherlich sind uns hier auch unsere Prinzipien im Wege, die nach Redaktionsbeschuß besagen, daß wir weder für Pharma- und Gerätelindustrie werben, noch für gesundheitsschädliche Artikel (Alkohol/Zigaretten), noch diskriminierende Werbung abdrucken. Wir meinen, daß sind wir unserer Glaubwürdigkeit und unseren Lesern schuldig. Um für die verbleibenden Unternehmen – vormehrmilch Buchverlage – interessant zu werden, gibt es erstmal nur ein Mittel: So viele Abonnenten, daß wir nicht mehr zu übergehen sind!!!

EIGENWERBUNG

Etliche Gedanken über unsere Finanzsituation endeten in Appellen für Spenden. Wir glauben, daß eine „Spende für DG“ wenn auch nützlich, so doch Wenige aktuell zum Portemonnaie greifen läßt. Wir denken, zwei Fliegen mit einer Klappe schlagen zu können mit unserem Spendenaufruf:

WIESEL INS ÄRZTEPLATT

und in

DIE SCHWESTER, DER PFLEGER

1/4 Seite im „Ärzteplatt“ kostet 1700 DM

1/4 Seite in „die Schwester, der Pfleger“ kostet 500 DM.

Wir sind sicher, daß uns solche Anzeigen gezielt neue Interessenten und Abonnenten bringen können. (Unser größtes Problem ist ja, daß uns so wenige kennen.) Deshalb: Spendet für eine DG-Anzeige (1/4 Seite), damit wir möglichst noch vor dem Sommer dort erscheinen können.

Spenden unter Stichwort: „Inserat“ an:

U. Raupp, Sparkasse 419 Kleve, Konto: 5 375 373

Ulli Raupp

In eigener Sache

Finanzen/Abonnummern

Auch in der letzten DG war wieder von der ständigen Finanzmisere zu lesen. Als Krankenpflegeschüler ist mein Verdienst nicht allzu hoch. Trotzdem möchte ich mich mit den 50 DM an dem Unkostenüberschuss beteiligen, weil ich das DG für sehr wichtig halte. Eine Frage habe ich noch. Auf den letzten Exemplaren des DG, die ich bekam, stand nicht nur mein Name, sondern auch die Nummer 02 – ... bin ich datenmäßig erfaßt? Wenn ja, wo erfahre ich, ob dies auch schon dem Verfassungsschutz oder anderen „Freunden“ bekannt ist?

dein Henner G.

Lieber Henner,

Zunächst ganz herzlichen Dank für deinen Zuschuß, ich hoffe, so was zieht Kreise. Die Abonnummern gibt es eigentlich schon, seit wir den Vertrieb und das Rechnungswesen über den computermäßigen Vertrieb bei Pahl-Rugenstein laufen haben. Ab 1000 Abos ist so was „von Hand“ nicht mehr mach- bzw. finanziert. Das unsere „großen grauen Freunde“ nicht jeden beliebigen Computer anzapfen können, kann ich nur hoffen, in diesem Fall auch glauben. Uneingeschränktes Vertrauen habe ich in diese Dinge seit einigen Jahren uneingeschränkt verloren.

Gruß, Ulli

Appell aus dem Gesundheitswesen für den Frieden

Wir arbeiten in einem Beruf des Gesundheitswesens, in einem sozialen Beruf oder werden demnächst dort tätig sein. In unserem Beruf tragen wir eine besondere Verantwortung für den Schutz von Leben und Gesundheit der Menschen. Deshalb können und wollen wir nicht schweigen, wenn gegenwärtig umfassende Maßnahmen getroffen werden zur Vorbereitung des Gesundheitswesens auf den Kriegsfall.

Im Vordergrund stehen konkrete Planungen der Bundesregierung für ein Gesetz zur „Anpassung des Gesundheitswesens an besondere Anforderungen eines Verteidigungsfalles“, das Gesundheitssicherstellungsgesetz. Dies ist ein Notstandsgesetz für den Kriegsfall. Wie die bereits bestehenden Notstandsgesetze kann es jedoch schon im „Spannungsfall“, wie sozialen Unruhen, angewandt werden.

Schon der erste Entwurf des Gesundheitssicherstellungsgesetzes macht das gesamte Ausmaß der geplanten Maßnahmen deutlich. Das Gesetz sieht vor:

- die Registrierungspflicht aller im Gesundheitswesen und den angrenzenden sozialen Berufen Tätigen schon in Friedenszeiten. Erfäßt und überwacht werden mehrere Millionen Menschen: Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Apotheker, Krankenschwestern, -pfleger und Krankengymnasten, technische Assistenten und Laboranten; alle Beschäftigten von Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen, Sanatorien, Arztpraxen, Untersuchungseinrichtungen und Sanitätsorganisationen einschließlich all derer, die diese Berufe früher ausübten; das gesamte technische und Verwaltungspersonal. Schwesterhelferinnen und Pflegediensthelfer sollen als „Personalreserve“ dienen. Betroffen sind auch alle Beschäftigten sozialer Dienste.
Per Rechtsverordnung kann der Kreis der Berufe beliebig erweitert werden;
- die Zwangsausbildung und Zwangsbildung in Kriegsmedizin sowie die Durchführung entsprechender Übungen; Hauptbestandteil dieser Maßnahmen soll das „Sichtungsverfahren“ sein, das bei großen Massen von Verletzten eine Auswahl der zu behandelnden Personen vorsieht. Für den Kriegsfall bedeutet das immer die Gefahr einer Auswahl unter dem Gesichtspunkt der Kriegstauglichkeit;
- die Aufstellung von Einsatzplänen für den Kriegsfall durch Behörden, Kassenärztliche Vereinigungen und Berufsvertretungen. Für die Gesamtplanung sind die einzelnen Bundesministerien verantwortlich.;
- die Einrichtung von „Hilfskrankenhäusern“ und den Aufbau von Materialdepots; im Kriegsfall können Schulen und Hotels zu „Bettenhäusern“ umfunktioniert werden;
- die Zwangsräumung von Alten-, Pflege-, Kinder- und Behinderteneinrichtungen sowie die beschränkte Aufnahme und vorzeitige Entlassung stationärer Patienten.

Alle diese Maßnahmen sollen aus öffentlichen Mitteln des Bundes finanziert werden.

Bis zur vollständigen und erklärten Aufgabe aller diesbezüglichen Planungen ändern Umformulierungen des Gesetzesentwurfs, die Verlagerung von Teilen in bereits bestehende Gesetze oder das vorübergehende Zurückhalten des gesamten Entwurfs nichts an Charakter und Zielsetzung dieses Notstandsgesetzes; derartige Maßnahmen sind insbesondere aufgrund des wachsenden Widerstandes gegen dieses Gesetzesvorhaben zu erwarten. Nach den Plänen der Bundesregierung soll der entgültige Entwurf dem Bundestag noch in dieser Legislaturperiode vorgelegt werden.

Erklärtes Ziel des Gesundheitssicherstellungsgesetzes ist es, schon in Friedenszeiten über einen forcierten Ausbau des zivilen Katastrophenschutzes den Übergang von „Friedensaufgaben“ zum Einsatz im Krieg „möglichst gering“ zu halten.

So werden im Vorgriff auf dieses Gesetz schon jetzt umfangreiche Vorbereitungen getroffen:

- Sanitätsorganisationen bildeten mit finanzieller Unterstützung des Verteidigungs- und Innensenministeriums bis heute weit mehr als 200.000 Frauen zu Schwesterhelferinnen aus;
- die Ärztekammern führen immer häufiger Fortbildungsveranstaltungen in „Katastrophenmedizin“ unter Beteiligung und Anleitung von Bundeswehrärzten durch;
- in den einzelnen Städten werden bereits Einsatzpläne für den Ernstfall erstellt; Bundeswehrangehörige nehmen an zivilen Katastrophenschutzübungen teil;
- in den einzelnen Bundesländern sollen die zivilen Katastrophenschutzgesetze für den Kriegsfall ausgeweitet werden;
- als begleitender gesetzlicher Schritt soll die „Katastrophenmedizin“ Pflichtbestandteil der ärztlichen Ausbildung werden. Mit der Einrichtung entsprechender Lehrstühle an den Universitäten wird begonnen.

Katastrophenschutz und medizinische Versorgung bei zivilen Katastrophen sind zweifellos notwendig. Es muß jedoch unter allen Umständen ausgeschlossen werden, daß durch eine Verwischung der Grenze zwischen zivilem und militärischem Bereich die gesamte zivile Katastrophenmedizin zu militärischen Zwecken mißbraucht wird. Eine verhängnisvolle psychologische Einstellung auf den Krieg muß verhindert werden.

Kein Notstandsgesetz Keine Vorbereitung des Gesundheitswesens auf den Kriegsfall

Alles spricht dafür, daß ein zukünftiger Krieg mit Atomwaffen und anderen Massenvernichtungsmitteln geführt wird. Schon das bestehende Atomwaffenpotential in Ost und West hat ein unvorstellbares Ausmaß angenommen. Gegenwärtig steigt die Gefahr eines atomaren Krieges zusätzlich sprunghaft an. Ursache dafür ist die geplante Stationierung neuer Mittelstreckenraketen und Marschflugkörper in der Bundesrepublik und anderen Ländern sowie die Entscheidung zur Produktion der Neutronenwaffe. Mit diesen Waffen mit bisher nicht bekannter Treffsicherheit soll ein auf Europa „begrenzter“ Atomkrieg vorstellbar sein. Erst in diesem Zusammenhang wird die volle Tragweite des Gesundheitssicherstellungsgesetzes und aller übrigen Maßnahmen deutlich:

Hierdurch soll der Eindruck erweckt werden, als sei medizinische Hilfe in einem solchen Krieg möglich. Dies stellt jedoch eine massive Täuschung der Bevölkerung und Selbstäuschung der politisch Verantwortlichen dar.

In einem Atomkrieg wird es keine medizinische Hilfe geben. Millionen Menschen werden an den unmittelbaren und langfristigen Folgen atomarer Explosion qualvoll zugrundegehen.

Die einzige sinnvolle Hilfe ist daher die Verhinderung eines solchen Krieges!

Deshalb sagen immer mehr Menschen – auch in anderen gesellschaftlichen Bereichen – „Nein“ zu allen Planungen und Vorbereitungen für den Kriegsfall. Deshalb drängen immer mehr Menschen auf eine Politik der Abrüstung und Entspannung und engagieren sich in der Friedensbewegung.

Mit unserer Unterschrift erklären wir:

- Wir sind nicht bereit, durch unsere Mitarbeit einen Krieg denkbar, führbar oder gewinnbar erscheinen zu lassen.
- Wir sind nicht bereit, uns in Kriegsmedizin aus- und fortbilden zu lassen. Wir werden uns nicht an entsprechenden Vorbereitungen und Übungen beteiligen.
- Wir fordern die Bundesregierung auf, den Entwurf des Gesundheitssicherstellungsgesetzes vollständig zurückzuziehen. Jegliche Planungen für ein Notstandsgesetz im Gesundheitswesen und begleitende Gesetze müssen aufgegeben werden.
- Wir fordern die Länderregierungen auf, jegliche Ausweitung der zivilen Katastrophenschutzgesetze auf den Kriegsfall zu unterlassen.
- Wir fordern alle Berufsvertretungen, Hilfsorganisationen, Behörden und alle anderen Institutionen auf, die Planung und Durchführung von Übungen und Maßnahmen einzustellen, die auf einen Krieg vorbereiten.
- Insbesondere fordern wir die Bundesregierung auf, die Zustimmung zur Stationierung von Pershing II-Raketen und Marschflugkörpern in Mitteleuropa zurückzuziehen und damit den Weg zu öffnen für einen wechselseitigen und umfassenden Abrüstungsprozeß mit dem Ziel eines atomwaffenfreien Europas.

Name

Adresse

Beruf

Unterschrift

Bitte senden Sie die Unterschriftenliste zurück an:

Matthias Rath, Universitätsklinik Eppendorf, Brauerhaus, Martinistraße 52, 2000 Hamburg 20