

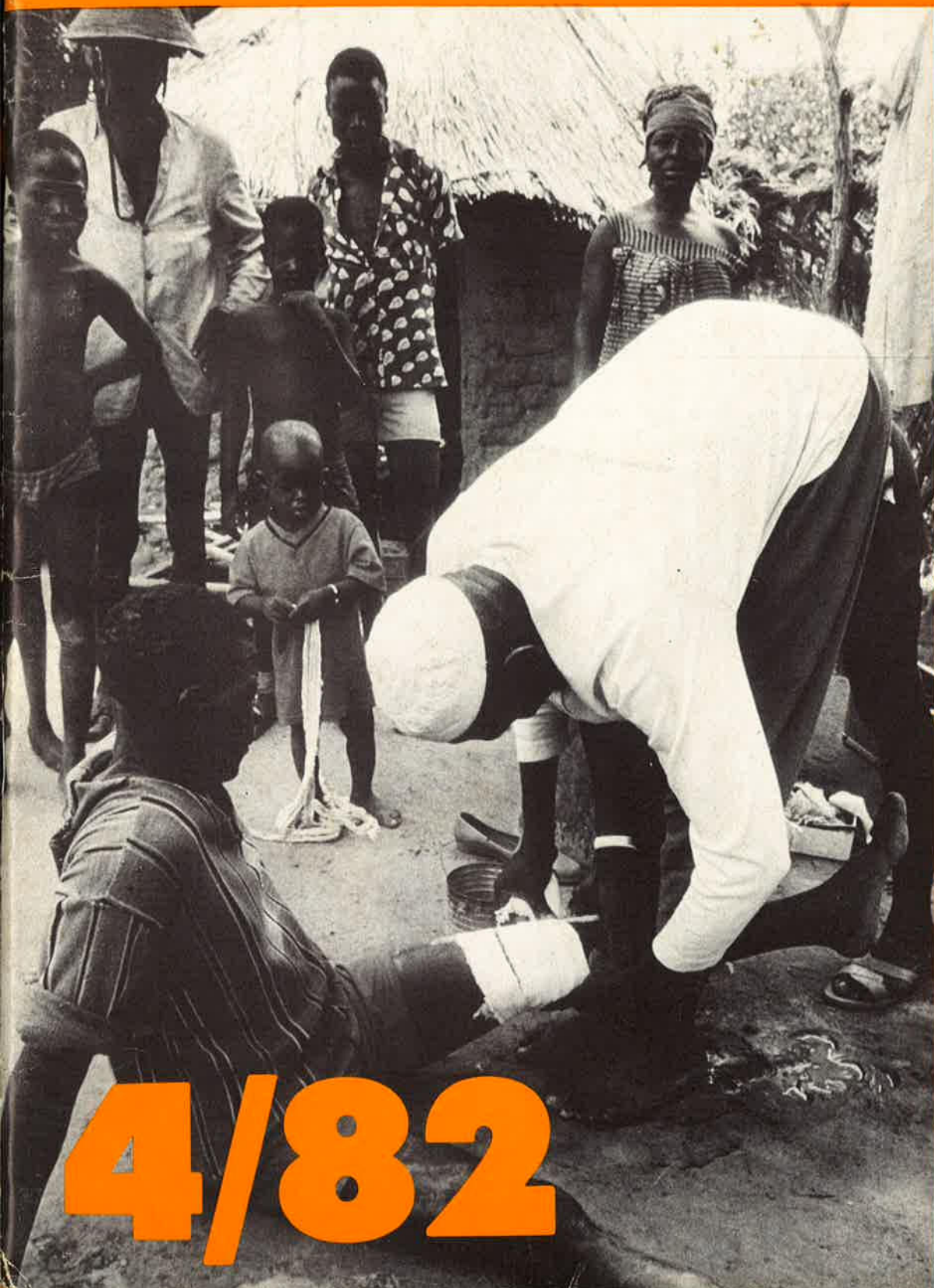
Abo-Preis DM 4,50 Einzelverkaufspreis DM 6,— Juli/August

G 2961 F

Interview mit Jack Ralite
Französischer Gesundheitsminister

DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN

ZEITSCHRIFT FÜR GESUNDHEITS- UND SOZIALBERUFE



4/82

Schwerpunkt:
Internationales Gesundheits-
wesen

- Interview mit Jack Ralite
- Psychiatrie in Italien
- Medizinische Versorgung
in der 3. Welt
- Babynahrung: WHO-Kodex

Von sauren Gurken und süßen Kirschen

Von Felix Richter-Hebel



Wenn doch ein Hauch von dem frischen Wind im französischen Gesundheitswesen zu uns herüberwehen würde! Vor über einem Jahr ist Jack Ralite im 6. Stock, 8 Av de Segur, im Pariser Gesundheitsministerium eingezogen – einer der 4 kommunistischen Minister der Regierung Mitterrand – und seitdem herrscht dort ein Schwung, der uns neidisch machen kann. Schon kurz nach seiner Nominierung empfing er sämtliche Interessengruppen, die etwas mit dem Gesundheitswesen zu tun haben; außerdem unternahm er im September und Oktober 81 eine „Tour de France“ mit 21 Etappen, die ihn in alle Ecken Frankreichs führte, von den Stahlarbeitern im Norden bis zu einem Bauerndorf im Süden, von Universitätsprofessoren in Bordeaux zu Krankenpflegern in Marseille, von der Pharmaindustrie bis zur Sportmedizin, von Allgemeinärzten in Gruppenpraxen zur Krankenhausnachtwahe in Paris. Seinem Erfahrungsbericht „Retour de France“ hat er ein Gesundheits-Alphabet vorangestellt, das man auch gut in der Grundschule der bundesdeutschen Sozialpolitik auswendig lernen könnte:

- U** wie Ungleichheiten: es bedarf ungleicher Maßnahmen, um diese Ungleichheiten zu lösen;
- P** wie Prävention;
- Q** wie Qualität der Behandlung;
- T** wie Technik; es braucht eine nationale französische Medizintechnik;
- M** wie Medikament: eine neue Pharmapolitik zur Entwicklung einer forschenden Industrie im Dienste des Menschen;
- Z** wie neue internationale Zusammenarbeit, die die Partner – besonders aus der Dritten Welt – respektiert;
- W** wie Wissenschaft: Neben einer entwickelten Grundsatzforschung bedarf es einer Forschung im öffentlichen Gesundheitswesen;
- D** wie Dezentralisierung durch regionale Verantwortungsübertragung;
- F** wie Freiheit: Die Demokratie dient als Mittel und Ziel der neuen Gesundheitspolitik.

Wie Jack Ralite dieses Alphabet in die Wirklichkeit umsetzen will, steht auf Seite 8.

Hoffen wir, daß ihm nicht das Geld ausgeht und er sich gegen die Interessengruppen durchsetzen kann. Nicht alle seine Vorstellungen und Vorschläge sind der „letzte Schrei“ fortschrittlicher Gesundheitspolitik. Aus unserer Sicht sind die 18 500 neuen Arbeitsplätze, die Förderung von Schul- und Arbeitsmedizin, die verbesserte Allge-

meinartzusbildung, die Abschaffung der Privatliquidation und die neue Pharmapolitik nicht hoch genug einzuschätzen. Die Gedanken zur Basismedizin in der 3. Welt und zur Verbesserung der psychiatrischen Versorgung sind dagegen keinesfalls überraschend neu und in den Aussagen zur Medizintechnik und Arzneimittelindustrie klingt ein bißchen französischer Nationalismus durch. Seine Antwort schließlich auf eine Frage zur Friedensbewegung bat er uns nicht abzudrucken, denn sie hätte zu deutlich etwas über den Konflikt zwischen Regierung und Partei ausgesagt.

Für die medizinische Standespresse in der BRD ist der franz. Gesundheitsminister ein Schreckgespenst, denn nun ist auch der Westen rot. „Liberale Medizin am Ende?“ fragt sich das Rhein. Ärzteblatt (3/82), das Deutsche Ärzteblatt berichtet vom Streik der franz. Krankenhausärzte gegen die Abschaffung des privaten Sektors (50/81) und vermutet richtig: „derzeitig herrschende Ideologie bedroht Privatsektor“ (52/81).

Der Sommer gilt bei Zeitungsmachern als „Saure-Gurken-Zeit“, Schulferien, Urlaub und Semesterferien beschäftigen die Gemüter mehr als Gesundheitspolitik. Wir haben uns gedacht, daß vielleicht gerade in der Reisezeit das Interesse für medizinische Probleme außerhalb unserer Grenzen, für andere Gesundheitssysteme, also für das internationale Gesundheitswesen wachsen könnte.

Internationales Gesundheitswesen heißt für uns an erster Stelle Solidarität mit Befreiungsbewegungen, Unterstützung von fortschrittlichen Gesundheitsprogrammen in der 3. Welt. In diesem Heft geht es letztendlich aber wieder einmal um unser eigenes Gesundheitssystem, denn alle Artikel haben im Grunde einen Bezug zur Medizin bei uns: Vergleiche mit anderen europäischen Modellen (Frankreich, Italien), verschiedene Aspekte medizinischer Entwicklungshilfe (Theorie, die Ausbildung und Praxis) und konkrete Projekte medizinischer Solidaritätsarbeit hier (BUKO, NESTLE). Unser Ziel ist dabei, zu informieren, Illusionen abzubauen und einen öffentlichen Erfahrungsaustausch zu fördern.

Wir können vor allem mal wieder lernen, daß unser privatwirtschaftlich organisierter Medizinbetrieb mit vielen schwerwiegenden Konstruktionsfehlern belastet ist und daß es andere Versorgungssysteme gibt, die nicht nur als ideologieverbrämte Theorien, sondern tatsächlich existieren und funktionieren. Hat jedes Land das Gesundheitssystem, das es verdient?

Die Kirschen in Nachbars Garten ...

IMPRESSUM

Herausgeber

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

Redaktion:

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

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

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

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

Nachdruck nur nach Zustimmung der Redaktion.

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

Redaktionskonto für Spende: Sonderkonto Norbert Andersch PSK 154 20-430 PSA ESN

Koordinierende Redaktion und Anzeigenverwaltung: Ullrich Raupp, Spyckstr. 61, 4190 Kleve, Tel. (028 21) 265 61

Die Zeitschrift „DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN“ erscheint zweimonatlich bei: Pahl-Rugenstein Verlag, Gottesweg 54, 5000 Köln 51, Tel. (0221) 36 40 51, Konten: Postscheckamt Köln 65 14-503, Stadtparkasse Köln 106 522 38 (für Abo-Gebühren).

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.

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

DG-Spendenkonto: Norbert Andersch, PSchA Essen, Konto-Nr.: 15 420-430.

Redaktions- und Anzeigenschluß für Nr. 5/82: 6.8.1982, für Nr. 6/82: 6.10.1982.

Graphik: Christian Paulsen, **Titelfoto:** aus: „Barfußarzt in Obervolta“, Felix Richter-Hebel

Layout: Unni Kristiansen-Kamps, Felix Richter-Hebel, Uwe Schmitz, Gunar Stempel, Peter Walger, Gregor Weinrich.

Satz und Druck: Druckerei und Verlag Locher GmbH, 5000 Köln 51.

JSSN: Nr. 0172-7091



Wie die Veränderungen im französischen Gesundheitswesen aussehen, seit Mitterrand regiert, zeigt das Interview mit dem kommunistischen Gesundheitsminister Jack Ralite auf Seite 8.



Wie deutsche Ärzte für die anachronistische Aufgabe vorbereitet werden, in der Dritten Welt Entwicklungsdienst zu leisten, liest man auf Seite 19.



Wie es die Ärztekammer mit dem Datenschutz hält, wie deren Vizepräsident Dr. Hoppe sich für eine Lebensversicherung einsetzt und wie unangebracht jedes Mißtrauen ist... steht auf Seite 33.

DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN

ZEITSCHRIFT FÜR GESUNDHEITS- UND SOZIALBERUFE

Inhaltsverzeichnis:

4/82

Kommentar

von Felix Richter-Hebel

Schwerpunkt: Internationales Gesundheitswesen

Die 1. Klasse ist abgeschafft – Interview mit dem franz. Gesundheitsminister Jack Ralite	8
Zur gegenwärtigen Situation in der italienischen Psychiatrie – Teil II	14
Theorie und Praxis medizinischer Entwicklungshilfe	16
Tropenvorbereitungskurse in Heidelberg	19

Gesundheit für alle?

Kranker Sozialismus und frommer Caritas im tansanischen Busch	21
Vermarktet wird selbst der Kodex	23
Von Haien und Vampiren	26

Friedensbewegung

Appell „Gesundheitswesen für den Frieden“ bleibt dran	38
Aufgeschoben ist nicht aufgehoben	39

Standespolitik

Versicherungs-Agenten – Teil II	33
---------------------------------	----

Pharma- und Geräteindustrie

Prävention gesundheitspolitisch schwer durchsetzbar –	
Interview mit dem Leiter des Bremer Instituts für Präventionsforschung und Sozialmedizin	36

Historisches

Ein Streik von historischer Dimension	34
---------------------------------------	----

Kultur und Subkultur

Film: Flaschenkinder	25
Geboren aus dem Tod	32
Roter Halbmond	32
Ausstellung: Die Medizin jener „Dreißiger Jahre“	41

Dokumente

Internationaler Kodex für die Vermarktung von Muttermilchersatz	I
Gegen Rückkehr zum Irrenhaus in Italien	IV
Die Gesundheitsbrigaden von Morazán	V
Das Bundesgerichtsurteil zur Bereitschaftsdienstbelastung	IX

Rubriken

Leserbriefe	2
Aktuelles	4
Termine/Kleinanzeigen	7
Kongreßberichte	28
Buchkritik	40

Diesem Heft ist eine Petitionskarte zum WHO-Kodex gegen Baby-Nahrungs-Werbung beigelegt. Abschicken nicht vergessen!

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

Leser-Briefe

Buchbesprechung

Liebe DG-Redaktion,

ich lese regelmäßig und mit Interesse Eure Zeitung. Neben der Hoffnung, daß DG noch lange existieren möge, hier eine kritische Anmerkung zu der Rezension von Helmut Copak: „Irwege – Ein Psychiatrie-Buch“, D. Bongartz / A. Goeb, rororo-panther 4867.

Im Zusammenhang mit meiner Diplom-Arbeit im Fach Soziologie (Abt. Medizin-Soziologie) über psychiatrische/psychosoziale Versorgung hat mich natürlich das Buch von Bongartz/Goeb interessiert, insbesondere aufgrund des Hinweises des Rezensenten, daß die Autoren Gründe für die verschleppte Psychiatrie-Reform nennen. Nach Durchsicht des Buches kann ich der Besprechung von Copak nicht zustimmen, da er einen wesentlichen Hinweis nicht gegeben hat: das Buch ist wohl nicht ohne Grund in der Jugendbuch-Reihe des Rowohlt-Verlages erschienen („rororo panther“) und auch an diesen Leserkreis adressiert. Die von dem Rezensenten bemängelte Sprache und Diktion („Egon-Erwin-Kisch-Tempo“) hat dann aber auch ihre Berechtigung, denn es hat wohl wenig Sinn, jugendliche Leser mit Wissenschaftssprache für diesen Problembereich zu interessieren. Es ist anzunehmen, daß auch die Ausführungen zur historischen Entwicklung der Psychiatrie und der nicht erfolgten Psychiatrie-Reform auf diesen Leserkreis zugeschnitten sind – mehr als einen nur oberflächlichen Einblick kann man davon allerdings nicht gewinnen, unabhängig davon, welchem Leserkreis man angehört.

Fazit: Für meine Zwecke hätte ich mir die 7,80 DM sparen können – durch einen entsprechenden Hinweis des Rezensenten in diesem Falle sogar den Gang in die Buchhandlung!

Viele Grüße

Monique Eckardt-Begall
Frankfurt

Betrifft: Pharma-Werbung

Liebe Kollegen,

zur Planung des Heftes 3/82 bezüglich „Ärztefortbildung durch Pharma-Firmen“ möchte ich Euch meine Methode schildern, wie ich mich zumindest gegen äußere Einflußnahme der Pharma-Firmen wehre (gegen Themenauswahl und „Bestechung“ der Referenten kann ich ja kaum etwas ausrichten, außer genau hinzuhören und evtl. in Diskussionsbeiträgen aktiv zu werden):

1. Ich nehme von den ausstelleriden Firmen nur ganz wenig ausgesuchte Produktinformationen mit (keine Bestechungsobjekte, die mit den erworbenen Produkten außer einem evtl. Aufdruck nichts zu tun haben) und diskutiere statt dessen mit den Firmen-Vertretern über die Probleme ihres Produktes in der Anwendung und dem Unsinn der Pharma-Werbung.

2. Ich bedanke mich schriftlich bei den Organisatoren der Veranstaltung und lege einen Verrechnungsscheck bei über einen Betrag, der mir für die Veranstaltung incl. „Imbiß“, sofern ich daran teilgenommen habe, angemessen erscheint.

Schicken die Adressaten den Scheck zurück, überreiche ich ihn selbst einer sozialen Einrichtung. Behalten die Adressaten den Scheck, habe ich nach Abbuchung

des Betrages von meinem Konto jederzeit die Kontrollmöglichkeit, wer den Scheck eingelöst hat. In jedem Fall ist so mein Protest gegen die z. Z. gängigen Praktiken bei der Ärztefortbildung aktenkundig.

Es wäre schön, wenn sich meinem Beispiel viele Mitbetroffene solcher Fortbildungen anschließen könnten, für einen einzelnen besteht immer die Gefahr, als Spinner abqualifiziert zu werden.

Wer viele solcher Ärztefortbildungen besucht, kann sich zur Vereinfachung leicht einen Vordruck per Fotokopierer herstellen, der auf jede Veranstaltung paßt. Die Anrede und evtl. Zusätze kann man dann für jede Aktion speziell formulieren.

Noch ein Erlebnis am Rande:

Als der CIBA-Geigy-Vertreter das „Pharma-Wiesel“ an der Türe einer Kollegin kleben sah, zog er die Türe sofort wieder zu und sagte zu mir, da ich zufällig vorbeikam, er habe Anweisung von der Firmenleitung, Ärzte, die den Aufkleber verwendeten, zu meiden. „Prima“, sagte ich und ließ ihn stehen.

Mit freundlichen Grüßen:

Richard Beitz, Siegburg



Medizin und Technik

Liebe Freunde!

Liebe Redaktion!

Daß der Kollege Amdt in seiner Leserschrift (DG 3/82) die physikalischen Grundlagen der Kernspintomographie richtigstellen mußte, die ich in meinem Artikel (DG 6/81) mit der Emissions-Computertomographie vermischt hatte, ist meinem „Blödsinn“ und nicht etwa Eurem „Murks“ zuzuschreiben.

Ich glaube, durch den Expertenexkurs in die Magnet- und Kernphysik nicht nur verstanden zu haben, was Kernspintomographie ist, sondern auch zu wissen, warum sich nicht ebenso viele Kollegen der fortschrittlichen Gesundheitsbewegung ebenso kritisch mit der Medizintechnik und Geräteindustrie wie mit der Pharmaindustrie auseinandersetzen: weil sie den mühsamen Erwerb grundlegenden technischen Detailwissens fürchten müssen. Da dies bekanntermaßen selbst den kritischen unter den „wackeren“ Medizinern schwerzufallen scheint, wäre in der interdisziplinären Zusammenarbeit auf dem Problemfeld „Medizintechnik“ eine Lösung zu suchen. Mein ursprünglicher Artikel sollte dazu nicht mehr als ein richtungsweisender Anstoß sein.

Mit freundlichen Grüßen

Andreas Ziegler

Brust ab „Ja bitte!“

Im Laufe meines Medizinstudiums sind mir schon viele fragwürdige Therapiemethoden als angeblich „neuester Stand der Wissenschaft“ beigebracht worden. Den Gipfel dieses „neuesten Standes“ erreichte der nach eigenen Angaben „nördlichste Pathologieprofessor Deutschlands“, Prof. Brunk, der uns Medizinstudenten im praktischen Jahr in Schleswig unterrichtet. Auf einer Fortbildungsveranstaltung zum Thema Mammatumoren empfahl er, Frauen sollen sich nach Abstillen ihres letzten Kindes die Brust vorsorglich amputieren lassen. Auf Nachfragen bestätigte er, daß diese Empfehlung ernst gemeint sei, und nannte uns sogleich seine Gründe:

1. die hohe Absterberate des diagnostizierten Mammacarcinoms von weit über 50% in 5 Jahren
2. nach Abstillen des letzten Kindes sei die weibliche Brust ohnehin funktionslos
3. die unkomplizierte Mammaamputation sei als Routineeingriff von relativ geringem Risiko

Und überhaupt könne er es nicht verstehen, daß er sogar unter Kollegen mit seinem logischen, statistisch gesicherten, also vernünftigen Vorschlag auf Widerspruch stoße.

Die Frage, in welchem Alter er es den Frauen empfehlen würde, sich die Brust prophylaktisch amputieren zu lassen, konnte er ebenso wenig beantworten wie die, ob für das Plattenepithelcarcinom des Penis mit eher höherer Absterberate die gleiche Logik und Vernunft gilt. Sind die Frauen vielleicht nur zu unvernünftig, männliche Logik nachzuvollziehen?

Ich könnte es dabei bewenden lassen, jeder möge sich seinen Teil dabei denken, wenn ein Provinzpathologe seine persönliche Meinung sagt. Ich könnte ihn damit entschuldigen, daß er es ja nie mit lebenden Patienten zu tun hat, sondern nur mit totem Gewebe.

Aber ein Artikel im „Schleswig-Holsteinischen Ärzteblatt“ (5/82) zeigt, der Wahnsinn hat Methode: Professor Hamelmann von der Chirurgischen Universitätsklinik Kiel sinngemäß:

Einige Autoren hätten ja schon vor längerer Zeit die prophylaktische Mammaamputation propagiert. Diese Therapie sei von den Patientinnen jedoch abgelehnt worden wegen der damit verbundenen äußeren Entstellung. (Igit, wie unvernünftig Frauen doch sind: nur um schön zu sein, nehmen sie gesundheitliche Risiken in Kauf.) Jetzt sei hingegen ein Operationsverfahren erprobt, das diesen Einwand ausräumt:

Man schneide genau entlang der Falte, die man bei der Hängebrust sowieso nicht sieht, schäle den Drüsenkörper heraus, der nach dem Abstillen sowieso funktionslos ist, tue unter den Musculus pectoralis maior eine Plastikprothese und fertig ist eine kosmetisch schöne und ungefährliche neue Brust. Leider müsse man, wenn man die Brustwarze beläßt, auch ca. 5% des Brustdrüsengewebes belassen und damit auch ein Mammacarcinom-Restrisiko von 5%. Die Senkung des Risikos sei jedoch signifikant und damit die prophylaktische Mammaamputation als Routinemaßnahme möglich.

Kein Wort stand in dem Artikel davon, daß einige Ärzte die Einpflanzung von kleinsten Plastikprothesen z. B. nach Fibroadenomenukleation deswegen ablehnen, weil die carcinogene Wirkung dieser Plastik nicht ausgeschlossen werden kann!

Dies nur zur „wissenschaftlichen“ Seite. Daß die psychische Belastung der Frauen nicht die große Rolle spielt, versteht sich für die Herren Professoren ohnehin von selbst.

Warum solch herrliche Professorengehirne derartige Veröffentlichungen anstoßen, darüber lassen sich nur Vermutungen anstellen: Möchten sie als Schöpfer einer „OP nach Hamelmann-Brunk“ in der Geschichte der Medizin eingehen? Oder verspricht die Privatliquidation dieser OP ein gesundes Geschäft?

Oder sind Männer (im allgemeinen) und Professoren (im besonderen) einfach nur zu beschränkt?

Ralf Cüppers
2300 Kiel 1

Betr.: Psychiatrie

Liebe Freunde!

Mit großem Interesse habe ich Eure Zeitung 3/82 gelesen, besonders interessant fand ich den Artikel „In Bedburg ausgeliefert“.

Da ich auch in einer psychiatrischen Klinik, nämlich im Rheinischen Landeskrankenhaus Viersen, gearbeitet habe, möchte ich Euch meine Erfahrungen mitteilen (Anlage).

Über die miserablen Zustände habe ich bereits beim zuständigen Leiter der Landeskliniken in NRW, Prof. Kulenkampff, protestiert, doch habe ich, trotz Anmahnung, seit 3 Monaten noch keine Antwort erhalten.

Vielleicht könnt Ihr mit mir zusammen protestieren gegen eine weitere Verschlechterung der Patientenversorgung in der Psychiatrie, besonders in der Landes Klinik Viersen.

Mit freundlichen Grüßen

Friedel Pache
Düsseldorf

An
Herrn
Professor Kulenkampff
Landeshaus
5000 Köln 21

Nachrichtlich an die Ärztliche Leitung der Rheinischen Landes Klinik Viersen

Sehr geehrter Herr Professor Kulenkampff!

Seit September 1980 arbeite ich als Assistenzarzt in der psychiatrischen Facharztausbildung in der Rheinischen Landes Klinik in Viersen, ein Jahr davon in der Aufnahmeklinik.

Hier lernte ich den Stationsbetrieb kennen und ihn in personell schwächster Besetzung aufrechterhalten. Zeitweise bewältigte ich mit einem ebenfalls in Ausbildung befindlichen Kollegen die Patientenversorgung der Frauenaufnahme 6a/b. Zusätzlich versorgte ich noch eine „chronische“ Station. Chef- und Oberarzt waren oft krank oder nicht im Dienst.

Während dieser Zeit wurde die pflegerische Betreuung der Patienten noch erschwert durch Überstunden der Schwestern und dadurch bedingte Unzufriedenheit. Weiter wurde das Arbeitsklima durch kurzfristige Dienstplanänderungen des Oberpflegers belastet, wodurch gut zusammenarbeitende Teams wiederholt auseinandergerissen wurden. Eine Erklärung für solche oft willkürlich erscheinenden Maßnahmen war nicht zu erhalten.

Nach 1 Jahr in der Aufnahmeklinik wechselte ich zur Entwöhnungstherapiestation 15b.

Auch hier zeigte sich, daß die Teamarbeit, Arzt – Sozialarbeiter – Pfleger, wie wir sie in unseren Therapiegruppen anstreben, immer wieder durch oberpflegerische Dienstplanänderungen gestört und behindert wurden.

Mir scheint, daß auch hier derart folgenschwere Anordnungen aus dem Unverständnis für ein berufsübergreifendes Therapiekonzept und einem bedrückenden Mangel an Personal erfolgten.

Die überholte Vorstellung, Pfleger und Schwestern seien nur für das körperliche Wohlergehen der Patienten zuständig, besitzt leider in den Hierarchien der Landes Klinik Viersen volle Gültigkeit.

Auf den „chronischen“ Stationen 30/3 und 30/12, die ich außerdem betreute, zeigte sich mir ein ähnliches Bild. Ärztlicherseits blieb mir kaum Zeit für ein Gespräch mit den einzelnen Patienten, geschweige denn für eine regelmäßige Aktenführung.

Ich möchte nicht den Hinweis versäumen, daß nach meinem Eindruck im „chronischen“ Bereich zahlreiche Patienten untergebracht sind, die durch gründlichere Betreuung schon längst hätten entlassen werden können.

Aus meinen bisherigen Erfahrungen in dieser Einrichtung erlaube ich mir die Feststellung, daß die Landes Klinik Viersen, mit Ausnahme der Verwaltung, in vielen Bereichen personell völlig unzureichend besetzt ist, insbesondere was den ärztlichen und Krankenpflegerischen Bereich betrifft.

Eine Personalstandsanierung und die inhaltliche Anpassung an eine zeitgemäße Psychiatrie, wie sie bereits 1975 durch die Enquete gefordert wurde, wäre dringend geboten, von einer Humanisierung und Verkleinerung der Großkrankenhäuser ganz zu schweigen.

Mit Ihrer Entscheidung, sehr geehrter Herr Professor Kulenkampff, die Einzugsgebiete der Landes Klinik Viersen um einen Teil der Landes Klinik Bedburg-Hau zu erweitern (zusätzlich zu erwartende 250 bis 300 Aufnahmen pro Jahr), verschlechtern Sie die Situation unserer Patienten und unseres Personals. Hauptleidtragende sind wieder einmal unsere Patienten.

Die Verantwortung für eine weitere Verschlechterung der ärztlichen und pflegerischen Versorgung lehne ich sowohl aus humanitären wie auch aus medizinischen Gründen ab.

Ich protestiere hiermit schärfstens gegen Ihre Entscheidung, das Großkrankenhaus Viersen zu vergrößern und künde zum nächstmöglichen Termin (30. 4. 1982).

Hochachtungsvoll
(Dr. Pache)



Und nochmal zum Kommentar in DG 1/82 „Friedlich in die Katastrophe“

Sehr geehrte Redaktion, es ist eine freie Erfindung, wenn Sie im Januar/Februar-Heft behaupten, der Bundeskanzler hätte mich eingeladen, um mich „von einem weiteren Engagement gegen das Gesundheitssicherstellungsgesetz“ abzuhalten. Über Medizin oder gar den Entwurf zum Gesundheitssicherstellungsgesetz ist zwischen dem Bundeskanzler und mir nicht ein Wort gewechselt worden. Natürlich sind deshalb auch die in diesem und im nächsten Heft von dem Redaktionsmitglied Gunar Stempel angeführten Spekulationen unsinnig, ich hätte mich durch ein solches Gespräch von meinem Engagement gegen den Gesetzentwurf abbringen lassen. Die von mir mitverfaßte „Frankfurter Erklärung“, die jeden Unterzeichner zur praktischen Verweigerung der Teilnahme an kriegsmedizinischer Fortbildung verpflichtet, ist wohl eindeutig genug. Sie ist übrigens inzwischen von mehr als 2500 westdeutschen Ärzten und (in einer leicht modifizierten englischen Fassung) von zahlreichen ausländischen Ärzten unterschrieben worden.

Ich möchte Sie bitten, diesen Text als Leserbrief abzu drucken, damit Ihre falsche Behauptung nicht stehen bleibt.

Mit freundlicher Empfehlung
Horst-Eberhard Richter

Leser-Briefe

Als dieser Leserbrief an die Redaktion ging, war andererseits ein Brief von mir an Horst-Eberhard Richter unterwegs, so daß sich beide Briefe kreuzten. In diesem Brief erklärte ich u.a.: „Darüber hinaus soll das Gesundheitssicherstellungsgesetz auch nicht Thema des o.g. Gesprächs gewesen sein. In diesem Falle wäre ich einigen Falschinformationen aus dem hessischen Raum aufgesessen, die um so schwerer wiegen, da ich vor Erscheinen des Kommentars keine Rücksprache mit Ihnen genommen hatte.“ Ich nehme daher meinen Vorwurf vorbehaltlos zurück.

Gunar Stempel

Friedensinitiative der Uniklinik Frankfurt »Frieden schaffen ohne Waffen«

Liebe Freunde,

zum Thema Militär und Medizin hat unsere Initiative eine Veranstaltung mit Dr. Peter Riedesser durchgeführt. Dr. Riedesser sprach über die „Ethische Problematik des Sanitätswesens am Beispiel der Militärpsychiatrie“.

Damit dieser überaus wichtige und gut fundierte Beitrag – Dr. Riedesser arbeitet auf diesem Gebiet schon seit Jahren und ist einer der schärfsten Kritiker auf diesem Gebiet – eine weite Verbreitung findet, haben wir seinen Vortrag und die Diskussion auf Video mitgeschnitten. Wer Interesse daran hat, kann uns schreiben und sich die Cassette ausleihen. (Videosystem: VHS, ca. 2 1/2 Stunden)

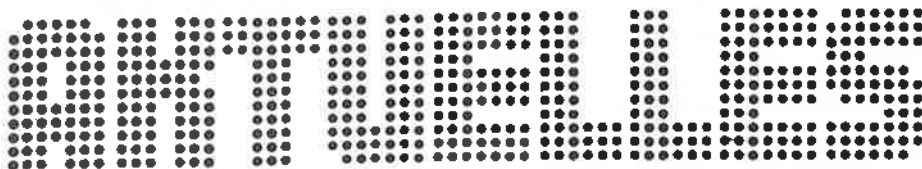
Kontaktadresse:
Eckardt Johannning
Falkstraße 49, Tel. 0611/773339
6000 Frankfurt/M. 90

Finanzen/Inserate

Ich wollte kurz noch auf die Kritik aus den Leserbriefen von DG 3/82, S. 3, antworten, und einige Informationen nachtragen: Handverkauf ist 'ne schöne Sache für die Unis, einige Fachschaften und Einzelpersonen tun das auch für uns. An den vielen verschiedenen Arbeitsstellen geht das nur sehr eingeschränkt. Der hohe Einzelpreis von 6 DM gilt eigentlich nur für die Buchläden (die nehmen uns nämlich – auch links – 40% davon ab!). Die Mehrfachverkäufer bekommen von mir die Hefte zu Verkaufspreisen zwischen 3 und 3,50 DM, also nur noch 0,50–1 DM mehr als der „Mabuse“, der im übrigen die gleiche Seitenzahl hat wie wir (Doku-Teil mit-rechnen!). Da allerdings die Abonnenten unser „Standbein“ sind, weise ich Mehrfachverkäufer immer darauf hin, mit den billigeren Heften Abo-Werbung zu machen. Alle, die uns hier helfen wollen, bitte ich also dringend, unser Mehrfachverkaufsangebot anzunehmen!

Mit den Inseraten verhält sich das ähnlich: Klar inserieren wir in allen Basiszeitschriften und Fachschaftszeitungen, an die wir herankommen. Aber genau das ist das Problem unserer NRW-Zentralisierung. Toll wäre es, wenn Leser an ihrem Ort/Uni/Krankenhaus erkunden würden, ob wir in der Stadt/Fachschafts/Betriebszeitung ein – möglichst billiges – Inserat unterbringen könnten. Allerdings sollte der Leserkreis schon weitgehend im Gesundheitswesen angesiedelt sein. Die Idee, im Ärzteblatt oder in der Schwestern/Pflegezeitschrift zu inserieren, ist aus der Erfahrung der Gesundheitstage geboren, daß viele Beschäftigte, die gerade auch sowas lesen, uns einfach noch nicht kennengelernt hatten.

Gruß, Ulli



Kurz notiert:

Folter in Marokko

Amnesty international untersuchte 66 Fallakten von marokkanischen Gefangenen, die in den Gefängnissen Casablanca, Rabat, Kénitra Settat und Chaouen untergebracht waren. Die Häftlinge wurden monatelang mit verbundenen Augen und Handschellen festgehalten, die Zellenbeleuchtung blieb ununterbrochen eingeschaltet, Kommunikations- und Bewegungsmöglichkeiten waren extrem begrenzt. Sie wurden Folterungen durch Elektroschocks, Schlägen auf die Fußsohle und Verbrennungen mit Zigarettenglut ausgesetzt. Die Lebensbedingungen fördern das Auftreten von Erkrankungen. Auf medizinische Versorgung müssen die Gefangenen häufig Monate warten.

Kontakt: Dr. med. D. Schmitz-Burchartz, 4270 Dorsten 21, Idastr. 65.

Behinderte

In Niedersachsen werden die Kostenbeiträge für den Aufenthalt rund 7500 behinderter Kinder in Heimen und Tagesstätten nicht erhöht. Dies hat die niedersächsische Landesregierung beschlossen. Das Land verzichtet damit als einziges darauf, von der Erhöhung Gebrauch zu machen, die das Zweite Haushaltsstrukturgesetz der Bundesregierung vorsieht. Sozialminister Schnipkoweit (CDU) bezeichnete gestern in Hannover die entsprechende Änderung des Bundessozialhilfegesetzes als einen Fehler, der beseitigt werden müsse. Die Kostenhöhung ist vom 1. April an zulässig.

Psychologen für Krefelder Appell

400 Studenten, Hochschullehrer, Wissenschaftler und Gewerkschafter von ÖTV und GEW haben auf einem Psychologenkongress der Vereinigten Deutschen Studentenschaften in Münster beschlossen, den Krefelder Appell und den Appell Gesundheitswesen für den Frieden zu unterstützen. Gemeinsam mit den Gewerkschaften wollen Studenten und Wissenschaftler sich gegen Sparmaßnahmen im Bildungsbereich zugunsten der Hochrüstung einsetzen. Zudem wandten sich die Tagungsteilnehmer gegen Versuche, Medizin und Psychologie in den Dienst der Kriegsvorbereitung zu stellen.

Rückstände in Lebensmitteln besorgniserregend

Rückstände von Chemikalien in Lebensmitteln geben nach Ansicht des Bundesgesundheitsministeriums „durchaus Anlaß zur Besorgnis“. Überschreitungen der zulässigen Höchstmengen wurden bei Obst und Gemüse aus der Bundesrepublik überhaupt nicht, bei entsprechenden Importartikeln in zwei Prozent der untersuchten Proben registriert. Unterhalb der zulässigen Höchstmenge gab es jedoch Rückstände in 28,6 Prozent der inländischen Obst- und Gemüseproduktion und in 43,3 Prozent der ausländischen Produkte. In tierischen Lebensmitteln war die Situation gravierender. Hier lag die Zahl der ermittelten Überschreitungen gesetzlicher Höchstgrenzen bei 1,9 Prozent, der Anteil der Proben mit Rückständen unterhalb der Höchstgrenze war jedoch mit 92 Prozent beträchtlich höher.

Liste Demokratischer Ärzte jetzt auch im Saarland

Bei den Wahlen zur Ärztekammer Saarland erhielt die Liste Demokratischer Ärzte, die zum ersten Mal kandidierte, auf Anhieb 10% der Stimmen und ist jetzt mit drei Sitzen in der Ärztekammer vertreten. Diese dürften vor allem dem Marburger Bund verlorengegangen sein, der jetzt nur noch über sechs, statt wie bei der letzten Wahl über neun Sitze verfügt. Die Wahlbeteiligung lag bei 62 %.

Kontaktadresse LDÄ: Claus Thewes, Pfalzweg 4, 6601 Klarenthal, Tel. (06898) 3 16 77

Schweizer Ärzte für Soziale Verantwortung

Im Falle eines Atomwaffeneinsatzes sind Schweizer Ärzte bei der Behandlung von Opfern machtlos. Das betonte in Bern die Schweizer Abteilung der Vereinigung „Ärzte für Soziale Verantwortung“. Vertreter des Verbandes erklärten, daß bei einer einzigen thermonuklearen Katastrophe in der Schweiz mit 5000 schwersten Verbrennungen zu rechnen wäre. Zur Zeit könnten jedoch in der ganzen Schweiz nur an fünf Kantonsspitalern 35 Patienten mit hochgradigen Verbrennungen gleichzeitig behandelt werden.

Katholische Kirche: Neue Kampagne gegen Abtreibung

Mit einer breit angelegten Kampagne will die katholische Kirche gegen die Abtreibung vorgehen. Die Deutsche Bischofskonferenz und das Zentralkomitee der deutschen Katholiken haben dazu die Initiative „Wähle das Leben“ geschaffen, die am 4. September im Rahmen des Düsseldorfer Katholikentages offiziell eröffnet werden soll. Der Sekretär der Bischofskonferenz, Josef Homeyer, bekräftigte vor Journalisten in Bonn die Kritik der katholischen Kirche an der „weitgehenden strafrechtlichen Freigabe der Abtreibung“ und betonte die Zahl von 87 535 offiziell gemeldeten Schwangerschaftsabbrüchen.

Bei der neuen Kampagne gehe es nicht um die Durchsetzung einer speziellen christlichen oder kirchlichen Moral, betonte Homeyer, sondern „um die Grundlagen unserer Humanität und damit um die Verteidigung des fundamentalen Rechtes des Menschen auf Leben“. Die Kampagne soll über mehrere Jahre in die Öffentlichkeit hinein wirken, „um so zu einer größeren Lebensbejahung in unserer Gesellschaft zu kommen“.

Fachschaft Medizin Köln: Praktikanten-Austausch mit Israel abgebrochen

Die Fachschaft Medizin der Universität Köln hat beschlossen, aus Protest gegen den israelischen Vernichtungskrieg gegen die Palästinenser ihre Kontakte mit dem israelischen Familienaustausch abbrechen. In der Presseerklärung heißt es: „Wir sind uns bewußt, daß dies ein problematischer Schritt ist, da wir aus der Vergangenheit wissen, daß natürlich nicht nur israelische Studenten nach Deutschland kommen, die die Ziele des Staates teilen, und da wir wissen, daß gerade das Gespräch miteinander ein wichtiger Faktor in der Auseinandersetzung ist. Dennoch haben wir uns entschlossen, diesen Schritt zu tun, um diesem Staat, der nicht mehr diskutiert, sondern mit der physischen Vernichtung eines Volkes seine ‚Endlösung‘ anstrebt, das deutlichste Zeichen zu setzen, über das wir als Fachschaft verfügen.“

Frühinvalidität und ihr Hintergrund

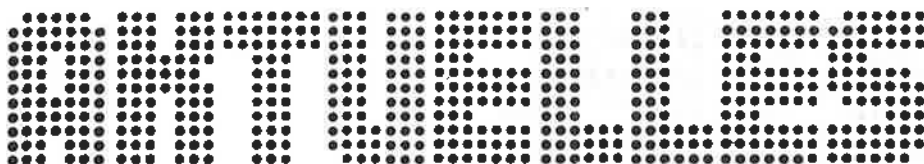
In ihrem neuesten Monatsbericht hat sich die staatliche Bundesbank gegen eine Verkürzung der Lebensarbeitszeit, „in welcher Form auch immer sie heute vorgeschlagen wird“, ausgesprochen. Gesamtwirtschaftlich sei „der reale Verteilungsspielraum beschränkt“, argumentieren die Bundesbanker.

Mehr als zwei Drittel der Berufstätigen werden bereits vor Erreichen des 60. Lebensjahres Rentner. Der Neuzugang von Rentnern wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit weist dies auf. Demnach stellt sich die Forderung nach Verkürzung der Arbeitszeit vor allem als unerläßlicher Beitrag zur Humanisierung des Arbeitslebens. Denn wachsende Arbeitsbelastung, zunehmende Arbeitshetze, ständig steigende Leistungsanforderungen und gesundheitsgefährdende Arbeitsbedingungen wie Lärm, Stäube, Einsatz von gefährlichen Arbeitsstoffen usw. sind ursächlich für die permanent ansteigende Frühinvalidität und haben schließlich Auswirkungen auf die Lebenserwartung der lohnabhängig Beschäftigten insgesamt.

In diesem Zusammenhang sind die Ergebnisse einer Untersuchung des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) der Nürnberger Bundesanstalt für Arbeit aufschlußreich:

- In unserem Land arbeiten 49 Prozent aller Beschäftigten – das sind rund 10,8 Millionen – in Nässe, Kälte, Hitze oder Zugluft.
- 41 Prozent oder neun Millionen arbeiten in Rauch, Staub, Gasen oder Dämpfen.
- 56 Prozent oder 12,3 Millionen arbeiten unter Lärm.
- 49 Prozent oder 10,8 Millionen arbeiten in gebückter Haltung.
- 25 Prozent oder 5,5 Millionen leisten Nacht- oder Schichtarbeit.

Alarmierend ist, daß die festgestellten Belastungen nach Angaben des untersuchenden Instituts in den seltensten Fällen allein auftreten. So arbeiten z. B. Personen, die unter Staub, Rauch, Gasen oder Dämpfen zu leiden haben, zu mehr als der Hälfte, nämlich zu 59 Prozent, auch unter mindestens drei anderen Belastungsarten. Viele Belastungsarten treten nach den Untersuchungen weitgehend zusammen auf.



Schadstoffe in der Muttermilch nehmen ab

Muttermilch ist als Babynahrung besser als in letzter Zeit vermutet. Denn innerhalb von zehn Jahren sind Schadstoffe, die in der Milch festgestellt worden waren, um ein Drittel und mehr zurückgegangen. Dieses überraschende Forschungsergebnis teilte das Bonner Gesundheitsministerium mit.

Insgesamt waren innerhalb von zwei Jahren 2795 Milchproben von 243 Müttern und 117 Fettgewebsproben untersucht worden. Im Vergleich zu Untersuchungsergebnissen aus den Jahren 1969/70 und 1974/75 wurde eine eindeutige Abnahme der Konzentration chlororganischer Schadstoffgehalte festgestellt, teilte das Ministerium mit. Es beruft sich dabei auf einen gemeinsamen Forschungsbericht der Universitäts-Kinderklinik Hamburg und des Instituts für Hygiene der Bundesanstalt für Milchforschung in Kiel.

Dennoch wurden nach wie vor auch Rückstände von chlorierten Kohlenwasserstoffen ausgemacht. Entgegen früherer Annahmen habe sich bei den Untersuchungen gezeigt, daß während der Stillperiode keine wesentliche Verminderung der Konzentration dieser Stoffe eingetreten sei.

Überraschend war bei den Untersuchungen, daß die Konzentration von bestimmten Stoffen offenbar eng mit Lebensgewohnheiten zusammenhängt. Denn beträchtliche Unterschiede wiesen die Proben von Müttern unterschiedlicher regionaler Herkunft und Nationalität auf. Besonders auffällig seien dabei die hohen DDT-Werte, die in der Milch von Müttern osteuropäischer Herkunft festgestellt wurden.

Aufschrei gegen Sozialabbau

In einem offenen Brief an die Politiker der Stadt Bonn wandten sich am 1. Mai ca. 60 Mitarbeiter verschiedenster Einrichtungen und Projekte im sozialen Bereich. „Wir haben die Schnauze voll, in dieser Stadt und in diesem Land Jugend- und Sozialarbeit unter Bedingungen machen zu müssen, die seit Jahren den minimalsten finanziellen, organisatorischen und inhaltlichen Anforderungen nicht nachkommen und von Tag zu Tag unerträglicher werden.“

Sind wir vor Jahren angetreten, um in erster Linie Sozial-, Kinder-, Jugend- und Stadtteilarbeit zu machen, so prägt heute „soziales Krisenmanagement“ unseren Arbeitsplatz.“ In einer umfangreichen Broschüre wird die Praxis des Sozialabbaus der Stadt Bonn dargestellt und zur Mitarbeit und Unterstützung der Unterschriftenaktion gegen Kürzungen und Streichungen in der sozialen Arbeit aufgerufen. Weitere Aufschreibegruppen gibt es bisher in Köln, Siegen, Saarbrücken, Kiel und Stuttgart.

Kontakt: Gewerkschaft ÖTV, Kreisverwaltung Bonn, Weberstr. 118, 5300 Bonn 1.



Kieler Toxikologe warnt vor CS-Gas

Gegen die Behauptung, der Einsatz von CN- oder CS-Gas bei Demonstrationen sei gesundheitlich unbedenklich, hat sich der Kieler Toxikologe Professor Otmar Wassermann in Kiel gewandt.

Die angeblichen „langen wissenschaftlichen und technischen Untersuchungen und Erprobungen“ garantierten nicht, daß unter den turbulenten Umständen eines Einsatzes von Reizmitteln der „bestimmungsgemäße Gebrauch“ eingehalten wird und nicht doch akute und chronische Schäden bei Zivilbevölkerung und Polizei auftreten. Unter den möglichen Schäden nannte Wassermann Schleimhaut- und Augenverletzungen, Glottiskrampf (Atemkrampf) mit möglicher Todesfolge, Allergien und möglicherweise sogar Krebs. Der Professor, der die Abteilung Toxikologie an der Kieler Universität leitet, erhob den Vorwurf, daß bei der Entscheidung für die Reizstoffe Kinder, Behinderte, zu Asthma oder zu Allergien neigende Personen unberücksichtigt geblieben seien.

Neue AO-Novelle

Anfang Juni legte das BMJFG seinen Referentenentwurf zur 4. AO-Novelle vor.

Wesentlichste Punkte sind:

- Einführung von mündlichen Prüfungen im Physikum und 2. Abschnitt
- Benotung aller mündlichen Prüfungen von 1–6
- Verlängerung der Famulatur von 4 auf 6 Monate, wovon 1 Monat im öffentlichen Gesundheitswesen verpflichtend sind

Damit verbunden ist die Änderung der kassenärztlichen Zulassung. Diese soll nach 2 Jahren Pflichtassistenzenzeit, davon ein halbes bei einem niedergelassenen Arzt, erfolgen.

Die Reform des Medizinstudiums, die seit Jahren ansteht, wird wieder einmal nicht in Angriff genommen, statt dessen wird der Offenbarungseid für die praktische Ausbildung geleistet durch Verlängerung der Famulatur in der vorlesungsfreien Zeit.

Ziel dieser AO-Novelle ist es einmal mehr, auf dem Hintergrund einer nicht vorhandenen Ärzteschwemme die Zahl der Medizinstudenten zu verringern, sei es durch mehr Prüfungen oder soziale Selektion durch Famulaturverlängerung. Die niedergelassenen Ärzte können durch Vergabe oder Nichtvergabe von Assistenzstellen sich unliebsame Konkurrenz vom Halse schaffen.



Multiple-Choice-Prüfungen sind rechts-gültig

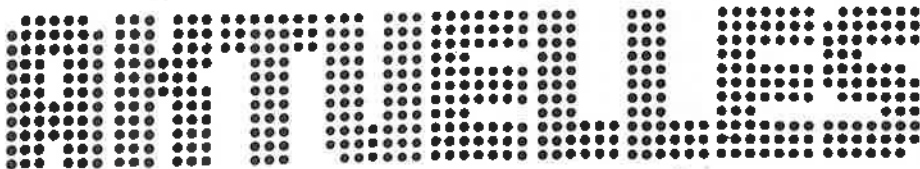
Das Bundesverwaltungsgericht in Berlin hat jetzt in einem Urteil das sogenannte „Multiple choice“-Verfahren für medizinische Prüfungen in seiner seit 1979 verschärften Form für rechtsgültig und im Ein-

klang mit den Bestimmungen des Grundgesetzes erklärt. Demnach müssen die ärztlichen Examenkandidaten mindestens 60 Prozent der gestellten Prüfungsfragen in dem Antwort-Wahl-Verfahren richtig beantworten, um die Prüfungen zu bestehen. Das Gericht bestätigte ferner die Streichung der „relativen Bestehensklausel“, wonach die Prüfung auch dann als bestanden galt, wenn der Anteil der vom Prüfling beantworteten Fragen nicht mehr als 18 Prozent unter einer vergleichbaren durchschnittlichen Prüfungsleistung lag. Nach dieser Entscheidung haben Medizinstudenten, die sich im August 1979, im März 1980 und im August 1980 der Ärztlichen Vorprüfung zum drittenmal unterzogen und nicht mindestens 60 Prozent der Fragen richtig beantwortet hatten, die Prüfung endgültig nicht bestanden. Die seit August 1981 geltende Regelung kommt ihnen nicht mehr zugute. Diese Möglichkeit besteht lediglich für Examenkandidaten ab März 1981. (Aktenzeichen: BVerwG 7 C 24.81 und 7 6.80)

„Hamburger Ärzteopposition“ erringt 23% der Stimmen

Im Juni fanden Wahlen zur Ärztekammer Hamburg statt. Dabei konnte erstmals in Hamburg eine Gruppe überwiegend gewerkschaftlich orientierter Ärzte, die sich „Hamburger Ärzteopposition“ nennt, 3 Sitze in der 60 Sitze umfassenden Ärztekammer gewinnen. Infolge der komplizierten und undemokratischen Wahlordnung erhielt die „Hamburger Ärzteopposition“ jedoch keinen einzigen Kammerplatz entsprechend ihrem Listenstimmenanteil, obwohl die Kandidaten der Liste „Hamburger Ärzteopposition“ 23% der abgegebenen Stimmen erhalten hatten, 20 Sitze werden über die Listenwahl vergeben. Bei der Wahl werden alle Kandidaten alphabetisch aufgeführt (und nicht die Listen) und die Kandidaten, die die meisten Stimmen bekommen, sind gewählt. Alle anderen Stimmen fallen unter den Tisch.

Die 3 Kammervorteiler der „Hamburger Ärzteopposition“ wurden in ihren Stimmbezirken direkt in die Kammer gewählt, denn auch hier zählt das Mehrheitswahlrecht: Derjenige Kandidat ist gewählt, der die höchste Stimmenzahl in seinem Stimmbezirk erhält. Alle anderen



- Stimmen fallen wiederum unter den Tisch. Insgesamt gibt es 38 Kammerbezirke (20 für niedergelassene Ärzte, 18 für Krankenhausärzte, obwohl es mehr Krankenhausärzte als niedergelassene Ärzte gibt). So treten enorme Verzerrungen der benötigten Stimmzahlen auf. In manchen Bezirken der niedergelassenen Ärzte gab es nur 50 Wahlberechtigte, während in den Krankenhausbezirken teilweise 240 Wähler zu gewinnen waren. Alle 3 Mandate wurden in den Krankenhausbezirken gewonnen. Es sind dies die Kollegen Limbrock, Kalvelage und Reimann.

Auffällig ist das bevorzugte Votum von Krankenhausärzten für diese Liste, die im Gegensatz zu den bisher in der Ärztekammer dominierenden Gruppen und im Gegensatz zum Marburger Bund die gesamtgesellschaftliche Verantwortung der Ärzteschaft vor gruppenegoistischen Interessen sieht. Die beiden übrigen Kammervorteiler werden jeweils direkt aus der Gesundheitsbehörde und aus dem Fachbereich Medizin der Universität Hamburg entsandt.

Nicaragua: Flutkatastrophe – Tausende obdachlos

Die Regierung des Nationalen Wiederaufbaus von Nicaragua hat nach den schweren Niederschlägen und Überschwemmungen, ausgelöst durch einen Wirbelsturm, die seit einigen Tagen das Land verwüsten, diese Gebiete zu Notstandsgebieten erklärt und die Gründung eines Notstandskomitees bekanntgegeben, bestehend aus dem nationalen Roten Kreuz, der Gewerkschaftskoordination, dem Evangelischen Hilfs- und Entwicklungskomitee, der Bischofskonferenz, der Journalisten-Union und anderen zivilen Hilfsorganisationen. Das Notstandskomitee organisiert mit Vertretern der Massenorganisationen die anstehenden Arbeiten in diesem Gebiet.

Nach ersten Schätzungen gibt es 40 Tote, 14 Vermisste und etwa 30 000 Obdachlose in dem Gebiet der Pazifikküste. Die Zahl kann sich noch erhöhen, weil ganze Bezirke immer noch völlig von der Außenwelt abgeschnitten sind, Straßen und Eisenbahnen, Telegraphen- und Telefoneinrichtungen zerstört sind. Betroffen sind besonders stark die landwirtschaftlichen Gebiete, in denen die Ernten zum großen Teil den Wassermen-

gen zum Opfer gefallen sind, aber auch wichtige Industrieanlagen, öffentliche Gebäude, Krankenhäuser und Schulen. Die Schulen wurden bis auf weiteres geschlossen, damit sich Lehrer und Schüler an den Notstandsarbeiten beteiligen können.

Durch das Notstandskomitee werden aus den betroffenen Gebieten die Menschen evakuiert, um Seuchen zu verhindern und um sie leichter medizinisch versorgen zu können.

Anlässlich der Flutkatastrophe in Nicaragua haben Medico International e.V. in Frankfurt und das Informationsbüro Nicaragua e.V. als Koordinationsstelle der Nicaragua-Solidaritätsbewegung auf Veranlassung der nicaraguan-

ischen Ministerien und beteiligten Organisationen eine Hilfsaktion gestartet. Die Organisationen rufen alle Hilfsorganisationen der Bundesrepublik Deutschland auf, ihren Möglichkeiten entsprechend der Notstandssituation in Nicaragua Rechnung zu tragen. Eingehende Spenden werden für die dringend benötigten Hilfsgüter verwandt: Nahrungsmittel, Zelte, Kleidung, Milchpulver, Babyflaschen und Medikamente. Eine Liste der benötigten Hilfsgüter ist bei Medico International und dem Informationsbüro Nicaragua anforderbar.

Die Spendenkontonummer lautet: Medico International e.V., Konto: 1800, Stadtparkasse Frankfurt, BLZ: 545 510 30, Stichwort: Soforthilfe Nicaragua.

Aufruf für den Libanon

Die alltägliche Traurigkeit der Menschen in den Flüchtlingslagern des Libanon hat ihre grauenhafte Verdoppelung gefunden: nach vorliegenden Schätzungen befinden sich an die 600 000 Flüchtlinge erneut auf der Flucht. Betroffen sind nicht allein die Palästinenser, sondern auch die Mehrheit der libanesischen Zivilbevölkerung. In Städten wie Tyros und Sidon sind Häuser und Unterkünfte bis zu 90 Prozent zerstört. Allein in dieser Region flohen ca. 200 000 Menschen vor dem heranrückenden israelischen Tod auf das Land, wo sie Schutz- und Obdachlos vegetieren. Hinzu kommt die vollständige Zerstörung sämtlicher Krankenhäuser im südlichen Libanon und die systematische Verhaftung einheimischer und ausländischer Ärzte und medizinischer Hilfskräfte. Betroffen ist vor allem die Zivilbevölkerung, die in Panik und Verzweiflung ohnmächtig zum totalen Opfer des Kriegsgeschehens geworden ist.

Es herrscht ein akuter Mangel an Obdach, Betten, Nahrungsmitteln und nicht zuletzt an elementarer medizinischer Versorgung. Dabei spricht alles dafür, daß die israelische Kriegsmaschinerie ihr schreckliches Tun erst noch entfaltet, die nicht einmal auf das furchtbare Mittel der Selektion verzichten mag: Palästinenser müssen in den neugebildeten Gefangenenlagern zur Unterscheidung von Libanesen ein weißes Kreuz auf dem Rücken tragen. Die Vorbereitungen zum Angriff auf die Stadt Beirut sind getroffen. Die militärischen Attacken auf die in ihren Lagern verschanzten Palästinenser werden ständig intensiviert. Die Zahl der Toten, Verwundeten, Hilf- und Obdachlosen wird sich vervielfachen. Schon jetzt muß von einer akuten Seuchen- und Ansteckungsgefahr ausgegangen werden.

In dieser Situation hat MEDICO-INTERNATIONAL beschlossen, einem dringenden Aufruf zu sofortiger medizinischer Notfallhilfe aus dem Libanon nachzukommen und ihn hier zu verbreiten. Vor allem kompakte, zum sofortigen Einsatz taugliche Ausrüstungen für mobile Feldhospitäler werden im Libanon benötigt, damit der von nahezu jeglicher medizinischer Hilfe abgeschnittenen Bevölkerung in rasch improvisierten Kliniken geholfen werden kann.

Für diesen Zweck hat MEDICO-INTERNATIONAL die Ausrüstung für eine erste Notfallklinik im Wert von 20 000 DM bereitgestellt. Weitere medizinische Hilfe wird dringend benötigt. Nur eine sofortige umfassende und wirkungsvolle Unterstützung mit medizinischen Versorgungsgütern kann gewährleisten, daß für die sehr große Anzahl der Verwundeten und Kranken, für die libanesischen und palästinensischen Männer, Frauen und Kinder wenigstens eine Hilfe für den akuten Notfall zur Verfügung steht.

Gemeinsam mit der libanesischen Volkshilfe, der Libanon-Hilfe e.V., der palästinensischen Ärztevereinigung in der Bundesrepublik und der sozialen Hilfsorganisation Najdeh bittet MEDICO-INTERNATIONAL um Geldspenden für medizinische Hilfe auf das Konto 1800 bei der Stadtparkasse Frankfurt unter dem Stichwort Libanon-Hilfe.

Kann „uns“ Helmut“ seinen Leibärzten nicht mehr trauen?

Diese Frage drängt sich auf. Denn im sozialdemokratischen Pressedienst teilte SPD-Vorstandssprecher Clement mit, daß die Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokraten im Gesundheitswesen die Ärzte auffordert, „umstrittene Arzneimittel nur nach sorgfältiger Indikationsstellung zu verschreiben“. „An die Apotheker richtete die ASG die Forderung, bei der Abgabe von Arzneimitteln, die Metamizol, Pyrazolone oder zur Sucht führende Stoffe enthalten, ... zurückhaltend zu sein.“ „Die ASG ist der Meinung, daß bei Metamizol das Risiko von unerwünschten Wirkungen durch den Massenkonsum dieses Arzneistoffes nicht mehr tolerierbar ist.“

Und was macht der Leibarzt des Genossen Helmut? Wir zitieren die WAZ vom 10. Juni: „Unmittelbar vor Reagans Ankunft war der Kanzler mit einer Cebion-Calzium-Novalgin-Spritze fitgemacht worden.“ War das eine „sorgfältige Indikationsstellung“? Wußte unser Kanzler, welches Risiko er einging? Und geholfen hat's auch nicht: „Überhaupt wirkte der Kanzler durch eine fieberhafte Erkältung geschwächt, ein wenig müde. Er sah im Gegensatz zu Reagan blaß aus.“ Vielleicht sollte Helmut's Leibarzt mal zur Fortbildung in die USA?

NICARAGUA

**EIN VOLK
NIMMT SEIN SCHICKSAL
IN DIE EIGENE HAND**



Diese Dokumentation ist zu bestellen bei:
ASTA Uni Köln
Universitätsstr. 16
5000 Köln 41

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!

afw-sp-Seminare

Abteilung Fort- und Weiterbildung
— Sozialpädagogik
Elisabethenstift
Stiftstr. 45/47
6100 Darmstadt
Tel. 06151/40 33 48

23. bis 25. August (drei Tage), Seminar

Wege in die Delinquenz

Wie hängen Kindheitserfahrungen und kriminelle Karrieren zusammen? Welche Handlungsmöglichkeiten gibt es in Kindergarten und Hort? Arbeit an Fallbeispielen — Theorien — Praktische Konsequenzen. — Auch für Mitarbeiter in der Jugendgerichtshilfe, Heimerziehung, Mitarbeiter in sozialen Brennpunkten u.a. Anmeldeschluß: 5. August 1982

3. bis 5. September (Wochenende)

Zu sich selber finden

Entspannen und Meditieren — Zur Ruhe kommen — Mit anderen sprechen und sich besinnen — Eigene Erfahrungen mit biblischen Texten, Bildern, Symbolen in Beziehung setzen. Anmeldeschluß: 15. August 1982.

20. bis 24. September

Schwierige Jungen — brave Mädchen

Erzieher im Umgang mit Jungen und Mädchen: eigene Vorlieben und Schwierigkeiten? — Das geschlechtsspezifische Rollenverhalten bei Kindern: stärken, verändern, laufenlassen? Anmeldeschluß: 20. August 1982.

27. September bis 1. Oktober

Wer bin ich für die Kinder? Vorbild — Ersatzmutter — Dompoteur ...?

Rolle der Erzieherinnen im Zusammenleben mit den Kindern; daran wollen wir arbeiten mit Rollenspiel, Theaterspiel und anderen kreativen Ausdrucksformen. Anmeldeschluß: 1. September 1982.

18. bis 22. Oktober

Zusammenarbeiten trotz unterschiedlicher Pädagogik

Was tun, wenn sich die Mitarbeiter einer Einrichtung auch in grund-

sätzlichen Fragen nicht einig sind? Kann man über konzeptionelle Differenzen hinweg zusammenarbeiten oder bleibt dann nur ein reibungsloses Nebeneinander als beste Lösung? Fallbeispiele — Erfahrungsaustausch — Planungsüberlegungen — Übungen. Anmeldeschluß: 20. September 1982.

25. bis 29. Oktober

Spielpädagogische Werkstatt: Spielen und Soziales Lernen

Spielen als Möglichkeit, Konflikte gemeinsam auszuhandeln und als Möglichkeit, zusammenzuwirken, gemeinsam Spaß zu haben, die Sinne zu spüren und nachzudenken, Raum für sich in Anspruch und Rücksicht auf andere zu nehmen... Spielen im Hof, im Flur, in der Ecke, am und unterm Tisch. Anmeldeschluß: 1. Oktober 1982.

12.—14. November

Der Projektbereich psychisch Kranke der AG SPAK (Arbeitsgemeinschaft sozialpolitischer Arbeitskreise) veranstaltet vom 12.—14.11. 1982 in Zusammenarbeit mit der Fachhochschule Fulda eine Projektwerkstatt zum Erfahrungsaustausch von Initiativgruppen aus dem Bereich der psychosozialen Versorgung. Neben einer Informationsbörse mit Ständen der Gruppen und Arbeitsgruppen sind Ausstellungen und ein Kulturprogramm geplant.

Interessenten, die sich aktiv beteiligen oder teilnehmen wollen, mögen sich (spätestens bis zum 15. 9. 1982) an Karl-Ernst Brill, Lange Geismarstr. 14, 3400 Göttingen, Tel. (0551) 5 74 68, wenden. Weitere Informationen und das vorläufige Programm werden auf Wunsch zugesandt (wenn es möglich ist, Rückporto beilegen).

Der Allgemeine Krankenpflegeverband, korporatives Mitglied der Arbeiterwohlfahrt, führt 1983 wieder einen berufsbegleitenden Lehrgang zur Weiterbildung zum „Praxisanleiter“ durch.

Diese Weiterbildungsmaßnahme eignet sich für Krankenschwestern/Pfleger, Kinderkrankenschwestern/Pfleger und Altenpflegerinnen/Altenpfleger, die sich im Krankenhaus und in Einrichtungen der Altenpflege mit der praktischen Anleitung von Auszubildenden und Einweisung neuer Mitarbeiter beschäftigen und die an einer gezielten Nachwuchsförderung interessiert sind.

Nähere Informationen erteilt: Allgemeiner Krankenpflegeverband, Lucy-Romberg-Haus, Wiesenstraße 55, 4370 Marl/Westfalen, Tel. (02365) 3 35 66.

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, 4190 Kleve.

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

Suche

Gemeinschaftspraxis Raum Wiesbaden/Mainz

(Kontakte, Assoz., Gründung)
33, Ärztin für Neurologie, Psychiatrie, EEG, Psychotherapie.
Chiffre 1/4/82

Kinder- und/oder Nervenärztin/arzt zur Niederlassung im Verbund mit bestehender psychologisch-therapeutischer Institution im Raum Südwest-Niedersachsen gesucht. Zuschriften unter Chiffre 2/4/82.

Aktionsgruppe Babynahrung (AGB) Göttingen sucht Arbeitskraft auf Honorarbasis zum 1. November 1982 für die Koordinierung der bundesdeutschen Babymilchkampagne.

Schwerpunkte der Arbeit: Koordinierung des Nestlé-Boykotts. Öffentlichkeitsarbeit für den WHO-Kodex.

Voraussetzung: journalistische Fähigkeiten, pädagogische Tätigkeiten, Organisationsvermögen, Mobilität und selbständiges Arbeiten.

Wir erwarten eine enge Zusammenarbeit mit unserer Gruppe. Sie erhalten eine ausführliche Stellenbeschreibung über die AGB-Adresse. Bitte senden Sie die üblichen Bewerbungsunterlagen bis zum 1. September an: Aktionsgruppe Babynahrung (AGB)
c/o Dritte Welt Markt
Lange Geismarstraße 3
3400 Göttingen

Wir sind eine Forschungsgruppe an der Freien Universität Berlin, die im Rahmen der Berlin-Forschung — Förderungsprogramm der Freien Universität Berlin für junge Wissenschaftler/innen — eine qualitative Untersuchung zu dem Thema „Wohngemeinschaften für psychiatrische Patienten in Berlin“ durchführt. Da zu diesem Thema nur sehr wenig Literatur existiert, sind wir auf Erfahrungsberichte und Konzepte von bestehenden bzw. in der Planungs- oder Aufbauphase befindlichen Wohngemeinschaften angewiesen.

Wir möchten die DG-Leser bitten, uns Erfahrungsberichte und Konzepte zu übersenden oder Kontaktadressen zu nennen.

Für die Beratungsstelle für Familienplanung, Partnerschaftsfragen und Schwangerschaftskonflikte wird ab September oder später

1 ÄRZTIN/ARZT gesucht für 10 Wochenstunden auf Honorarbasis. Arbeit im Team mit Psychologin und SozialarbeiterIn. Anfragen sind zu richten an: Arbeiterwohlfahrt Kreisverband Kleve e.V. Herderstr. 38, 4190 Kleve Tel. 02821/26005

Achtung KUBA-Freunde! 3. Welt-Interessierte! Lateinamerika-Gruppen!

Im August erscheint eine aktuelle Broschüre über „Das Gesundheitswesen Kubas“ unter Mitarbeit von DG-Redakteuren, herausgegeben von der Freundschaftsgesellschaft Kuba-BRD.

Brandneue Informationen über Vorsorgemedizin, Psychiatrie, ambulante Betreuung, über Schwierigkeiten und Erfolge beim Aufbau eines sozialistischen Gesundheitswesens, über die Rolle der Frau und vieles mehr! Vorbestellungen und nähere Informationen, Vermittlung von Diavorträgen oder von Kontakten zu Leuten, die in Kuba waren, über die Redaktion

c/o Peter Walger
Willi-Hölscher-Weg 7
4400 Münster
Tel. 02 51/79 17 55 oder die Freundschaftsgesellschaft BRD-Kuba
Sternenburgerstr. 73
5300 Bonn

Unsere Idee, den seit einem Jahr amtierenden französischen Gesundheitsminister Jack Ralite für diese DG-Ausgabe zu befragen, löste auf der Redaktionssitzung Skepsis aus. Natürlich waren sich alle einig, daß es ein Höhepunkt wäre, ein Gespräch mit dem einzigen kommunistischen Gesundheitsminister Westeuropas über Chancen und Perspektiven seiner Politik zu führen.

Im Februar schrieben wir einen Brief an den Gesundheitsminister, stellten uns kurz vor und sandten einige DG's mit. Wenige Wochen später die kurze Antwort der Pressereferentin: „Alles klar, der 15. 6. wurde akzeptiert, 8.00 Uhr, der Minister hat eine Stunde Zeit für Sie“ – unbürokratisch, einfach! Beim Café um viertel vor acht, schräg

gegenüber dem Ministerium, waren wir reichlich nervös. Was uns sofort auffiel: im gesamten Ministerialviertel war kein einziger Polizist zu sehen! Die Pforte war noch nicht besetzt, eine Frau, die geschäftig im Flur herum lief, meinte, wir sollten doch schon mal in den 6. Stock fahren, der Minister sei bestimmt schon da. Keine Ausweiskontrollen, keine Sicherheitsüberwachung – nichts! Im Flur vor seinem Zimmer wurde der Teppichboden gesaugt, außer der Reinigungsfrau – niemand. Mehr zufällig kam eine Frau vorbei, die so aussah, als kenne sie sich aus. Wir stellten uns vor – wir hätten einen Termin – sie verschwand hinter einer Tür, kam wieder: „Einen Moment noch, der Minister hat gleich Zeit für Sie.“ Fünf Minuten später ging die Tür auf. Formlose Begrüßung, es ging los.

Gesorgt hatten wir uns vorher um das Autorisationsverfahren, die Zeit war knapp. Kommentar von Ralite: „Drucken Sie, was Sie brauchen können, wenn was nicht stimmt, schreib' ich Ihnen einen Leserbrief!“

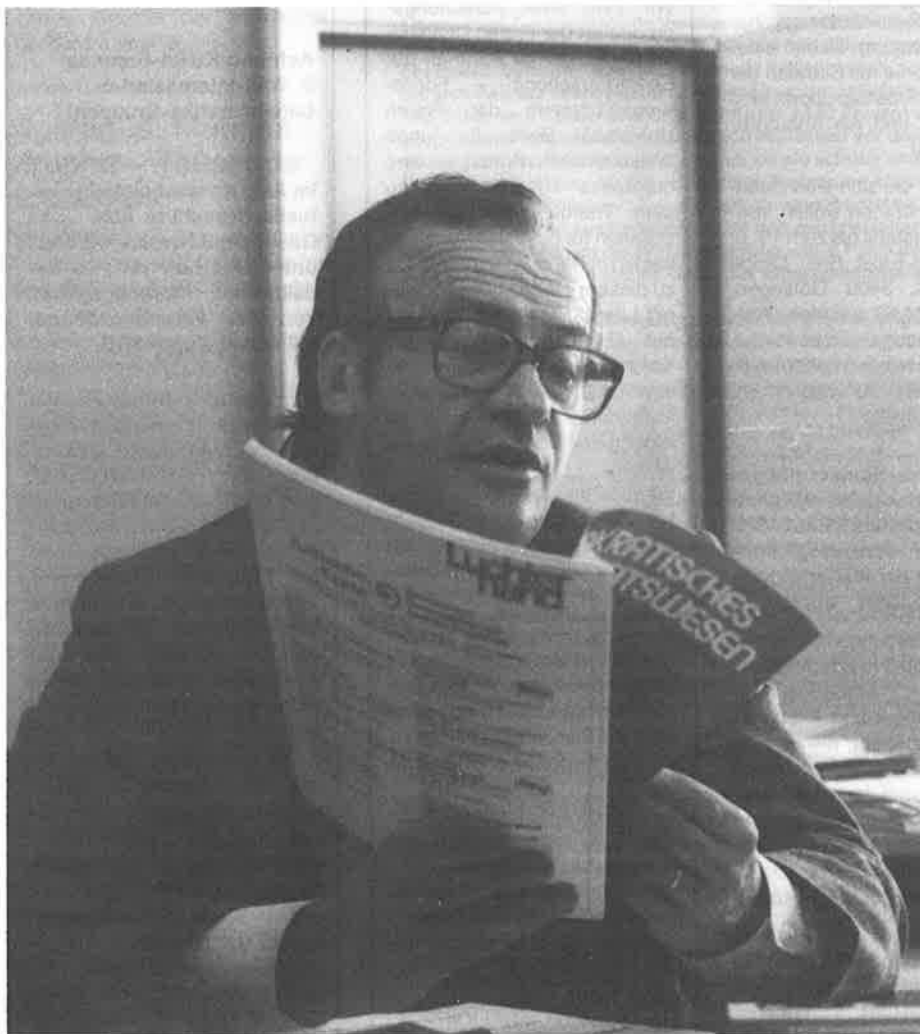
1981 hat Jack Ralite, quasi als Bestandsaufnahme, eine „Tour de France de la santé“ gemacht. Allen, die sich weitergehend mit dem französischen Gesundheitswesen auseinandersetzen möchten, können wir dieses Buch empfehlen. In relativ leicht verständlichem Französisch wird über die einzelnen Stationen dieser Tour reportagenhaft berichtet. Am Ende eines jeden inhaltlichen Punktes werden von Ralite die Kritikpunkte zusammengefaßt und Perspektiven und Forderungen für die Zukunft entworfen.

Jack Ralite: Retour de France, 1982, Messidor/Éditions Sociales, Paris
ISBN 2-209-05467-2: Preis: 60 FF

Die 1. Klasse ist abgeschafft

Veränderungen im französischen Gesundheitswesen

DG-Interview*) mit dem französischen Gesundheitsminister Jack Ralite



DG: Herr Minister, wenn man, wie wir, aus dem Land der Berufsverbote kommt, wo selbst kommunistische Postboten ihren Beruf nicht ausüben dürfen, ist die Begegnung mit einem kommunistischen Minister ein besonderes Ereignis. Uns interessiert deshalb besonders, wie Sie Ihre Rolle als kommunistischer Gesundheitsminister sehen: als Vertreter einer Partei, einer großen Gewerkschaft ...

Die Rolle als kommunistischer Minister

Ralite: Ich sehe meine Rolle wie die der anderen Mitglieder der Regierung. Die kommunistischen Minister nehmen im Vergleich zu den anderen Ressorts keine Sonderstellung ein. Wir haben uns auf ein Programm verständigt und das führen wir durch. Natürlich hat jeder ein spezielles Interesse, eine persönliche Betroffenheit. Dies spielt unbestreitbar eine Rolle, d.h. ich gehe die Probleme auf meine Art an. Verwirklicht wird aber das Programm, für das sich die Franzosen am 10. Mai 1981 entschieden haben. So etwa verstehe ich meine Rolle nicht als eine besondere, sondern als Regierungsaufgabe, die ich wie andere erfülle, allerdings mit meiner Sensibilität.

DG: Wie ist Ihre Position im Vergleich zu anderen Ministern? Sind Sie mit Ihrem Budget zufrieden? Normalerweise spielt das Gesundheitsministerium eher eine untergeordnete Rolle, es wird für nicht so wichtig gehalten.

*) für DG: Ulli Raupp und Felix Richter-Hebel.

Fotos: B. Ch. Stuenkel

Ralite: Für das erste Jahr kann ich mich nicht beklagen. Das Budget ist um 29% erhöht worden, die Investitionsmittel um 32% und – um ein bedeutsameres Beispiel zu nennen – die Mittel zur Unterstützung alter Menschen wurden um 93% gesteigert. Was wir hier bei unserem Amtsantritt an Finanzmitteln voranden, das hat gereicht, 70% der beantragten Finanzierungen für alte Menschen zu regeln. Es ist also kein schlechtes Budget, es ist ein gutes Budget. Unter diesem Gesichtspunkt gibt es für meine Person keine Sonderstellung. Gäbe es Diskussionen, daß jeder seinen Amtsbereich verteidigen müßte... das gibt es in allen Regierungen. Im übrigen hilft mir da auch meine Betroffenheit, denn ich bin sehr verbissen und ich kämpfe. Ich habe immer gekämpft und ich kämpfe auch hier.

DG: Wenden wir uns ein bißchen von Ihrer Rolle in Frankreich zu Ihrer Position unter den europäischen Gesundheitsministern. Es hat da doch Treffen gegeben. . . .

Ralite: Die einzige wirkliche Begegnung, die ich hatte, war in Madrid im letzten Jahr. Es gab eine Versammlung der europäischen Gesundheitsminister. Da wurde diskutiert – ich fand es übrigens mehr ein Säuseln –, und ich habe eine europäische Konferenz mit dem Thema „Pathologie der Arbeitswelt in der Großproduktion“ vorgeschlagen. Dieser Vorschlag ist einstimmig angenommen worden.

Das Treffen wird in Frankreich stattfinden, wenn alles gutgeht, im nächsten Herbst. Dies ist ein Gesichtspunkt der Funktion, die ich inne habe. Weil ich mich besonders stark für Fragen der Arbeitssituation interessiere, spreche ich überall, wo ich hingehe, über diese Fragen. Das ist ein Aspekt von dem Echo, was ich habe. Ein zweiter Aspekt – das ist allerdings nicht Europa – ist Algerien, Dakar, sind die schwarzafrikanischen Länder. Wir haben hier, gemeinsam mit dem Entwicklungshilfe-Minister, 24 Gesundheitsminister aus francophonen afrikanischen Ländern versammelt und mit ihnen überlegt, wie wir unsere Gesundheitshilfe verändern können.

DG: Wir würden gerne später auf diese Frage zu sprechen kommen. Zunächst würde uns interessieren, welche Probleme Sie nach Ihrer Frankreich-Rundreise als vorrangig einschätzen. Welches sind nach Ihrem Eindruck die drei dringendsten Probleme, die es zu lösen gilt?

Politik der Gesundheitsförderung

Ralite: Das ist zunächst einmal der Beginn einer echten Politik der Gesundheitsförderung. Das existiert bisher nicht in Frankreich. Natürlich gibt es schon eine Prävention bzw. Früherkennung, ein System von Vorsorgeuntersuchungen. Aber das hat sich alles eingespielt und wird auch nicht immer befolgt, während jetzt wirklich der Wirkungskreis der Medizin erweitert wer-

den muß. Das heißt einen globalen Zugang zu haben, z. B. Gesundheitsfakten, Sozialdaten, die Arbeit in die Beratungen und Gesetzesvorlagen einzuarbeiten, besonders die Arbeitsbedingungen. Ich finde, daß besonders in den Fabriken eine Menge Gesundheitselemente geschaffen oder zerstört werden. Dieser ganze Bereich ist kaum entwickelt. Ein Ministerialdirektor, der hier arbeitete, er arbeitet inzwischen im Finanzministerium, sagte bei seinem Abschied, als ich ihn fragte, was wir so gegenseitig gelernt hätten: „Die Arbeit und die Gesundheit“. Das ist für mich sozusagen ein fast verhängnisvolles Gebiet geworden. Es gibt Arbeitsunfälle, na gut, man versucht das zu verbessern, aber das ist nun eben so, etc., während es jetzt bei den Überlegungen über die Gesundheit dieses Landes so etwas wie eine Bewußtseinsveränderung gegeben hat. Ich finde das jedenfalls, ohne allerdings die Ergebnisse übertreiben zu wollen. Das ist wirklich eine wesentliche Veränderung, die sich auch in unserer „Charte de la santé“ niederschlägt.



Die soziale Gerechtigkeit

Da ist dann noch ein zweiter Aspekt, die soziale Gerechtigkeit, der mit dem ersten direkt verknüpft ist. Sicherlich haben wir in Frankreich ein Behandlungssystem, das sich große Verdienste erworben hat. Wir hatten seit der Befreiung – damals gab es auch einen kommunistischen Gesundheitsminister – ein bemerkenswertes System sozialer Sicherheit. Aber – ob man will oder nicht – es gibt immer noch zu viele Menschen, die in diesem Bereich ungleich behandelt werden. Neben der Gesundheitsförderung besteht der zweite Teil der Politik also darin, ungleiche Maßnahmen zu ergreifen, um die Ungleichheiten zu beseitigen.

Ein Beispiel: Wir haben dieses Jahr 423 Stellen geschaffen, die die Gesundheitsbetreuung in den Schulen betreffen. Seit 10 Jahren gab es keinerlei neue Stellen mehr. Anstatt diese Stellen unterschiedslos zu verteilen, sind wir von einer Anzahl von Kriterien ausgegangen: Der Zahl der

Arbeitslosen, der Kindersterblichkeit und der Anzahl der Lernbehinderten. Mit diesen drei Auswahlkriterien haben wir die Departements klassifiziert. Und wir haben die Schulärzte zuerst in den Departements eingesetzt, in denen diese statistischen Zahlen am höchsten waren. So haben wir im Norden, im Pas de Calais, 72 eingesetzt. In gesundheitlicher Hinsicht steht diese Region am schlechtesten da.

Die Qualität der Medizin

Der dritte Aspekt besteht darin, die Qualität der Medizin weiterzuentwickeln. Allerdings mit erheblich höheren Ansprüchen an die Allgemeinmediziner. Ich finde, obwohl der Allgemeinarzt die erste Anlaufstelle für Patienten ist, darüber hinaus zuständig für Notfälle und Erstversorgung, entspricht seine Ausbildung nicht mehr den heutigen Bedürfnissen.

Ein Arzt, Nachbar von mir in der Arbeitersiedlung, in der ich wohne – ich kannte ihn übrigens nicht, bevor ich Minister wurde –,

besuchte mich neulich und sagte mir, er stünde in bezug auf die wirklichen Bedürfnisse seiner Arbeiter-Klientel wie ein Waisenknabe da. Ich glaube, er hat eine tiefe Wahrheit zum Ausdruck gebracht. Das Medizinstudium wollen wir deshalb so reformieren, daß die Allgemeinmedizin aufgewertet wird. Die Ausbildung soll auf drei Beinen stehen: Erstens ein hohes wissenschaftliches Niveau, was zur Zeit noch nicht besteht, zweitens ein hohes praktisches Niveau, was es auch nicht gibt. Denn da der Allgemeinmediziner kein Internat macht, arbeitet er nicht eigenverantwortlich im Krankenhaus. Statt dessen müßte er sowohl in einer Uni-Klinik wie im Allgemeinkrankenhaus wie in einer Gruppenpraxis wie in einer Einzelpraxis wie in einem Gesundheitszentrum praktische Erfahrungen sammeln. Drittens müßte er eine soziale Ausbildung erhalten, die er bislang aufgrund der sozialen Herkunft der Medizinstudenten überhaupt nicht mitbringt. Eine solche Ausbildung würde verhindern, daß er sich diese Erfahrung später mühsam in seiner Praxis aneignen muß.

DG: Wo wir gerade von Allgemeinmedizin sprechen: Welchen Einfluß hat eigentlich Jean Carpentier in Frankreich? Seine „Aufwieglung zur Gesundheit“, sein Versuch der Politisierung der Arztrolle hat bei uns ein beachtliches Interesse gefunden.

Ralite: Ich glaube, er hat in Frankreich keine Bedeutung. Da kommt eine bestimmte Auffassung zum Tragen, die innerhalb der Ärzteschaft kaum ein Echo hat. Allerdings ist dieser Stand in Frankreich sehr konservativ. Unter den jungen Ärzten gibt es zwar fortschrittliche Kräfte, aber Carpentier ist wohl eher ein Linksaußen.



DG: Sehen Sie denn eine Chance, daß sich die Ideologie der Mediziner verändert?

Die Abschaffung der Privatliquidation

Ralite: Ich denke, da hat sich schon etwas getan. Das Problem besteht darin, ihnen die Medizin nicht allein zu überlassen. Da müssen noch andere mitspielen. Dann kommt Bewegung in die Sache. Zum Beispiel werde ich am 23. Juni der Nationalversammlung den Gesetzesvorschlag zur Auflösung der Privatstationen in den Krankenhäusern vorlegen. Unbestreitbar wird das einiges verändern. Die Ärzte haben geglaubt, wir würden das nicht tun. Sie sagten: er wird damit nicht durchkommen, die Regierung wird ihm nicht folgen, aber die Regierung folgt doch meinem Vorschlag. Das ist wirklich ein bedeutendes Ereignis in Frankreich.

Sie repräsentieren zwar nicht hunderttausend Ärzte, von 15 000 bis 16 000 Krankenhausärzten betreiben 3009 Privatstationen. Von diesen 3009 machen nur etwa 1600 mehr als 600 Privatkonsultationen pro Jahr. Das bringt natürlich Geld. Es ist also klar, daß ich ihnen an den Geldbeutel gehe. Aber es geht hier auch um soziale Gerechtigkeit. Wenn Sie z. B. in einem großen Pariser Krankenhaus um einen Chefarzt-Termin nachsuchen, müssen Sie bis zu 2 Monaten warten, es sei denn, Sie kommen als Privatpatient, dann kommen Sie sofort dran. Das ist nicht gerecht. Man-

che Leute sagen zwar, auch in der Eisenbahn gibt es Luxus-Waggons, aber auch, wenn man 2. Klasse reist, steigt man zur gleichen Zeit ein und kommt gleichzeitig an. Im 1.-Klasse-Abteil der Gesundheit wird man sofort empfangen, im 2.-Klasse-Wagen erst nach 1 1/2 Monaten. Ich behaupte nicht, daß man schlecht behandelt wird, aber wenn es um Lebenszeit geht, ist das noch wichtiger als eine Reise.

Die politische Basis

DG: Wenn man diesen konservativen Geist der Ärzteschaft bedenkt, wo sehen Sie denn dann Ihre politische Basis im Gesundheitswesen? Unter den Schwestern und Pflegern oder unter einzelnen Arztgruppen oder ...

Ralite: Zunächst mal in der Bevölkerung selbst. Bei einer Umfrage mit dem Thema „Wie beurteilen Sie die Gesundheitspolitik seit dem 10. Mai?“ antworteten 71 %: Wir sind zufrieden. Unter den Ärzten wird dieser Prozentsatz sicher geringer sein. Das Problem besteht darin, die Medizin zu befreien. Das heißt nicht, den Ärzten ihre berufliche Verantwortung zu nehmen, ich glaube eher, sie wird noch erweitert. Aber sie müssen Kontakte mit anderen haben. Deshalb haben wir versuchsweise 4 regionale Gesundheitsräte geschaffen: im Norden in Pas de Calais, in Lorraine, in der Bretagne und im Languedoc-Roussillon – nahe am Mittelmeer (es gibt immer noch Leute, die denken, daß die Sonne schon so einiges in Ordnung bringt). In diesen Räten sind Gesundheitswissenschaftler, die medizinischen Berufsgruppen, die Verbraucher, die Gewerkschaften und die Verwaltung vertreten. Erstmals finden sich die Beteiligten zusammen. Wir haben ihnen 55 Millionen Francs zur Verfügung gestellt; die Räte bestimmen deren Verwendung.

Die Finanzierung

DG: Bei uns versucht man, die Ausgaben zu verringern, so auch im Gesundheitswesen, es ist die Zeit der „Sparpolitik“. Sie sprechen dagegen von einer Erhöhung des Budgets, größeren Krediten, tausende neue Arbeitsplätze sind geschaffen worden. ...

Ralite: Man sollte nicht vergessen zu sagen, daß wir 16 000 neue Arbeitsplätze in den Krankenhäusern geschaffen haben. Mitterrand hat 20 000 Stellen in 24 Monaten versprochen und wir haben in den Krankenhäusern schon 16 000, bei den Ärzten 1500 und in der Psychiatrie 1000 neue Arbeitsplätze, macht zusammen 18 500. Auf dem Gebiet der Medizintechnik wollen wir den innerfranzösischen Markt wiedergewinnen. Sie haben in Deutschland z. B. sehr viele Computertomographen. Wir nur sehr wenige. ...

DG: Bei uns vor allem im privaten Bereich ...

Ralite: ... nur wenige in Privatpraxen und nicht genug im öffentlichen Gesundheitssystem. 35 sind jetzt zugeteilt worden, davon nur 4 im privaten Bereich. Das sind auch sehr wichtige Fragen.

DG: Wie finanzieren Sie das bloß alles?

Ralite: Natürlich sind wir auch mit Geldproblemen konfrontiert. Wir leben nicht im Weltall. Die Abwertung des Francs hat auch das Gesundheitswesen getroffen. Ich glaube, wenn es um Finanzen geht, daß z. B. die Verwaltung der Krankenhäuser überprüft werden müßte. Zur Zeit basiert alles auf dem „Tagessatz“. Dieser Tagessatz wird herangezogen, um mehr Geld auszugeben. Es ist nicht mehr das Krankenhaus der Patienten, sondern das Krankenhaus der Betten. Alle Berechnungen beziehen sich auf die Bettenzahl. Daran sind alle beteiligt. Die Karriere des Verwal-



In der Pariser Metro: Die 1. Klasse ist abgeschafft.

Foto: Felix Richter-Hebel

tungsdirektors hängt davon ab, die Ärzte verdienen um so mehr, je kürzer die Verweildauer ist. Alles ist so organisiert, daß sich die Ausgaben immer mehr erhöhen. Das müßte alles transparenter gemacht und alle Krankenhausmitarbeiter daran beteiligt werden. Es gibt keinen Grund dafür, daß die Überprüfung der Ausgaben nur von den Ärzten und der Verwaltung vorgenommen wird. Im übrigen haben die Ärzte sowieso das Sagen; in den großen Krankenhäusern wagt die Verwaltung nicht, gegen die Ärzte zu arbeiten.



DG: Wie hoch ist eigentlich der Tagessatz in Frankreich?

Ralite: Die genaue Zahl habe ich nicht parat und ich möchte da lieber nichts Falsches sagen. Jedenfalls ist es sehr, sehr teuer. Da gibt es die merkwürdigsten Dinge. Ich zeige Ihnen an einem kleinen Beispiel, wie man Einsparungen machen kann. Nehmen wir die psychiatrischen Kliniken im Departement Limousin. 50% der Patienten sind alte Menschen. Sie haben keineswegs psychische Krankheiten, höchstens geringe Altersstörungen. Warum befinden sie sich also dort? Weil die Sozialversicherung die Kosten zu 100% übernimmt, während es in anderen Einrichtungen hundsmiserabel aussieht. Das ist die Folge einer entsprechenden Organisation. Das entwertet die großen Krankenhäuser, auf die man zum Teil verzichten könnte und es löst nicht die Probleme dieser Personengruppe. Selbst im öffentlichen Gesundheitswesen regiert das Geld zu sehr. Es siegt über die Menschlichkeit. Dieses Verhältnis muß umgekehrt werden. Das ist eine enorme Arbeit, weil dem vielfältige Interessen entgegenstehen. Besonders im privaten Bereich. Aber wir werden das ändern und damit allen, die uns das nicht zutrauen, beweisen, daß man weitergehen kann als das bisher versucht wurde.

Jeder, der bis heute an der Privatliquidation rührte, machte nach 2 oder 3 Monaten einen Rückzieher. Die alte Regierung – sie hatte übrigens gute Gründe, einen Rückzieher zu machen – hatte die Tendenz, im

privaten Bereich zu moralisieren, gegen Mißbräuche zu kämpfen. Schließlich haben sie das Thema wieder fallengelassen. Wir hingegen werden es realisieren.

DG: ... und Sie sind überzeugt, daß Sie es schaffen werden?

Ralite: Ja, klar.

DG: Es hat Streiks der Ärzte gegeben ...

Ralite: Das ist jetzt vorbei!

DG: Wir haben gehört, daß streikende Ärzte sogar in ihr Ministerium eingedrungen sind und Büros verwüstet haben.

Ralite: Die Debatte in der Nationalversammlung findet am 23. Juni statt, es gibt sicher einen kleinen Kampf um Textveränderungen, aber mit der Mehrheit von Sozialisten und Kommunisten wird es keine Schwierigkeiten geben, ich habe mit beiden Fraktionen gesprochen. Die Vorlage wird sicher angenommen.

DG: Vor kurzem wurde der Satz für eine Kassenarzt-Konsultation von 55 auf 60 Francs erhöht. Ist das so etwas wie ein Ausgleich für die entfallenden Privatliquidationen?

Ralite: Nein, die Ärzte hatten darum gebeten, um der Inflation Rechnung zu tragen. Das wurde übrigens mit dem Ministerium für nationale Solidarität ausgehandelt, das für die Sozialversicherung zuständig ist.

Die psychiatrische Versorgung

DG: Welche Veränderungen gibt es im Bereich der Psychiatrie?

Ralite: Wenn man die Geschichte zurückverfolgt, sieht man, daß sich demokratischer Fortschritt auch immer im Gebiet der Psychiatrie ausgedrückt hat ... 1893, 1936, nach der Befreiung, 1968 und heute ... wir wollten auch etwas machen. Wir haben in Frankreich ein System, das ausschließlich auf Asylen basiert. Wir würden gern die Asylunterbringung reduzieren und im übrigen die Patienten mit gestörter geistiger Gesundheit – ich gebe diesem Ausdruck dem Wort Geisteskrankheit den Vorzug – als Subjekte und nicht mehr als Objekte behandeln. Nach der Befreiung wurde besonders von kommunistischen Ärzten die Sektorisierung der Psychiatrie entwickelt. Sie sind also viel bürgernäher. Die Sektoren haben aber nicht das gehalten, was man sich von ihnen versprach. Wir möchten das grundlegend verändern.

DG: Wie haben Sie das vor?

Ralite: Durch neue, kleinere Krankenhäuser und die allmähliche Einführung von gemeindenahen Strukturen.

DG: Da bleibt immer die Frage, was wird aus dem Personal der alten Kliniken.

Ralite: Das wird versetzt und in den neuen Einrichtungen arbeiten.

DG: Bei uns gibt es mehr und mehr psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern.

Ralite: In den Allgemeinkrankenhäusern werden jetzt überall 10 bis 12 psychiatrische Betten geschaffen. Die psychiatrischen Patienten sollen nicht abgesondert werden, aber man braucht besondere Hospitalisierungsbedingungen, weil es z.T. schwerwiegende Erkrankungen sind. Da sollte man nicht demagogisch sein.



Die Pharmaindustrie

DG: Ein anderes Thema: die pharmazeutische Industrie, ihre übertriebene Pharmawerbung, wie sieht es damit in Frankreich aus?

Ralite: Wir haben mehrere Sachen gemacht. Zunächst haben wir den Preisanstieg für Medikamente gebremst, denn ich entscheide über die Höhe des Preisanstiegs. Am 15. Juli letzten Jahres habe ich 2,5% genehmigt, und am 15. Februar ein Plus von 3%. Das sind sehr geringe Erhöhungen im Vergleich zu dem, was früher genehmigt wurde. Aber für die Klein- und Mittelbetriebe habe ich noch zusätzlich 2,5% und 3% gegeben. Die alte Regierung hatte zuvor gesagt: wenn ihr Schwierigkeiten habt, dann werden wir euch helfen. Aber das wurde von Fall zu Fall entschieden, während meine Politik die Erhaltung der Kleinindustrie favorisiert.

Ein zweiter Punkt: Zusammen mit der Preiserhöhung geben wir ihnen auch die Möglichkeit, den Preis eines Medikaments zu erhöhen, wenn dafür andere billiger werden. 2 Jahre später wird dann untersucht, ob sie nicht übertrieben haben. Zwischen dem 15. Juli und dem 15. Februar fand ich dann heraus, daß es Preiserhöhungen von einzelnen Medikamenten um 60, 70, sogar 80% gab, eines war sogar um 147% teurer geworden. Also, sie senken den Preis einiger Medikamente, aber erhöhen die, die sich gut verkaufen. Nach dem schönen Gesetz von „Angebot und Nachfrage“ müßten sie während einer Grippeepidemie die Preise senken, aber

gerade dann erhöhen sie. Da habe ich ihnen jetzt einen Riegel vorgeschoben. Wir haben ihnen 2,5 und 3% gegeben, sie können aber kein einzelnes Medikament um mehr als 10% erhöhen. Das hat ihnen ein bißchen wehgetan.

Drittens haben wir mit vielen Beteiligten über das Ausmaß der Pharmawerbung diskutiert. Wenn man alles zusammenrechnet, kostet der Werbeaufwand pro Arzt ca. 4000 Francs im Monat. Das ist wirklich übertrieben. Wir haben also die Idee, die Werbung zu besteuern. Das ist zwar noch nicht definitiv, denn die Industrie kämpft dagegen und sagt: „Ihr erlaubt nur geringe Preiserhöhungen, ihr belegt die Werbung mit Steuern, also müssen wir Arbeitsplätze abschaffen“ – Sie kennen diese Argumente – aber es ist klar, daß wir nicht wie bisher weitermachen können.

Dies alles hat auch Auswirkungen auf die Medizin-Presse. In Frankreich gibt es zwei medizinische Tageszeitungen: „Le quotidien du médecin“, ein sehr reaktionäres Blatt, und „Le Panorama“ mit einer eher pluralistischen Einstellung. Eine Zeitung, die zwar nicht die Regierungsmeinung vertritt, aber veröffentlicht, was die Regierung sagt und was andere sagen. Als die Pharmahersteller das merkten, wurden dort innerhalb von 4 Monaten die Pharmaanzeigen um 36% gekürzt. Vor ein oder zwei Monaten mußte der leitende Herausgeber abdanken und wurde ersetzt durch einen anderen, größeren Herausgeber, der die Zeitung aufgekauft hatte. Da wird wirklich mit dem blanken Messer gekämpft. Sie wollen unseren Fortschritt verhindern, meiner Meinung nach sind wir ihnen aber einen Schritt voraus. Zumal wir im Juli eine Sitzung des obersten Arzneimittelrats haben, an der die Gewerkschaften, die Ärzte, die Verwaltung und die Minister teilnehmen werden. Da sollen verschiedene Maßnahmen erarbeitet werden.

Zur Zeit gibt es einen enormen Kampf um das Medikament TIKLID*), das von SA-

NOFI hergestellt wird – einem schon früher verstaatlichten Unternehmen. Als TIKLID die Vertriebs Erlaubnis bekommen hatte, sollte es zu einem recht hohen Preis verkauft werden, weil die Erlaubnis-Kommission mit einem Verkauf von etwa 250 000 Schachteln rechnete, da es nur für eine begrenzte Indikation vorgesehen war. Durch die Werbung haben sie aber eine solche Bewegung in Gang gesetzt, daß 2 Millionen Schachteln verkauft wurden. Mit einem Indikationsspektrum, das weit über den vorgesehenen Einsatz hinausging, und mit der Gefahr von Nebenwirkungen. Wir haben also den Direktor zu uns gerufen, ihm gesagt, er solle seinen Werbelastwagen, mit dem er das Präparat in ganz Frankreich vorstellte, in die Garage stellen ... aber wir werden mit ihm Ärger bekommen. Man muß der Arzneimittelindustrie wirklich Vorwürfe machen. Sie haben die gesamte medizinische Presse in der Hand und können schreiben, was sie wollen.



Die Situation in Europa

DG: Sprechen wir über die Situation des Gesundheitswesens in Europa. Aus der Sicht der Bundesrepublik könnte man den Eindruck gewinnen, daß wir langsam von Ländern mit einem mehr oder weniger verstaatlichten Gesundheitswesen eingekreist werden. Meinen Sie, daß das Einflüsse auf das privatwirtschaftlich organisierte Gesundheitswesen der BRD haben könnte?

Ralite: Eigentlich müßten Sie das besser wissen als ich. Man wird sehen. Die o. a. Konferenz über die Pathologie der Arbeitswelt wird es vielleicht zeigen.

Als ich in Madrid war, saß ich neben Frau Huber, die inzwischen zurückgetreten ist. Das war sehr lustig, denn alle Minister hatten eine Redezeit von 10 Minuten und 6 Minuten davon bestanden bei den meisten aus Dankesworten.

Sie grüßten den Vertreter Spaniens, den Vertreter ... und schließlich blieben ihnen kaum mehr als 3 Minuten und sie sagten nichts besonderes. Frau Huber sprach vor mir und war sehr direkt, allerdings hatte sie bestimmte Positionen ...

Meine Ansprache begann mit „Meine Damen, meine Herren“, ich habe auf Dankesworte verzichtet und andere Dinge angesprochen. Diese haben ihr wohl nicht gefallen, aber wenigstens war sie direkt und hat sich nicht so gewunden wie die anderen. Die Engländer kämpften am verbissenensten gegen diese Konferenz.

DG: Welches ist der wesentliche Unterschied in der Zielsetzung Ihrer Gesundheitspolitik im Vergleich zu anderen europäischen Ländern?

Ralite: Wissen Sie, ich weiß noch nicht sehr gut, was sich in anderen Ländern abspielt, da bin ich ganz offen. Ich stamme auch nicht aus dem Medizin-Milieu. Ich war ein Vorkämpfer in kulturellen Fragen. Nebenbei, man vergißt leicht, daß die Medizin auch eine große kulturelle Frage ist. Also habe ich mich erstmals mit dem beschäftigt, was sich in Frankreich abspielt. Ich habe kaum die europäischen Länder beobachtet, dafür habe ich mich mehr um afrikanische Länder gekümmert, denn zu diesen Ländern haben wir wichtige Verbindungen. Wir begegneten diesen Ländern bisher mit vorgefaßten Klischee-Vorstellungen, in die alles gepreßt wurde, während jetzt ihre Würde, die genaue Untersuchung ihrer Bedürfnisse anerkannt wird.

DG: Sie werden wohl keine „Gesundheits-Rundfahrt“ durch Europa unternehmen?

Ralite: Nein, ich werde aber in die DDR fahren. Wir haben uns bei der WHO getroffen und beschlossen, uns gegenseitig einzuladen, um Probleme der Arbeitsmedizin zu diskutieren.



Die medizinische Entwicklungshilfe

DG: Zur medizinischen Entwicklungshilfe: Wir wissen, daß Sie in Dakar waren und in Algerien ...

Ralite: Das ist wirklich faszinierend ...

DG: ... worin besteht Ihre neue Politik bezüglich der Entwicklungsländer?



Ralite: In der Betonung der Basismedizin. Wissen Sie, wie sich das früher abspielte? Ein französischer Minister fuhr nach Afrika. Er wurde um Verschiedenes gebeten, und er sagte: wir werden euch ein kleines Krankenhaus schenken. Darauf baute man Krankenhäuser, die oft kein qualifiziertes Personal hatten und ein Abklatsch waren von dem, was man in Frankreich benötigte, was kein bißchen mit dem übereinstimmt, was man dort braucht. Sogar in der Ausbildung werden Ärzte für die Städte ausgebildet. Wenn man in Dakar ankommt und die Stadt verläßt – angesichts der Slums kann man die Stadt auch schon innerhalb der Stadt verlassen – versteht man, daß es sich um andere Bedürfnisse und andere Behandlungsweisen dreht. Das einheimische Pflegepersonal, das uns geschickt wird, wird hier so ausgebildet, daß es fast Lust hat, in Frankreich zu bleiben oder dort zu leben, wo es Frankreich am ähnlichsten ist. Für die Arbeit im Busch, die viel wichtiger ist, steht keiner Schlange. Wir würden dazu gern etwas beitragen, und das ist auch der Wunsch der Regierungen, gleich welcher politischer Richtung. In diesem Punkt wollen sie wirklich vorwärtskommen.

DG: Wie werden Sie das machen? Wie wollen Sie die Situation verändern?

Ralite: Wir werden Verträge schließen, Vereinbarungen für einen festen Zeitraum darüber, wie viele Leute wir schicken werden, wie viele hier ausgebildet werden, wie die Medikamentenversorgung aussehen soll. Wir haben z. B. Zusagen von der Industrie, daß sie Basismedikamente zu sehr niedrigen Preisen verkaufen werden. Das ist mit der WHO abgestimmt – es war übri-

gens das erste Mal seit 1948, daß ein Gesundheitsminister an einer Vollversammlung der WHO teilnahm – das soll aber nicht heißen, daß wir alles über die WHO abwickeln werden. Wir sind sowohl für multilaterale wie für bilaterale Beziehungen.

DG: Gibt es so etwas wie eine internationale Marktaufteilung für die Pharma-exportierenden Länder? Wir haben gehört, daß es Verträge geben soll, die z. B. den francophonen westafrikanischen Markt der französischen Industrie reservieren.

Ralite: Giscard d'Estaing hatte das alles aufgegeben. Es gab sogar einen Vertrag, der den Amerikanern den gesamten afrikanischen Markt zusprach. In Frankreich ist darüber nie diskutiert worden, bis schließlich ein Artikel in der Zeitung Le Monde die Sache aufdeckte. Das haben wir aufgehoben.

Wir wollen mit den Ländern zusammenarbeiten; nicht nur, um ihnen Medikamente zu liefern, sondern auch – falls sich mehrere Länder zusammenschließen sollten –, um den Beginn einer eigenen Pharmaindustrie zu unterstützen. Auf der Versammlung der Gesundheitsminister in Paris wurde sehr viel darüber gesprochen.

Die Friedensbewegung

DG: Zum letzten Thema: In wenigen Tagen wird in Frankreich ein Friedensmarsch stattfinden – Sie wissen, daß es eine bedeutende Friedensbewegung in der Bundesrepublik gibt, 400 000 Leute in Bonn –. Wie sieht es mit den Friedensinitiativen im Gesundheitswesen aus?

Ralite: Es gibt keine große Bewegung, die französische Situation gleicht auch nicht der Ihren. Ich glaube, daß es aber ein gewisses Potential in Frankreich gibt. Ich glaube, der Friedensmarsch wird ganz schön bedeutend werden.

Ich persönlich glaube, daß das, was sich zur Zeit in Deutschland abspielt, wirklich beachtenswert ist. Wenn man betrachtet, was sich vor dem Krieg abspielte, und das, was jetzt passiert, dann ist das die totale Umkehr. Glücklicherweise, denn es hat wohl eine Reihe politischer Versuche gegeben, dies alles zu unterdrücken und trotzdem fanden die Demonstrationen statt.

DG: Herr Minister, wir danken Ihnen sehr für dieses Gespräch.



Ruhe oder Chaos

Technologie
politischer
Unterdrückung



erweiterte Dokumentation
zum Gesundheitstag 1981
Hrsg.: Gesundheitsladen
Hamburg e.V.
136 Seiten, 52 Fotos
Endpreis: 7,50 DM

Aus dem Inhalt:

Chronologie der Inneren Aufrüstung (Antifaschismus-Kommission des KB); Mit gebremster Gewalt – Die Argumente von Herstellern, Innenministern und Polizeibehörden (Falco Werkentin, Mitherausgeber des Informationsdienstes „Bürgerrechte und Polizei: CILIP“); Prügelknabe Polizei – Die GdP im Dilemma (F. Werkentin); Die Demonstrationenfreiheit stirbt scheinbar (Hartmut Scharmer, Rechtsanwalt aus Hamburg); Die körperlichen Folgen der Polizeigewalt (Sanitärgruppe Hamburg); Testfeld Nordirland (Westdeutsches Irland-Solidaritätskomitee - WISK); CS für die Königin – Technologie politischer Unterdrückung in den Niederlanden (Beat Riks, NL); Zürich – Zwischenbilanz eines Kampfes (K. Müller, POCH - Zürich); Tränengase, Reizkampfstoffe – Die Gase der Weißkreuzgruppe (Dr. rer. nat. Alfred Schrempf, Institut für Internationale Friedensforschung, München); Kriegswaffe CS – Die militärische Verwendung von Reizkampfstoffen (A. Schrempf); Reizkampfstoff CS – Toxikologie, Wirkung und Einsatz (Dr. rer. nat. Rainer Grieshammer, Öko-Institut Freiburg); CS im Vietnamkrieg (Karl-Rainer Fabig, stellv. Vorsitzender der Freundschaftsgesellschaft BRD - Sozialistische Republik Vietnam, niedergelassener Arzt in Hamburg); Der Bluff mit dem Fraunhofer Gutachten (Bunte Liste Freiburg); Selbstschutz und Ersthilfe bei CN und CS (Sanitärgruppe Hamburg); Der fliegende Boxhandschuh – Gummis für die Polizei (Sanitärgruppe Chamissoladen, Westberlin); „Tod als unvermeidbares Restrisiko“ (Sanitärgruppe Chamissoladen).

Vertrieb:

BUU - Bürgerinitiative Umweltschutz Unterelbe
Bartelstr. 26
2000 Hamburg 6



I. Desinstitutionalisierung und schrittweise Wiedereingliederung des Langzeitpatienten in die soziale Umwelt

Eine Desinstitutionalisierung impliziert zunächst einmal alle Maßnahmen, die darauf abzielen, den Ospito von seinem gewohnten Anstaltsleben zu entwöhnen.

Da ist sein neuer Wohnbereich, in dem sich der Ospito frei bewegen kann, sein eigenes Bett, sein eigener Schrank und die vielen kleinen Dinge, die ihm gehören und dort aufbewahrt werden. Der Status des Gastbewohners gibt dem Ospito ferner die Möglichkeit, die Area Autogestita zu jedem gewünschten Zeitpunkt des Tages verlassen zu dürfen, um beispielsweise in der Stadt Besuche oder Einkäufe zu erledigen. Zudem erhält jeder Ospito, wenn er keine eigenen Einkünfte hat, ein Taschengeld, das er nach freier Verfügung ausgeben kann. Ferner bietet die Area Autogestita dem Ospito zahlreiche Aktivitäten an, an denen er freiwillig teilnehmen kann. Über dieses Angebot gewinnt er das Selbstvertrauen in seine Kräfte zurück, was sicherlich notwendig ist, um später ein selbständiges Leben außerhalb des Wohnbereichs führen zu können.

Die Area Autogestita wurde im Mai 1979 durch die Initiative der Anstaltsdirektion, der Region und der Kommune gegründet und befindet sich in einem Seitengebäude des „Roncati-Krankenhauses“; vom Krankenhaus ist sie aber in jeder Hinsicht unabhängig. Sie wurde für insge-

Zur gegenwärtigen Situation in der italienischen Psychiatrie

Teil II

Von Karsten Toemmler

Im letzten Heft begannen wir mit dem Abdruck des 1. Teils dieses Artikels, noch nicht ahnend, wie hochaktuell dieser in der Zwischenzeit durch die politische Entwicklung in Italien werden würde. Am 30. 4. 1982 legte der christdemokratische Gesundheitsminister Altissimi (siehe auch taz-tagesthema vom 25. 5. 1982) eine Neufassung des Gesetzes 833 vor, welche die Reform der italienischen Psychiatrie – wie sie im Artikel beschrieben wird – in entscheidenden Punkten rückgängig machen möchte.

Die Entwicklung in Italien kann uns nicht kalt lassen, liefert sie uns doch auch wichtige Argumente für eine überfällige Psychiatriereform bei uns. Deshalb haben wir im Dokumentationsteil dieses Heftes zwei Stellungnahmen aus der Bundesrepublik mitaufgenommen, die auch auf die wesentlichen Änderungen, die durch das geplante Gesetz 833 vorgesehen sind, eingehen („Gegen Rückkehr zum Irrenhaus in Italien“).

Aber Italien läßt sich nicht so ohne weiteres in das Zeitalter der Irrenhäuser zurückführen. Die Sozialisten (Koalitionspartner der Christdemokraten und Republikaner) haben sich gegen diese Gesetzesänderung ausgesprochen, ebenso wie die Kommunisten (PCI). Die kommunistische Gewerkschaft (CGIL) veranstaltete Mitte Juni einen Kongreß zur Verteidigung des Gesetzes 180. Weitere Aktionen werden folgen. Damit vollzieht sich auch im Bereich der italienischen Psychiatrie eine ähnliche Entwicklung, wie wir sie in dem Artikel „Reform und Gegenreform im italienischen Gesundheitswesen“ in DG 1/82 beschrieben haben.

Der Teil I des im vorigen Heft begonnenen Artikels endete mit der Beschreibung, wie Wohnbereiche für ehemalige Langzeitpatienten geschaffen wurden, die von einer Equipe und den „Ospiti“ (das sind Ex-Patienten mit dem Status eines Gastbewohners) verwaltet werden.

samt 60 Ospiti konzipiert; z. Z. wohnen darin aber nur 30 Ospiti. Der überwiegende Teil der Bewohner entstammt dem Krankenhaus und hat im Durchschnitt mehr als 20 Jahre Psychiatrieaufenthalt hinter sich, kurz gesagt, wir haben es also mit Langzeitpatienten zu tun.

Die ca. 30 in der Area Autogestita wohnenden Ospiti werden von einer Equipe betreut; im einzelnen sind dort: 2 Psychiater, 1 Psychologe, 2 Pädagogen, 3 Sozialarbeiter und 12 ehemalige Krankenpfleger.

Die Arbeit in der Area Autogestita erfolgt in Absprache mit der zuständigen Usl, deren Aufgabe ja unter anderem die Betreuung von Ex-Patienten ist.

Das Modell Area Autogestita wird von der Provinz Bologna, von der Usl und dem sozialeuropäischen Fond, der in Italien durch die ENAIP (Ente nazionale acil istruzione professionale) repräsentiert wird, finanziert.

Im folgenden werde ich die programmatisch festgesetzten Ziele der Area Autogestita darstellen und vor allem beschreiben, mit welchen Mitteln die dort arbeitende Equipe versucht, diese Ziele in die Praxis umzusetzen.

Dazu muß gesagt werden, daß die Ziele selbst aus einem spezifischen Verständnis von Institutionalisierung, von Psychiatrie und von psychischem Leid heraus, etwa so wie es Basaglia in seinen Büchern ausgedrückt hat, abgeleitet sind. Leitender Gedanke dieses basaglianischen Verständnisses ist die im Laufe der Institutionalisierung verlorengegangene Subjektiv-

tät des Patienten. Seine Wiederherstellung müsse das Ziel aller rehabilitativer Bemühungen sein. In diesem Sinne definiert die Area Autogestita ihre Ziele und Aufgaben wie folgt:

Damit sich ein Ospito so früh wie möglich als Bürger der Stadt fühlt, werden ihm mit Eintritt in die Area Autogestita Personalausweis und persönliche Dokumente übergeben. Von diesem Zeitpunkt an ist der Ospito Bürger der Stadt und erwirbt dadurch gleichzeitig das Recht auf eigene Wohnung und vor allem das Recht auf Arbeit, das in Italien unmittelbar an den Nachweis einer Unterkunft (residenza) geknüpft ist.

Im weiteren, und das betrifft die Wiederherstellung der verlorengegangenen Subjektivität des Patienten, ist die Area Autogestita bemüht, mit ihm zusammen seine individuelle Leidens- und Internierungsgeschichte aufzuarbeiten. Die bewußte Vergewaltigung und Verarbeitung der einzelnen Lebensstationen sollen ihm dazu verhelfen, seine eigene Vergangenheit besser zu verstehen, um dann über das Verständnis zur eigenen Identität zurückzufinden.

Eine mit der Desinstitutionalisierung unwillkürlich verbundene Bemühung ist diejenige der schrittweisen Wiedereingliederung des Ospito in die soziale Umwelt.

Dabei versucht die Équipe als erstes, den Kontakt zu den Familienangehörigen herzustellen. Hier stößt sie auf z. T. unüberwindbare Schwierigkeiten, denn viele Familien wollen von ihrem ausgestoßenen Familienmitglied nichts mehr wissen und brechen den Kontakt zur Area Autogestita ab.

Da aber die Familie für den Heimbewohner oft ein einziger und damit notwendiger Kontakt zur Außenwelt darstellt, arbeitet die Équipe mit viel familientherapeutischem Geschick und hat dabei gelegentlich Erfolg, den Widerstand zu brechen.

Unabhängig von dieser Familienarbeit beginnt die Équipe damit, dem Ospito allmählich die Stadt und sein Stadtleben vertraut zu machen. Dazu werden eine Reihe von Erkundungstouren durchgeführt, bei denen der Ospito lernt, an welche Stellen er sich wenden muß, wenn er bestimmte Besorgungen zu erledigen hat. Ferner ist die Équipe bemüht, den Ospito in das kulturelle Leben der Stadt einzugliedern. So arbeitet die Area Autogestita schon heute mit den wichtigsten Freizeitverbänden Italiens, der ACLI (Associazione cattolica per i lavoratori italiani) und der ACI (Associazione creativa italiana) auf kommunaler Ebene zusammen, um dadurch den Ospito durch eine aktive Teilnahme an den diversen kulturellen und sportlichen Veranstaltungen zu ermöglichen. Oft veranstaltet die Area Autogestita sogar selbst Feste, zu denen dann Bürger aus dem Stadtteil geladen werden.

All diese Bemühungen der sozialen Wiedereingliederung dienen auch dazu, den Ospito langsam von der Institution abzunabeln und ihm draußen an seinem künftigen Wohnort einen sozialen Halt zu geben.

II. Wiedereingliederung des Patienten in das Arbeits- und Berufsleben

Eine langjährige Internierung eines Menschen in einer geschlossenen Anstalt bedingt zugleich, daß der Mensch von seinem so wichtigen Bedürfnis nach Tätigkeit bzw. Arbeit getrennt wird, d. h. aber auch, daß seine arbeitsbezogenen und die damit in Verbindung stehenden sozialen Fähigkeiten auf ein Mindestmaß reduziert werden.

Von daher begnügt sich die Équipe keinesfalls nur mit Maßnahmen der sozialen Wiedereingliederung. Vielmehr müssen dem einzelnen im Umgang mit Arbeitsaufgaben individuelle Hilfen geboten werden. Diese Überlegung war Ausgangspunkt bei der Konzeptionierung verschiedener Arbeitsangebote, die ich im folgenden nur kurz und unsystematisch darstellen möchte.

1. Animationskurs: Dieser Kurs, der von einem Pädagogen geleitet wird und sich an den mehr oder minder „ungebildeten“ Ospito wendet, hat elementare Lese- bzw. Schreibübungen zum Gegenstand.

2. Keramikkurs: Dieser Kurs wendet sich an jeden Ospito und wird in der Regel von Pädagogikstudenten durchgeführt. In diesem Kurs soll der Teilnehmer lernen, mit Farbe und Formmaterial umzugehen.

3. Webstuhlkurs: Dieser Kurs wird von einer Handwerksmeisterin geleitet. Er richtet sich an den interessierten Ospito, aber auch andere Bürger aus dem Stadtteil können daran teilnehmen. Gegenstand dieses Kurses ist die Vermittlung von Fertigkeiten im Umgang mit dem Webstuhl und das Gestalten von Stoffarbeiten. Die Area Autogestita ist gegenwärtig daran interessiert, den Kurs in eine Kooperative zu verwandeln, um später dem Ospito eine entlohnte Arbeitstätigkeit am Webstuhl anzubieten.

4. Kunstkurs: Dieser Kurs spricht den künstlerisch begabten Ospito an. Unmittelbar in der Nähe der Area Autogestita befindet sich ein Kunstatelier, in dem ein Kunstlehrer Mal- und Zeichenkurse mit unterschiedlichem Niveau anbietet. Der Ospito erwirbt hier spezifische Fertigkeiten des Malens und des Zeichens und lernt dabei, seinen Ideen und Vorstellungen Form und Gestalt zu geben.

5. Fortbildungskurse: In Absprache mit der Kommune und der Area Autogestita bietet eine Abendschule dem Ospito eine ganze Reihe interessanter Kurse an, in denen er sich auf einen bestimmten Schul- oder Berufsabschluß vorbereiten kann.

6. Kurs in Haushaltsführung: In Anbetracht der Tatsache, daß jeder Ospito zu einem bestimmten Zeitpunkt in der Stadt wohnen wird, werden ihm in diesem Kurs die wichtigsten Kenntnisse in der Haushaltsführung vermittelt.

Über dieses Angebot von Kursen hinaus, gehört es zur Aufgabe der Équipe, insbesondere für die noch jüngeren Ospiti eine Arbeitsstelle zu finden. Wer die gegenwärtige Situation auf dem italienischen Arbeitsmarkt kennt, weiß wie schwer das ist. Aus diesem Grunde hat sich die Équipe früh genug an die Gewerkschaften und die Kommune gewandt, um deutlich zu machen, daß das Rehabilitationsprogramm nur Erfolg haben kann, wenn die Rehabilitanden auch Aussicht auf Arbeit haben.

Dieser politische Druck und ferner die direkte Bemühung der Équipe nach freien Arbeitsplätzen hat es immerhin ermöglicht, daß einige Ospiti außerhalb der Area Autogestita eine Arbeit gefunden haben. Wenn erforderlich, werden solche Ospiti dann am Arbeitsplatz durch die Équipe regelmäßig aufgesucht und betreut.

III. Wiedereingliederung des Ospito in seine neue Wohnumgebung

Nachdem ein Ospito eine Zeitlang in der Area Autogestita gelebt hat und eine Rente erwirbt oder aber einen Arbeitsplatz gefunden hat, werden in der Regel alle Anstrengungen unter-

nommen, um ihm einen Wohnraum zu beschaffen.

Trotz der katastrophalen Situation auf dem Wohnungsmarkt hat es die Équipe durch die Zusammenarbeit mit der Kommune geschafft, hier und da in der Stadt Wohnräume freizubekommen; zum Teil sind es gemeindeeigene Wohnungen, zum Teil private Wohnungen.

Bevor ein Ospito eine Wohnung oder einen Wohnraum bezieht, wird ihm in vielen Gesprächen der Sinn und der Gehalt des selbständigen Wohnens verständlich gemacht; dann wird die Wohnung gemeinsam eingerichtet und der Ospito beginnt damit, sein alltägliches Leben dort zu leben. Anfangs steht die Équipe noch in einem regelmäßigen Kontakt mit dem Ospito, jedoch mit der Zeit, wenn die Équipe den Eindruck gewinnt, daß die betreffende Person auch ohne weitere Hilfe auskommt, beschränkt sich der Kontakt auf gelegentliche Besuche des Ospito in der Area Autogestita.

IV. Berufliche Fortbildung des Personals

Die mit der Einrichtung der Area Autogestita völlig neu entstandenen beruflichen Erwartungen an den Psychiater und den Krankenpfleger lassen eine berufliche Um- oder Weiterbildung erforderlich werden.

Die Krankenpfleger hatten beispielsweise früher nur eine viermonatige Ausbildungszeit zu absolvieren, ihre Tätigkeit diente hauptsächlich der Pflege aber auch der Bewachung von Patienten. In der Area Autogestita entsprechen die Tätigkeiten eines Krankenpflegers mehr der Arbeit, wie sie etwa bei uns in der Bundesrepublik ein Sozialarbeiter ausführen müßte. Genau genommen ist die Berufsbezeichnung „Krankenpfleger“ fehl am Platz.

Damit ein Krankenpfleger den neuen beruflichen Erwartungen in der Area Autogestita überhaupt gerecht werden kann, bietet die Usl Fortbildungslehrgänge an, die sich nach der neuesten Regelung auf einen Zeitraum von 3 Jahren erstrecken und berufsbegleitend abgehalten werden.

Ganz ähnlich ergeht es dem Psychiater in der Area Autogestita. Ist ihm noch während des Studiums erzählt worden, daß die Geisteskrankheit im Kopf sitzt und organisch bedingt ist und daß die Heilmethoden eben entsprechend anzusetzen haben, so sieht er jetzt in seiner praktischen Arbeit immer mehr ein, daß ihm therapeutische Fähigkeiten und viel politisches Geschick im Umgang mit Behörden und der Öffentlichkeit abverlangt werden. Auch er wird nicht daran vorbeikommen, sich weiterzubilden.

Soweit nun zum Programm der Area Autogestita. Bleibt zum Schluß noch ein wichtiger Punkt, der zeigt, was die gemeinsame Arbeit innerhalb der Area Autogestita überhaupt zusammenhält. Es ist das Mittel des konstruktiven Gesprächs zwischen den Mitarbeitern der Équipe und den Ospiti; es garantiert den Informationsaustausch, zeigt ständig Widersprüche auf, stellt den einzelnen an seine Grenzen und fordert die Gruppe immer wieder auf, neue Wege zu suchen. Basaglia nannte dieses Mittel einmal „verifica“, die Wahrheit.

Am Ende meines Berichtes möchte ich das Modell „Area Autogestita“ ungern kritisieren; dazu bleibt wenig Raum; der Leser möge sich dazu selbst Gedanken machen. Mir kam es nur darauf an, ein belehrendes Beispiel aus der italienischen Psychiatrie zu geben, aufzuzeigen, daß eine Stadt bemüht ist, auch ohne Anstalt zu leben.

... daß das Ganze nichts anderes werden wird als ein gigantisches Pharma-Verkaufsnetz ...



Theorie und Praxis medizinischer Entwicklungshilfe

DG-Redakteur Felix Richter-Hebel sprach mit dem ehemaligen Leiter des ärztlichen Dienstes beim DED Winfried Zacher (38 J.), der zunächst „klein“ als Famulant in Ostafrika begonnen hatte, dann mit DÜ von 1974–77 als Entwicklungshelfer an einem Regierungs Krankenhaus in Tansania gearbeitet hat. Von 1977–80 war Zacher Leiter des ärztlichen DED-Dienstes, von 1980–81 „Master of Public Health“-Studium in den USA, seit Oktober 1981 ist er Mitarbeiter in einem Projekt der GTZ im Sudan.

DG: Verschiedene bundesrepublikanische Organisationen, wie z. B. DED, DÜ, AGEH, GTZ, etc. betreiben medizinische Entwicklungshilfe in der Dritten Welt. Gibt es zwischen diesen Organisationen eine übereinstimmende Konzeption?

Zacher: Alle Organisationen haben sich in den letzten Jahren darauf eingestellt, gemeindegetragene Basisgesundheitsdienste bevorzugt zu fördern. Insgesamt wird diese Zielvorstellung zumindest verbal vertreten. Inwieweit einzelne Organisationen ihr auch gerecht werden, ist eine ganz andere Frage.

DG: Kannst du erläutern, was man eigentlich unter „Basismedizin“ zu verstehen hat?

Zacher: Das muß man vor dem Hintergrund der Geschichte medizinischer Entwicklungshilfe sehen: In den 50er Jahren hat man relativ naiv versucht, Krankenhausmedizin zu exportieren. Es zeigte sich aber, daß diese Medizin – selbst wenn sie im vordergründigen kurativen Sinn „wirksam“ war – die große Mehrheit der Bevölkerung nicht erreichte. Mit dem dann folgenden Motto „Gesundheit für das Volk“ wollte man mehr Leute erreichen. Dabei hatte man nicht bedacht, daß dies als reine Dienstleistung, als eine Verteilung von medizinischem Service verstanden wurde. In der Folge hat man festgestellt, daß diese Verteilung weder ökonomisch tragbar war noch dem Gedanken der Selbsthilfe gerecht wurde. Daher wird nun „Gesundheit durch das Volk“ als die zentrale Zielvorstellung betrachtet. Bei der ganzen Ent-

wicklung hat das Vorbild der chinesischen Barfußärzte sicher eine ganz entscheidende Rolle gespielt; wobei hier anzumerken ist, daß die Übernahme dieser Vorstellung in der Regel ohne die Übernahme der „politischen Landschaft“, aus der sie kommt, für möglich gehalten wird.

DG: Wenn du sagst, daß die Basismedizin die übereinstimmende Konzeption aller Träger ist, gibt es dann zwischen den einzelnen Trägern wesentliche Unterschiede, wie sie ihre Arbeit in der Dritten Welt durchführen?

Zacher: Es gibt erhebliche Unterschiede, die aus den unterschiedlichen Organisationsformen und Hintergründen der verschiedenen Organisationen resultieren.

Die wichtigsten Entwicklungshilfeorganisationen:

AGEH = Arbeitsgemeinschaft für Entwicklungshilfe e.V., Postfach 210 128, 5000 Köln 21

BMZ = Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit, Postfach 120 322, 5300 Bonn 12

DED = Deutscher Entwicklungsdienst, Gemeinnützige GmbH, Kladower Damm 299, 1000 Berlin 22

DÜ = Dienste in Übersee – Arbeitsgemeinschaft ev. Kirchen, Gerokstraße 17, 7000 Stuttgart 1

EIRENE, Internationaler Christlicher Friedensdienst e.V., Malteserstr. 55, 5300 Königswinter 1, Römlinghoven

GTZ = Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit, Postfach 5180, 6236 Eschborn 1

Weltfriedensdienst e.V., Jebenstraße 1/V, 1000 Berlin 12

DÜ z. B. ist m. E. nach wie vor vorbildhaft im Hinblick auf die Ernsthaftigkeit, mit der man Partnerschaft gegenüber den einheimischen Organisationen sucht. Nachteilig wirkt sich aber oft aus, daß die meisten Projekte mehr oder weniger mit Missionsambitionen verknüpft sind.

Beim DED ist die Zielrichtung ähnlich. Auch dort wird versucht, an die Basis heranzukommen, es fehlen aber die Anknüpfungsmöglichkeiten an kirchliche Strukturen. Dafür ist man dem Missionsanliegen nicht verpflichtet. DÜ war auch Schrittmacher in bezug auf die Qualitätsansprüche an die eigenen Mitarbeiter, d. h. DÜ hat schon zu Zeiten von seinen Ärzten mindestens 2–3 Jahre Berufserfahrung gefordert, als der DED sie noch unmittelbar nach dem Staatsexamen rausgeschickt hat. DÜ hat seine Leute – als es noch keinen tropenmedizinischen Kurs gab – nach London oder Liverpool geschickt.

Die GTZ hat, im Vergleich zu den Organisationen, die unter das Entwicklungshilfegesetz*) fallen, aufgrund ihrer Gesamtstruktur und der hohen Gehälter noch mehr Schwierigkeiten, in den Ländern der Dritten Welt an die Basis zu kommen. Die hohen Einkommen der Experten schaffen soziale Barrieren. (Ein Entwicklungshelfer kriegt z. B. ca 1200 DM Unterhaltsgeld, während ein Experte ca. 9500 DM unversteuert verdient.)

DG: Du hast dargestellt, daß es in den letzten Jahren erhebliche Veränderungen in

* z. B. DED, DÜ, Weltfriedensdienst u. a. (Das Entwicklungshilfegesetz definiert den Entwicklungshelfer als jemanden, der frei von Gewinnabsichten in einem Entwicklungsland arbeitet.)

der medizinischen Entwicklungshilfepolitik gegeben hat. Welche Auswirkungen haben diese nun in der Praxis der einzelnen Projekte?

Zacher: Ich konstatiere weniger eine Veränderung der Politik als eine Veränderung des Selbstverständnisses oder dessen, was man verbal vertritt. In der Realität der Projekte sind die Veränderungen geringer als man das aus der Verschiebung der Konzeptionen zu folgern hätte. Aber 1960 wurden fast ausschließlich Krankenhäuser gebaut und besetzt, reine Renommierprojekte. Heute sollen die Leistungen wirklich der ländlichen Bevölkerung zugute kommen. Es wird auch mehr darauf geachtet, nicht „Dauerbrenner“-Projekte zu schaffen, aber das wird nur versucht. Alle Organisationen stehen unter dem Druck, Projekte zu schaffen, die man möglichst schnell übergeben kann. Auch aus diesem Grund tendieren sie zum Selbsthilfegedanken.

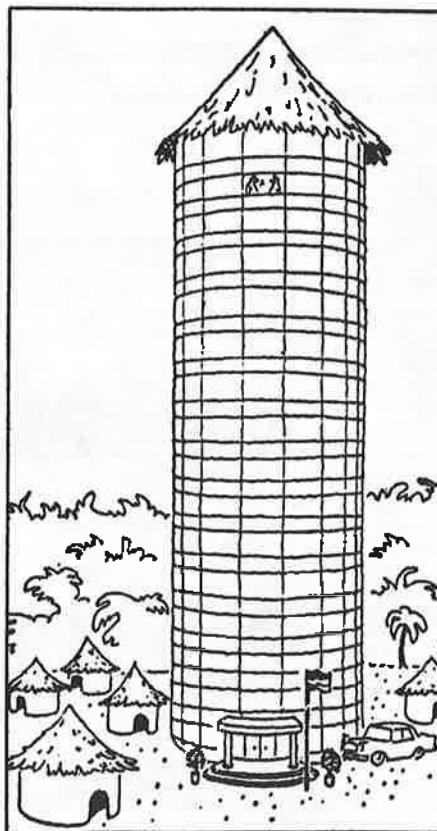
DG: Speziell auf dem medizinischen Sektor klingt „Hilfe zur Selbsthilfe“ frei von eigennützigen Interessen der BRD. Medizinische Hilfe scheint etwas zu sein, was auf den ersten Blick frei von neokolonialen Absichten ist. Stimmt das eigentlich?

Zacher: Ich glaube, man kann die medizinische Entwicklungshilfe da nicht getrennt beurteilen von der Gesamt-Entwicklungshilfe, die Ausdruck einer widersprüchlichen Politik ist. Es spielen hier sowohl reaktive als auch fortschrittliche Elemente eine Rolle. Ich würde sagen, daß es unter einem langfristigen Eigeninteresse der Friedenssicherung sehr wohl sinnvoll sein kann, Entwicklungshilfe zu betreiben. Aber es gibt sicherlich auch Leute, die Entwicklungshilfe nur als Sicherung zukünftiger Absatzmärkte sehen. Beides existiert gleichzeitig nebeneinander, wobei ich unterstelle, daß im Moment die positive Seite, die Entwicklungshilfe als Beitrag zur Emanzipation der Völker und zur Sicherung des Friedens begreift, überwiegt.

DG: Wir haben an deinen Ausführungen gesehen, daß eine Kritik medizinischer Entwicklungshilfe falsch wäre, die sich darauf bezieht, daß unser System gesundheitlicher Versorgung mit den von uns diagnostizierten Mängeln – z. B. hoher technologischer Standard zu Lasten der Menschlichkeit – nicht bei uns zu Ende ist, sondern sich im Export fortsetzt.

Gibt es innerhalb oder außerhalb der Organisationen Kritik an dem derzeitigen doch fortschrittlich aussehenden medizinischen Entwicklungshilfekonzept?

Zacher: Es gibt immer Detailkritik und Kritik eben an solchen Reminiszenzen der alten Entwicklungsdekade: daß z. B. immer noch Prestigeobjekte gebaut werden, daß immer noch zu aufwendige technische Dinge betrieben werden; aber diese Kritik fällt nicht sehr stark ins Gewicht. Ich meine aber, es fehlt ganz massiv an Kritik und an



„Glauben Sie mir, Meler, das Allerwichtigste bei der Entwicklungshilfe ist Einfühlungsvermögen“

einer differenzierten Betrachtungsweise der derzeitigen überall anerkannten medizinischen Entwicklungshilfe-Ideologie. „Gemeindegetragene Basismedizin“ wird undifferenziert überall als Allheil- und Wundermittel verkündet, obwohl diese Basismedizin-Programme nur unter bestimmten, relativ selten anzutreffenden Bedingungen erfolgversprechend sind. Deswegen sind viele Projekte zum Mißerfolg verurteilt, und der Anspruch „health by the people“ ist nicht einzulösen, auch wenn er das Bewußtsein der Beteiligten positiv verändert hat.

DG: Was sind das deiner Meinung nach für Bedingungen?

Zacher: Ich habe mich mit der Frage im letzten Jahr sehr intensiv auseinandergesetzt, und es stellt sich heraus, daß wirksame und funktionierende Basisgesundheitsysteme offensichtlich – zumindest soweit wissenschaftlich belegt – nur in kleinen regional begrenzten Bereichen möglich sind. Ein weiteres Charakteristikum der erfolgreichen Programme ist, daß sie immer von irgendwelchen sehr engagierten oder sogar charismatischen Personen getragen werden und weitestgehend oder völlig von außen abhängen.

Daher darf nicht ohne weiteres aus diesen Pilotprojekten geschlossen werden, daß gemeindegetragene Basisgesundheitsprogramme in großem Stil landesweit von Regierungen getragen werden können.

Dies bedeutet meist nur eine Verlängerung der organisatorischen Gesundheitspyramide, die in ihren unteren Ebenen derzeit nicht funktioniert. Ich meine, daß in „least developed countries“ in Afrika die Dispensaries und Health Centres nichts zur Gesundheit der Bevölkerung beitragen.

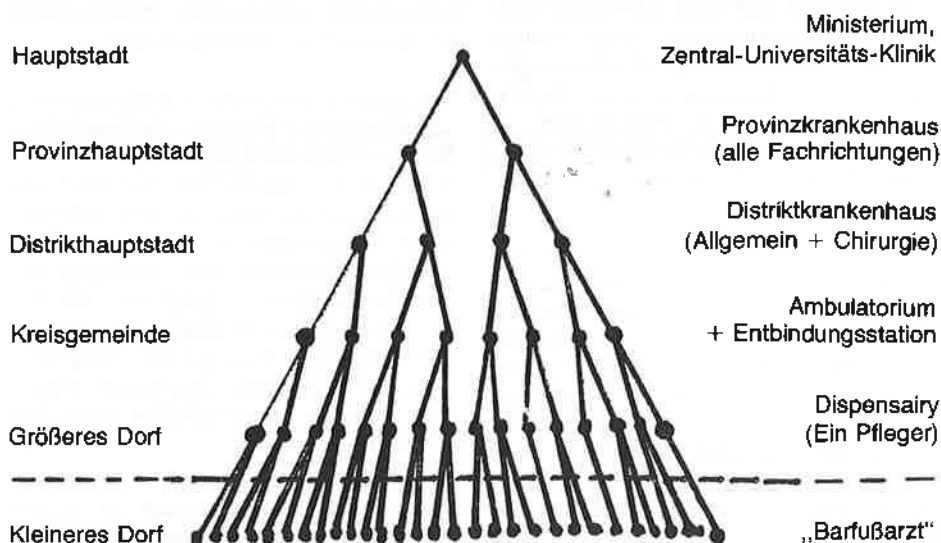
DG: Wie begründest du das?

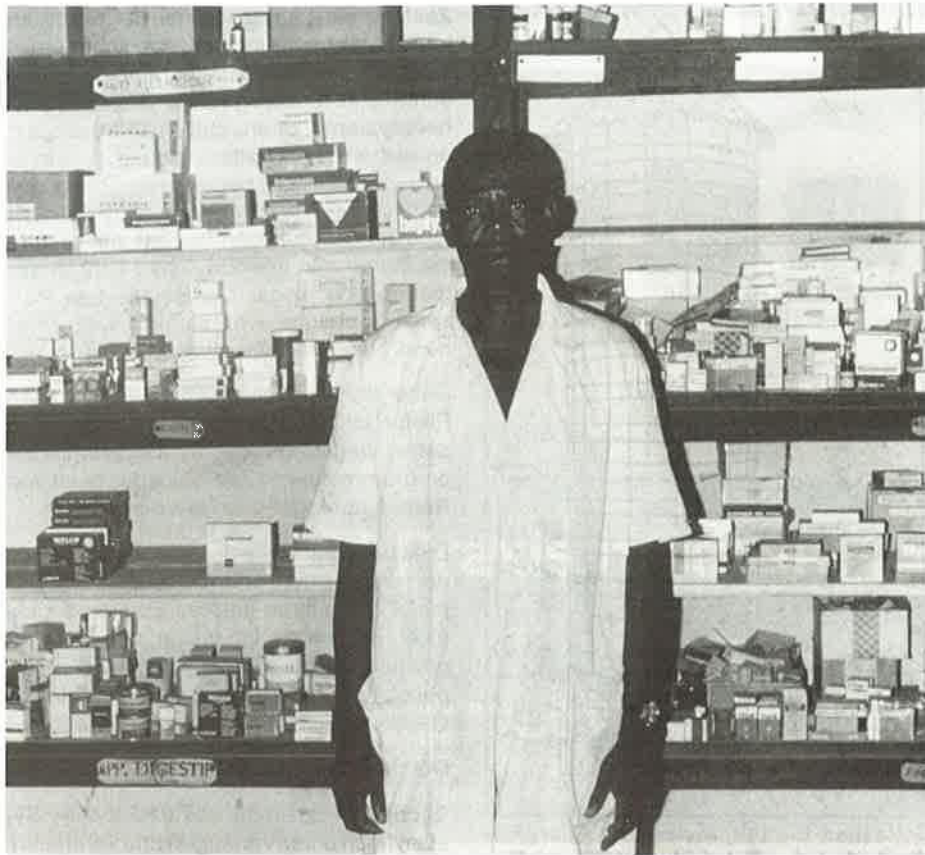
Zacher: Wenn man das traditionelle System nach unten verlängert und verbreitert, dann unterliegt diese neue unterste Ebene genau den gleichen Bedingungen wie die Ebenen darüber, d. h., sie wird noch viel weniger funktionieren. Konkret: Die Dispensaries und Health Centres kriegen keine Medikamente, sie werden nicht besucht, sie kriegen keine Fortbildung, sind auf sich allein gestellt irgendwo vergessen im Busch.

Und diese Leute sollen aber in Zukunft den „community-health-worker“ überwachen, sie sollen an ihn Medikamente liefern, usw.

Das kann unter Bedingungen der o. g. Länder nicht funktionieren. Denn zum einen ist es eine wirtschaftliche Frage, zum anderen eine des politischen Willens, mehr an die Peripherie zu geben. Die LDC (Least developed countries), die keine natürli-

Beispiel für eine zentralisierte Gesundheitspyramide





Deutsche Ärztemuster und „Spenden“-Medikamente in Afrika.

Foto: Felix Richter-Hebel

lichen Rohstoffe zu verkaufen haben, haben keine Chance. Es wird von den Entwicklungshilfeorganisationen viel zu wenig zur Kenntnis genommen, daß sich in diesen Ländern die wirtschaftliche Situation entweder kaum verbessert oder sogar verschlechtert.

Wenn man einmal die Kosten der neuen Basismedizin-Systeme berechnet und sie der Budget-Entwicklung der Gesundheitsministerien gegenüberstellt, dann kann man leicht ausrechnen: die Regierungen werden nie die anfallenden Kosten übernehmen können.

DG: Ist es dann nicht fragwürdig, so etwas zu institutionalisieren?

Zacher: Man kann immer noch sagen, wir machen es trotzdem, denn die Leute brauchen Medizin, nur muß man dann auch klarstellen: wir wissen um dieses Faktum und wir gehen langfristige Verpflichtungen ein. In Wirklichkeit berechnen die Organisationen meist nicht die Folgekosten und argumentieren, „wir hoffen, daß in 10 Jahren die Regierung in der Lage ist, diese Kosten zu übernehmen“.

DG: Sicher gibt es in den Ländern der Dritten Welt einen großen Bedarf an medizinischer Basisversorgung, andererseits bestätigst du, daß es bei uns Gruppen gibt, die Entwicklungshilfe nur als Sicherung neuer Absatzmärkte verstehen. Für die Pharmaindustrie bedeutet ein gemeindegetragenes Gesundheitsprogramm vielleicht, daß jeder Barfußarzt Aspirin oder andere Medikamente bis in den letzten Buschwinkel verbreitet.

Zacher: Richtig! Es zeigt sich, daß die Pharmaindustrie in der Zusammenarbeit mit den verschiedenen Organisationen zum Ausdruck bringt, daß sie sehr wohl für Basisgesundheitsdienste ist. Das ist natürlich der Punkt, wo man hellhörig wird. Ich weiß aus Untersuchungen in Lateinamerika, daß die Einführung von Billigmedikamenten keineswegs zu einem Rückgang des bisherigen Marktes führt. Das billigere Medikament wird nicht zur Konkurrenz, sondern erschließt einen zusätzlichen Markt. Ich vermute, daß dies das Interesse der Pharmakonzerne ist. Gerade im Zusammenhang mit der Ausbildung von Barfußärzten muß man das permanent vor Augen haben. Ich glaube, es ist wirklich eine ganz reale Gefahr, daß das Ganze im Endeffekt nichts anderes werden wird als ein gigantisches Pharma-Verkaufsnetz, bei dem aber nicht ein Mehr an Gesundheit für die Bevölkerung herauskommt.

Aus Lateinamerika habe ich mir folgendes erzählen lassen: Wenn sich der Bergarbeiter einen schönen Tag machen will, dann läuft er 5 km in das nächste Dorf, kauft sich erstens einen Schnaps, zweitens eine Tablette Chloramphenicol und drittens eine Tablette Multivitamin. Und dann hat er sich was Gutes getan. ... Und wenn die Basismedizin darauf rausläuft, dann hast du am Schluß eine irrsinnige Marktvergrößerung, die aber keine Gesundheit produziert, sondern möglicherweise sogar das Gegenteil.

DG: ... und die zusätzlich die ganze Pharmaindustrie keinen Pfennig gekostet

hat; sie braucht nicht zu werben, keine Pharma-Klinkenputzer zu bezahlen, hat keinerlei Marketing-Kosten.

Hast du das Gefühl, daß die Erfahrungen der Entwicklungshelfer im Gesundheitsbereich irgendwelche Rückwirkung auf unser medizinisches System hier haben?

Zacher: Die Leute, die rausgehen, sind in der Regel Leute, die unserem Gesundheitssystem gegenüber kritisch eingestellt sind. Dennoch haben sie ihr ärztliches Wissen – ausbildungs- und erfahrungsmäßig – hier erworben, d. h. sie orientieren sich an unseren Standards westlicher Medizin. Diese Leute machen nun eine ganz andere Erfahrung von Medizin, eine gute Erfahrung, die irgendwo in ihre individuelle medizinische Zukunft eindringt. Ich sehe aber wenig Möglichkeiten, das zu strukturieren, zu einer gezielten Bewegung zu kanalisieren, obwohl es auch dafür Ansätze gibt.

DG: Winfried, wenn du ein paar Wünsche bezüglich der medizinischen Entwicklungshilfe frei hättest, was würdest du dir wünschen?

Zacher: Ich würde mir wünschen, daß die Projekte insgesamt mit einem bescheideneren Anspruch auftreten, dadurch realistischer würden und mehr Chancen auf Erfolg hätten. Ich würde mir unbedingt wünschen, daß Projekte langfristiger geplant und durchgeführt würden – ich habe an anderer Stelle erläutert, warum. Die mangelnde Bereitschaft, langfristige Verpflichtungen einzugehen, zeugt von fehlendem historischem Verständnis überhaupt in Bezug auf Veränderungen. Wenn wir irgendwo etwas ernsthaft bewirken wollen, dann muß man dafür lange Zeiten ansetzen. Und weil die Bereitschaft dazu fehlt, wird permanent und alle 3 oder 5 Jahre nach einem neuen Allheilmittel gesucht und es stellt sich alle 5 Jahre heraus, daß das letzte Allheilmittel die Entwicklung ins 20. Jahrhundert innerhalb von 5 Jahren nicht geschafft hat – also muß ein neues gesucht werden. Dieser Mangel an Kontinuität in der Arbeit ist ein erhebliches Handicap.

Ein dritter Wunsch ist, die Vielfalt der Organisationen zu erhalten. Ich habe inzwischen gelernt, daß sie durch ihre unterschiedlichen Aufgabenstellungen und Arbeitsweisen den Diskussionsprozeß in der Entwicklungshilfepolitik vorantreiben. Allerdings gibt es auch hier optimale Organisationsgrößen, und bestimmte Organisationen – da würde ich die GTZ dazurechnen – sind zu groß und wegen ihrer Größe bereits schwerfällig geworden.

Zum Schluß noch ein letzter Wunsch, der sich vor allem gegen die übergroße Verwaltungsbürokratie der Organisationen richtet: Ich wünsche mir jemanden, der sagt: „Hier hast du 5 Millionen, du verstehst was von medizinischer Entwicklungshilfe, mach was damit!“ ■



... wie anachronistisch wir das finden, wenn deutsche Ärzte nach Afrika oder sonstwo in die Dritte Welt arbeiten gehen

Von Sigrid Wolter/Wolfgang Weber

Medizinische Entwicklungshilfe hat eine lange Tradition – schon die alten Kolonialherren sahen die Notwendigkeit einer medizinischen Versorgung, und auch die Kirchen nutzten die karitativen Aspekte der Medizin zur Legitimation ihres Missionsgeschäfts. Viele dieser Strukturen finden sich auch heute noch: die deutsche Besatzung eines verlorenen Buschhospitals, der deutsche Missionsarzt – nach außen hin ist die Kontinuität seit der Kolonialzeit ungebrochen. Die öffentlichen Gesundheitssysteme in Entwicklungsländern sind autoritär und hierarchisch strukturiert – der Minister und das (hauptstädtische) Großkrankenhaus als Krönung des Systems. Gegenmodelle, Versuche, ein Gesundheitswesen von der Basis her zu organisieren, traditionelles Wissen dabei zu integrieren und nicht zu zerstören – die Versuche dazu geben vor dem allgemeinen politischen Hintergrund wenig Anlaß zu Hoffnung.

Trotzdem gehen jedes Jahr ca. 100 Ärzte, Ärztinnen, Krankenschwestern und -pfleger mit den Entwicklungsdiensten wie dem DED (Ableger des Entwicklungshilfeministeriums), den Diensten in Übersee (evangelische Kirche) und der Arbeitsgemeinschaft Entwicklungshilfe (kath. Kirche und Missionen) „raus“. Wir waren seit 1978 an der Durchführung von „Tropenkursen“, also fachlichen Vorbereitungskursen, zunächst für Ärzte, später auch für andere medizinische Berufe beteiligt. Hier der Versuch eines Resümees:

Tropenvorbereitungskurse in Heidelberg

... wie die Kurse entstanden sind

Schon die Tatsache, daß gerade Ärzten – erst viel später auch für die übrigen medizinischen Berufe – im Gegensatz zu vielen anderen Berufen (Landwirten, Lehrern etc.) ein spezieller Vorbereitungskurs angeboten wird, ist nachdenkenswert. Wir

rätseln über die Gründe: Angst vor den schrecklichen Tropenkrankheiten? Berufsprestige? Oder eine gute Lobby? Oder ist das Prestigeunternehmen Bundesdeutsche Entwicklungshilfe dort am ehesten gefährdet, wo durch unqualifizierte Arbeit Menschenleben riskiert werden?

Wie dem auch sei, was die Entwicklungs- hilfeorganisationen eigentlich brauchten, wenn sie von einem Tropenkurs sprachen,

war ein einfacher Kurs, der die Angst der Teilnehmer beschwichtigte, indem er ausreichend medizinisches Wissen vermittelte, wenig kostete und vielleicht noch den Behörden des Gastlandes gegenüber als spezielle Qualifikation vorweisbar war. Und solche Kurse werden nun seit 1974 gemeinsam von den Tropeninstituten Hamburg, Heidelberg und Tübingen durchgeführt.

... mit welchen Motiven die Teilnehmer in den Kurs kommen

Während sich also die Entsender so etwas wie einen crash-Kurs in Tropenmedizin im Stil der berühmten klassischen Tropenkurse (London, Liverpool) wünschten, bloß alles schneller und kürzer, finden sich bei den Teilnehmern die verschiedensten Motivationen und Erwartungen.

Jede/r, die/der sich zu einer Arbeit im Entwicklungsdienst entscheidet, nimmt für sich selbstverständlich in Anspruch, helfen zu wollen – Hilfe zur Selbsthilfe zu bringen, um ein beliebtes Schlagwort zu gebrauchen. Aber was steckt noch dahinter? Hier die Skizzen einiger Extremtypen (feminin und maskulin ist beliebig austauschbar): Der Christ, der aus Nächstenliebe die Armen dort unten etwas gesünder machen will – und die Medizin als Aufhänger für die Verbreitung seines Glaubens benutzt.

Der Bundeswehrflüchtling, der lieber in der Dritten Welt helfen will, als den Wehrdienst in der Kaserne – und so eigentlich nur das kleinste Übel wählt.

Die Internationalistin, die durch ihre medizinische Hilfe versucht, zur sozialen Veränderung im Entwicklungsland beizutragen – und dort einen Stellvertreterkampf führt.

Die Krankenhausfrustrierten, denen in unserem modernen, volltechnisierten Medizinsystem das Gefühl für wirkliches Helfen-Können abhanden gekommen ist und sich wieder eine sinnvolle Arbeit erhoffen – und sich so eigentlich nur selbst über ihren Frust hinweghelfen wollen.

Der idealistische Realist, der schon sieht, daß er im Grunde wenig helfen kann (die Armutskrankheiten lassen sich eben nicht durch Medizin vertreiben) – der aber trotzdem auf einen kleinen Fortschritt hofft.

Entsprechend unterschiedlich sind natürlich die Erwartungen an den Kurs: möglichst viel Fachwissen vermittelt zu bekommen, etwas über alternative, traditionelle Heilsysteme zu erfahren, Möglichkeiten der politischen Veränderungen durch die Medizin zu diskutieren, Angst vor dem Unbekannten genommen zu bekommen, Tips und Tricks frei nach dem Motto: Kaiserschnitt, leicht gemacht. ...

... wie über die Jahre die Diskussion um die Ziele der Kurse verlaufen ist

Und wo stehen wir mit der Durchführung Betrauten dabei?

Aufgrund eigener Erfahrungen und politischer Einsichten ist es für uns in Heidelberg ein zentrales Anliegen, Auskunft zu geben über den Rahmen, in dem medizinische Entwicklungshilfe heute stattfindet. Dazu gehört die Darstellung der Sozial- und Medizinpolitik in der 3. Welt, der traditionellen „Ethnomedizin“ und der krankmachenden Faktoren: Migration, Urbanisation, Unterernährung, Zerstörung der

Landwirtschaft, der Ökologie der traditionellen Gesellschaften.

Und daraus die Frage: welchen Stellenwert hat die Medizin bei der Verbesserung der Lebenssituation in den armen Ländern? Und da viele derjenigen, die als Organisatoren an der Kursarbeit beteiligt waren, „Ehemalige“ und zwar sehr skeptische Ehemalige waren, näherten wir uns oft der Nulllinie: kein Stellenwert! Mit Medizin ist nichts zu verbessern!

Also ein Tropenkurs, um Leute von der Arbeit in den Tropen abzuschrecken? Eine Zeitlang mag es vielen Leuten, Teilnehmern wie Mitarbeitern der Entsendeorganisation, so vorgekommen sein.

... wie wir schließlich einen halbwegs konstruktiven Standpunkt gewonnen haben

Aber wir haben mit der Zeit auch eingesehen, daß ein „Abschreckungskurs“ sehr unfair wäre. 95% der Teilnehmer können ja nicht mehr zurück, wenn sie einmal im Kurs sind, auch wenn sie wollten. Feste Verträge, Wohnung aufgelöst, Arbeit gekündigt, von allen Freunden verabschiedet.



Im Lauf der Jahre sind wir so zu einem halbwegs konstruktiven Kurskonzept gekommen, indem wir Illusionen über große Möglichkeiten einer Entwicklungshilfemedizin haben abbauen helfen – unser klinisch orientiertes Angebot taugt wenig gegen Kindersterben, Unterernährung, Kriegselend und zunehmende Armut. Aber: auf der Achterbahn abwärts hilft es auch nichts, den Fuß rauszuhalten zum Bremsen – festhalten! Das ist das zweite Anliegen: Ermutigung zum Drinbleiben – Phantasie entwickeln für ganz unmedizinische Aktivitäten mit Zukunft: Landwirtschaft, Wasserversorgung, mittlere ländliche Technologie. Medizin aus dem Mittelpunkt des Denkens des Mediziners nehmen (Der Arzt, der alles kann??!).

Und Mitgabe eines soliden medizinischen Handwerkszeugs, soweit es in der kurzen Zeit vermittelbar ist: Äthernarkose wieder lernen, genauso wie Malaria-diagnostik und den Aufbau einer Kühlkette für Impfstoffe. Schließlich:

Deutlich zu machen, daß Medizin kein Instrument zur sozialen Veränderung in unserer Hand ist (was ja zumindest von den Basisgesundheitsdiensten als emanzipatorische Selbsthilfe und Organisation auf unterster Ebene oft erwartet wird).

Klarzumachen, daß jede/r Entwicklungshelfer/in unabhängig von seiner Motivation – ob er/sie will oder nicht – die außen-, wirtschafts-, und entwicklungspolitischen Interessen der Bundesrepublik durch seine Arbeit mitträgt, ein/e Repräsentant/in unseres Systems ist, und dadurch neokolonialistischer Abhängigkeit den Weg ebnet (der Aufbau einer medizinischen Versorgung erleichtert z.B. das Vordringen der Pharmaindustrie).

... und zuletzt: die Unzufriedenheit des Machers

Wenn wir zunächst meinten, einige Wochen heftiger Auseinandersetzungen, über ein alle betreffendes Thema, in einer sehr dichten Gruppensituation, müßte die Teilnehmer am Ende irgendwie sichtbar verändert weggehen lassen, so sehen wir Anderes passieren:

Einer stürmischen Phase, in der die Gemeinsamkeiten aller Teilnehmer entdeckt werden, folgt im Kurs immer der Rückzug. Was zunächst von vielen als Aufbruch empfunden wird, in einer Gruppe von Freunden, Leuten mit den gleichen Problemen, Sorgen, Ängste, Wünsche und Phantasien rauslassen, weit über die Sachdiskussion der zukünftigen Arbeit hinaus, geht gegen Ende des Kurses unweigerlich wieder in die stille, abgeschottete Büffelei über Diagnoseverfahren, Therapien und Krankheitsformen über. Ist das die Trennung von der Gruppe, vorweggenommen? Das Bewußtsein, „draußen“ doch allein dazustehen und entscheiden zu müssen? Oder bereits die Rückkehr zum normalen Alltag, zur Arbeit, sich nicht mehr hinterfragen, verunsichern lassen zu wollen?

Genauso still wie aus dem Kurs verschwinden viele nach ihrem 2- bis 3jährigen Auslandsabenteuer wieder in Krankenhausstellen, spurlos, bis auf die Dias, die im Schrank verstauben. Die erwartete Politisierung durch eigene Erfahrung in der Armen Welt findet nicht statt.

Anmerkung zu den Autoren:

Wolfgang Weber hat von 1974–1977 als ärztlicher Entwicklungshelfer (DED) in Südamerika, anschließend zunächst wieder in einem bundesdeutschen Krankenhaus gearbeitet. Danach war er 3 Jahre am Heidelberger Tropeninstitut tätig, ist jetzt Hausmann und dabei, ein Projekt über Gesundheitsverhalten von und mit Gastarbeitern vorzubereiten.

Sigrid Wolter ist Ernährungswissenschaftlerin und seit 1981 Leiterin des Kurses „Medizin in Entwicklungsländern“. Darüber hinaus arbeitet sie im „Dritte Welt Laden“ Heidelberg mit.

DOKUMENTE

34. Weltgesundheitsversammlung – WHA 34.22 – 21. Mai 1981

Internationaler Kodex für die Vermarktung von Muttermilchersatz

Präambel

Die 34. Weltgesundheitsversammlung,

In Anerkennung der Bedeutung einer gesunden Säuglings- und Kleinkinderernährung für die künftige Gesundheit und Entwicklung des Kindes und des Erwachsenen;

Unter Hinweis darauf, daß Stillen die einzige natürliche Methode der Säuglingsernährung ist und in allen Ländern aktiv geschützt und gefördert werden muß;

In der Überzeugung, daß die Regierungen der Mitgliedstaaten große Verantwortung und eine vorrangige Rolle beim Schutz und bei der Förderung des Stillens als Mittel zur Verbesserung der Gesundheit von Säuglingen und Kleinkindern übernehmen müssen;

In Anbetracht der direkten und indirekten Auswirkungen von Vermarktungspraktiken für Muttermilchersatz auf die Säuglingsernährungsgewohnheiten;

In der Überzeugung, daß der Schutz und die Förderung der Säuglingsernährung einschl. der Regelung der Vermarktung von Muttermilchersatz, sich unmittelbar und tiefgreifend auf die Gesundheit des Säuglings und Kleinkinds auswirken und ein unmittelbares Anliegen der WHO darstellen;

Nach Erwägung des vom Generaldirektor ausgearbeiteten und ihr vom Exekutivrat vorgelegten Entwurfs eines Internationalen Kodex für die Vermarktung von Muttermilchersatz;

Unter Ausdruck ihrer Dankbarkeit gegenüber dem Generaldirektor und dem Exekutiv-Direktor des Kinderhilfswerks der Vereinten Nationen für die von ihnen unternommenen Schritte zur Gewährleistung einer engen Konsultation mit den Mitgliedstaaten und mit allen sonstigen an der Ausarbeitung des Entwurfs des Internationalen Kodex Beteiligten;

Nach Erwägung der dazu vom Exekutivrat auf seiner 67. Sitzung abgegebenen Empfehlung;

In Bekräftigung der Resolution WHA 33.32 einschl. der Bestätigung der von der gemeinsamen WHO/UNICEF-Tagung vom 9.–12. Oktober 1979 über Säuglings- und Kleinkinderernährung abgegebenen Erklärung und Empfehlungen;

Unter Betonung, daß die Annahme und Einhaltung des Internationalen Kodex für die Vermarktung von Muttermilchersatz eine Mindestanforderung und nur eine von mehreren Maßnahmen ist, die erforderlich sind, um gesunde Praktiken bei der Säuglings- und Kleinkinderernährung zu schützen;

1. VERABSCHIEDET im Sinne von Artikel 23 der Satzung den Internationalen Kodex für die Vermarktung

von Muttermilchersatz, der dieser Resolution als Anlage beigefügt ist;

2. FORDERT alle Mitgliedstaaten DRINGEND AUF:

(1) die Durchführung der von der gemeinsamen WHO/UNICEF-Tagung über Säuglings- und Kleinkinderernährung gegebenen Empfehlungen und der Bestimmungen des Internationalen Kodex in seiner Gesamtheit als Ausdruck des gemeinsamen Willens der Mitglieder der Weltgesundheitsorganisation voll und einhellig zu unterstützen;

(2) den Internationalen Kodex in nationale Gesetze, Vorschriften oder sonstige geeignete Maßnahmen umzusetzen;

(3) alle betroffenen Sozial- und Wirtschaftssektoren und alle sonstigen Betroffenen an der Durchführung des Internationalen Kodex und an der Einhaltung seiner Bestimmungen zu beteiligen;

3. BESCHLIESST, daß die Verfolgung und Überprüfung der Durchführung dieser Resolution von Regionalkomitees, vom Exekutivrat und von der Gesundheitsversammlung im Geiste der Resolution WHA 33.17 übernommen wird;

4. ERSUCHT die FAO/WHO-Codex-Alimentarius-Kommission, im Rahmen ihres Arbeitsauftrags Maßnahmen umfassend zu erwägen, die sie zur Verbesserung der Gütestandards für Säuglingsnahrungen ergreifen könnte, und die Durchführung des Internationalen Kodex zu unterstützen und zu fördern;

5. ERSUCHT den Generaldirektor:

(1) den Mitgliedstaaten für die Durchführung des Internationalen Kodex, und insbesondere bei der Ausarbeitung nationaler Rechtsvorschriften und sonstiger Maßnahmen in diesem Zusammenhang, gemäß den Durchführungsbestimmungen von Unterabsatz 6 (6) der Resolution WHA 33.32 auf Wunsch alle mögliche Unterstützung zu geben;

(2) bei der Durchführung und Überwachung des Internationalen Kodex auf Landes-, Regional- und Globaler Ebene seine guten Dienste für die fortgesetzte Zusammenarbeit mit allen Beteiligten einzusetzen;

(3) der 36. Weltgesundheitsversammlung über den Stand der Einhaltung und Durchführung des Kodex auf Landes-, Regional- und Globaler Ebene zu berichten;

(4) gestützt auf die Schlußfolgerungen des Lageberichts ggf. Vorschläge für eine Revision des Wortlauts des Kodex und für die notwendigen Maßnahmen zu seiner wirksamen Anwendung zu unterbreiten.

Fünfzehnte Plenarversammlung, 21. Mai 1981
A34/VR/15

Die Mitgliedstaaten der Weltgesundheitsorganisation:

In Bekräftigung des Rechts jedes Kindes und jeder schwangeren und stillenden Frau auf angemessene Ernährung als Mittel zur Erlangung und Erhaltung der Gesundheit;

In der Erkenntnis, daß die Fehlernährung Teil der umfassenderen Problematik der mangelhaften Aufklärung, der Armut und der sozialen Ungerechtigkeit ist;

In der Erkenntnis, daß die Gesundheit der Säuglinge und Kleinkinder nicht isoliert von der Gesundheit und Ernährung der Frauen, ihrem sozio-ökonomischen Status und ihrer Rolle als Mutter betrachtet werden kann;

In dem Bewußtsein, daß das Stillen ein unübertroffenes Mittel zur idealen Ernährung im Hinblick auf das gesunde Wachstum und die gesunde Entwicklung der Säuglinge darstellt, daß es eine einzigartige biologische und emotionale Basis für die Gesundheit der Mutter wie auch des Kindes bietet, daß die antiinfektiösen Eigenschaften der Muttermilch Säuglinge vor Krankheiten schützen helfen und daß es eine wichtige Beziehung zwischen dem Stillen und der Geburtenregelung gibt;

In der Erkenntnis, daß die Begünstigung und der Schutz des Stillens einen wesentlichen Bestandteil der Gesundheits-, Ernährungs- und sonstigen Sozialmaßnahmen bilden, die zur Förderung des Wachstums und der Entwicklung der Säuglinge und Kleinkinder erforderlich sind und daß das Stillen ein wichtiger Aspekt der primären Gesundheitsversorgung ist;

In der Erwägung, daß es einen berechtigten Markt für Säuglingsförmnahrungen und für geeignete Zutaten zu ihrer Zubereitung gibt, wenn die Mütter nicht oder nur zum Teil stillen, daß alle diese Erzeugnisse demzufolge denen, die sie benötigen, über kommerzielle und nicht-kommerzielle Vertriebssysteme zugänglich gemacht werden sollten und daß sie nicht in einer Art und Weise vermarktet oder verteilt werden sollten, die den Schutz und die Förderung des Stillens beeinträchtigen könnten;

In der weiteren Erkenntnis, daß ungeeignete Ernährungspraktiken zu Fehlernährung des Säuglings, zu Morbidität und Mortalität in allen Ländern führen und daß falsche Praktiken bei der Vermarktung von Muttermilchersatz und verwandten Erzeugnissen zu diesen wesentlichen Problemen des öffentlichen Gesundheitswesens beitragen können;

In der Überzeugung, daß es für Säuglinge von Bedeutung ist, geeignete Ergänzungsnahrungen zu erhalten, üblicherweise wenn der Säugling das Alter von 4–6 Monaten erreicht hat, und daß jede Anstrengung unter-

nommen werden sollte, lokal verfügbare Erzeugnisse zu verwenden; und dennoch davon überzeugt, daß diese Ergänzungsnahrungen nicht als Muttermilchersatz gebraucht werden sollten;

In der Feststellung, daß es eine Reihe sozialer und wirtschaftlicher Faktoren gibt, die das Stillen betreffen und daß demzufolge die Regierungen soziale Förderungssysteme zu seinem Schutz, seiner Erleichterung und seiner Anregung entwickeln sowie Verhältnisse schaffen sollten, die das Stillen begünstigen, eine angemessene Unterstützung der Familie und der Gemeinschaft sicherstellen und die Mütter vor Faktoren, die das Stillen behindern, schützen;

In Bekräftigung, daß die Gesundheitsversorgungssysteme, die Angehörigen der Gesundheitsberufe und die sonstigen Mitarbeiter der Gesundheitsdienste eine wesentliche Rolle bei der Belehrung über Säuglingsernährungsmethoden, bei der Anregung und Erleichterung des Stillens sowie bei der objektiven und überzeugenden Beratung von Müttern und Familien über den höherwertigen Nutzen des Stillens oder nötigenfalls über die zweckmäßige Verwendung industriell hergestellter oder zu Hause zubereiteter Säuglingsernahrungen spielen;

In der weiteren Bekräftigung, daß Aufklärungssysteme und andere soziale Dienste am Schutz und an der Förderung des Stillens sowie bei der angemessenen Verwendung von Ergänzungsnahrungen beteiligt werden sollten;

In dem Bewußtsein, daß Familien, Gemeinden, Frauennorganisationen und sonstige nichtstaatliche Organisationen eine besondere Rolle bei dem Schutz und der Förderung des Stillens und bei der Gewährleistung des Bestands, dessen schwangere Frauen und stillende oder nicht stillende Mütter von Säuglingen und Kleinkindern bedürfen, zukünftig;

In Bekräftigung der Notwendigkeit, daß Regierungen, die Organisationen der Vereinten Nationen, nichtstaatliche Organisationen, Sachverständige in den verschiedenen verwandten Fachbereichen, Verbrauchergruppen und Industrie bei Aktivitäten, die auf eine Verbesserung der Gesundheit und Ernährung der Mütter, Säuglinge und Kleinkinder abzielen, zusammenarbeiten;

In der Erkenntnis, daß die Regierungen eine Vielzahl von Gesundheits-, Ernährungs- und sonstigen Sozialmaßnahmen ergreifen sollten, um das gesunde Wachstum und die gesunde Entwicklung von Säuglingen und Kleinkindern zu fördern, und daß dieser Kodex lediglich einen Aspekt dieser Maßnahmen betrifft;

In der Erwägung, daß den Herstellern und Verteilern von Muttermilchersatz eine wichtige und konstruktive Rolle bei der Säuglingsernährung und der Förderung des Ziels dieses Kodex und seiner ordnungsgemäßen Durchführung zukommt;

In Bekräftigung, daß die Regierungen aufgerufen sind, ihrem sozialen und gesetzlichen Rahmen und ihren allgemeinen Entwicklungszielen entsprechend die Grundsätze und Ziele dieses Kodex, gegebenenfalls durch Erlass nationaler Gesetzes- und Verordnungsvorschriften sowie sonstiger geeigneter Maßnahmen, zu verwirklichen;

Überzeugt, daß die Vermarktung von Muttermilchersatz aufgrund der vorstehenden Erwägungen und angesichts der Anfälligkeit der Säuglinge in den ersten Lebensmonaten und der mit ungeeigneten Ernährungsmethoden verbundenen Risiken, einschließlich der unnötigen und unsachgemäßen Verwendung von Muttermilchersatz, eine besondere Behandlung erfordert, die die üblichen Vermarktungspraktiken für diese Erzeugnisse untauglich macht;

DESHALB:

vereinbaren die Mitgliedstaaten hiermit folgende Artikel, die als Grundlage für Maßnahmen empfohlen werden:

Artikel 1: Ziel des Kodex

Ziel dieses Kodex ist es, durch den Schutz und die Förderung des Stillens und durch die Gewährleistung der sachgemäßen Verwendung von Muttermilchersatz, sofern dieser erforderlich ist, auf der Grundlage gezielter Information und mittels einer geeigneten Vermarktung und Verteilung zur Bereitstellung einer gesunden und angemessenen Säuglingsernährung beizutragen.

Artikel 2: Geltungsbereich des Kodex

Der Kodex gilt für die Vermarktung und die damit verbundenen Praktiken folgender Erzeugnisse: Muttermilchersatz, einschließlich Säuglingsfertigernahrungen; sonstige Milchprodukte, -speisen und -getränke, einschließlich flaschengefütterter Ergänzungsnahrungen, wenn sie mit oder ohne Modifizierung zur Verwendung als teilweiser oder völliger Ersatz der Muttermilch vermarktet oder in sonstiger Weise geeignet dargestellt werden; Saugflaschen und Sauger. Er gilt ferner für deren Qualität und Verfügbarkeit sowie Anweisungen über ihren Gebrauch.

Artikel 3: Definitionen

Zum Zwecke dieses Kodex bedeutet:

„Muttermilchersatz“: jedes als teilweiser oder völliger Ersatz für Muttermilch vermarktetes oder sonstwie dargestelltes Lebensmittel, unabhängig davon, ob es sich für diesen Zweck eignet oder nicht.

„Ergänzungsnahrung“ (Complementary food): jedes hergestellte oder lokal zubereitete Lebensmittel, das sich als Ergänzung zur Muttermilch oder zu Säuglingsfertigernahrungen eignet, wenn eine davon nicht mehr ausreicht, um den ernährungsmäßigen Anforderungen des Säuglings zu genügen. Diese Nahrung wird gemeinhin auch „Entwöhnungs- oder Abstillnahrung“ (weaning food) oder „Muttermilchzusatz oder Beikost“ (breastmilk supplement) genannt.

„Behältnis“: jede Verpackungsform von Produkten, die als normale Verkaufseinheit zum Verkauf angeboten wird, einschließlich der Umhüllungen.

„Verteiler“: eine natürliche oder juristische Person oder ein sonstiger Rechtsträger im öffentlichen oder privaten Sektor, die sich (direkt oder indirekt) mit dem Geschäft der Vermarktung eines in den Geltungsbereich dieses Kodex fallenden Erzeugnisses auf Groß- oder Einzelhandelsebene befassen. Ein „Erstverteiler“ ist ein Handelsvertreter, Stellvertreter, nationaler Verteiler oder Geschäftsvermittler des Herstellers.

„Gesundheitsversorgungssystem“: staatliche, nichtstaatliche oder private Institutionen oder Organisationen, die sich direkt oder indirekt mit der gesundheitlichen Betreuung von Müttern, Säuglingen und Schwangeren befassen, sowie Säuglings- und Kinderpflegereinrichtungen. Es umfaßt ferner die freipraktizierenden Mitarbeiter der Gesundheitsdienste. Zum Zwecke dieses Kodex beinhaltet das Gesundheitsversorgungssystem keine Apotheken oder sonstigen etablierten Absatzmärkte.

„Mitarbeiter des Gesundheitsdienstes“: eine in einem Teilbereich eines derartigen Gesundheitsversorgungssystems berufsmäßig oder nicht berufsmäßig tätige Person, einschließlich der freiwilligen, unbezahlten Mitarbeiter.

„Säuglings(fertig)nahrung“: ein Muttermilchersatz, der gemäß den geltenden Codex-Alimentarius-Standards zur Befriedigung der normalen ernährungsmäßigen Anforderungen von Säuglingen im Alter bis zu vier bis sechs Monate industriell hergestellt und deren physiologischen Eigenschaften angepaßt wird. Säuglingsnahrung kann auch zu Hause zubereitet werden; in diesem Fall wird sie als „zu Hause zubereitet“ beschrieben.

„Etiket“: Jede Art von Anhänger, Markenzeichen, Kennzeichen, bildlicher Darstellung oder sonstiger Beschreibung, die auf einem Behältnis (siehe oben) irgendwelcher in den Geltungsbereich dieses Kodex fallenden Erzeugnisse geschrieben, gedruckt, aufgetragen, gestempelt, eingestanz oder aufgeprägt oder daran befestigt sind.

„Hersteller“: eine juristische Person oder ein sonstiger Rechtsträger im öffentlichen oder privaten Sektor, die (unmittelbar oder durch einen Vertreter oder durch einen von ihnen kontrollierten oder vertraglich an sie gebundenen Rechtsträger) mit dem Geschäft oder der Aufgabe der Herstellung eines in den Geltungsbereich dieses Kodex fallenden Erzeugnisses befaßt sind.

„Vermarktung“ (Marketing): Produktförderung, Verteilung, Verkauf, Werbung, produktbezogene Öffentlichkeitsarbeit und Informationsdienste.

„Marketing-Personal“: jede Person, zu deren Aufgaben die Vermarktung eines oder mehrerer in den Geltungsbereich dieses Kodex fallender Erzeugnisse gehört.

„Proben“: Unentgeltlich zur Verfügung gestellte einzelne oder kleine Mengen eines Erzeugnisses.

„Vorräte“: Mengen eines Erzeugnisses, die über einen längeren Zeitraum unentgeltlich oder preisgünstig zu sozialen Zwecken bereitgestellt werden, einschließlich jener für bedürftige Familien.

Artikel 4: Information und Aufklärung

4.1 Die Regierungen sollten verbindlich dafür sorgen, daß objektive und schlüssige Informationen über Säuglings- und Kleinkinderernahrungen zur Verwendung durch die Familien und die mit dem Gebiet der Säuglings- und Kleinkinderernahrung Befähigten bereitgestellt werden. Diese Verantwortlichkeit sollte entweder die Planung, Bereitstellung, Gestaltung und Verbreitung der Informationen oder deren Überwachung umfassen.

4.2 Informations- und Aufklärungsmaterial, gleichgültig ob es sich um Schrift-, Audio- oder Video-Material handelt, das sich mit dem Füttern von Säuglingen befaßt und schwangere Frauen sowie Mütter von Säuglingen und Kleinkindern erreichen soll, sollte eindeutige Informationen über alle folgenden Punkte enthalten: (a) Vorteile und Überlegenheit des Stillens, (b) Ernährung der Mütter und Vorbereitung auf das Stillen und die Erhaltung der Stillfähigkeit, (c) negative Auswirkung der teilweisen Flaschenfütterung auf das Stillen, (d) Schwierigkeit, die Entscheidung nicht zu stillen, rückgängig zu machen und (e) wo notwendig, der sachgemäße Gebrauch industriell hergestellter oder zu Hause zubereiteter Säuglingsfertigernahrung. Wenn derartige Material Informationen über den Gebrauch von Säuglingsfertigernahrung enthält, sollten diese die sozialen und finanziellen Folgen ihrer Verwendung, die gesundheitlichen Gefahren ungeeigneter Nahrungen oder Ernährungsmethoden und insbesondere die gesundheitlichen Gefahren eines unnötigen und unsachgemäßen Gebrauchs von Säuglingsfertigernahrung und sonstigem Muttermilchersatz enthalten. Derartige Material sollte keine Bilder oder Texte verwenden, die den Gebrauch von Muttermilchersatz idealisieren können.

4.3 Geschenke von Herstellern oder Verteilern in Form von Geräten oder Materialien, die der Information oder Aufklärung dienen sollen, sollten nur auf Anforderung und mit schriftlicher Genehmigung der zuständigen Regierungsstelle oder im Rahmen der von den Regierungen für diesen Zweck erlassenen Richtlinien gemacht werden. Solche Geräte oder Materialien dürfen den Namen oder das Logogramm der Spenderfirma tragen, sie sollten jedoch nicht auf ein Markenerzeugnis aufmerksam machen, das in den Geltungsbereich dieses Kodex fällt, und sollten nur durch das Gesundheitsversorgungssystem verteilt werden.

Artikel 5: Die breite Öffentlichkeit und die Mütter

5.1 In der Öffentlichkeit sollte weder Werbung noch sonstige Absatzförderung für von diesem Kodex erfaßte Erzeugnisse betrieben werden.

5.2 Hersteller und Verteiler sollten weder direkt noch indirekt Proben von in den Geltungsbereich dieses Kodex fallenden Erzeugnissen an schwangere Frauen, Mütter oder deren Familienangehörige abgeben.

5.3 Gemäß den Absätzen 1 und 2 dieses Artikels sollte für in den Geltungsbereich dieses Kodex fallende Erzeugnisse am Verkaufsort keine unmittelbar an den Verbraucher gerichtete Werbung, Probenverteilung oder sonstige der Anregung des Absatzes dienende Förderungsmaßnahme auf Einzelhandelsebene, wie z. B. Sonderausstellungen, Discount-Coupons, Prämien, Sonderverkäufe, Lockartikel und Kopplungsverkäufe erfolgen. Diese Bestimmung sollte nicht die Festlegung einer Preispolitik und -praxis beschränken, die dem Ziel dienen, auf Langzeibasis Erzeugnisse zu niedrigen Preisen abzugeben.

5.4 Hersteller und Verteiler sollten an schwangere Frauen oder Mütter von Säuglingen und Kleinkindern keine Artikel oder Gebrauchsgegenstände verschenken, die die Verwendung von Muttermilchersatz oder Flaschenfütterung fördern können.

5.5 Marketing-Personal sollte bei seiner geschäftlichen Tätigkeit weder direkt noch indirekt Kontakte irgendwelcher Art zu schwangeren Frauen oder Müttern von Säuglingen und Kleinkindern suchen.

Artikel 6: Gesundheitsversorgungssystem

6.1 Die Gesundheitsbehörden in den Mitgliedsländern sollten geeignete Maßnahmen ergreifen, um das Stillen

zu fördern und zu schützen und die Grundsätze dieses Kodex zu fördern und den Mitarbeitern der Gesundheitsdienste geeignete Informationen und Ratschläge in Bezug auf ihre Verantwortungen, einschl. der in Artikel 4.2 angegebenen Informationen vermitteln.

6.2 Keine Einrichtung eines Gesundheitsversorgungssystems sollte zur Förderung von Säuglingsfütterung oder anderen in den Geltungsbereich dieses Kodex fallenden Erzeugnissen benutzt werden. Dieser Kodex schließt jedoch die Abgabe von Informationen an Angehörige der Heilberufe gemäß Artikel 7.2 nicht aus.

6.3 Einrichtungen des Gesundheitsversorgungssystems sollten nicht für die Zurschaustellung der in den Geltungsbereich dieses Kodex fallenden Erzeugnisse, den Aushang von Plakaten oder Postern über derartige Erzeugnisse oder die Verteilung vom Hersteller oder Verteiler zur Verfügung gestellten Materials, mit Ausnahme des in Artikel 4.3 angegebenen, benutzt werden.

6.4 Der Einsatz vom Hersteller oder Verteiler zur Verfügung gestellt oder bezahlter „beruflicher Vertreter des Dienstes“, „Ammen“ oder ähnlichen Personals durch das Gesundheitsversorgungssystem sollte nicht gestattet sein.

6.5 Die Verabreichung industriell hergestellter oder zu Hause zubereiteter Säuglingsfütterung sollte nur von Mitarbeitern der Gesundheitsdienste oder nötigenfalls von anderen Mitarbeitern des Gemeinwesens und nur den Müttern oder den Familienangehörigen, die Säuglingsnahrung verwenden müssen, vorgeführt werden, und die vermittelten Informationen sollten eine klare Erläuterung der Gefahren eines unsachgemäßen Gebrauchs enthalten.

6.6 Schenkungen oder Niedrigpreisverkäufe von Säuglingsfütterung oder sonstigen in den Geltungsbereich des Kodex fallenden Erzeugnissen an Einrichtungen oder Organisationen, seien sie zur Verwendung in diesen Einrichtungen oder außerhalb bestimmt, sind gestattet. Solche Vorräte sollten nur für Säuglinge verwendet oder verteilt werden, die mit Muttermilchersatz ernährt werden müssen. Wenn diese Vorräte zur Verwendung außerhalb der Einrichtungen verteilt werden, sollte dies nur durch die betreffenden Einrichtungen oder Organisationen geschehen. Solche Schenkungen oder Niedrigpreisverkäufe sollten von den Herstellern oder Verteilern nicht als Verkaufsanreiz benutzt werden.

6.7 Wo geschenkte Vorräte von Säuglingsnahrung oder sonstigen in den Geltungsbereich dieses Kodex fallenden Erzeugnissen außerhalb einer Einrichtung verteilt werden, sollte die Einrichtung oder Organisation Maßnahmen ergreifen, um sicherzustellen, daß die Versorgung fortgesetzt werden kann, solange der betreffende Säugling ihrer bedarf. Die Sponsoren sowie die betreffenden Einrichtungen oder Organisationen sollten diese Verantwortung berücksichtigen.

6.8 Geräte und Materialien über die in Artikel 4.3 genannten hinaus, die kostenlos an ein Gesundheitsversorgungssystem abgegeben werden, dürfen den Namen oder das Logogramm einer Firma tragen, dürfen jedoch nicht auf ein in den Geltungsbereich dieses Kodex fallendes Markenerzeugnis aufmerksam machen.

Artikel 7: Mitarbeiter der Gesundheitsdienste

7.1 Die Mitarbeiter der Gesundheitsdienste sollten das Stillen fördern und schützen und jene, die sich vor allem mit der Ernährung von Mutter und Kind befassen, sollten sich mit ihren Pflichten gemäß diesem Kodex, einschließlich der in Artikel 4.2 bezeichneten Informationen, vertraut machen.

7.2 Angaben über in den Geltungsbereich dieses Kodex fallende Erzeugnisse sollten sich auf wissenschaftliche und faktische Inhalte beschränken und derartige Informationen sollten nicht andeuten oder den Glauben erwecken, daß Flaschnahrung dem Stillen gleichwertig oder überlegen sei. Die Angaben sollten ebenfalls die in Artikel 4.2 aufgeführten Informationen umfassen.

7.3 Finanzielle oder materielle Anreize zur Förderung der in den Geltungsbereich dieses Kodex fallenden Erzeugnisse sollten Mitarbeitern der Gesundheitsdienste oder deren Familienangehörigen weder von Herstellern oder Verteilern angeboten, noch von Mitarbeitern der Gesundheitsdienste oder deren Familienangehörigen angenommen werden.

7.4 Proben von Säuglingsfütterung oder sonstigen in den Geltungsbereich dieses Kodex fallenden Erzeugnissen oder von Gerät oder Gegenständen für ihre Zubereitung oder Verwendung sollten nicht an Mitarbeiter der Gesundheitsdienste abgegeben werden, ausgenommen wenn dies zum Zwecke der fachlichen Bewertung oder der Forschung auf institutioneller Ebene nötig ist. Mitarbeiter der Gesundheitsdienste sollten keine Proben von Säuglingsfütterung an schwangere Frauen, Mütter von Säuglingen und Kleinkindern oder an deren Familienangehörige abgeben.

7.5 Hersteller und Verteiler von in den Geltungsbereich dieses Kodex fallenden Erzeugnissen sollten der Institution, der ein begünstigter Mitarbeiter der Gesundheitsdienste angehört, über an ihn oder zu seinen Gunsten geleistete Beiträge für Stipendien, Studienreisen, Forschungsvorhaben, die Teilnahme an Fachkonferenzen oder dergleichen Auskunft geben. Dieselben Auskünfte sollten von dem Begünstigten erteilt werden.

Artikel 8: Angestellte von Herstellern und Verteilern

8.1 Bei Verkaufsanreizsystemen für Marketing-Personal sollte das Verkaufsvolumen von in den Geltungsbereich dieses Kodex fallenden Erzeugnissen weder in die Berechnung von Prämien einbezogen werden, noch sollten spezielle Quoten für den Absatz dieser Erzeugnisse festgelegt werden. Dies sollte nicht so verstanden werden, daß Prämienzahlungen aufgrund des Gesamtabsatzes der übrigen von der Firma vertriebenen Erzeugnisse ausgeschlossen sind.

8.2 Das Personal, das bei der Vermarktung der in den Geltungsbereich dieses Kodex fallenden Erzeugnisse beschäftigt wird, sollte als Teil seiner Arbeitspflichten keine Aufklärungsaufgaben bei schwangeren Frauen oder Müttern von Säuglingen und Kleinkindern wahrnehmen. Dies sollte nicht so verstanden werden, daß ein solches Personal nicht auf Antrag und mit schriftlicher Genehmigung der zuständigen Behörde der betreffenden Regierung durch das Gesundheitsversorgungssystem nicht für andere Funktionen eingesetzt werden könnte.

Artikel 9: Kennzeichnung

9.1 Die Etiketts sollten so gestaltet werden, daß sie die notwendigen Informationen über den richtigen Gebrauch des Erzeugnisses vermitteln und nicht vom Stillen abhalten.

9.2 Hersteller und Verteiler von Säuglingsfütterung sollten gewährleisten, daß auf jedem Behälter oder einem von diesem nicht leicht abzulesenden Etikett eine klare, deutlich sichtbare und gut leserliche und verständliche Mitteilung in einer geeigneten Sprache erscheint, die alle nachstehenden Punkte umfaßt (a) die Worte „Wichtiger Hinweis“ oder etwas Entsprechendes; (b) eine Angabe über die Höherwertigkeit des Stillens; (c) eine Angabe darüber, daß das Erzeugnis nur auf Rat eines Mitarbeiters der Gesundheitsdienste hinsichtlich der Notwendigkeit seiner Verwendung sowie der geeigneten Gebrauchsweise verwandt werden sollte; (d) Anweisungen für die richtige Zubereitung und eine Warnung vor den Gesundheitsgefahren einer unsachgemäßen Zubereitung. Weder das Behälter noch das Etikett sollte Abbildungen von Säuglingen oder sonstige Abbildungen oder Texte, die den Gebrauch von Säuglingsfütterung idealisieren können, aufweisen. Sie dürfen jedoch graphische Darstellungen tragen, die das Erkennen des Erzeugnisses als Muttermilchersatz und die Veranschaulichung von Zubereitungsmethoden erleichtern. Die Begriffe „der Humanmilch angeglichen“ (humanized) oder „muttermilchähnlich“ (maternalized) oder dergleichen Ausdrücke sollten nicht verwendet werden. Die Packung oder Einzelhandelseinheit darf unter den vorgenannten Voraussetzungen Beilagen mit zusätzlichen Informationen über das Erzeugnis und seine sachgemäße Verwendung enthalten. Wenn Etiketts Hinweise für die Modifizierung eines Erzeugnisses zu Säuglingsnahrung geben, sollte das Vorstehende entsprechend gelten.

9.3 In den Geltungsbereich dieses Kodex fallende Lebensmittel, die als Säuglingsnahrung verkauft werden und die nicht alle Anforderungen einer Säuglingsfütterung erfüllen, aber entsprechend modifiziert werden können, sollten auf dem Etikett einen Hinweis tragen, daß das nicht modifizierte Erzeugnis nicht die alleinige Nahrungsquelle für einen Säugling bilden sollte. Da gesüßte Kondensmilch nicht zur Säuglingsnahrung und auch nicht zur Verwendung als Hauptbestandteil

der Säuglingsfütterung geeignet ist, sollte ihr Etikett keinerlei Hinweise über ihre Modifizierung für jenen Zweck enthalten.

9.4 Das Etikett der in den Geltungsbereich dieses Kodex fallenden Nahrungsmittelerzeugnisse sollte ebenfalls folgende Punkte aufführen: (a) die verwendeten Zutaten; (b) die Zusammensetzung/Analyse des Erzeugnisses; (c) die erforderlichen Lagerungsbedingungen und (d) die Chargennummer und das Datum, bis zu dem das Erzeugnis verbraucht werden soll, wobei den Klima- und Lagerungsverhältnissen des betreffenden Landes Rechnung zu tragen ist.

Artikel 10: Qualität

10.1 Die Qualität der Erzeugnisse ist ein wesentliches Element für den Gesundheitsschutz der Säuglinge und sollte deshalb einem hohen anerkannten Standard entsprechen.

10.2 In den Geltungsbereich dieses Kodex fallende Nahrungsmittelerzeugnisse sollten, wenn sie verkauft oder auf sonstige Weise verteilt werden, den von der Codex-Alimentarius-Kommission empfohlenen anwendbaren Standards und auch dem Kodex für Hygieneverfahren für Säuglings- und Kindernahrung entsprechen.

Artikel 11: Durchführung und Überwachung

11.1 Die Regierungen sollten Maßnahmen ergreifen, um ihren sozialen und gesetzlichen Rahmen entsprechend diesen Kodex, gegebenenfalls durch Erlass nationaler Gesetzes- und Verordnungsvorschriften oder sonstiger geeigneter Maßnahmen, in Kraft zu setzen. Zu diesem Zweck sollten die Regierungen nötigenfalls die Zusammenarbeit mit der WGO, der UNICEF und sonstigen Organisationen der Vereinten Nationen suchen. Nationale politische Konzeptionen und Maßnahmen einschließlich der Gesetze und sonstiger Vorschriften, die angenommen werden, um die Grundsätze und Ziele dieses Kodex in Kraft zu setzen, sollten öffentlich bekanntgemacht werden und auf derselben Grundlage für alle gelten, die mit der Herstellung und Vermarktung der in den Geltungsbereich dieses Kodex fallenden Erzeugnisse befaßt sind.

11.2 Die Überwachung der Anwendung dieses Kodex obliegt den Regierungen, die individuell und wie in den Absätzen 6 und 7 dieses Artikels vorgesehen, kollektiv durch die Weltgesundheitsorganisation tätig werden. Die Hersteller und Verteiler der in den Geltungsbereich dieses Kodex fallenden Erzeugnisse und die zuständigen nichtstaatlichen Organisationen, Berufsverbände und Verbraucherorganisationen sollten zu diesem Zweck mit den Regierungen zusammenarbeiten.

11.3 Unabhängig von irgendwelchen zur Durchführung dieses Kodex ergriffenen sonstigen Maßnahmen sollten sich Hersteller und Verteiler der in den Geltungsbereich dieses Kodex fallenden Erzeugnisse als verantwortlich betrachten, ihre Vermarktungspraktiken entsprechend den Grundsätzen und Zielen dieses Kodex zu überwachen und Schritte zu unternehmen, die gewährleisten, daß ihr Verhalten diesen Grundsätzen und Zielen auf jeder Ebene entspricht.

11.4 Die betroffenen nichtstaatlichen Organisationen, Berufsverbände, Institutionen und Einzelpersonen sollten dafür verantwortlich sein, Hersteller und Verteiler auf Aktivitäten, die nicht mit den Grundsätzen und Zielen dieses Kodex vereinbar sind, hinzuweisen, damit geeignete Maßnahmen ergriffen werden können. Die zuständigen Regierungsbehörden sollten ebenfalls unterrichtet werden.

11.5 Hersteller und Erstverteiler der in den Geltungsbereich dieses Kodex fallenden Erzeugnisse sollten jedes Mitglied ihres Marketing-Personals von dem Kodex und ihrer Verantwortung gemäß demselben in Kenntnis setzen.

11.6 In Übereinstimmung mit Artikel 62 der Satzung der Weltgesundheitsorganisation übermitteln die Mitgliedstaaten dem Generaldirektor jährlich Informationen über die zur Durchführung der Grundsätze und Ziele dieses Kodex ergriffenen Maßnahmen.

11.7 Der Generaldirektor berichtet der Weltgesundheitsversammlung in geraden Jahren über den Stand der Durchführung des Kodex und unterstützt die Mitgliedstaaten auf Ersuchen bei der Ausarbeitung nationaler Gesetze oder sonstiger Vorschriften oder beim Ergreifen sonstiger geeigneter Maßnahmen zur Durchführung und Förderung der Grundsätze und Ziele dieses Kodex.

Gegen Rückkehr zum Irrenhaus in Italien

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) zum Gesetzentwurf 833

Die deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP), eine bundesweite Organisation von Angehörigen psycho-sozialer Berufe und interessierter Laien, tritt in der Bundesrepublik Deutschland für eine demokratische, humane, gemeindenähe Psychiatrie ein. Die DGSP beobachtet seit langer Zeit mit lebhaftem Interesse die Reform der Psychiatrie in Italien. Insbesondere die Einbettung dieser Reform in eine allgemeine Gesundheitsreform, die Prinzipien der Gemeindenähe, der Regionalisierung und der Abschaffung der psychiatrischen Großeinrichtungen und die Verankerung dieser Grundsätze in nationalen Gesetzen hat Maßstäbe für Europa gesetzt.

Das italienische Gesetz 180 (besonders das Verbot der Neueinrichtung psychiatrischer Anstalten, die Forderung der Auflösung der bestehenden Anstalten, die Einrichtung extramuraler Dienste als Regelversorgung) sowie die Integration sozialer und psychiatrischer Dienste in die nationale Gesundheitsreform nach dem Gesetz 833 sind auch für unser Land richtungweisend.

Mit Unverständnis betrachten wir jetzt die geplante Neufassung vom 30. 4. 1982 des Gesetzes 833. Wir erblicken darin Bemühungen, mit Hilfe einer erneuten Umstrukturierung der nationalen Gesundheitsdienste den Geist des Gesetzes 180 auszuhöhlen, seine Errungenschaften abzuschaffen und die Reform zu blockieren.

Wir fürchten, daß Zustände wieder eingeführt werden sollen, die nach internationalen Maßstäben und wissenschaftlich wohlbewiesen rückständig, inhuman und kostenintensiv sind. Darüber hinaus würden der europäischen Psychiatriereformbewegung wichtige Orientierungspunkte und Impulse verloren gehen.

In der geplanten Neufassung des Gesetzes 833 sehen wir im wesentlichen folgende Gefahren:

– 1) Die Einführung eines Mindest-Bettenschlüssels nach Kopfzahl der Bevölkerung ohne Obergrenze für die Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) setzt alte psychiatrische Behauptungen über ein starkes epidemiologisches Krankenvorkommen an die Stelle moderner Erkenntnisse, nach denen das Krankenvorkommen mit den angebotenen Hilfsmöglichkeiten schwankt und sich durch starre kustodiale Anstaltsstrukturen erhöht.

– 2) Die Wiedereinführung von Prinzipien der Überwachung nicht nur der Gesundheit, sondern auch der sozialen Beziehungen der Patienten verwandelt die Psychiatrie aus einem Hilfsangebot zurück in ihre alte Ordnungsfunktion, dem Erbe vergangener Jahrhunderte. Verwahrungsprinzipien werden wieder in Kraft gesetzt. Das Prinzip der völligen Unverantwortlichkeit des Patienten wird wieder eingeführt. Das ist anti-therapeutisch und kann langfristig nur zu einer erneuten Aufblähung der teuren und unsinnigen Großanstalten führen.

– 3) Der psychiatrische Notfall wird wieder so formuliert, daß er mißbraucht werden kann und die Patienten in ihre alte Rechtlosigkeit zurückfallen. Die Handhabung der Notfälle durch Polizei und stationäre Einrichtungen, die fehlende Bedarfsbezogenheit der für Notfälle vorgesehenen Bettenzahlen wird darüberhinaus die weitere Entwicklung der territorialen Dienste behindern und sie langfristig ihrer Funktion berauben. Die Erhöhung der zulässigen Dauer der Zwangsbehandlungen auf 15 Tage ist nach internationalen Erfahrungen überflüssig und begünstigt aufs Neue demagogische Argumente über die globale Gefährlichkeit der

psychisch Kranken. Wir sehen hier Tendenzen zur Wiedererrichtung der Irrenhäuser alten Stils als Kernstruktur der Versorgung. Das mag den Standesinteressen mancher Psychiater dienen. Wir sehen nicht, wem es sonst dienen soll.

– 4) Mit großer Deutlichkeit tritt die Rückkehr zum Irrenhaus alten Stils in den Plänen zur Handhabung von Langzeiteinrichtung hervor: Nach dem vorgesehenen Gesetz reichen als Verwahrungskriterien die angebliche Chronizität und Unheilbarkeit des Leidens und die juristische Unmündigkeit des Patienten aus. Eine spezifische Diagnose ist nicht erforderlich, therapeutische Kriterien sind nicht definiert.

– 5) Verwunderlich muß erscheinen, daß der neue Gesetzentwurf für zentralistische Krankenhaus- und Hospitalstrukturen Finanzmittel vorsieht, obwohl das Gesetz 180 die finanzielle Ausstattung der regionalen Dienste offensichtlich nicht regeln konnte.

Darüber hinaus halten wir die aus den vorgesehenen Gesetzesformulierungen ablesbare administrative Schwächung der regionalen Verantwortlichkeit der Unità Sanitaria Locale (USL) für eine bürgernahe Psychiatrieplanung auf dem Hintergrund der deutschen Erfahrungen für schädlich.

Insgesamt fürchten wir, daß die bisherigen Errungenschaften des italienischen Reformmodells parteipolitischen Überlegungen und kurzfristigen Standesinteressen geopfert werden sollen. Leidtragende sind dabei allemal die psychiatrischen Patienten.

Bayerische Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V.

Signore
Onorevole Altissimo
Ministero della Sanità
ROMA
Italien

München, den 27. Mai 1982

Betr.: Geplante Novellierung des Gesetzes 833

Sehr geehrter Herr Minister, mit Bestürzung haben wir erfahren, daß Sie am 30. April 1982 eine Neufassung des Gesetzes 833 vorgelegt haben, durch die die Reform der italienischen Psychiatrie, wie sie durch das Gesetz 180 aus dem Jahre 1978 eingeleitet wurde, in entscheidenden Punkten zurückgenommen wird.

Wir haben kein Verständnis für den Versuch, ein Gesetz de facto wieder abzuschaffen, das in beispielhafter Form die Voraussetzungen für eine Psychiatriereform geschaffen hat, die an den Bedürfnissen psychisch leidender Bürger orientiert ist und psychisches Leiden nicht mehr ausgrenzt, sondern am Ort seiner Entstehung zu behandeln versucht.

Die italienischen Erfahrungen sind seit ihren Anfängen in Gorizia zu einem wesentlichen Motor für eine Neuorientierung der psychiatrischen Versorgung in der ganzen westlichen Welt geworden. Wir haben uns in den letzten Jahren immer wieder Gelegenheiten verschafft, um mit unseren italienischen Kollegen zu diskutieren und uns auszutauschen. Wir haben den Mut

bewundert, mit dem sie neue Wege ausprobiert haben. Der Dialog mit ihnen hat für uns im Bereich der Praxis unserer ambulanten sozialpsychiatrischen Dienste wie in der wissenschaftlichen Forschung Veränderungen angestoßen und Perspektiven eröffnet.

Wir stehen in dem konsequenten Kampf für die Auflösung der psychiatrischen Anstalten und für den Aufbau einer gemeindenähen, nicht ausgrenzenden Psychiatrie auf der Seite unserer italienischen Kollegen. Ihre Ziele sind auch unsere Ziele. In den Gesetzen 180 und 833 sahen wir einen richtungsweisenden Schritt in Richtung auf die Verwirklichung dieser Ziele.

Wir halten es für äußerst kurzfristig, ein Gesetz schon nach der kurzen Periode von vier Jahren zu novellieren, das die Umwälzung der psychiatrischen Versorgung in Italien und – im Zusammenhang mit dem Gesetz 833 – des gesamten Gesundheitswesens vorsieht. Nach einem so knappen Zeitraum kann der Erfolg einer so umfassenden Reform noch nicht abschließend beurteilt werden. Wir sind jedoch der Ansicht, daß die Reform der Psychiatrie in Italien an den Orten, an denen sie entschieden und vorbehaltlos vorangetrieben wurde, schon jetzt die Richtigkeit der Reformkonzeption und damit des Gesetzes 180 bestätigt.

In der von Ihnen geplanten Neufassung des Gesetzes sind es vor allem die folgenden Punkte, die wir äußerst problematisch finden:

– Die Erhöhung der Bettenzahl für Psychiatriepatienten in Allgemeinkrankenhäusern in der vorgesehenen drastischen Form halten wir für gefährlich, weil damit psychisches Leiden erneut medizinisiert wird. Den gleichen nachteiligen Effekt hätte die angestrebte Stärkung der Stellung von Universitätskliniken, die Ihrem Vorschlag entsprechend gegenüber den psychiatrischen Diensten autonom und so einer gemeindenähen Organisation von gesundheitsbezogenen Dienstleistungen entzogen werden sollen.

– Wir halten Ihre Absicht für äußerst bedenklich, Zwangseinweisungen, die durch das Gesetz in vorbildlicher Weise geregelt waren wieder zu erleichtern und die Einlieferung statt wie bisher durch Mitarbeiter der psychiatrischen Dienste durch die Polizei vornehmen zu lassen und eine Art »Psychiatriehaft« (»fermo psichiatrico«) juristisch zu verankern. Durch solche Maßnahmen wird psychisches Leiden erneut kriminalisiert.

– Wir halten es schließlich für besonders bedenklich, erneut Irrenhausstrukturen für sogenannte Langzeitpatienten mit bis zu 180 Betten und der Möglichkeit von 30tägigen Zwangsaufenthalten zu schaffen. Dieser Tendenz steht Sinn und Buchstaben des Gesetzes 180 diametral entgegen und würde in der Konsequenz das Ende der italienischen Psychiatriereform bedeuten.

Wir haben nicht übersehen, daß die Verwirklichung der Konzeption der Gesetze 180/833 noch nicht in allen Teilen Italiens gelungen ist. In der geplanten Novellierung dieser Gesetze sehen wir allerdings keinerlei positiven Beitrag zu einer Beseitigung noch bestehender Mängel der psychosozialen Versorgung. Sie sind in erster Linie einer unzureichenden Verwirklichung der vorbildlichen Gesetze geschuldet. Wir möchten Sie, Herr Minister, auffordern, die geplante Novellierung zurückzuziehen und statt dessen alle in Ihrer Kompetenz stehenden Voraussetzungen dafür zu schaffen, daß die 1978 eingeleitete Reform konsequent verwirklicht werden kann.

Mit freundlichen Grüßen

(Prof. Dr. Helner Keupp)
für den Vorstand der BayGSP

Die Gesundheitsbrigaden von Morazán

**Bericht aus El Salvador
von Arnd Lüers**

**medico
international**

Wo im September 1981, als ich das letztemal in den Bergen von Morazán im Nordosten El Salvadors war, die Klinik gestanden hatte, gibt es von den Häusern nur noch die verkohlten Reste. Auch die Zuckerrohr- und Maisfelder, die Bananenplantagen und all die üppige Natur, die diesem von der salvadorianischen Opposition organisierten Krankenhaus die Umgebung eines Sanatoriums gegeben hatten, sind in schwarze Asche zerfallen: Spuren der letzten und bisher größten Truppeninvasion, mit der die Regierungsarmee im Dezember 1981 versucht hatte, Morazán zurückzuerobern. Erfolglos.

Die neue Klinik liegt nur eine gute Stunde Weges entfernt. Vier kleine Bauernkaten, deren von Artillerieeinschlägen zerstörte Dächer notdürftig mit Bananenblättern gedeckelt sind – nichts mehr von Sanatorium und Idylle, überall die Zeichen des Krieges: Unterirdische Schutzräume gegen Luftangriffe und Artilleriebeschuß; aus großen Feldsteinen aufgetürmte und mit grünen Dächern getarnte Gefechtsstellungen im engeren und weiteren Umkreis der Klinik; die Gewehre in der Hand aller, die hier arbeiten ...

Jeder Punkt dieser Berglandschaft – jeder Punkt dieses winzigen Landes überhaupt – ist von den Militärflughäfen der Städte aus in wenigen Minuten durch Jagdbomber und MG-bestückten Hubschraubern erreichbar.

Jeder Punkt ist auch erreichbar für die 105-mm Kanonen, in deren Handhabung die salvadorianischen Militärs nach Ausbildung durch US-Berater deutliche Fortschritte gemacht haben. Und dennoch hat sich in diesen von der FDR/FMLN kontrollierten Zonen, die inzwischen etwa ein Drittel des Landes ausmachen, eine Infrastruktur des sozialen Wandels entwickelt, die offenbar unzerstörbar ist. Sie ist Produkt des Krieges, von ihm geprägt und natürlich auch begrenzt – und ist gleichzeitig Ausdruck davon, daß dies nicht einfach nur ein Krieg ist, sondern eigentlich eine Revolution.

Wichtiger und vielleicht sichtbarster Bestandteil dieser Infrastruktur, die von den Salvadorianern "poder popular" (= Volksmacht) genannt wird, ist das Gesundheitswesen.

Die Klinik in den Bergen ist nur ruhender Punkt in einem System mobiler Gesundheitsversorgung, das sich überall hin erstreckt, wo

die FDR/FMLN politisch und militärisch präsent ist. Das ist inzwischen ein Gebiet, das vielfach so groß ist, wie die eigentlichen kontrollierten Zonen. Es reicht bis an die Ränder der großen Städte, wo die Grenzen zwischen städtischer Arbeiterbevölkerung und den von Armut und Unterdrückung entwurzelten Campesinos in den Elendsquartieren der Hüttenvorstädte zerfließen.

Die Klinik ist eines der sozialen Zentren der Gegend. Sprechstunde ist zweimal pro Woche – aber stattfinden tut sie jeden Tag. Die Campesinos, die z.T. mehr als einen Tagesmarsch hinter sich hatten, um die Klinik zu erreichen, kann man nicht zurückschicken. Dutzende, vor allem Eltern mit ihren Kindern, sind es jeden Tag, die hier Behandlung suchen. Die meisten von ihnen brauchen keine stationäre Behandlung, sie werden untersucht und mit Medikamenten oder mit einem Brief an die örtlichen Gesundheitsbrigadisten wieder zurückgeschickt. Mangelerkrankung und schlechte hygienische Bedingungen sind die häufigsten Ursachen, die zu Krankheiten führen.

In der Sprechstunde, so turbulent sie auch oft ist, liegt längst nicht mehr die Hauptaufgabe der zwei Ärzte und etwa 15 gut ausgebildeten Gesundheitsarbeitern (-innen), genannt Briga-

distas. „Das wichtigste ist nicht, hier in der Klinik zu hocken und auf die Kranken zu warten, sondern zu den Leuten zu gehen und zu schauen, warum sie krank werden“, sagt der medizinische Verantwortliche der Klinik, der übrigens nicht Arzt, sondern Brigadist ist und vor zwei Jahren noch nicht schreiben konnte.

Täglich gehen sie in die Dörfer und in die Lager der Guerrilla, der Milizen und Produktionsbrigaden; regelmäßige Reihenuntersuchungen, vor allem aber Vorsorge, Gesundheitserziehung, Hygiene, Latrinenbau, Ernährungsfragen ...

Mit den Brigadisten, die in jedem Dorf oder Lager stationiert sind, werden diese Fragen in regelmäßigen Kursen der „Gesundheitschule“ weiterbearbeitet, die der Klinik angegliedert ist. Dort werden auch diejenigen Brigadisten ausgebildet, die den militärischen Einheiten der FMLN zugeordnet sind – nicht nur als Sanitäter, sondern um überall, wo die Guerilla hinkommt, Aufgaben zur allgemeinen medizinischen Versorgung der Bevölkerung übernehmen zu können.

Bisher sind allein in dieser Zone über 300 Gesundheitsbrigadisten ausgebildet worden – eine für ländliche Zonen Lateinamerikas geradezu revolutionäre Zahl von Gesundheitsarbeitern, die vielmehr über die Aufbau-

Medizinische Versorgung in der Klinik





leistung aussagt als die Tatsache, daß in Morazán heute 8 Ärzte arbeiten. Und all das in einem Land, wo es vorher medizinische Behandlung nur in den Städten und gegen Barzahlung gab.

Die intensive Ausbildungsarbeit des letzten Jahres blieb nicht ohne Erfolg. Heute beruhen die Gesundheitsversorgung und Gesundheits-erziehung, der weitere Ausbau der präventiv-medizinischen Kampagnen und - in der Kriegssituation besonders wichtig - der Ersten Hilfe für Verletzte zum überwiegenden Teil auf der selbständigen Arbeit der Brigadisten, die fast ausnahmslos Landarbeiter (Campesinos) der Zone sind.

Die Ärzte haben im wesentlichen Ausbildungsaufgaben und stehen für besondere Fälle bereit.

Ein solcher Fall trat ein, als zwei Tage nach dem Großangriff der FMLN auf die Kasernen

der Stadt San Miguel, an dem - drei Nachtmärsche von hier entfernt - etwa 600 Guerilleros teilnahmen, die Klinik sich plötzlich mit Verletzten füllte. Auf Maultieren oder Bambustragen waren sie aus den mobilen Kliniken, die sich stets in oder nahe an den Kampfzonen befinden, hierher transportiert worden und verwandeln die Klinik in ein Lazarett.

Die Verletzten, die hier ankommen, sind schon verbunden, die meisten sogar wenige Stunden nach ihrer Verwundung in der ebenfalls mobilen Sammelklinik operiert worden. Die mobilen Kliniken sind aber nur eingerichtet auf schnelle Versorgung, nicht auf die notwendige Heilbehandlung. Dafür dient das Hospital in den Bergen, in der geschützten Zone.

Von hier aus wird auch die regelmäßige Versorgung der mobilen Kliniken mit Medikamenten und Verbandzeug organisiert. Nur

weil im Hinterland eine so funktionsfähige Struktur besteht, kann mitten in den von Regierungstruppen und den gefürchteten Paramilitärs beherrschten Gebieten überhaupt eine Versorgung der Bevölkerung organisiert werden.

Gleichzeitig mit den Verletzten kommt die Regenzeit. Sie bedeutet Jahr für Jahr ein Ansteigen der Krankheiten, vor allem der Durchfallerkrankungen und der Erkältungen, die bei den schlecht ernährten und wenig abwehrenden Kindern oft lebensgefährlich verlaufen. Die Klinik wird zu klein, neue werden eingerichtet. Es treten Schwierigkeiten und Engpässe auf, es muß improvisiert werden. An den Lösungen sind immer die Leute der Massenorganisationen beteiligt: sei es die Verpflegung, oder der Bau von weiteren Hütten, das Abdichten der Dächer oder das Herbeschaffen Dutzender von Betten, der Bau von neuen Unterständen gegen Luftangriffe oder der Transport von Kranken, Verletzten und Medikamenten - immer sind Hände da von Frauen und Männern, die zusätzlich zu ihrer Arbeit in der Produktion oder in den Milizen die Gesundheitsbrigaden unterstützen.

Anfang April kehren die Brigadisten der vier mobilen Kliniken in die Berge zurück. Sie haben sechs Wochen ununterbrochener Arbeit und langer Märsche hinter sich. Am Abend der Ankunft gibt es ein Fest in der Klinik, die sich zu einem kompletten Dorf ausgeweitet hat. Zum Tanz spielen die „Torogoces de Morazán“, und wer von den Verletzten kann, tanzt mit.

Am nächsten Tag und bis weit in die Nacht hinein wird auf einer Versammlung analysiert, was für die Gesundheitsbrigaden von Morazán die bisher größte Belastungsprobe war: der mobile Einsatz weit außerhalb der eigenen Zone.

Es stellt sich in den verschiedenen Berichten eine gemeinsame Erfahrung aller heraus: die kriegsmedizinische Versorgung hat bis auf kleinere und schnell lösbare organisatorische Probleme wider Erwarten gut funktioniert. In den Mittelpunkt der Diskussion rückt eine weitere Erfahrung: im Rahmen der militärischen Offensive der Befreiungsfront sind Brigadisten in weite und dichtbevölkerte Gebiete vorgestoßen, für deren medizinische Versorgung sie nur unzureichend vorbereitet und ausgerüstet waren.

Während der Belagerung der Provinzhauptstädte des Ostens - Usulután, San Miguel und San Francisco Gotera - waren die mobilen Kliniken teilweise tagelang in Dörfern stationiert, in denen selbst eine elementare Gesundheitsversorgung bisher nicht existierte. Improvisierend und begrenzt durch die Bedingungen des Krieges nahmen sie die Arbeit auf, hielten Sprechstunden ab, behandelten die Kranken.

(Lesen Sie weiter auf Seite VIII)



El Salvador

CINQUERA, März 1982

Um 6 Uhr morgens greift die salvadorianische Armee mit Flugzeugen des Typs Fouga Magister die Zivilbevölkerung eines Gebietes an, das von der salvadorianischen Opposition, den Freiheitskämpfern der FMLN kontrolliert wird.

Es werden 500 kg-Bomben abgeworfen, von denen einige nicht explodieren, jedoch die Dächer der Häuser zerstören.



Die Aufschrift im Detail bestätigt, daß die Bomben aus den USA kommen.

Darüberhinaus wird ersichtlich, daß die Garantie der gelieferten Waffen bereits 1974 abläuft. Die USA benutzen diesen Krieg auch dazu, ihre Kriegslager von veraltetem Material zu räumen.

Wegen der anhaltenden Bombardierung ihrer Häuser muß die Bevölkerung fliehen.



Auch während der Flucht versuchen die Soldaten, die Zivilbevölkerung zu treffen. Die Flüchtlinge verstecken sich in einem Dornengestrüpp.

Die Armee kommt bis auf 25 Meter heran. Ein Kind von sechs Monaten beginnt zu weinen. Die Soldaten schießen ins Gebüsch und verletzen ein Mädchen. Um nicht entdeckt zu werden, halten die Eltern dem weinenden Kind den Mund zu.

Die 80 Flüchtlinge werden nicht entdeckt, aber sie merken zu spät, daß dabei das Kind erstickt ist.



Hanauer Landstraße 147
6 Frankfurt/M. 1
Tel. 0611/490350

In dieser Diskussion in der Klinik wird mir sinnlich klar, was das Geheimnis dieses unaufhaltsamen Befreiungskampfes ist, der gegen eine technisch so eindeutig überlegene Armee geführt wird: wo immer die Einheiten der FMLN hinkommen, beginnt unmittelbar der Aufbau neuer sozialer Strukturen. Und das ist nicht etwa nur politische Organisationsarbeit, sondern viel mehr, viel tiefergehend: es ist die von der Bevölkerung selbstgetragene Organisation der Gesundheitsversorgung, der Schulen, des religiösen und kulturellen Lebens, der Produktion und Verteilung von Nahrung und Kleidung . . .



Produktion von Zucker

Diese Selbständigkeit hat aber auch eine ganz praktische Notwendigkeit: eine Dorfbevölkerung, die ihren Widerstand gegen das brutale Repressionsregime El Salvadors offen ausdrückt, kann die Städte nicht mehr betreten, weil sie für die Sicherheitstruppen, die Paramilitärs und Todesschwadronen vogelfrei geworden ist. Das heißt: sie ist abgeschnitten vom Markt, von den Krankenhäusern, von allem, was bei der gegebenen Unterentwicklung dieses Landes nur in den Städten zu haben ist.

Das Ziel der Befreiungsfront ist es deshalb, die in den kontrollierten Zonen entwickelten Strukturen der Volksmacht nicht nur zu verteidigen, sondern weit ins Land auszubreiten. Und genau das wird von den Gesundheitsbrigadisten von Morazán zur Zeit diskutiert und praktisch geplant.

Es müssen die Voraussetzungen geschaffen werden, um Schritt für Schritt für weitere Teile der salvadorianischen Bevölkerung den Zugang zu einer elementaren Gesundheitsversorgung zu schaffen.

Die personellen Probleme, die diese Ausweitung der Arbeit über die Grenzen der kontrollierten Zonen hinaus bedeuten, müssen die Brigadisten von Morazán selber lösen. Den großen Bedarf an zusätzlicher Ausrüstung und an den wichtigsten Medikamenten zu decken, könnte ein Beitrag der internationalen Solidarität sein.

AUFRUF VON MEDICO INTERNATIONAL

Der Aufbau neuer, basisdemokratischer Strukturen in der Gesundheitsversorgung der befreiten Gebiete El Salvadors ist unter der Situation des Krieges nur möglich durch solidarische Hilfe aus dem Ausland. Bereits Anfang 1980 wurde medico international von verschiedenen kirchlichen, humanitären und politischen Organisationen aus El Salvador aufgefordert, zum Aufbau einer medizinischen Notversorgung im Land beizutragen. Bislang konnten über 40 sog. "Not-depots", deren Ausrüstung etwa der einer ländlichen Poliklinik entspricht, nach El Salvador geschickt werden. Mindestens noch einmal die gleiche Anzahl werden benötigt.

Wir bitten darum, uns bei dieser Aufgabe zu unterstützen.

Spendenkonto:

**232 Stadtparkasse
Frankfurt**

Materialien

DIA-SERIEN

- EL SALVADOR: Ein Volk kämpft um seine Befreiung ca. 120 Dias
NICARAGUA: Befreiung, ökon. Situation Gesundheit ca. 120 Dias
GUATEMALA: Ökon., politische und soziale Lage ca. 120 Dias

FOTOAUSSTELLUNGEN

- EL SALVADOR: ca. 30 DIN A1 Bildtafeln über Hintergründe und die aktuelle Entwicklung
NICARAGUA: 25 DIN A1 Bildtafeln

REVOLUTION IST GESUNDHEIT – DAS NEUE GESUNDHEITSWESEN IN NICARAGUA

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

MEDIZIN UND APARTHEID VON Dr. Aziza Sedat

Dokumente, Statistiken und Analysen zur gesundheitlichen Lage im Südlichen Afrika
50 Seiten (1981) DM 5,-

"APARTHEID"

Postkarten-Serie nach Collagen von Martin Lovis/London
12 Karten, vierfarbig DM 6,50

in Vorbereitung GESCHÄFTE MIT DER ARMUT – PHARMA-KONZERNE IN DER DRITTEN WELT

VON Marcel Bühler; erscheint Anfang 1982
ca. 160 Seiten ca. DM 15,-

PLAKATE

verschiedene Vierfarb-Plakate zur Westsahara und
- n e u -

Guatemala-Plakat
Format DIN A1, vierfarbig DM 5,-

Gesamtverzeichnis anfordern!
Bestellungen durch Vorausüberweisung auf das Konto 2402 bei der Stadtparkasse, Frankfurt, oder schriftlich an

medico international

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

„... von der Dienstleistung freizustellen, wenn während des werktäglichen Bereitschaftsdienstes nicht eine ununterbrochene Ruhezeit von 6 Stunden zur Verfügung gestanden hat ...“

So lautet zusammengefaßt der Kernsatz des BAG-Urteils vom 24. 2. 1982. ÖTV-Kollege Gerd Limbrock erreichte mit diesem Urteil ein wichtiges neues Moment in der Auseinandersetzung um die Verringerung der Bereitschaftsdienstbelastung. DG dokumentiert das Urteil leicht gekürzt, damit möglichst viele Kolleginnen und Kollegen, die Bereitschaftsdienste leisten müssen, es für ihre konkrete Situation auswerten können. In der nächsten DG-Ausgabe folgt ein einschätzender Kommentar zum Urteil von G. Limbrock.

4A ZR 223/80
Sa 52/79 Hamburg

Verkündet am 24. Februar 1982

Im Namen des Volkes!

Urteil in Sachen

der Freien und Hansestadt Hamburg, vertreten durch den Senat, dieser vertreten durch die Gesundheitsbehörde, Tesdorpfstraße 8, 2000 Hamburg 13,

gegen

den Assistenzarzt Dr. Gerhard Limbrock, Grindelallee 34, 2000 Hamburg 13,

hat der Vierte Senat des Bundesarbeitsgerichts aufgrund der mündlichen Verhandlung vom 24. Februar 1982 durch den Vorsitzenden Richter Dr. Neumann, die Richter Dr. Feller und Dr. Etzel sowie die ehrenamtlichen Richter Schmidt und Trautmann für Recht erkannt:

Auf die Revision der Beklagten werden die Urteile des Landesarbeitsgerichts Hamburg vom 27. Februar 1980 – 4 Sa 52/79 – und des Arbeitsgerichts Hamburg vom 31. Januar 1979 – 11 Ca 421/78 – aufgehoben.

Es wird festgestellt, daß die Beklagte – von Ausnahmefällen abgesehen – verpflichtet ist, den Kläger während der normalen Tagesarbeitszeit von der Dienstleistung freizustellen, wenn ihm während des vorangegangenen werktäglichen ärztlichen Bereitschaftsdienstes in der Zeit zwischen 21.00 Uhr und dem Beginn der allgemeinen Tagesarbeitszeit nicht eine ununterbrochene Ruhezeit von sechs Stunden zur Verfügung gestanden hat.

Im übrigen wird die Klage abgewiesen.

Von Rechts wegen!

Tatbestand:

Der der Gewerkschaft ÖTV angehörende Kläger steht als Assistenzarzt im Angestelltenverhältnis in der Kinderabteilung (Intensivstation) des Allgemeinen Krankenhauses Heidelberg in den Diensten der Beklagten. Die Parteien haben einzelvertraglich die Geltung des BAT und der diesen ändernden und ergänzenden tariflichen Bestimmungen vereinbart. Neben der regelmäßigen ärztlichen Dienstleistung während der allgemeinen täglichen Arbeitszeit muß der Kläger durchschnittlich zwei wöchentliche Bereitschaftsdienste leisten. Diese werden ihm nach der Stufe D vergütet. An den Wochentagen außer Samstag beginnt der ärztliche Bereitschaftsdienst nach dem zuvor abgeleisteten allgemeinen ärztlichen Dienst um 16.30 Uhr und dauert bis zum Wiederbeginn der allgemeinen Tagesarbeitszeit am nächsten Morgen um 8.00 Uhr. Für das Wochenende gilt eine Sonderregelung. Nachdem zuvor Wochenendbereitschaftsdienst geleistet worden war, ist nunmehr an den Wochenenden Schichtdienst eingeführt worden, da die Arbeitsbelastung der Ärzte auf durchschnittlich über 50 v.H. angestiegen war.

Demgemäß hat der Kläger beantragt,

1. festzustellen, daß die Beklagte nicht berechtigt ist, von dem Kläger im Allgemeinen Krankenhaus Heidelberg zu verlangen, nach einem geleisteten Bereitschaftsdienst die Arbeit im Krankenhaus an dem betreffenden Wochentag fortzusetzen,

2. weiter festzustellen, daß die Beklagte – von Nottfällen abgesehen – nicht berechtigt ist, von dem Kläger im Allgemeinen Krankenhaus Heidelberg zu verlangen, mehr als einmal in der Woche über die allgemeine Tagesarbeitszeit hinaus Bereitschaftsdienst zu leisten.

Entscheidungsgründe:

Die Revision ist teilweise begründet, teilweise jedoch unbegründet. Unbegründet ist sie insoweit, als der Kläger im Rahmen seines ersten Klageantrages eine Dienstfreistellung für diejenigen Wochentage begehrt, an denen ihm während des vorangegangenen Bereitschaftsdienstes in der Zeit zwischen 21.00 Uhr und dem Beginn der allgemeinen Tagesarbeitszeit eine ununterbrochene Ruhezeit von sechs Stunden nicht zur Verfügung gestanden hat. Insoweit sind die vorinstanzlichen Urteile aufrechtzuerhalten. Für das weitere Klagebegehren fehlt es jedoch an einer Rechtsgrundlage, so daß insoweit unter Aufhebung der vorinstanzlichen Urteile die Klage abzuweisen ist.

Mit dem Landesarbeitsgericht ist davon auszugehen, daß aufgrund beiderseitiger Tarifbindung (§ 3 Abs. 1, § 4 Abs. 1 Satz 1 TVG) und darüber hinaus auch aufgrund entsprechender einzelvertraglicher Vereinbarung zwischen den Parteien der BAT und die diesen ändernden und ergänzenden tariflichen Bestimmungen gelten. Da der Kläger in einem von der Beklagten betriebenen Krankenhaus beschäftigt wird, folgt hieraus zugleich, daß zwischen den Parteien auch die Sonderregelungen für Ärzte und Zahnärzte an den in den SR 2a und 2b genannten Anstalten und Heimen (SR 2 im BAT) zur Anwendung kommen. Hieraus ergibt sich die Rechtspflicht des Klägers zur Leistung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes nach Maßgabe der Nr. 8 der SR 2c. Danach ist der angestellte Arzt verpflichtet, sich auf Anordnung des Arbeitgebers außerhalb der regelmäßigen Arbeitszeit an einer vom Arbeitgeber bestimmten Stelle aufzuhalten, um im Bedarfsfall die Arbeit aufzunehmen (Abs. 1 Satz 1), während andererseits der Arbeitgeber Bereitschaftsdienst nur anordnen darf, wenn zu erwarten ist, daß zwar Arbeit anfällt, erfahrungsgemäß aber die Zeit ohne Arbeitsleistung überwiegt (Satz 2). Unstreitig sind diese tariflichen Voraussetzungen beim Kläger erfüllt.

Demgemäß muß der Kläger aber auch den Inhalt von Abs. 7 Unterabs. 1 der Nr. 8 SR 2c gegen sich gelten lassen, worin bestimmt wird:

„Bereitschaftsdienst und Rufbereitschaft sollen – auch zusammen –, von Ausnahmefällen abgesehen, nicht mehr als achtmal im Kalendermonat angeordnet werden.“

Sowohl nach dem in erster Linie hierfür maßgeblichen und insoweit eindeutigen Tarifwortlaut als auch nach dem tariflichen Gesamtzusammenhang kann diese Tarifnorm nur dahin ausgelegt werden, daß der Arbeitgeber grundsätzlich das Recht hat und daher nicht daran gehindert ist, den tarifunterworfenen Krankenhausarzt bis zu achtmal monatlich, d.h. in der Regel auch bis zu zweimal wöchentlich, zum Bereitschaftsdienst heranzuziehen. Dem entspricht umgekehrt die Rechtspflicht des angestellten Krankenhausarztes, in diesem Umfang den tariflich vorgesehenen Bereitschaftsdienst leisten zu müssen. Hieraus folgt zugleich, daß die Beklagte keineswegs gegen Treu und Glauben oder die dem Arbeitgeber obliegende Fürsorgepflicht verstößt, wenn sie vom Kläger die Befolgung der vorgenannten tariflichen Bestimmungen verlangt (vgl. auch hierzu das zuvor genannte Urteil des Senats vom 26. November 1980 – 4 AZR 1181/78 –).

Hieraus ergibt sich weiter, daß der Kläger entgegen dem Begehren des zweiten Klageantrages zur zweimaligen wöchentlichen Bereitschaftsdienstleistung verpflichtet ist. Die tariflichen Bestimmungen sehen auch nicht im Sinne des ersten Klageantrages eine Arbeitsfreistellung zugunsten des angestellten Arztes an dem dem Bereitschaftsdienst folgenden Wochentag vor. Das ergibt sich insbesondere eindeutig aus Abs. 7 Unterabs. 3 der Nr. 8 SR 2c, wo die Tarifvertragsparteien ausdrücklich bestimmen, daß dem Arzt im Anschluß an den Bereitschaftsdienst Freizeitabgeltung zu gewähren ist, wenn er sich aufgrund des Ausmaßes seiner Inanspruchnahme übermüdet fühlt. Eine weitergehende Freistellungspflicht ergibt sich entgegen der Rechtsauffassung des Klägers aus den tariflichen Bestimmungen nicht. Das wird auch vom Landesarbeitsgericht nicht verkannt.

Entgegen der Meinung der Vorinstanzen und des Klägers verstoßen die anzuwendenden tariflichen Bestimmungen auch nicht insgesamt gegen sonstiges vorrangiges staatliches Recht. Wie der Senat bereits in seinem Urteil vom 26. November 1980 – 4 AZR 1181/78 – (AP Nr. 6 zu § 17 BAT, auch zum Abdruck in der Amtlichen Sammlung des Gerichts bestimmt) im einzelnen ausgeführt hat, stellt Abs. 7 Unterabs. 1 der Nr. 8 SR 2c nicht schlechthin Anforderungen, die mit der menschlichen Leistungsfähigkeit und den Standespflichten eines Arztes in so hohem Maße unvereinbar sind, daß damit die Rechtsgestaltungsmöglichkeiten der Tarifvertragsparteien nach § 1 Abs. 1 TVG und dem Rechtsgedanken des § 306 BGB als überschritten anzusehen wären. Die Tarifnormen verstoßen auch nicht insgesamt und schlechthin gegen verfassungsrechtliche Vorschriften (Art. 1 Abs. 1, Art. 2, Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 GG). Dabei verbleibt der Senat auch bei seiner bereits in dem Urteil vom 26. November 1980 – 4 AZR 1181/78 – vertretenen Rechtsauffassung, daß vorliegend bei der Anwendung des Art. 3 Abs. 1 GG berücksichtigt werden muß, daß die besonderen Erfordernisse des Krankenhausbetriebes schon im Interesse der jederzeitigen angemessenen und sachgerechten Versorgung der Patienten eine differenzierte Regelung auch für die Arbeitszeit und den Bereitschaftsdienst der Ärzte notwendig machen und gestatten. Damit kann der Kläger entgegen dem Inhalt seines ersten Klageantrages keine allgemeine Arbeitsfreistellung nach geleistetem ärztlichen Bereitschaftsdienst für die Dauer der allgemeinen täglichen Arbeitszeit am folgenden Wochentag verlangen. Aus den gleichen Rechtsgründen gibt es auch keine Rechtsgrundlage für das weitere Klagebegehren auf Feststellung der Unterlassung der Heranziehung des Klägers zu mehr als einem ärztlichen Bereitschaftsdienst in der Woche.

Dennoch ist der Klageantrag zu 1) teilweise begründet und insoweit die Revision zurückzuweisen. Die Vorinstanzen haben nämlich mit Recht insoweit nach dem Klagebegehren erkannt, als im Urteilsauspruch der Vorinstanzen mit enthalten ist, daß der Kläger von der Beklagten dann während der normalen Tagesarbeitszeit von der Dienstleistung freizustellen ist, wenn ihm während des an einen Tagesdienst anschließenden vorangegangenen werktäglichen ärztlichen Bereitschaftsdienstes in der üblichen nächtlichen Ruhezeit zwischen 21.00 Uhr und dem Wiederbeginn der allgemeinen Tagesarbeitszeit im Krankenhaus (8.00 Uhr) eine ununterbrochene Ruhezeit von sechs Stunden nicht zur Verfügung gestanden hat. Soweit die tariflichen Bestimmungen dem entgegenstehen, sind sie wegen Verstoßes gegen höherrangiges staatliches Recht mit zwingendem Charakter unwirksam.

Dabei geht der Senat von den entsprechenden Tatsachenfeststellungen des Landesarbeitsgerichts aus, die insoweit auf einem unstreitigen Sachverhalt beruhen. Obwohl der Kläger regelmäßig in dem tariflich zugelassenen zeitlichen Ausmaß während des Bereitschaftsdienstes beschäftigt worden ist (46,8 v.H.), waren bei ihm – anders als in dem vom Senat entschiedenen Fall AP Nr. 6 zu § 17 BAT – seine Ruhezeiten häufig wegen der zahlreichen Unterbrechungen durch ärztliche Dienstleistungen nur eine Stunde oder noch weniger lang, so daß zwar rein rechnerisch seine Inanspruchnahme im Laufe des Bereitschaftsdienstes den tariflichen Bestimmungen entsprach, die tariflich geforderte Ruhezeit jedoch nur mit vielfachen und verschiedenen langen Unterbrechungen durch ärztliche Dienstleistungen zustandekommt. Tarifwortlaut und tariflicher Gesamtzusammenhang geben keinen sicheren Aufschluß darüber, ob die Tarifvertragsparteien auch an diese in bestimmten Zweigen der öffentlichen Krankenhäuser nicht selten vorkommende Fallgestaltung gedacht haben und auch dabei die tariflichen Voraussetzungen als erfüllt ansehen, wie die Beklagte annimmt. Unabhängig davon, ob nach dem Willen der Tarifvertragsparteien auch bei einer derartigen Fallgestaltung die tariflichen Bestimmungen in vollem Umfang gelten sollen oder ob insoweit eine von den Tarifvertragsparteien nicht ausgefüllte Tariflücke vorliegt, ist jedenfalls davon auszugehen, daß insoweit die tariflichen Bestimmungen nicht uneingeschränkte Geltung beanspruchen können.

Dabei knüpft der Senat an den Inhalt der tariflichen Bestimmungen selbst und damit an den darin zum Ausdruck kommenden Willen der Tarifvertragsparteien an. Wenn die Tarifvertragsparteien in Abs. 7 Unterabs. 3 der Nr. 8 SR 2 c bestimmen:

„Auf Verlangen ist dem Arzt im Anschluß an einen Bereitschaftsdienst Freizeitabgeltung für diesen Bereitschaftsdienst nach Absatz 4 – mindestens nach der Stufe B – zu gewähren, wenn er sich nach dem Bereitschaftsdienst übermüdet fühlt, weil seine Inanspruchnahme während des Bereitschaftsdienstes erheblich über die für die Zuordnung zur Stufe D maßgebende Inanspruchnahme hinausgegangen ist“.

so bringen sie damit zum Ausdruck, daß nach ihrem Willen ein übermüdet und deswegen für eine weitere ärztliche Dienstleistung ungeeigneter Arzt nach Ableistung des auf einen vollen Tagesdienst folgenden Bereitschaftsdienstes nicht an einem weiteren ärztlichen Tagesdienst teilnehmen soll. Damit tragen die Tarifvertragsparteien auch den entsprechenden ärztlichen Standespflichten sowie dem Umstand Rechnung, daß ein übermüdeter Arzt leichter als ein ausgeruhter und voll einsatzfähiger in Gefahr gerät, Kunstfehler zu begehen und damit zivilrechtliche Schadenersatzansprüche sowie eine strafrechtliche Verantwortlichkeit nach den §§ 222 und 230 StGB zu begründen. Der Senat verkennt indessen nicht, daß die Tarifvertragsparteien diese Voraussetzungen erst als erfüllt ansehen, wenn das Arbeitspensum des Arztes während des Bereitschaftsdienstes erheblich über das für die Zuordnung zur Stufe D maßgebliche Zeitmaß hinausgegangen ist, also der angestellte Arzt innerhalb des Bereitschaftsdienstes zu erheblich mehr als 50 v.H. zur ärztlichen Dienstleistung herangezogen worden ist. Das ist selbst bei der starken Inanspruchnahme des Klägers nur ganz ausnahmsweise der Fall gewesen. Im übrigen knüpfen die Tarifvertragsparteien in diesen Fällen die Arbeitsfreistellung des Arztes auch noch ausdrücklich an dessen „Verlangen“.

Wie auch immer in diesem Punkte die Vorstellungen und Zielsetzungen der Tarifvertragsparteien beschaffen sein mögen, sind jedenfalls die Tarifnormen insoweit wegen Verstoßes gegen vorrangiges zwingendes staatliches Recht nichtig bzw. ist eine entsprechende Tariflücke dahin auszufüllen, daß die Pflicht des angestellten Krankenhausarztes, nach einem an einen Tagesdienst anschließenden Bereitschaftsdienst einen weiteren Tagesdienst zu leisten, dann entfällt, wenn ihm während des vorangegangenen Bereitschaftsdienstes in der Zeit zwischen 21.00 Uhr und dem Beginn der allgemeinen Tagesarbeitszeit eine ununterbrochene Ruhezeit von sechs Stunden nicht zur Verfügung gestanden hat. Dies ergibt sich zunächst aus dem allgemeinen Rechtsgedanken des § 306 BGB (vgl. auch dazu das schon genannte Urteil des Senats vom 26. November 1980 – 4 AZR 1181/78 – = AP Nr. 6 zu § 17 BAT, auch zum Abdruck in der Amtlichen Sammlung des Gerichts bestimmt). . .

Diese Grundsätze müssen auch dann gelten, wenn darüber zu entscheiden ist, ob tarifliche Normen von einem Arbeitnehmer ein entsprechendes Arbeitspensum verlangen. Danach sind sie wegen Verstoßes gegen den Rechtsgedanken des § 306 BGB dann und insoweit unwirksam, wenn sie dem Arbeitnehmer Arbeitsleistungen abverlangen, die mit dem allgemeinen menschlichen Leistungsvermögen und den jeweils in Betracht kommenden Standespflichten unvereinbar sind bzw. sich als schlechthin unzumutbar darstellen.

Das trifft zu, wenn ein angestellter Krankenhausarzt bei bestehender Verpflichtung zu zweimaliger wöchentlicher Bereitschaftsdienstleistung nach vollem ärztlichen Tagesdienst anschließend Bereitschaftsdienst zu leisten und am folgenden Tage wiederum vollen Tagesdienst zu verrichten hat und ihm während des Bereitschaftsdienstes keine ununterbrochene Ruhezeit von sechs Stunden zur Verfügung gestanden hat. Aus den in der mündlichen Verhandlung vor dem Senat erörterten Gründen der naturgegebenen Grenzen der menschlichen Leistungsfähigkeit und des deshalb erforderlichen Ruhebedürfnisses übersteigt eine derartige Arbeitsleistung ohne Gewährung ausreichender Nachtruhe das menschliche Leistungsvermögen. Eine solche über mehr als 24 Stunden andauernde Tätigkeit ohne ausreichende Ruhezeit ist als schlechthin unzumutbar anzusehen, zumal sie die Gefahr in sich birgt, daß der Krankenhausarzt seine physische Leistungsfähigkeit infolge seiner Beanspruchung im Bereitschaftsdienst nicht mehr objektiv zu beurteilen vermag, Kunstfehler begeht, zivilrechtliche Schadenersatzansprüche begründet und selbst strafrechtlich zur Verantwortung gezogen wird. Dem tragen für das gesamte Arbeitsleben und für bestimmte Berufszweige auch die entsprechenden arbeitszeitrechtlichen Schutzbestimmungen Rechnung. Schließlich berücksichtigt die gesamte Rechtsordnung, daß jeder Mensch und insbesondere jeder arbeitende Mensch nach bestimmter Zeit und insbesondere während der Nachtzeit ein schutzwürdiges Ruhebedürfnis hat (vgl. § 19 AZO, § 188 ZPO, § 104 StPO).

Die dargelegten Gründe führen außerdem dazu, daß die gewürdigten Tarifnormen der SR 2 c in dem aufgezeigten Ausmaß zugleich gegen den Verfassungsgrundsatz der Menschenwürde verstoßen, dem alle staatlichen Gewalten gleichermaßen Rechnung zu tragen haben (Art. 1 Abs. 1 Satz 1–2 GG). Dabei geht der Senat mit dem Bundesverfassungsgericht davon aus, daß Art. 1 GG zu den alle Bestimmungen des Grundgesetzes beherrschenden Konstitutionsprinzipien gehört und damit das Grundgesetz die freie menschliche Persönlichkeit, ihre Würde und eine entsprechende eigenverantwortliche Lebensgestaltung als besonders hohe Rechtswerte betrachtet (vgl. BVerfGE 6, 32, 36; 12, 45, 53; 35, 202, 225 und 49, 286, 298; Leibholz-Rinck, Grundgesetz, 6. Aufl., Art. 1 Rdnrn. 1 und 2). . . dann müssen im Hinblick auf Art. 1 Abs. 1 GG auch solche tariflichen Bestimmungen als unwirksam angesehen werden, die einem Arbeitnehmer den bezeichneten Individualbereich in unzumutbarer Weise vorenthalten oder ihm ein mit dem menschlichen Leistungsvermögen und der Zumutbarkeit nicht mehr vereinbartes Arbeitspensum auferlegen. Das trifft in dem bezeichneten Ausmaß auf die tariflichen Vorschriften der SR 2 c BAT zu. Diese Beurteilung entspricht zugleich dem Grundgedanken und der Zweckbestimmung aller der Arbeitszeit der Arbeitnehmer regelnden arbeitsrechtlichen Schutzbestimmungen und zugleich auch Artikel 24 der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte, wonach jeder Mensch u. a. Anspruch auf eine vernünftige Begrenzung der Arbeitszeit hat. In dem bezeichneten Ausmaß ist die Freizeitgewährung auch nicht etwa von einer Antragstellung oder einem sonstigen „Verlangen“ des angestellten Arztes abhängig, sondern schlechthin aus übergeordneten rechtlichen Gründen geboten.

Demgemäß ist durch die Beklagte als Krankenhausträger im Wege entsprechender organisatorischer Maßnahmen sicherzustellen, daß der Kläger bei Erfüllung der entsprechenden Voraussetzungen nach einem an einen Tagesdienst anschließenden Bereitschaftsdienst nicht mehr zu einem weiteren allgemeinen Tagesdienst herangezogen wird. Freilich trifft auch den Kläger eine entsprechende Mitteilungs- und Aufklärungspflicht, da sonst je nach der Fallgestaltung die Beklagte trotz entsprechender allgemeiner Vorkehrungen, z.B. durch Unkenntnis, daran gehindert sein könnte, die geforderte Arbeitsfreistellung zu realisieren. Im übrigen gelten die aufgezeig-

ten Grundsätze nicht in Ausnahmefällen, d. h. in akuten Nottfällen, worüber auch zwischen beiden Parteien Einvernehmen besteht und worauf der Kläger demgemäß auch bei seiner Antragstellung Bedacht genommen hat. Dabei ist auf die tarifliche Regelung in Nr. 8 Abs. 7 SR 2 c zurückzugreifen, wo die Tarifvertragsparteien in Übereinstimmung mit dem ärztlichen Standesrecht für den Bereitschaftsdienst und die Rufbereitschaft allgemein eine Einschränkung für derartige Fälle vorsehen („von Ausnahmefällen abgesehen“).

Die Beklagte kann sich auch nicht darauf berufen, die vom Senat gezogenen Rechtsfolgen führten zu praktischen Schwierigkeiten im Krankenhausbetrieb und machten den Vollzug von Bereitschaftsdienstplänen unmöglich.

Dabei verkennt der Senat nicht, daß infolge seiner Rechtsprechung in bestimmten Fällen oder einzelnen Krankenhäusern der ärztliche Bereitschaftsdienst ganz oder teilweise nicht mehr wie seither praktiziert werden kann und weitere finanzielle Aufwendungen entstehen. Diese tatsächlichen Umstände rechtfertigen es jedoch im Gegensatz zur Rechtsauffassung der Beklagten nicht, weiterhin an einer Tarifnorm festzuhalten, die unter den geschilderten Voraussetzungen von angestellten Ärzten ein mit dem menschlichen Leistungsvermögen nicht zu vereinbarendes und gegen die Menschenwürde verstoßendes Arbeitspensum verlangen.

Abgesehen davon sind die von der Beklagten aufgezeigten tatsächlichen Schwierigkeiten auch praktisch behebbar, wobei der Senat Bedacht darauf nimmt, daß die Beklagte, nachdem an den Wochenenden der Anfall an ärztlichen Dienstleistungen stark angestiegen war, dafür im Krankenhaus Heidelberg anstelle des bisherigen Bereitschaftsdienstes ärztlichen Schichtdienst eingeführt hat. Im übrigen mußte die Beklagte auch schon nach gegenwärtigem Tarifstand damit rechnen, daß ein angestellter Arzt von der in Abs. 7 Unterabs. 3 der Nr. 8 SR 2 c vorgesehenen rechtlichen Möglichkeit Gebrauch machte und bei Erfüllung der tariflichen Voraussetzungen um Arbeitsfreistellung nachsuchte. Daraus, daß seitens der angestellten Ärzte von dieser Möglichkeit – aus welchen Gründen auch immer – kein oder nur ausnahmsweise Gebrauch gemacht worden ist, kann die Beklagte keine Rechte herleiten.

Im übrigen handelt sie im Hinblick auf ihre Fürsorgepflicht, aber auch im Verhältnis zu ihren Patienten zumindest leichtfertig, wenn sie es duldet oder nahelegt, daß übermüdete oder aus anderen Gründen nicht voll leistungsfähige Ärzte in ihren Krankenanstalten ärztliche Dienste verrichten.

Schließlich kann die Beklagte auch nicht erfolgreich einwenden, allein der beteiligte Arzt könne und dürfe darüber entscheiden, ob er sich nach Ableistung des Bereitschaftsdienstes noch in der Lage sehe, weiter ärztlichen Tagesdienst zu leisten. Dabei übersieht die Beklagte, daß gerade in diesem Punkte die tariflichen Bestimmungen unwirksam sind.

Zudem kann die Entscheidung darüber, ob er gewillt ist und sich physisch dazu in der Lage fühlt, ein die menschliche Leistungsfähigkeit überschreitendes, der Menschenwürde widersprechendes und deswegen nach geltenden Grundprinzipien der Rechtsordnung unerlaubtes Arbeitspensum zu leisten, nicht der Entscheidung des einzelnen Arztes überlassen bleiben. Einmal kann nämlich niemals ausgeschlossen werden, daß der Arzt bei einer solchen Entscheidung – zumal in einer Konfliktsituation – seine Leistungsfähigkeit überschätzt. Zudem muß schon angesichts der bisherigen Verhaltensweise der angestellten Ärzte nach den Erörterungen in der mündlichen Verhandlung vor dem Senat befürchtet werden, daß Ärzte trotz Erfüllung der Voraussetzungen für eine Unzulässigkeit ihrer Weiterarbeit nach geleistetem Bereitschaftsdienst dazu doch aus den verschiedenen Gründen (z.B. Ehrgeiz, Befürchtung von Einnahmeverlusten, Rufschädigung, Geltung als „unbequemer Mitarbeiter“) ihre Einwilligung geben. Daher ist die Pflicht zur Dienstfreistellung der Ärzte dann, wenn sie während des Bereitschaftsdienstes nicht eine mindestens sechsstündige ununterbrochene Ruhezeit hatten, auch nicht von einer irgendwie gearteten formellen Antragstellung abhängig . . .

(Hervorhebungen durch die Redaktion)

„... Und so gibt es Tage, an denen tausend Kranke nach P. (zur Mission) pilgern. Wenn wir sie dann fragen, warum sie nicht in ihr staatliches Distrikthospital gehen, berichten sie: „Da hing ein Schild am Schwarzen Brett – geht nach P., wir haben keine Medikamente!“ sagt Abt Lambert.“

(M. Gerste „Die Brüder sind unser Reichtum“, „Zeit“, 28. 8. u. 4. 9. 1981)

Kranker Sozialismus und fromme Caritas im tansanischen Busch

Von Helmut Jäger

Solch ein Distriktkrankenhaus ist Nachingwea, 180 Betten für ungefähr 100 000 Menschen in der Umgebung; wir sind drei Ärzte für die Behandlung der stationären und Überweisungspatienten, ein weiterer Arzt für Administration, Prophylaxe und Betreuung der siebzehn Dispensaries und des Health-Centers; vier Medical Assistants (Hilfsärzte) für die Abfertigung von 300–500 ambulanten Patienten täglich.

Ein paar Busstunden entfernt liegt Ndanda, ein riesiger Missionskomplex, zu dem neben Marmorschleiferei, mechanisierter Landwirtschaft, zahlreichen Werkstätten auch ein 300-Betten-Hospital gehört.

Der Unterschied zwischen beiden Häusern ist tatsächlich frappierend. Und treffend gibt das obige Zitat die hochmütige Verachtung wieder, mit der die dortigen deutschen Missionare auf das afrikanische, staatliche Gesundheitswesen herabzublicken.

Tansania ist pleite.

„Weil Sozialismus ins Elend führt“, höhnt die Kirche.

„Weil Nyereres ‚Afrikanischer Sozialismus‘, ein Gemisch aus Urchristentum und Sozialdemokratismus, als 3. Weg zwischen den großen Ideologien gescheitert ist“, schreiben tansanische Marxisten wie Shivji und Babu und hoffen auf die Revolution.

In unserem Staatshospital ist tatsächlich alles knapp oder gar nicht vorhanden. Seit einem Jahr gibt es aus dem zentralen Store praktisch kein Verbands- und Nahtmaterial mehr, keine Skalpellklingen, oft keine Desinfektionsmittel. Meist fehlen die wichtigsten Medikamente monatelang.

Tansania kann nichts mehr kaufen und ist in der Versorgung mit Medizin auf Geschenke angewiesen – und wer schenkt schon, ohne etwas dafür zu erhalten.

Schlendert man dagegen durch den Missionsstore von Ndanda, fühlt man sich in ein entsprechend großes Krankenhaus in der BRD versetzt.

Alles was ein Medizinerherz an Pharmaprodukten begehren kann, stapelt sich im Überfluß. Zwei Schiffe aus Hamburg und zwei aus New York versorgen jährlich nur die Missionen im äußersten Südosten Tansanias mit allem, was die westliche Zivilisation an Vorzügen zu bieten hat:

Antibiotika der neuesten Generation, Ultraschall und Laparoskope, moderne landwirtschaftliche Maschinen, Käse und Nudeln, fabrikneue Levis-Jeans und elektronische Seiko-Uhren.

Vielleicht würden noch mehr als tausend pilgern, um den Reichtum anzubeten, wenn sie nur die Tagessätze und das Essen in den Missionshospitälern bezahlen

könnten. (In Ndanda sind die Preise nach drei Verpflegungsklassen gestaffelt.)

Die Staatsmedizin mag mangelhaft sein, dafür ist sie kostenlos, wie die Verpflegung, weshalb Nachingwea in den Hungermonaten Dezember und Januar total überbelegt ist.

Zu uns kommen also die, die sich die Kirchenmedizin nicht leisten können und das ist bei weitem die Mehrheit der Bevölkerung.

Nachingwea steht für ein Gesundheitssystem, das von Tansaniern selbst auf die Beine gestellt wurde und dessen kleine Erfolge das Selbstbewußtsein dieses Volkes stärken.

Ndandas Ruhm und unser Mißerfolg zementieren dagegen das tief verwurzelte Minderwertigkeitsgefühl, alles was aus Europa, den USA, aus Japan komme, sei die Krönung der Schöpfung, neben der ein „Made in Afrika“ als Dreck erscheint.

Das staatliche Gesundheitssystem ist weit gestreut und sollte in jedes Dorf reichen. District- und Provinzkrankenhäuser sollten Ausbildungsstätten für „Basisärzte“ sein, die Gesundheitsarbeit in den Dörfern überwachen und die notwendige kurative Medizin leisten. Der Schwerpunkt sollte bei der Prophylaxe und der Gesundheitserziehung liegen.

Ein einwandfreies Konzept, doch in dieser Breite für den tanzanischen Staat in seiner tiefsten ökonomischen Krise nicht finanzierbar.

Das erstrebte Ziel: „Health for all by the year 2000“ blieb im Rohbau unvollendet. Jetzt steht es im Regen und bröckelt.

Gleichzeitig schwindet das Gefühl für den Wert der Prophylaxe durch den massiven kurativen Einsatz der Kirche.

In der Bibel steht, soviel ich weiß, wenig von Vorbeugen, dafür viel von Helfen und Heilen.

Die Mission nebenan bietet die gesamte Palette der Pharmaindustrie und zwingt den Staat, hilflos mitzuhalten.

Wenn wir wollen, daß die Patienten unseres Distrikts ihr Geld sparen und zu uns kommen, müssen wir ihnen wenigstens in Ansätzen ähnliches wie die Kirche bieten. Wenn die einen zweifarbig Pillen verteilen, können die anderen den Patienten nicht einfach mit billiger Gesundheitsaufklärung kommen.

In dieser verfahrenen Situation tritt der Entwicklungshelfer im schwarzen Krankenhaus auf den Plan.

Neben dem Operieren ist er wegen seiner Hautfarbe für das Schnorren zuständig. Er hat die undankbare Aufgabe, zur nahegelegenen Kirchendispenzary oder zum Mis-

sionshospital zu fahren, um dort beim Kaffeetrinken mit weißen Nonnen das Gespräch auf unsere Misere zu bringen. Je nach Laune oder Gnade erhält er dann etwas Verbandsmüll oder Nahtmaterial. Der schwarze Kollege hätte da keine Chance.

Er schöpft die kärglichen DED-Projektmittel voll aus und schreibt Bittbriefe nach Europa, um Päckchen zu erhalten, die das Schlimmste überbrücken.

Es mag ihm, wie mir, zutiefst zuwider sein. Doch ohne solche Aktionen würde nicht mehr operiert, Wundversorgungen nicht mehr gemacht und landläufige Krankheiten könnten nicht mehr behandelt werden.

Die Sterblichkeit auf den Stationen würde zunehmen, der Ruf des Staatshospitals noch tiefer sinken, die Ausbildungsfunktion für „Basisärzte“ käme dem Erliegen nahe.

Es ist zum Heulen! Der „Entwicklungshelfer“, der die Prophylaxe so hochhalten möchte, hilft ein kuratives System zu zementieren, das sich dieser Staat nicht leisten kann.

Gut für die Kirche, solche Gewissensbisse nicht zu haben.

Für sie ist Medizin Mittel zum Zweck der Mission; und die ist noch längst nicht abgeschlossen, wie Abt Lambert in dem genannten „Zeit“-Artikel bestätigt: „Es gibt zwar keine Heiden mehr. Aber noch viel Heidentum!“

Darum geht es. Um den Ausbau und die Festigung ihrer Ideologie, ihrer spießig-verklemmten Moral, ihrer politischen Macht. Die Mission kam als Vorbote und Wegbereiter des deutschen Kolonialismus nach Tanganyika und sie ist dieser Tradition bis heute treu geblieben.

Ein Krankenhaus hat für sie die Funktion des fetten Wurms am Angelhaken. Es soll die Fischlein anlocken und in den Dunstkreis der Mission führen.

Die Verbreitung dessen, was sie Christentum nennen, rechtfertigt den hohen materiellen Einsatz. Zög- und Günstlinge der Kirche sitzen auf fast allen hohen tansanischen Posten (der Präsidentensessel eingeschlossen), weshalb unter vielem anderen der Schwangerschaftsabbruch in Tansania strafbar ist.

Läge ihr bei ihrer Gesundheitspolitik tatsächlich nur das Wohl des Volkes am Herzen, würde z. B. die kleine Kirchendispenzary hier nebenan ihren zehnmal so großen Store dem des zuständigen District Hospitals zur Verfügung stellen, damit der Reichtum gleichmäßig auf alle Dispensaries des Bezirks verteilt werden könnte. Solch eine Nivellierung wäre jedoch gerade unerwünscht, da jedes Kirchenambulatorium dem Staatskrankenhaus (Sinnbild „sozialistischer“ Politik) überlegen sein soll, damit die Menschen wissen, wo ihr Heil zu finden ist.

Die Kirche der Befreiung Ernesto Cardenas ist hier unbekannt. Hier herrschen Bayerns und Polens fromme Reaktionäre, die durch klotzigen Reichtum und gottergebene Demut zu passiver Kleinbürgerlichkeit und kriecherischer Profitlichkeit erziehen, und die ihre liebsten, im Betteln fähigsten Schächten mit Adidas-Schuhen, Taschenrechnern und neuesten Klamotten belohnen.

Die Diskussion, welchen Weg dieses Land gehen soll, können wir getrost den Tansanern überlassen.

Aber unsere Aufgabe als EH's ist es, genau zu überdenken, in welchem Bereich dieser widersprüchlichen Gesellschaft wir sinnvoll arbeiten können, und wo wir besser die Finger davon lassen.

Literatur:

- 1) Shivji, Issa G.: *Class Struggles in Tanzania, Dar-es-Salaam, 1976*
- 2) Babu: *African Socialism or Socialist Africa? Dar-es-Salaam, 1982*

Anmerkung:

Der Autor dieses Artikels arbeitet seit Anfang 1981 als Entwicklungshelfer in Tansania. Er ist als Arzt im Distrikthospital Nachingwea tätig und ist gewählter Interessenvertreter der DED-Entwicklungshelfer in Tansania. Angeregt zu diesem Artikel wurde der Autor letztendlich durch einen mit knapper Mehrheit verabschiedeten Beschluß der Fachgruppe Medizin, künftige DED-Ärzte, Hebammen etc. gleichwertig an staatliche und kirchliche Krankenhäuser zu entsenden. Der frühere Beschluß, Gesundheitspersonal bevorzugt in staatliche Distrikthospitäler zu schicken, wurde verworfen.

BILANZ

nach drei Jahren als Entwicklungshelfer in Westafrika

viele, viele Patienten untersucht und behandelt
Tropenmedizin gelernt
15 000 Kinder gegen Masern geimpft
unterernährte Kinder aufgepäppelt
Milchpulver-Gratisverteilung gebremst
Pflegepersonal weitergebildet
Medikamentenversorgung verbessert
traditionelle Heilmethoden kennengelernt
Barfußärzte ausgebildet
Krankenhaus renoviert
Brunnen vertieft
OP-Block neu gebaut
viele Wände gekachelt
Selbständiges Arbeiten gelernt
viele afrikanische Freunde gewonnen
mit guten Entwicklungshelfer-Kollegen zusammengearbeitet
Sprachkenntnisse verbessert
Eigene politische Einstellung überprüft
Augenzeuge gewesen
gut gelebt
die Bundeswehr umgangen
Medizin ohne Technik gelernt
von Missionsarbeit abgeschreckt
aus der Kirche ausgetreten
Motivation für politische Arbeit hier bestärkt
nach der Rückkehr in die ÖTV eingetreten
viel gelernt

zu viel kurativ gearbeitet
Medikamentenbedarf und -verbrauch erhöht
westliche Medizin gefördert
an den Ursachen der Armutskrankheiten nichts verändert
ich war ein Feigenblatt für andere Interessen
die Folgekosten des Krankenhauses erhöht
ich war ein Werbegeschenk der BRD-Pharmaxporte
selbst zweimal krankgeworden
Umsatz von Air France, Air Afrique und Lufthansa erhöht
einen Peugeot 505 und ein franz. Moped gekauft
Französischen Zement und franz. Kacheln verbaut
einem libanesischen Händler die Taschen gefüllt
KODAK-Filme verschossen
Texaco-, Shell- und Esso-Benzinverfahren
die kathol. Missionsstation durch Bauaufträge unterstützt
drei Jahre polit. Veränderung in der BRD nicht verfolgt
einige Freunde aus den Augen verloren
Schwierigkeiten bei der Wiedereingliederung hier
Kämpfe mit der BRD-Medizin-Hierarchie
gelegentlich starkes Afrika-Heimweh

F. Richter-Hebel

Vermarktet wird selbst der Kodex

Der internationale WHO-Kodex über die Vermarktung von Muttermilchersatzprodukten

Von Thomas Koch

Worum geht es? In den letzten 15 Jahren kam es in den Ländern der Dritten Welt zu einem Rückgang des Stillens und zu einer Zunahme von Durchfall- und Infektionskrankheiten sowie Unterernährung. Dies hat die Probleme der Kindersterblichkeit beträchtlich vermehrt.

Mitschuldig an dieser tragischen Entwicklung ist die Babynahrungsindustrie, die durch aggressive, unverantwortliche Werbemethoden für künstliche Babymilch viele Mütter vom Stillen abhält.

Der Gebrauch von Flaschenernährung in der Dritten Welt ist deshalb so gefährlich, weil

- a) die hygienischen Bedingungen fehlen, Flasche und Sauger zu sterilisieren
- b) die Kosten für künstliche Babymilch bis zu 60% des Familieneinkommens ausmachen können und so die Mütter gezwungen werden, das Milchpulver zu verdünnen.

Die Folgen sind verheerend: Experten schätzen, daß jährlich 10 Millionen Säuglinge an Krankheiten leiden, die auf falsche Ernährung in den ersten Lebensmonaten zurückzuführen sind.

Aus diesen Erfahrungen heraus wurde am 21. Mai 1981 von der Vollversammlung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ein internationaler Kodex über die Vermarktung von Muttermilchersatzprodukten verabschiedet, der ein fast völliges Werbeverbot für diese Produkte vorsieht. Der WHO-Kodex wurde mit überwältigender Mehrheit (118:1) angenommen, nur die USA stimmte dagegen (siehe DG 4/81).

Ebenso war man sich darüber einig, daß die Empfehlungen der WHO nicht nur für die Entwicklungsländer gelten sollten, sondern auch für die Industriestaaten. Es gibt nicht zweierlei Maßstäbe für die Gesundheit von Säuglingen: Auch in den Industriestaaten stellt Muttermilch in den ersten Lebensmonaten die beste Nahrung dar.

Der Kodex soll *nicht* den Verkauf oder die Verwendung von Babymilchpulver verbieten, sondern Kinder nur vor dem Mißbrauch von Babymilchpulver schützen.

Wie kam es zum WHO-Kodex?

Der Verabschiedung des WHO-Kodex vorausgegangen war ein jahrzehntelanger Streit zwischen Verbrauchergruppen, UN-Organisationen und der Babynahrungsindustrie.

Bereits Ende der 60er Jahre warnten Ärzte vor den Werbefeldzügen der Industrie: Dialoge mit der Industrie brachten jedoch keine Veränderungen. Erst durch den „Babykiller“-Report der britischen Hilfsorganisation „War On Want“ und durch den

sogenannten Nestlé-Prozeß in den Jahren 1974–1976 wuchs das Interesse in der Öffentlichkeit. Eine Schweizer Dritte-Welt-Arbeitsgruppe wurde von Nestlé angeklagt, weil sie „Babykiller“ mit „Nestlé tötet Babies“ übersetzt hatte.



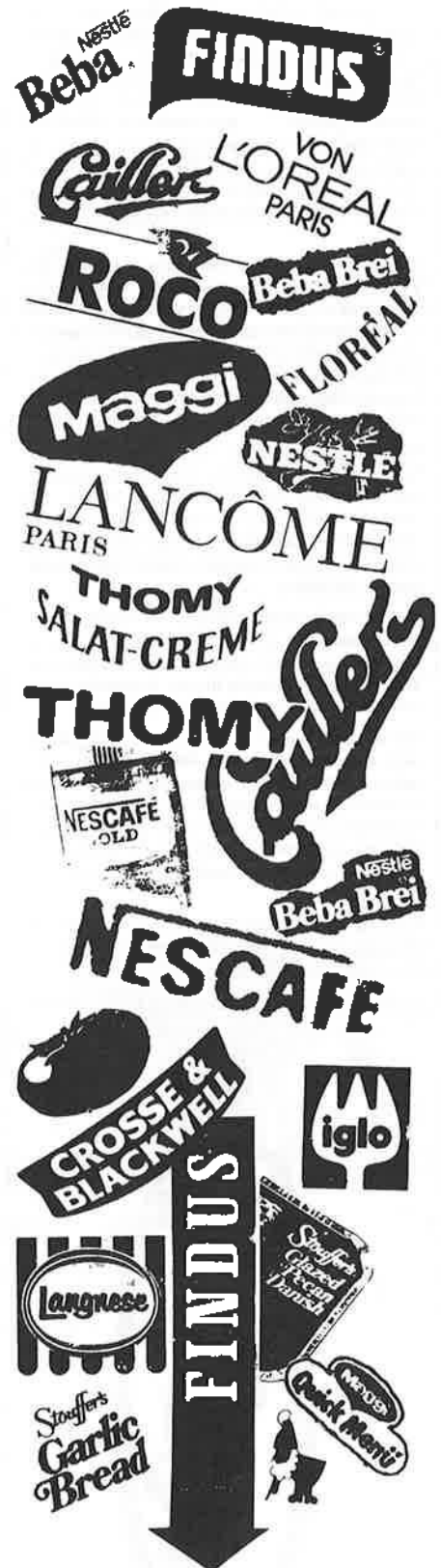
Kauft keine Nestlé Produkte!

Dann verlagerte sich die Kampagne mehr in die USA, wo seit 1977 ein Nestlé-Boykott organisiert wird. Der öffentliche Druck gegen die Industrie führte dort 1978 zu einem Hearing des amerikanischen Senats, das von Senator Edward Kennedy geleitet wurde. Kennedy bat anschließend den Generalsekretär der WHO, eine Lösung dieses Problems herbeizuführen.

Daraufhin organisierte die WHO und UNICEF im Oktober 1979 eine Konferenz über Säuglings- und Kleinkindernahrung, an der

Regierungs- und Industrievertreter, Fachexperten und Vertreter von Aktionsgruppen zur Babynahrung teilnahmen. Die WHO wurde von den Teilnehmern beauftragt, einen internationalen Kodex auszuarbeiten, der die Empfehlungen, die auf dieser Tagung verabschiedet wurden, mitberücksichtigen sollte.

Nach verschiedenen Sitzungen mit den beteiligten Parteien wurde dann im Mai 1981 schließlich der Kodex verabschiedet.



Einige Produkte und Firmennamen der Nestlé (oder mit Nestlé-Beteiligung)

Roger Menin berichtet über seine Tätigkeit für Babynahrungsmittelfirmen in Frankreich

Früher verkauften die Babynahrungsmittelhersteller die Babymilch an Kinderkliniken, bis ein raffinierter Mensch darauf kam, daß man am besten die Milch den Kinderkliniken schenkte – der Werbeerfolg war viel größer. Um sicherzustellen, daß die Babymilch (und nicht die der Konkurrenz) angewandt wurde, mußte man der Hebamme Geschenke machen, auch der Klinik – Cocktailparties organisieren, Restaurantrechnungen bezahlen, Babywaagen und andere Hilfsmittel anschaffen, Fernseher, Geburtstagsgeschenke. ... Die Beeinflussung von jungen Müttern durch medizinisches Personal ist natürlich stark. „Man hat mir diese Milch empfohlen. ...“ Normalerweise wissen sie nicht, daß in den großen Kinderkliniken turnusmäßig 2–4 Monate lang dieselbe Marke verteilt wird und daß dieser Zeitraum von der betreffenden Firma auf die eine oder andere Art gekauft wurde.

Eine weitere Werbemethode bestand darin, Ärzten kostenlos Babymilch zur Ernährung ihrer eigenen Säuglinge zu geben – und zwar kartonweise. Auch für deren Freunde und Bekannte gab man kartonweise Babymilch kostenlos ab, wovon die Ärzte regen Gebrauch machten. 5–8 Leute kamen jeden Tag zur Werbeagentur, um ihre Milchration abzuholen, welche niemals verweigert wurde.

Doch diese Methode erwies sich als falsch. Die Mediziner kamen zwar trotz ihres hohen Verdienstes regelmäßig und waren äußerst verärgert, als man die Rationen auf die Hälfte kürzte, doch sie verabreichten deshalb nicht mehr unserer Milchprodukte als zuvor, sie blieben bei ihren therapeutischen Methoden. ...

1976 wurden in Frankreich jegliche Art von Werbegeschenken der pharmazeutischen Industrie an Mediziner gesetzlich verboten. Doch es gab weiterhin Werbegeschenke für sie, Korruption sogar von hohen Beamten ist hier offensichtlich. ...

Ich fand eine feinere Art, das Gesetz zu umgehen: Jede Gesellschaft hat das Recht, steuerlich abzugsfähige Spenden zu geben. Ich kannte einen Pharmazeut einer Klinik, der zu einer Stiftung zur Förderung israelischer Studenten gehörte. Dieser Stiftung vermachte „GLAXO“ eine Spende von 7000 FF – und unsere Produkte fanden mehr und mehr Absatz. ...

Mehr als 20 Jahre lang habe ich meine grinsende Fassade diesem Schwindel geliehen – nun kann ich wieder ehrlich lächeln.

Nach Roger Menin, *Du pour boire à l'ordonnance*



Der Kodex stellt also ein Ergebnis langjähriger, intensiver Beratungen mit allen Parteien dar. – Sein oberstes Ziel ist die Förderung der Gesundheit von Säuglingen.

Zum erstenmal stimmten damit Industriestaaten und Entwicklungsländer darin überein, daß die Praktiken der Babynahrungsindustrie für Gesundheitsprobleme von Säuglingen mitverantwortlich sind und daß diesen Praktiken ein Riegel vorgeschoben werden muß.

Der Kodex wurde allerdings nur als Empfehlung verabschiedet und nicht als Regulation, die mehr bindenden Charakter hätte. Besonders die Staaten der Dritten Welt hatten eine Regulation gefordert. Die Ablehnung dieses Kodex durch die US-Delegation bewirkte in den Vereinigten Staaten einen öffentlichen Skandal, u. a. traten 2 hohe US-Beamte des Gesundheitsministeriums aus Protest gegen diese Entscheidung zurück.

Es ist anzunehmen, daß die Entscheidung der Bundesregierung für den Kodex nur durch den Druck der anderen Regierungen zustande kam und somit nur ein Lippenbekenntnis darstellt. Erhärtet wird diese Annahme dadurch, daß die Bundesregierung praktisch bisher keine Schritte unternommen hat, die Empfehlungen des WHO-Kodex gesetzlich zu verankern.

Die Haltung der Industrie zum Kodex

Die Industrie hatte sich gegen den Kodex gewandt, und zwar mit der Begründung, er sei restriktiv und nicht flexibel genug.

Insbesondere stellte sie sich gegen die Forderung, daß der Kodex sowohl in den Entwicklungsländern als auch in den Industriestaaten gelten sollte. Nach Vorstellung der Industrie sollten je nach nationalen Gegebenheiten und Bedingungen verschiedene Empfehlungen in den einzelnen Ländern eingeführt werden. Die amerikanischen Babymilchfirmen – nach Nestlé die größten – argumentierten sogar, daß der Kodex gegen die freiheitliche Verfassung der USA verstoße (Recht auf freie Meinungsäußerung).

Während der WHO-Vollversammlung im Mai 1981 versuchte die Industrie, die einzelnen Delegierten mit unlauteren Mitteln von der Zustimmung zum Kodex abzubringen. So mischte sich z. B. ein Nestlé-Rechtsanwalt in die guatemalteckische Delegation mit dem Ziel, durch ständige Änderungsanträge Verwirrung zu stiften und auch die anderen mittelamerikanischen Vertreter von einer Zustimmung abzubringen. Ebenso wurde bekannt, daß die Industrie verschiedenen Abgeordneten Gelder angeboten hatte, damit sie vorzeitig die Versammlung verlassen sollten.

Trotz vieler öffentlicher Erklärungen der Industrie, den WHO-Kodex zu befolgen, hat das IBFAN (International Babyfood Ac-

tion Network), ein internationales Netzwerk von Babynahrungsaktionsgruppen, seit Verabschiedung des WHO-Kodex in einem Bericht von Mai 1982 über 2250 Verletzungen des Kodex seitens der Industrie (54 Firmen) dokumentiert und veröffentlicht. Dabei stellt diese Zahl nur die Spitze eines Eisberges dar; sie beweist, daß die Babynahrungsindustrie nicht gewillt ist, die Empfehlungen des WHO-Kodex einzuhalten.

Vielmehr versucht die Industrie durch Lobby-Arbeit in den einzelnen Ländern, die gesetzliche Verankerung des WHO-Kodex zu verhindern – so geschehen u. a. in Singapur, Malaysia und Kenia.

Die wichtigsten Empfehlungen des WHO-Kodex

- keine direkte Werbung in der Öffentlichkeit, Artikel 5.1 und 5.3 (Rundfunk, Zeitschriften, Fernsehen etc.)
- keine Werbung im Gesundheitswesen, Artikel 6.2, 6.3 und 4.3
- keine Gratisproben mehr für Mütter, Artikel 5.2, 5.4 und 7.4
- kein Kontakt mehr zwischen Industrievertretern und Müttern, Artikel 5.5 und 6.4
- klare Informationen über die Vorteile des Stillens und über die Nachteile der Flaschenernährung, Artikel 7.2 und 4.2
- keine Gratismuster und Geschenke, die der Werbung dienen, mehr an das Gesundheitspersonal, Artikel 7.3 und 7.4
- keine Bilder mehr von Babies auf den Etiketten, Artikel 9.2
- unabhängig von Gesetzen soll die Industrie den Kodex einhalten, Artikel 11.3
- die Regierungen sind aufgerufen, die Empfehlungen in Kraft zu setzen, Artikel 11.1

Der volle Wortlaut des „WHO-Kodex über die Vermarktung von Muttermilchersatzprodukten“ ist im Dokumentationsenteil dieses Heftes abgedruckt.

Was wurde erreicht, was bleibt zu tun?

In einigen Ländern wurden die Grundsätze des Kodex bereits gesetzlich verankert, wie z. B. in Papua-Neuguinea, Algerien und Sri Lanka, wo die Werbung für Babymilcherzeugnisse in jeder Form verboten ist und Flaschenmilch nur über Rezept zu erhalten ist. Andere Länder wie Brasilien und Thailand haben große öffentliche Stillkampagnen begonnen.

Doch in den meisten Ländern sind bisher nur Ansätze des Kodex verwirklicht; die Industrie versucht dagegen, allzu strenge Maßnahmen im Sinne des Kodex zu verhindern. Hier in der Bundesrepublik gibt es lediglich Verhandlungen zwischen der Kindernahrungsmittelindustrie und der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde über freiwillige Werbebeschränkungen.

Nach der Genfer Konferenz über Säuglingsernährung im Oktober 1979 wurde das IBFAN (International Babyfood Action Network) gegründet, ein loses, weltweites Netzwerk von Babynahrungsaktionsgruppen.

Man erkannte die Notwendigkeit, international zusammenarbeiten, um das Stillen zu fördern und die Vermarktung von Muttermilchersatzprodukten zu kontrollieren. Inzwischen sind im Netzwerk über 90 Gruppen aus 50 Ländern vereinigt. Neben Stillkampagnen werden Strategien entwickelt und Aktionen durchgeführt, um Regierungen und Industrie zu zwingen, den Empfehlungen des WHO-Kodex zu folgen. IBFAN war auch aktiv an der Ausarbeitung des Kodex beteiligt. Eine weitere Aufgabe besteht in der ständigen Überwachung der Kindernahrungsmittelindustrie.

Auf der letzten WHO-Vollversammlung im Mai 1982 bekräftigte die WHO nochmals den Kodex und forderte die Mitgliedsstaaten zur verstärkten Umsetzung dieser Empfehlung auf, insbesondere deren Verankerung in Ländergesetze. Der WHO-Generaldirektor wurde darüber hinaus aufgefordert, für die Mitgliedsstaaten eine umfassende Strategie zur Umsetzung zu entwickeln. Im Mai 1983 wird der Kodex von der Vollversammlung dahingehend überprüft, inwieweit er in den einzelnen Ländern gesetzlich verankert ist und welche Auswirkungen er bereits gezeigt hat. Zu einem ersten Eklat kam es am 22. 6. 1982, als das Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen (UNICEF) „ernste Zweifel“ an der Befolgung des Marktkodex durch Nestlé äußerte. Der Schweizer Konzern und weltweit größte Hersteller von Kindernahrung hatte erklärt, daß er den Marktkodex übernehmen wolle, und zu diesem Zweck hatte er eine Kommission von kirchlichen Mitarbeitern und Ernährungswissenschaftlern eingesetzt. UNICEF-Direktor James P. Grant verbat sich jetzt in einem Schreiben, daß der Nestlé-Konzern weiterhin einen früheren, positiven Brief der UNICEF für Werbezwecke zitiere.

In der Bundesrepublik sind wir noch weit von einer gesetzlichen Verankerung des Kodex entfernt – es gibt noch viel an Öffentlichkeitsarbeit zu tun. Eine Möglichkeit dazu bietet die diesem Heft beigelegte Petitionskarte an die Bundesgesundheitsministerin. Eine andere Möglichkeit ist die Organisation von Veranstaltungen, auf denen z. B. der im Kulturteil dieses Heftes besprochene Film „Flaschenkinder“ gezeigt werden kann, der an Aktualität leider noch nichts eingebüßt hat.

Weiteres Informationsmaterial sowie der Rundbrief „Flaschenpost“ können bezogen werden über:

Aktionsgruppe Babynahrung (AGB)
c/o Dritte Welt Markt
Lange Geismarstr. 3
3400 Göttingen
Tel.: 0551/4 71 29 (im Gesundheitsladen),
dienstags: 18–20 Uhr

Flaschenkinder

Dokumentarfilm
Bundesrepublik Deutschland, 1976
Regie: Peter Krieg
16 mm – Lichtton – Farbe
25 Minuten

Das Kenyatta-Nationalhospital in Nairobi: Professor Bwibo berichtet von der wachsenden Zahl gesundheitlich auf das höchste gefährdeter Kleinkinder, die alle an Unterernährung und Austrocknung leiden.

Sie alle kommen nicht aus Hungergebieten und ihre Mütter sind weder krank noch unterernährt. Was diese dahinsiechenden Kinder gemeinsam haben, ist die Flaschenernährung, ist die Tatsache, daß sie nicht – was möglich und auch natürlich wäre – von ihren Müttern gestillt, sondern mit Milchpulver versorgt werden.

Diese künstliche Säuglingsernährung in Ländern der Dritten Welt hat teilweise verheerende Folgen, da die hygienischen Bedingungen für die gefahrlose Verwendung der Saugflasche meistens nicht gegeben sind.

Analphabetentum und mangelndes hygienisches Verständnis der Mütter machen denn auch jede Gebrauchsanweisung wertlos. Folglich sind dem falschen Gebrauch keine Grenzen gesetzt. Die Konsequenzen sind sichtbar.

Der Film fragt nach den Ursachen der rapiden Veränderung in der Säuglingsernährung. Es wird deutlich, daß eine aggressiv zu nennende Verkaufspolitik von Pulvermilchproduzenten die Frauen und Mütter zu der irrigen Annahme führt,

daß künstliche Ernährung besser sei und die Kinder gesund und stark werden läßt.

Tatsächlich ist aber die Verwendung künstlicher Babynahrung an unabdingbare Voraussetzungen gebunden, zudem für den Durchschnitt aller Mütter in den Entwicklungsländern finanziell kaum erschwinglich. Dennoch greifen immer mehr Frauen zu den Surrogaten und bringen damit ihre Kinder in höchste Gefahr.

Der letzte Teil des Films berichtet von der Auseinandersetzung der Firma Nestlé mit der Schweizerischen Arbeitsgruppe für Entwicklungspolitik.

Im Juni 1974 hatte die Arbeitsgruppe der Öffentlichkeit die deutsche Übersetzung der Studie „The Babykiller“ unter dem Titel „Nestlé tötet Babys“ vorgelegt und damit weiteres Aufsehen erregt.

Der Konzern sah sich in seinem Ansehen geschädigt und klagte (siehe auch Artikel in diesem Heft „Vermarktet wird selbst der Kodex“).

Trotz des WHO-Kodex ist der Film weiterhin ausgezeichnet geeignet, einen Einblick in die Problematik künstlicher Babynahrung in der Dritten Welt zu geben. Er ist kostenlos über die meisten Landesbildstellen und mehrere kirchliche Medienzentralen erhältlich oder über die Projektgruppe Dritte Welt und Multis, Nernstweg 32–34, 2000 Hamburg 50. Eine Liste mit den Adressen aller Ausleihmöglichkeiten ist über die Aktionsgruppe Babynahrung (AGB), c/o Dritte Welt Markt, Lange Geismarstr. 3, 3400 Göttingen, erhältlich.

Gunar Stempel



ARBEITSMATERIALIEN ZUR
BUKO
PHARMA-KAMPAGNE**Gesundheit und Arzneimittel in der Dritten Welt**

Diese Broschüre liefert Hintergrundinformationen zu wichtigen Bereichen des Problems Gesundheit und Arzneimittel in der Dritten Welt. Beiträge unter anderem:

- Krankheit und Unterentwicklung, Ursachen, Bedingungen und Ausmaß von Krankheiten in der Dritten Welt
- Arzneimittelunsicherheit in der Dritten Welt, Risiken und Gefahren durch das skrupellose Vorgehen von Pharmafirmen

48 Seiten, 4,- DM

**Dokumentation zum internationalen Blutplasma-Handel**

Sammlung von zahlreichen bisher schwer oder nicht zugänglichem Material zum Thema Handel mit Menschenblut, mit ergänzenden Kommentaren oder Literaturliste.

39 Seiten, 4,- DM

Bezug:
BUKO Pharma-Kampagne
Dritte Welt-Haus
August-Bebel-Str. 62
D-4800 Bielefeld 1

Preise zuzüglich 2,50 DM Versandkosten, bei Vorauszahlung durch Scheck oder Briefmarken 1,- DM

Von Haien und Vampiren

David gegen Goliath: WHO, BUKO und HAI gegen Pharmamultis

Von Gunar Stempel

„Private Organisationen formieren sich zur Schlacht gegen die Pharmamultis, denen sie rücksichtslose Geschäfte in der Dritten Welt vorwerfen. Vom Erfolg dieser Aktionsgruppen im Kampf gegen die Großproduzenten von Babynahrung (siehe auch Artikel „Selbst der WHO-Kodex wird vermarktet“ in diesem Heft) aufgeschreckt, ... Ist die Pharmaindustrie früh zum Gegenangriff geschritten“, so die Frankfurter Rundschau in einem Artikel über die Jahresversammlung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) vom Mai dieses Jahres.

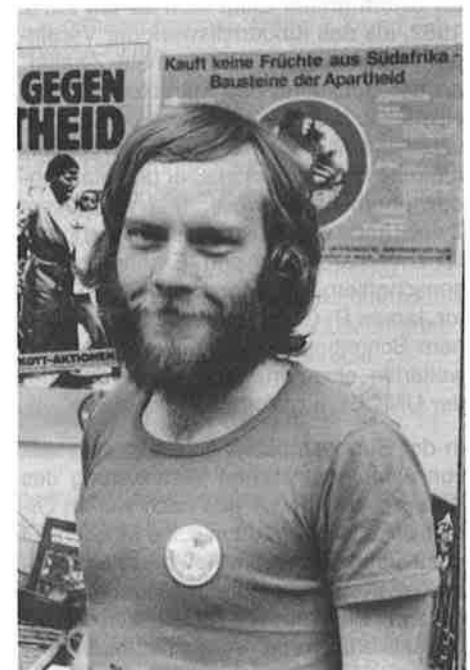
Bereits im letzten Jahr hatte der Verband der Medikamentenhersteller (IFPMA) den Entwurf eines freiwilligen Kodex über die Vermarktungspraktiken von Medikamenten vorgestellt. Dieser Kodex enthält jedoch zahlreiche Schlupflöcher für die Pharmamultis, wie Kritiker rasch feststellen konnten. Auf der WHO-Versammlung machte der IFPMA den Entwicklungsländern sogar das scheinbar uneigennützte Angebot, Heilmittel zu „günstigen Bedingungen“ zu liefern. Darüberhinaus schlug der Bundesverband der pharmazeutischen Industrie den Entwicklungsländern ein „Partnerschaftsmodell“ vor. Diese „selbstlosen“ Angebote der Pharmaindustrie seien mit Vorsicht zu genießen, merkte der WHO-Vertreter Algeriens an und riet zu untersuchen, ob es sich dabei nicht um ein „Trojanisches Pferd“ handelt.

Letztendlich konnte die Pharmaindustrie mit ihren Vorstößen jedoch nicht verhindern, daß die Weltgesundheitsorganisation einstimmig eine Resolution annahm, welche die Verwirklichung des Aktionsprogramms über die unentbehrlichen Medikamente „in seiner Gesamtheit“ fordert. Die WHO hatte bereits 1977 eine Liste von 240 „unentbehrlichen Medikamenten“ veröffentlicht, die zur Behandlung aller Krankheiten in der Dritten Welt ausreichen und die über die eigentlichen Heilmittel hinaus auch die Impfstoffe, Schlangenserum, Vitamine und Diagnostika enthält (vergleiche auch DG 5/81 „WHO-Liste: Kernbestand einer Positivliste“ und DG 6/81 „Liste der Essential Drugs“ im Dokumentationsheft).

Wer sind die „mächtigen“ Organisationen, die den Pharmamultis soviel Furcht und Schrecken einjagen? Zum einen ist dies der Bundeskongreß entwicklungspolitischer Aktionsgruppen (kurz BUKO genannt), ein Zusammenschluß von über 180 Dritte-Welt-Gruppen in der Bundesrepublik Deutschland. Der BUKO wiederum ist Mitbegründer von Health Action International (HAI), einem Netzwerk von Verbraucher- und Gesundheitsgruppen, Fachleuten und entwicklungspolitischen Aktionsgruppen, die sich mit den Praktiken der Pharmaindustrie beschäftigen.

Erst im Mai 1981 von Vertretern aus 27 Ländern gegründet, hat HAI heute bereits in über 50 Ländern Mitglieder und eine rege Aktivität entfaltet. Dazu gehören die Herausgabe von Faltblättern zu Lomotil® (Diphenoxylate/atropine), welche in der BRD von Janssen unter dem Namen Reasec® vertrieben wird und zu Mexaform® oder Entero-Vioform® (Clioquinol) von CIBA-GEIGY, vor deren immer noch weit verbreiteten Verschreibung und Einnahme gewarnt wird

(SMON-Krankheit). Bei Lomotil® hat der Searle-Konzern (USA) inzwischen eingelenkt und die Indikationen für Lomotil® eingeschränkt. Auf der WHO-Versammlung hat HAI allen 200 Delegierten eine kritische Einschätzung des IFPMA-Kodex und eine Broschüre mit dem Titel „Die WHO und die Pharmaindustrie“ übergeben, die unter den Delegierten heftige Diskussionen auslösten. Diese Materialien haben wesentlich zur klaren Entscheidung der WHO zum Aktionsprogramm über die unentbehrlichen Arzneimittel beigetragen. Weiterhin gibt HAI seit Oktober 1981 für seine Mitglieder als Informationsorgan die sechsmal jährlich erscheinenden HAI-News heraus.



Jörg Schaab, der Geschäftsführer der BUKO-Pharma-Kampagne

Foto: Gunar Stempel

In der Bundesrepublik wurde auf dem 4. Bundeskongreß entwicklungspolitischer Aktionsgruppen im Herbst '80 beschlossen, eine Kampagne gegen die Praktiken der Pharmamultis in der Dritten Welt zu starten, die als ein besonders krasses Beispiel für die Abhängigkeit der Dritten Welt von multinationalen Konzernen angesehen wurden. Die konkrete Arbeit begann mit einer Reihe von Projektgruppentreffen, die allen In-

teressierten offenstanden. Es zeigte sich jedoch bald, daß diese Treffen viel zu groß und die Informationsstände der Teilnehmer viel zu unterschiedlich waren, um eine effektive Arbeit zustande zu bringen. Deshalb werden jetzt für Interessierte Regionalseminare veranstaltet, wo diese über die Ziele und Inhalte der BUKO-Pharma-Kampagne informiert werden und so ein ständiger Neubeginn der Diskussion am Nullpunkt vermieden wird. Stattdessen wurden eine Koordinationsgruppe und verschiedene Arbeitsgruppen gebildet. Die Koordinationsgruppe setzt sich zusammen aus Vertretern von Gruppen aus Freiburg, Hamburg, Berlin und Bremen, von „medico international“ und dem Kampagnensekretär Jörg Schaaber, der seit April '81 als Halbtagskraft speziell für die BUKO-Pharma-Kampagne arbeitet. Daneben wurden Arbeitsgruppen aufgebaut wie die Blutrechterschengruppe, die die nebenstehende Broschüre und den Fragebogen erarbeitet hat oder eine Arbeitsgruppe, die sich mit dem Einsatz von Dreimonatsspritzen in Entwicklungsländern beschäftigt. Eine weitere Arbeitsgruppe zum Verkauf von Anabolika in der Dritten Welt wird in Kürze ihre Arbeit aufnehmen, während eine andere bereits eine Unterrichtseinheit für die Schule über die Praktiken der Pharmamultis fertiggestellt hat. Eine Unterrichtseinheit zum Bluthandel wird in Kürze folgen.

Gerade den Bluthandel hatte sich die BUKO-Pharma-Kampagne zum ersten Schwerpunkt ihrer Arbeit ausgewählt, da dies ein Thema ist, welches uns direkt betrifft, da wir die Verbraucher von Blutplasma aus der Dritten Welt sind. BUKO hat sich mit der Frage beschäftigt, unter welchen Bedingungen das Blutplasma gewonnen wird und welche Auswirkungen die Plasmaspende für den Spender hat. Die Plasma-Derivate (z. B. Humanalbumin, Immunglobuline, Gerinnungsfaktoren) werden zum größten Teil auch von den Blutspendezentralen des Deutschen Roten Kreuzes hergestellt. Über „medico international“ waren von der BUKO-Pharma-Kampagne 600 Ärzte angeschrieben worden, die um Ausfüllung des nebenstehenden Fragebogens gebeten wurden. 40 Fragebögen kamen ausgefüllt zurück, was ein beachtenswertes Ergebnis für Fragebogenaktionen darstellt. Allein schon die Beschäftigung mit diesem Fragebogen hat bei den Ärzten einiges Nachdenken ausgelöst und sie sind sehr viel zurückhaltender mit dem Einsatz von Plasmaderivaten, berichtet Jörg Schaaber, der als Halbtagskraft die Geschäftsführung der BUKO-Pharma-Kampagne im Dritte-Welt-Haus in Bielefeld zu bewerkstelligen versucht. Jörg Schaaber zu DG: „Wir sind weiter stark an ausgefüllten Fragebögen interessiert, denn so erhalten wir immer bessere Kenntnisse über die wahre Verbreitung des Bluthandels. So fällt es uns auch leichter, die Angaben der Pharmakonzerne zu widerlegen.“ Und diese Arbeit zeigt Wirkung. Ende Mai sah Hoechst und seine Tochterfirma Behring sich veranlaßt, auf einer Pressekonferenz Stellung zu den Vorwürfen der BUKO-Pharma-Kampagne zu nehmen, was den beiden Unternehmen sichtlich schwer fiel.

Vom 29. November bis zum 4. Dezember '82 findet nun die 1. Aktionswoche der BUKO-Pharmakampagne statt eben zu dem Thema Bluthandel. Dazu stellt die BUKO-Pharma-Kampagne interessierten Gruppen eine ganze Reihe von Materialien zur Verfügung: Faltsblätter, Aufkleber, Ankündigungspakete, Broschüren, Unterrichtseinheiten, Themenfaltblätter und -plakate sowie ein Straßentheaterstück. Also, Kolleginnen und Kollegen, nicht lang gezögert und gezaudert, Materialien beschaffen und mitmachen!

Umfrage über den Verbrauch und die Herkunft von Plasma-Derivaten

1. Welche Plasma-Derivate werden in Ihrer Klinik verwendet? (z. B. Humanalbumin, Frischplasma, Immunglobuline, Gerinnungsfaktoren wie PPSB, Fibracel, Faktor 8 usw.) Bitte auch den Hersteller (DAK oder Firma) sowie die jeweilige Indikation mitangeben.
2. Hat sich an Ihrer Klinik der Verbrauch oder die Indikationsstellung für einzelne Plasma-Derivate in der letzten Zeit geändert? Wenn ja, warum?
3. Woher beziehen Sie Ihre Informationen über Wirkung und Indikationsbereich der einzelnen Präparate? Gibt es bei Ihnen abteilungsinterne Fortbildung über die Verwendung von Plasma-Derivaten?
4. Von welchen Personen und welchen Kriterien hängt der Einkauf der benutzten Präparate ab?
5. Welche Formen der Werbung werden von den Vertretern angewendet? (schriftliche oder mündliche Information, Werbegeschenke, finanzielle Zuwendungen, usw.).
6. Was wissen Sie und Ihre Mitarbeiter über Herkunft und Gewinnung des „Rohstoffs“ für die einzelnen Plasma-Derivate und woher stammen diese Informationen?
7. Größe des Krankenhauses? (Bettenzahl)
8. Welche Abteilung? Welche Station?
9. Größe der Station (Zahl der Betten, Beatmungsplätze usw.)

10. Dienstbezeichnung?
Stationsarzt

Oberarzt

Chefarzt

Gegebenenfalls für Rückfragen:

Ihr Name und Adresse sowie Name des Krankenhauses

Sollten Sie an der Problematik interessiert sein, so beantworten wir gerne eventuelle Nachfragen. Wir danken Ihnen im voraus für Ihre freundliche Unterstützung.

Diesen Fragebogen am besten fotokopieren und ausfüllen oder an Bekannte weitergeben und senden an:

BUKO
Bundeskongreß entwicklungspolitischer Aktionsgruppen
Stichwort: Pharmaumfrage
3. Welt-Haus
August-Bebel-Straße 62
48 Bielefeld 1
Telefon 0521/6 05 50

KONGRESS BERICHTE

Ärztetag in Münster: Etwas anders als geplant

Für Münster hatten sich die Funktionäre der Bundesärztekammer nicht viel vorgenommen: Im Mittelpunkt sollte das Thema Datenschutz stehen, der Rest der Tagesordnung war „Beiwerk“, allenfalls dazu geeignet, die Spesen der Delegierten nach außen zu rechtfertigen.

Trotz ausreichender Vorbereitungszeit geriet der Tagesordnungspunkt „Datenschutz“ der Bundesärztekammer beinahe zum Fiasko. Die Kirchturnmentalität einer Reihe Delegierter – offensichtlich kräftig geschürt durch Verbände wie den NAV – ließ die Ärzteschaft in Münster fast in eine Sackgasse laufen. Der Datenschutz als Hebel zur Demonstration einer immer erträumten aber nie realisierten Macht – der Versuchung konnte man wohl nicht völlig widerstehen. So setzte man sich recht brüsk über berechnete Forschungsinteressen hinweg und beschloß: „Kein Arzt kann verpflichtet werden, personenbezogene Daten zu Forschungszwecken an Dritte weiterzuleiten.“

Sollten solche Positionen Gesetzeskraft erlangen, kann die Ärzteschaft Krebsregister, sozialepidemiologische Forschung unterlaufen und somit zunichtemachen. Dies scheint nicht überzeichnet zu sein angesichts der weitverbreiteten Ignoranz gegenüber der sozialepidemiologischen Forschung – sowieso ein Stiefkind der bundesdeutschen Medizinforschung – besonders unter den Niedergelassenen.

Auch die Frage, inwieweit personenbezogene Daten grundsätzlich nur mit Zustimmung des betroffenen Patienten weitergegeben werden dürfen, wurde kontrovers diskutiert. Ein Teil der Delegierten, besonders von den Niedergelassenen, lehnte hierzu jede Ausnahme ab, obwohl es in der Forschung Ausnahmesituationen gibt, bei denen dieses Prinzip nicht anwendbar ist. Prof. Hecker, Kinderchirurg in München, wies u. a. darauf hin, daß die Aufklärung des Conterganskandals ohne Forschung unter Verwendung personenbezogener Daten nur schwer möglich gewesen wäre, und daß allgemein Zusammenhänge von

Mißbildungen bei Neugeborenen und Umwelteinflüssen nicht ohne Verlaufsuntersuchungen erforscht werden könnten, für die persönliche Daten der Patienten benötigt werden.

In der verabschiedeten Entschließung wird eine Hintertür offengehalten und dem Arzt ein Recht auf Güterabwägung zugestanden. Ausdrücklich wird dabei auf die Empfehlung des wissenschaftlichen Beirats „zur Beachtung der ärztlichen Schweigepflicht bei der Verarbeitung personenbezogener Daten in der medizinischen Forschung“ aus dem Jahre 1981 verwiesen, die unter Punkt 3 Ausnahmen formuliert, die eine Verwendung personenbezogener Daten ohne ausdrückliche Einwilligung der Patienten rechtfertigen (siehe DÄ 30/81, S.1443).

Wenn man geglaubt hatte, um ein unangenehmes, seit Monaten hitzig diskutiertes Thema herumzukommen, indem man es nicht auf die Tagesordnung setzte, so mag dieser Ärztetag den Standespolitikern für die Zukunft eine Lehre sein. Das Thema Kriegsgefahr/Katastrophenmedizin ließ sich nicht abschütteln. Auch wenn zum 6. Mal die Kollegen der Hessener „Liste demokratischer Ärzte“ nicht als Delegierte zum Ärztetag gewählt worden sind, obwohl ihnen nach dem Wahlergebnis bei den Ärztekammerwahlen ein Delegiertenmandat zugestanden hätte, ebenso kein Kollege der LDÄ Westfalen-Lippe delegiert worden ist, 2 Kollegen aus Nordrhein (M. Albrecht, E. Knauer) und die 5 aus Westberlin reichten aus, eine Diskussion in Gang zu setzen, die mit der Verabschiedung eines Antrages endete, den sich die Bundesärztekammer so nicht gewünscht haben dürfte.

Unserem Präsidenten, Herrn K. Vilmar, sei Dank für seine einführenden Worte, mit denen er nur bewies, wie wenig ihn gedanklich von den Entgleisungen des Herrn Geschäftsführers, V. Deneke, trennte, der ja bekanntlich der „besseren“ Überzeugung willen von der Friedensbewegung eine deutliche Warnung vor dem Umgang mit Pfeil und Bogen verlangte und den

Atomkrieg mit der Vergiftung durch den Knollenblätterpilz auf eine Stufe stellte.

Herr Vilmar verglich die Katastrophenmedizin mit einem Rettungsboot, das ja schließlich niemand mit dem Argument ablehne, dadurch würde der Schiffsuntergang psychologisch vorbereitet. Warum man dann aber die Katastrophenmedizin so vehement bekämpfe?

Der zunächst von den Berliner Delegierten eingebrachte Antrag zur Verhinderung eines Atomkrieges wurde weitgehend von Prof. Röttger aus Frankfurt (MB) übernommen und mit knapper Mehrheit verabschiedet. Der Antrag sagt deutlich, daß die Anhäufung von Massenvernichtungswaffen eine Kriegsdrohung darstellt, nicht etwa friedenserhaltend wirkt. Er enthält eine Warnung der Ärzte vor der sich „anbahnenden“ Katastrophe, mit anderen Worten: der Frieden ist mehr in Gefahr denn je. Er fordert die Bürger – nicht die Politiker bzw. die Regierungen – auf, jedem Krieg entgegenzuwirken und verlangt

- den Abbau von Feindbildern
- die rückhaltlose Aufklärung über die Wirkung der Massenvernichtungswaffen,
- den Abbau der Bestände und ein Verbot der Entwicklung neuer Waffen.

Nach der Annahme des Antrages von Prof. Röttger wurde ein zweiter Antrag zu dieser Thematik angenommen, der von der Bundesärztekammer eingebracht worden war und ihre bekannte Argumentation zur Katastrophenmedizin und Vorbereitung auf einen Kriegfall enthält.

Die Ärzteschaft stellt sich nach wie vor in wichtigen taktischen und berufspolitischen Fragen uneinheitlich dar. Das gilt nicht nur für das bekannte Thema Allgemeinmedizin, sondern z. B. auch für die Frage, wie man sich gegenüber der Bundesregierung verhalten soll. Während sich ein Teil der Ärzteschaft, zu dem wohl auch der Präsident Vilmar gehört, Verhandlungsmöglichkeiten nicht durch lautstarkes und kraftmeierisches Gebaren zerstören will, sieht



Foto: Markus Beck

ein anderer, recht großer Teil der Delegierten bei zunehmender Schwäche der sozialliberalen Koalition gerade hierin Möglichkeiten zu einem Geländegewinn.

Herr Bechthold war es auch, der sich an einem anderen Punkt als kleiner Sewering entpuppte. Der NAV legte einen Antrag vor, in dem ein Ausschuß vorgeschlagen wurde, der sich mit Strukturfragen der ambulanten Versorgung beschäftigen sollte. Der Antrag zielte, wie auch zugegeben wurde, darauf ab, endlich in der Bundesärztekammer von der Negativposition gegenüber fachübergreifenden Gruppenpraxen wegzukommen, was der NAV ja seit Jahren fordert. MB-Mitglied Bechthold stieg gegen diesen Antrag mit Vehemenz in die Bütt, beschwor alle Ideale des „freien Arztiums“, die in Gefahr seien und brachte noch schnell die Patienten mit ein, deren Recht auf freie Arztwahl angeblich gefährdet sei. Ergebnis: Der Antrag wurde als Material an den Vorstand weitergeleitet – Begräbnis 1. Klasse, wie man so schön sagt.

Die Bundesärztekammer ist nach wie vor nicht zum Dialog mit denjenigen Ärzten bereit, die gegenteilige Auffassungen zur gegenwärtigen Kammerpolitik vertreten. Das beginnt bei der Ausschaltung alternativer Listen bei den Wahlen der Delegierten zum Ärztesatz und setzt sich fort in der Ignorierung der Veranstaltungen und Aktivitäten der alternativen Ärzte. In Münster hatten sich vor dem Ärztesatz die „Liste demokratischer Ärzte“, die Initiative „Ärzte warnen vor dem Atomkrieg“ und das „Forum fortschrittlicher Medizinstudenten“ zusammengesetzt und überlegt, was an Parallelveranstaltungen angeboten werden könnte, um einige Lücken der Tagesordnung des Ärztesatzes zu schließen. Beschlossen und durchgeführt wurde ein umfangreiches Programm, angefangen bei einer Triage-Aktion in der Stadtmitte mit mehr als 50 Ärzten, einer Seminarreihe zu Problemen wie „Bereitschaftsdienst“ (G. Limbrock, Hamburg) oder „Katastrophenmedizin – Kriegsmedizin“ (W. Beck, Offenbach; E. Weber, Hamburg), einer Podiumsdiskussion zum Thema „Gesundheitssicherstellungsgesetz“ unter Teilnahme von W. Beck (Offenbach), E. Weber (Hamburg), K. Wurche (Bremen, Marburger Bund), H. G. Middelhaue (Hamburg) und H. Seithe (Münster). Die Bundesärztekammer war eingeladen worden, einen Podiumsteilnehmer zu schicken, sah sich aber „außerstande“. Nicht zuletzt wurde eine Veranstaltung zur Selbstdarstellung der alternativen Listen und ihrer Ärztesatzdelegierten durchgeführt.

D. Uhlenbrock

Bundesdeutsche Sektion der IPPNW

Zum ersten Treffen der bundesdeutschen Sektion der IPPNW (= Internationale Ärztevereinigung zur Verhinderung eines Atomkrieges) am 8. Mai kamen gut 200 Ärzte ins Frankfurter Arz-

tehaus. Eingeladen hatte ein Initiatorenkreis um die Professoren Gottstein (Frankfurt) und Richter (Gießen), die Anfang des Jahres im Frankfurter Sheraton Hotel die bundesdeutsche Sektion der IPPNW gegründet hatten und mit diesem Treffen ihre Arbeit auf eine breitere Basis stellen wollten.

Nach dem ersten bundesweiten Treffen der 60 Ärzteininitiativen in Berlin im Januar spürte man hier einen anderen Charakter: weit überwiegend waren Ärzte gekommen, die noch nicht in bestehenden Initiativen arbeiteten und die gerade deshalb nach Möglichkeiten suchten, sich gegen die atomare Kriegsgefahr zu engagieren. Das Gefühl der Internationalität, des nichteingebundenseins in linke Politik hatte es ermöglicht, daß sich hier unpolitisch fühlende Menschen oder auch Konservative treffen konnten. Wenn die politischen Aussagen nach »sofortigem Stopp jeglicher Produktion, Testung und Aufstellung von Atomwaffen und ihrer Trägersysteme in Ost und West« so klar formuliert wurden, ist dies Ausdruck der gewachsenen Kraft der Friedensbewegung und der Erkenntnis der objektiven atomaren Bedrohung (siehe Kasten S. 30).

Diese nicht zu unterschätzende Gemeinsamkeit von Ärzten mit den verschiedensten politischen und unpolitischen Positionen verdeckte nicht weltanschauliche Unterschiede, wie dies in z. T. lebhaften Diskussionen anklang und in der Frage um einen Dachverband deutlich wurde. Wie die Wege und selbst das Ziel einer atomwaffenfreien Welt aussehen – darüber gibt es sicherlich mehr als zwei Meinungen. Der ausdrückliche Verzicht auf die Bildung eines Dachverbandes der Ärzteininitiativen trägt dem Rechnung. Immer wieder wurde auf den notwendigen Raum verwiesen, den die Friedensbewegung für die Entwicklung ihrer politischen Vielfalt braucht, ohne auf die elementare Forderung nach Abrüstung jetzt und heute zu verzichten. Raum, der nötig ist, die politischen Zusammen-

KONGRESS BERICHTE

hänge von Aufrüstung eine wachsende Zahl von Menschen erkennen zu lassen.

Die »Frankfurter Erklärung« als Verweigerung der Fortbildung in Kriegsmedizin scheint diesen Raum einzuengen, vor allem, wenn der Versuch unternommen wird, ihn als »New Physicians Oath« über die spezifische Situation der BRD international auszuweiten. Ein Teil der IPPNW-Mitglieder (ca. 10 %) konnte sich dieser Erklärung zumindest nicht anschließen. Im internationalen Rahmen droht dieser »New physicians Oath« den Raum, den die IPPNW als weltanschaulich, politisch, militärblockübergreifendes Forum geschaffen hat, einzugrenzen, wenn man beispielsweise an neutrale Länder wie die Schweiz denkt, oder auch an Länder der 3. Welt. Und auch für Ärzte aus den Ländern des Warschauer Vertrages sollte ihr aktives Eintreten für Abrüstung nicht von einer Verweigerung der Fortbildung in Katastrophenmedizin abhängig gemacht werden.

Es wäre zu wünschen, daß noch mehr Kollegen aus den Initiativen beim nächsten Treffen der bundesdeutschen Sektion der IPPNW teilnehmen, um der Breite und Vielfalt der Friedensbewegung im Gesundheitswesen Ausdruck zu verleihen. Auch für die Delegierten bei internationalen Kongressen wäre es von Vorteil, wenn ihre Teilnahme nicht ausschließlich auf persönlichen Kontakten beruht und sie vielmehr echte Repräsentanten einer großen Bewegung sind.

In dem für ein halbes Jahr gewählten Sprecherat sind: Richter (Gießen), Sroka (Hamburg), Koch (Gaggenau), Gottstein (Frankfurt)

Wilfried Bieneck



Foto: Markus Beck

KONGRESS BERICHTE

Ziele der BRD-Sektion der IPPNW

(einstimmig beschlossen)

Abrüstung der Atomwaffen:

- Forderung nach vollständiger Abschaffung der Atomwaffen in Ost und West. Als einen ersten Schritt zu vollständiger atomarer Abrüstung Unterstützung der »freeze«-Forderung, wie von seiten der IPPNW in Cambridge.
- »freeze« = Moratorium-Forderung nach sofortigem Stopp jeglicher Produktion, Testung und Aufstellung von Atomwaffen und ihrer Trägersysteme in Ost und West.
- Widerstand gegen das Konzept eines »begrenzten« Atomkrieges. Die medizinischen Konsequenzen eines Atomkrieges sind unbegrenzt.

Psychische Abrüstung:

- Beiträge zum Abbau von Feindbildern nach innen (Kommunisten) und nach außen (Russen). Beiträge zur Völkerverständigung.
- Verdeutlichung des Zusammenhanges zwischen Atomkriegsangst, Verfolgungsmentalität und Rüstungs-, Kampf- und Kriegsbereitschaft.
- Aufklärung über die Illusion von Sicherheit durch Abschreckung. Die gegenwärtigen Sicherheitskonzepte, die auf der Bereitschaft zum Völkermord und speziell auf der Bereitschaft des deutschen Volkes zum kollektiven Selbstmord beruhen, sind eine Gefahr für Frieden und Sicherheit.

Gegen die Einbindung des medizinischen Bereichs in die Atomkriegsvorbereitungen:

- Aufklärung über die Verharmlosung des Atomkrieges (z. B. Jodtabl.).
- Aufklärung über die Illusion eines wirksamen Zivilschutzes im Atomkrieg.
- Aufklärung über die Illusion von wirksamer medizinischer Hilfe im Atomkrieg.
- Widerstand gegen eine als Katastrophenmedizin getarnte Fortbildung in Kriegsmedizin.
- Widerstand gegen das geplante Notstandsgesetz im Gesundheitswesen, das »Gesundheitssicherstellungsgesetz«.

Zugehörigkeit zur IPPNW/BRD ist gegeben durch Unterschrift unter die Resolution. Keine Vereinsgründung. Die IPPNW ist kein Dachverband der Ärzteinitiativen und spricht auch nicht für die Initiativen.

(Auszug)

Leben, lernen, arbeiten in der Gemeinschaft

Erstmalig auf bundesrepublikanischem Boden wurde vom 24.-26. 3. 1982 in München ein Kongreß zur Thematik »Ambulante Pflege- und Hilfsdienste zur Eingliederung Langzeitkranker und Behinderter« von der »Vereinigung Integrationsförderung e.V.« (VIF) veranstaltet.

Am Anfang mal wieder die üblichen Grußworte und Lobhudeleien, wie sehr man sich doch bemühe, Behinderte zu integrieren.

Doch ausgesprochen peinlich wurde es, als Herr Stütze (Sozialreferent von München) ganz stolz erwähnte, daß die Stadt München sogar die Be-

hinderntenbusse bezahle, die die Behinderten am Abend aus der Stadt fahren und am Morgen wieder herein zum nächsten Kongreßtag ... denn in ganz München gibt es kein einziges behindertengerechtes Hotel. Seine Entschuldigung: »Wir wußten nicht, daß unter Behinderten auch Rollstuhlfahrer sind.«



2 1/2 Tage lang stellten Betroffene und Experten aus dem Ausland verschiedene Modelle (deutsche gibt es nicht!) zur ambulanten Versorgung von Behinderten vor. Ganz besonders beeindruckt hat mich Robert Cavendish, er ist seit 22 Jahren atemgelähmt und wird ständig beatmet, doch hat er selber seinen langen Vortrag gehalten und erzählt, wie er in England mit seiner Familie lebt und für seinen Lebensunterhalt arbeitet.

Alle Referate, die die unterschiedlichsten Modelle vorstellten, betonten und erklärten einmütig, daß Behinderte ihr Leben selbst organisieren müßten, da sie selber am besten wüßten, was sie brauchen. Spezielle Lösungen wie Sonder-einrichtungen bedeuten Entmündigung. Es sollen und können keine Systeme entwickelt werden. Individualismus ist über alles bestimmend.

Behinderte sind bis jetzt nicht nur entmenslicht und unterdrückt worden, sondern haben sich auch selber unterdrückt, indem sie sich ständig von Nichtbehinderten sagen ließen, was gut für sie sei, wo sie zuviel forderten und wo ihre Grenzen und Defekte seien. So wurden jetzt endlich auch die Fachkräfte, die sog. Experten wie Ärzte, Krankengymnasten und Beschäftigungstherapeuten gebeten, nicht ständig die Defekte zu sehen und zu betonen, sondern das, was der einzelne leisten könne. Betroffene müssen und wollen lernen, mit den alltäglichen Problemen umzugehen. Wenn z. B. Sonderpädagogen eingesetzt würden, um ihnen alles mundgerecht zuzuschneiden, so bedeute dies wiederum eine Aussonderung.

Im Gegensatz zu den skandinavischen Ländern, Italien, Großbritannien, Holland, USA und Kanada hat in der Bundesrepublik die Perfektion der Heimbetreuung noch immer öffentlichen Vorrang. Noch immer stehen eher 4000 DM Steuergelder für einen Heimplatz bereit als 150 DM für einen ambulanten Behindertenhelfer. Der Platz des behinderten Kindes ist in der Familie. Alle Hilfen haben sich danach zu richten; deshalb müssen Familien-, Schul- und Arbeitshelfer eingesetzt werden (sie sollen keine Fachkräfte sein und nur stundenweise zur Unterstützung im Alltag eingesetzt werden), damit die Eltern nicht zu Co-Therapeuten umfunktioniert werden.

Weitere Forderungen waren:

- mehr behindertengerechte Wohnungen in allgemeinen Wohnvierteln
- Ausbau der ambulanten Hilfe
- Anleitung der Helfer durch die Behinderten selbst
- frühzeitige Integration behinderter Kinder in Kindergarten und Regelschule, in den üblichen Bildungskreislauf und Beruf
- Abbau jeglicher Sondereinrichtungen als Regelfall

Sehr gestört hat mich der ständige Zwang zu beweisen, daß die ambulante Betreuung wirtschaftlicher ist als jegliche Sondereinrichtung. Muß mehr Menschlichkeit sich ständig unter dem Deckmantel der Wirtschaftlichkeit verstecken? Das ist doch schon wieder Aussonderung!

Und noch etwas für uns alle: Integration bedeutet nicht nur umfassende Pflege, Förderung und bauliche Gestaltung, sondern auch Abbau von Ressentiments gegenüber dem »Häßlichen«, »Skurkilen«, »unästhetischen Grimassieren und Bewegen«!

Barbara Horbach, Düsseldorf

Über diese Tagung ist ein Kongreßbericht zusammengestellt worden, der ca. 250-300 Seiten umfaßt und ca. 15 DM kosten wird. Der Bericht wird Ende Juli/Anfang August erscheinen und ist zu beziehen unter dem Stichwort »Kongreßbericht« über:

Vereinigung Integrationsförderung e.V. (VIF)
Herzog-Wilhelm-Str. 16
8000 München 2

DG-Pharmaseminar ein Erfolg!

Am Tag, an dem andere die deutsche Einheit beschworen, trafen wir uns an den Fluten des Rheins im Lokal der Bonner Alternativszene. Und schönes Wetter gab's dazu. Gekommen waren sie alle, Sechszwanzig an der Zahl, aus Nord und Süd und aus West-Berlin. Keinen mußten wir zweimal bitten, alle hatten sie Lust, mit uns DG-Redakteuren über »Widerstandsformen gegen die Pharmaindustrie« nachzudenken. Ulrich Hagemann beschrieb die Chancen staatlicher Gesundheitspolitik mit dem Bundesgesundheitsamt. Eckhardt Westphal vom Bundesverband der Ortskrankenkassen steckte mit gedämpftem Optimismus die Chancen für kleinrahmige Reformen ab. Wichtigste Forderung: ein Bundesprüfamt und die Erstellung von Positivlisten. Ingeborg Simon machte die Bilanz von 12 Jahren Gewerkschaftspolitik und konnte erfreut feststellen, daß es zu einer zunehmenden Präzisierung der Forderungen kam bis hin zum Antrag 168 des letzten DGB-Bundeskongresses. Mit großer Mehrheit wurde dort die Novellierung des Arzneimittelgesetzes gefordert, mit staatlicher Kontrolle der Preisgestaltung und des Arzneimittelvertriebes, Wirksamkeitsnachweis nach anerkannten internationalen Methoden, dies insbesondere bei Kombinationspräparaten, Bedürfnisprüfung, und des Ersatzes von Arzneimittelwerbung durch herstellerunabhängige Information.

Information ist Macht - war das Stichwort für den Beitrag von Gerd Glaeske vom Bremer »Greiser-Institut«. Unterstützt von Dieter Heilenbrecht, Pharmakologe aus Frankfurt, versuchte er, die Möglichkeiten der Wissenschaftler auszuloten, zu einer rationalen Pharmakotherapie beizutragen. Für beide war die Erarbeitung einer Positivliste die vordringlichste Aufgabe. Vieler-

orts wird an solchen Listen, die also die sicheren, wirksamen und dann auch erstattungsfähigen Mittel enthalten, emsig gearbeitet. Der Informationsaustausch und die Koordinierung dieser Arbeit war ein konkretes Ergebnis dieses Seminars. Beide Wissenschaftler waren kritisch genug, die Grenzen der Pharmakotherapie überhaupt herauszustrichen.

Dies war auch für den Medizinjournalisten **Jürgen-Peter Stössel** ein wichtiges Anliegen. Er meinte, wir sollten in Zukunft weniger „enthüllen“ und „anprangern“ – so wichtig dies auch sei –, dafür verstärkt hinweisen auf konkrete Versuche, wie es anders geht, was den Patienten beispielsweise anstelle von Medikamenten gegeben werden kann und welche Bedingungen für solche „Alternativ“-Angebote zu schaffen sind.

Was jeder einzelne an seinem Arbeitsplatz tun kann, dazu trug der Apotheker **Harald Skrobilies** eine Menge Vorschläge zusammen. Und er konnte dabei schon auf einige Jahre Erfahrung im Gesundheitszentrum Riedstadt zurückgreifen. Um nur ein Stichwort zu nennen: Regionalisierung der Arbeit, d. h. bildet z. B. an eurem Ort Diskussionsrunden, die dem Erfahrungsaustausch zwischen Apothekern und Ärzten dienen. Organisiert da, wo ihr arbeitet, firmenunabhängige Fortbildung. **Felix Richter-Hebel** von der DG-Redaktion appellierte noch einmal an die Runde, die Forderungen unserer Pharmawerbung – Nein-danke-Aktion – ernst zu nehmen. Einige Kilo Kugelschreiber hatten ihn auch bereits zu antiwerbewirksamen Collagen angelegt.



Foto: DG-Redaktion

Eine Auswertung des Seminars soll mit diesen Zeilen nicht geleistet werden. Dies erfolgt in einer der nächsten Ausgaben in einem Sonder-Dokumentationsteil. Das Seminar hat bestimmt nichts revolutionär Neues hervorgebracht. Alles war irgendwann irgendwo schon mal gesagt worden. Das Schöne an dem Seminar war, daß an einem Tag so viele Leute mit so viel Sachverstand um einen Tisch versammelt waren und konzentriert, aber ohne Streß, die aktuellen Kräfteverhältnisse auf dem Pharmamarkt diskutiert wurden. Um die vielstündige, lebhaft Diskussion vom Tonband aufs Papier zu bringen und das Wichtigste herauszudestillieren, brauchen wir ein bißchen Zeit. Wir werden uns beeilen. Das nächste Seminar ist nämlich schon im Herbst zum Thema „Ambulante Medizin“.

4. bundesweites Treffen der Gesundheitsläden

4.–6. Juni in Aachen

Nachdem im Januar auf dem letzten Treffen der Gesundheitsläden (siehe DG 2/82, S. 39) beschlossen worden war, 2–3mal im Jahr solche überregionalen Treffen abzuhalten, waren diesmal wieder Vertreter von 20 Gesundheitsläden und GL-Initiativen gekommen.

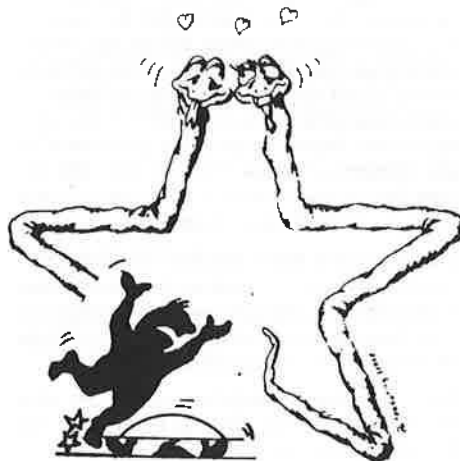
Das Wichtigste war wie immer der Austausch: wo die Bewegung steht, was die Probleme sind, wo Arbeit geleistet und Erfolge erzielt werden; Neugründungen werden begrüßt, Organisatorisches wird berichtet, die Unterschiede zwischen den GL's werden lebendig (je nach Groß-/Klein-, Uni- oder Nicht-Uni-Stadt usw.). ...; einem GL wurde gerade eine ABM-Stelle (ABM = Arbeitsbeschaffungsmaßnahme des Arbeitsamtes) bewilligt, einem anderen abgeschlagen; viele berichten über die weitverbreitete Konsumentenhaltung, über die mangelnde Aktivität in den Semesterferien oder auch über bewährte Gegenmaßnahmen: z. B. mal ein GL-Plenum mit Picknick im Wald durchzuführen ...

Dann ging es in Arbeitsgruppen zu den Themen: Sparpolitik, Ambulante Versorgung, Soziale Kontrolle im Gesundheitswesen, Patientenstellen, Alltag im GL. Die Protokolle dieser AG's können in der Nr. 4 des „Infodienst“ der Gesundheitsläden nachgelesen werden (s. u.).

Am letzten Tag ging es um die weitere gemeinsame Arbeit der GL auf überregionaler Ebene, speziell um das Mitteilungsblatt „Infodienst“ und um weitere Treffen:

1. Der „Infodienst“ wird bis Anfang '83 vom Hamburger GL herausgegeben. Er kann in jedem GL eingesehen und evtl. auch bezogen werden. (Andernfalls könnt ihr ihn bestellen durch Einzahlung von 3 DM pro Exemplar [Abo Nr. 4–7 12 DM] auf das Konto PSchA, Stuttgart Nr. 1758 89-708, für Christoph Kranich, Beckstr. 14, 2000 Hamburg 6.)
2. Das nächste GL-Treffen soll im Oktober oder November '82 in Göttingen stattfinden und im Wesentlichen die Themen dieses Treffens fortführen.

Christoph Kranich



KONGRESS BERICHTE

Liste der Gesundheitsläden

Aachen: Gesundheitsladen e.V., Jakobstr. 200, 5100 Aachen, Tel. (0241) 2 32 27 (Mo–Fr 16.30–18.30); **Berlin:** Gesundheitsladen e.V., Gneisenaustr. 2, 1000 Berlin 61, Tel. (030) 6 93 20 90 (Mo–Fr 17–20); **Bielefeld:** Gesundheitsladen e.V., Weberei 28, 4800 Bielefeld, Tel. (0521) 6 37 96 (Mo–Do 10–12, Mo–Do 16–20); **Bochum:** Gesundheitsladen, c/o TAZ, Postfach 102 568, 4630 Bochum 1, Tel. (0234) 33 15 33 (Di 17.30–19.30); **Bonn:** Gesundheitsladen e.V., Im Krausfeld 10, 5300 Bonn, Tel. (0228) 63 39 38 (Di–Fr 17–18); **Braunschweig:** Gesundheitsladen e.V., Bäckerklink 1, 3300 Braunschweig, Tel. (0531) 1 99 27 (Di 17–19, Do 16–18); **Bremen:** Gesundheitsladen e.V., Braunschweiger Str. 53 b, 2800 Bremen 1, Tel. (0421) 4 98 86 34 (Mo–Do 17.30–19.30); **Dortmund:** Gesundheitsladen e.V., Kaiserstr. 27 a, 4600 Dortmund 1, Tel. (0231) 57 91 43 (Michael); **Düsseldorf:** Gesundheitsladeninitiative, c/o Stefan Ewerbeck, Friedrichstr. 109, 4000 Düsseldorf 1, Tel. (0211) 31 28 91; **Duisburg:** Gesundheitsinitiative, c/o Michael Lefknecht, Holtener Str. 328, 4100 Duisburg 11, Tel. (0203) 58 40 91; **Frankfurt:** Gesundheitsladen, Arnsburger Str. 88, 6000 Frankfurt 60 (Do 18.30–22.00); **Freiburg:** Projektgruppe GL im Grün, c/o Sabine Klein, Scheffelstr. 48, 7800 Freiburg i. Br., Tel. (0761) 7 26 78; **Gießen:** Gesundheitsladeninitiative, c/o Jugend- & Drogenberatung, Schanzenstr. 18, 6300 Gießen; **Göttingen:** Gesundheitsladen e.V., Düstere Eichen Weg 2, 3400 Göttingen, Tel. (0551) 4 71 29 (Mo–Do ca. 18–20); **Hamburg:** Gesundheitsladen e.V., Moorfurthweg 9, 2000 Hamburg 60, Tel. (040) 27 71 92 (Di, Do 10–18); **Hannover:** Gesundheitsladen e.V., c/o Petra Weber, Wedekindstr. 5, 3000 Hannover 1, Tel. (0511) 31 46 45; **Heidelberg:** Gesundheitsladen e.V., Rohrbacher Str. 67, 6900 Heidelberg, Tel. (06221) 1 59 90 (Mo, Mi, Fr 18–20); **Homburg/Saar:** Gesundheitsladen, St.-Michael-Str. 10, 6650 Homburg 6, Tel. (06841) 20 67; **Karlsruhe:** Gesundheitsladen, Goethestr. 25 a, 7500 Karlsruhe 1; **Kassel:** Gesundheitsladen, c/o Umweltzentrum, Elfbuchenstr. 18, 3500 Kassel, Tel. (0561) 7 53 07 (Mi 16–20); **Kiel:** Stammtisch Gesundheitswesen, Postlagerkarte 098988 A, 2300 Kiel 1; **Köln:** Gesundheitszentrum, Kerpener Str. 57, 5000 Köln 41; **Lübeck:** Gesundheitsladen-Initiative, c/o Humanistische Union, Kreuzweg 9, 2400 Lübeck 1, Tel. (0451) 3 27 94 (Volker Rongen); **Mainz/Wiesbaden:** Gesundheitsladen e.V., Holzstr. 31, 6500 Mainz, Tel. (06131) 1 86 62 (Mo 17–20, Fr 20–); **Mannheim:** Gesundheitsinitiative, c/o Nina Köhler, Rosenstr. 105, 6800 Mannheim 24, Tel. (0621) 85 14 20; **Marburg:** Gesundheitsladen, c/o ESG, Liebigstr. 5, 3550 Marburg/Lahn, Tel. (06421) 1 45 55 (Mi 18–22); **München:** Gesundheitsladen e.V., Reisingerstr. 13, 8000 München 2, Tel. (089) 2 60 72 23 (Mo, Mi 12–15, Mo, Mi, Do 17–20); **Münster:** Gesundheitsladen e.V., c/o Norbert Matern, Hansaring 24, 4400 Münster, Tel. (0251) 6 48 93; **Oldenburg:** Gesundheitsladen-Initiative, c/o Klaus Schneider, Höfeverbindungsweg, 2887 Gellen-Elfleth, Tel. (04485) 12 82; **Osnabrück:** Gesundheitsinitiative, c/o Rosemarie Goos, Delmenhorster Weg 2, 4500 Osnabrück, Tel. (0541) 1 58 56; **Tübingen:** Gesundheitsladen, c/o Club Voltaire, Haaggasse 26 b, 7400 Tübingen, Tel. (07071) 2 69 12 (Eberh.); **Verden/Aller:** Verein Gesundheitsläden, Am Ehrenmal 4, 2810 Verden-Elssel, Tel. (04232) 12 86 (Andreas).

Geboren aus dem Tod

Dokumentarfilm von Monica Maurer

Dokumentarfilm
Bundesrepublik Deutschland, 1981
16 mm – Lichtton – Farbe
Regie: Monica Maurer
9 Minuten



„Ganz auf Emotionen abgestellt, aber ohne Polemik ist Monica Maurers (mit PLO-Unterstützung entstandene) Kurzdokumentation ‚Geboren aus dem Tod‘. In erschütternden Bildern, sparsam kommentiert, erzählt er von einem israelischen Luftangriff auf die Zivilbevölkerung Beiruts, bei dem ein ungeborenes Kind aus dem Körper einer tödlich getroffenen Frau entbunden wird. Man taufte es ‚Palästina‘. Monica Maurers Dokument der Barbarei wird durch ihre äußerst geschickte Bild/Musik-Montage und ihre ehrliche Parteinahme zu einem Aufschrei nach Menschlichkeit.“

„Geboren aus dem Tod“ sprengt sicher die hierzulande den Fernsehanstalten verordnete Ausgewogenheit, wird aber trotz seiner Anklage nie zum Pamphlet. Er signalisiert nicht Unversöhnlichkeit.“ (Rolf-Rüdiger Hamacher, in: FILM-Korrespondenz, Nr. 18 v. 8. Dezember 1981)

... Im Sommer dieses Jahres (1981) habe ich mich zu Dreharbeiten im Libanon aufgehalten. Am 17. Juli, in der Zeit von 11.10 Uhr bis 11.30 Uhr vormittags, verübten israelische Bombenflugzeuge ihren schrecklichen Terrorangriff gegen einen Stadtteil von Beirut, in dem libanesischen und palästinensischen Familien leben. Die Rettungsmannschaften konnten in vielen Fällen nur noch Tote aus den Trümmern ihrer Häuser bergen. Die Zeitungen haben darüber berichtet, daß das ungeborene Kind einer Frau, die bei diesem Angriff ums Leben kam, noch gerettet werden konnte. ... Die Bekanntschaft mit dem Vater des Kindes regte mich zu dem Film an. Das Kind befand sich aber noch nicht außer Lebensgefahr und sein Tod, ein furchtbarer Gedanke, hätte die Möglichkeit eines Films ausgeschlossen. Dann hat Yasser Arafat das Ereignis in einer Rede erwähnt. Er sagte, die PLO müsse

dem Kind die tote Mutter ersetzen. Das kleine Mädchen wurde Palästina genannt. Nach dieser Rede nahm die Idee zum Film für mich Gestalt an. Majed Abu Sharar, der Leiter von ‚PLO Unified Information‘, mit dem ich mich beriet, bestärkte mich in meiner Absicht. Majed Abu Sharar ... wurde das Opfer eines heimtückischen israelischen Attentats. Ihm habe ich meinen Film gewidmet. ... Es geht mir ... immer um Filme, die Gefühl und Verstand, also den ganzen Menschen ansprechen.“ (Monica Maurer)

Im Mittelpunkt des Films „Geboren aus dem Tod“ steht Fatma, eine schöne Frau, deren Kind noch geboren wird, als die Mutter schon tot ist. Sie ist Libanesisin und hat in einem Krieg, den die israelischen Aggressoren dem palästinensischen Volk aufgezwungen, mit der Waffe gekämpft. Später hat Fatma einen ihrer palästinensischen Genossen geheiratet. Sie vereinigt in sich das Schicksal beider Völker, das ein gemeinsames Schicksal ist. Ohne eine politische Regelung, die zur Gründung eines palästinensischen Staates führt, kann es auch für den Libanon keinen Frieden geben. Das gilt letztlich für alle arabischen Länder. Der Film setzt auf den Sieg des Friedens, wenn er zeigt, wie aus dem Tod neues Leben hervorgeht.

Kein Film kann leider aktueller und anschaulicher zeigen, welches Leid mit dem israelischen Angriff über das palästinensische und libanesischen Volk hereingebrochen ist. Ein unentbehrlicher Film für die Solidaritätsarbeit.

Der Film kann über UNIDOC, Dantestr. 29, 8000 München 19, Telefon (089) 15 60 61, unter der Bestell-Nummer 5272 bezogen werden.

Gunar Stempel

Roter Halbmond

Dokumentarfilm
PLO, 1979
von Monica Maurer und Samir Nimer
16 mm – Lichtton – Farbe
45 Minuten

Trotz der Vertreibung aus der Heimat Palästina und der darauffolgenden Verstreuerung auf der ganzen Welt hat das palästinensische Volk sich seine nationale Identität und Einheit bewahrt und selbst im Exil in der Diaspora neue soziale Einrichtungen geschaffen – wie etwa den „Roten Halbmond Palästinas“, der für das Gesundheitswesen in der palästinensischen Gesellschaft zuständig ist.

Der Film zeigt die Entwicklung des „Roten Halbmonds Palästinas“, der 10 Jahre zuvor mit einem winzigen Hospital in Jordanien begann, das Yasser Arafat entworfen hatte, bis zu einer relativ großen Gesundheitsorganisation mit 30 Krankenhäusern und 100 Kliniken in den Ländern um das Heimatland Palästina.

Alle Zweige der medizinischen und sozialen Arbeit des „Roten Halbmonds“ werden vorgestellt:

- die Krankenversorgung in Krankenhäusern und Kliniken,
- die Vorsorgemedizin in den überbevölkerten Lagern (z. B. in Rashidiya), in denen Palästinenser und Libanesen die gleichen Probleme haben,
- die Mutter-und-Kind-Vorsorge-Zentren,
- das Ramleh-Zentrum für Physiotherapie und Rehabilitation für die Versorgung der infolge des Krieges und der Luftangriffe Körperbehinderten,
- die Abteilung zur Ausbildung von Pflegepersonal mit Schulen für Schwestern, Apothekenhelfer/-innen und Labortechnik,
- die Berufsausbildungszentren und Werkstätten, die in Nähen, Sticken, Sprachen, Büroarbeit für Sekretärinnen ausbilden und so Ausbildungs- und Arbeitsplätze in den Flüchtlingslagern bieten.

„In die westeuropäischen Länder müssen wir diese nichtvorhandenen Informationen hineinbringen. Z. B. eben auch über den ‚Roten Halbmond‘. Die wenigsten dort wissen, daß diese Institution eine sehr vielseitige und differenzierte Einrichtung ist. Dazu gehört die Vorsorgemedizin ebenso wie Mütter- und Kinderschutz, Arbeitsmedizin und Unfallverhütung in den Betrieben. Aber auch viele soziale Einrichtungen gehören dazu, wie Versicherung und Berufsschulen für Pfleger, für handwerkliche Tätigkeiten, wo Verwundete und Kranke bestimmte Arbeiten ausführen lernen. Für besonders erwähnenswert halte ich die Tatsache, daß der ‚Rote Halbmond‘ allen zugänglich ist, daß die Einrichtungen öffentlich sind, also auch die Libanesen dorthin gehen können. Für sie gibt es ansonsten nur die Möglichkeit, sich in teuren Privatkliniken heilen zu lassen. Das also war unser Anliegen, darüber zu informieren.“ (Monica Maurer)

Der israelische Angriff auf den Libanon hat auch zur Zerstörung zahlreicher Einrichtungen des „Roten Halbmonds“ geführt, so daß eine materielle Hilfe dringender denn je vonnöten ist. Wir verweisen auf den in diesem Heft abgedruckten Aufruf.

Der Film ist über UNIDOC, Dantestr. 29, 8000 München 19, Telefon (089) 15 60 61, unter der Bestellnummer 4722 erhältlich.

Gunar Stempel

Versicherungs-Agenten

Teil II

„Da ich überzeugt bin, daß diese Rechnung bei Ihnen ein ähnlich positives oder sogar noch günstigeres Resultat haben wird, freue ich mich, Ihnen mitteilen zu können, daß derzeit die Beitragsersparnis für jedes Kammermitglied individuell errechnet wird. Sobald diese Berechnungen vom Computer fertiggestellt sind, werden Sie von der Deutschen Ärzteversicherung ein persönliches Angebot erhalten.“

So lautet der Kernsatz jenes Werbeschreibens, das der Vizepräsident der Ärztekammer Nordrhein und Vorsitzende des Marburger Bundes, Dr. Jörg D. Hoppe, am 9. März diesen Jahres mit Hilfe der Versicherungsfirma 18 400 Ärzten im Bereich dieser Ärztekammer zukommen ließ (s. DG 3/82). Das Echo war unerwartet für die Ärztekammer und den quicken Werber Hoppe: zahlreiche Protestbriefe trafen bei der Kammer ein. Die „Liste Soziales Gesundheitswesen“ – mit 9 Abgeordneten in der Kammerversammlung vertreten – brachte diesen Datenskandal auf der Kammerversammlung am 1. Mai zur Sprache und forderten eine genaue Aufklärung der Vorgänge durch einen Untersuchungsausschuß. Doch Hoppes Vorgehen wurde vom Kammervorstand und von der Mehrheit der Kammerversammlung gedeckt. Deshalb machte die „Liste Soziales Gesundheitswesen“ in einer Presseerklärung zum Ärztetag in Münster auf den sorgfältigen Umgang der Ärztekammer mit persönlichen Daten ihrer Mitglieder aufmerksam.

Einstweilige Verfügung statt Aufklärung

Hoppe – offensichtlich beunruhigt durch das öffentliche Echo auf seine Aktion – trat die Flucht nach vorne an: vor dem Landgericht Münster erwirkte die Ärztekammer Nordrhein eine einstweilige Verfügung gegen die Presseerklärung der oppositionellen Ärztekammerliste. Ob sich Herr Hoppe damit einen Dienst erwiesen hat, bleibt abzuwarten. Denn die betroffenen Kollegen haben inzwischen Widerspruch gegen die einstweilige Verfügung eingelegt. Damit sollen die Kammerverwaltung und Hoppe gezwungen werden, Klage in der Hauptsache zu erheben.

Die Sache mit dem Datenband

Nach Darstellung der Ärztekammer – auch gegenüber dem Landesdatenschutzbeauftragten NRW – sei das Band mit den persönlichen Daten nicht an die Deutsche



Ärzteversicherung weitergegeben worden. Den insgesamt 3 Werbeschreiben der Lebensversicherung hätten Blanko-Entwürfe der Deutschen Ärzteversicherung zugrunde gelegen, „in die das EDV-Dienstleistungsunternehmen die ihm von der Ärztekammer auf Magnetband zur Verfügung gestellten, personenbezogenen Daten eingesetzt hat“. Das EDV-Dienstleistungsunternehmen habe alle 4 Schreiben in einem Gang ausgedruckt und dann das Datenband an die Ärztekammer zurückgegeben. Schließlich verweist die Ärztekammer darauf, daß mit den beteiligten Firmen K. Welz, Stuttgart, Bunk-Direkt-Werbung, Korb und Ogilvy & Mather Direkt, Frankfurt, Datenschutzverpflichtungserklärungen vereinbart worden seien.

Liest man sich jedoch die Unterlagen genau durch, die dem Gericht von der Ärztekammer vorgelegt wurden, so stellt man fest:

- Das Datenband wurde bereits am 21. 12. 1981 an die Firma Welz geliefert.
- Nach dem Sitzungsprotokoll vom 17. 3. 1982 („Direktwerbeaktion Ärztekammer Nordrhein – Datenschutz“) wurden die Datenschutzverpflichtungserklärungen der beteiligten Firmen erst am 17. 3., 19. 3., 28. 4. 1982 abgegeben.

„Falsch ist also die Behauptung der Antragstellerin (d. Ärztekammer, d. Verf.), sie habe vor Weitergabe der Daten der Kammermitglieder bereits die datenschutzrechtlichen Abmachungen getroffen. Richtig ist vielmehr anhand der Unterlagen, die die Antragstellerin selbst vorlegt, daß diese Abmachungen allenfalls drei Monate nach Weitergabe der Unterlagen getroffen wurden. Drei Monate lang unterlagen die Serviceunternehmungen dieser Vereinbarung nicht“, heißt es klarstellend im Widerspruch der beiden von der einstweiligen Verfügung betroffenen Kollegen.

Versicherung als Datenschützer

Noch obskurer wird allerdings die Angelegenheit, wenn man den Unterlagen der Ärztekammer entnehmen kann, daß die Einhaltung der Datenschutzvorschriften nicht etwa von der Kammer – als „Herrn

der Daten“ – überwacht wurde, sondern von der Geschäftsführung der Deutschen Ärzteversicherung. Am 17. 3. 1982 – also nachdem bereits alle Werbebriefe ausgedruckt und die ersten beiden schon versandt waren – saßen die Herren von den Abteilungen Recht, Werbung und Datenschutz mit Vertretern der Firma Ogilvy & Mather Direkt Werbung zusammen und plauschten über den Datenschutz. Das Protokoll wurde am 5. 4. 1982 unterzeichnet. Doch es kommt noch schöner: die Datenschutzverpflichtungserklärungen wurden von den beteiligten Firmen nicht etwa gegenüber der Ärztekammer Nordrhein abgegeben, sondern gegenüber der Werbefirma Ogilvy & Mather und der Deutschen Ärzteversicherung.

Man sieht also: Mißtrauen ist gänzlich unangebracht, alles war in Ordnung. Das meint auch Prof. Bourmer, Präsident der Ärztekammer Nordrhein. Unter der Überschrift „Etwas gelernt“, versichert er den beunruhigten Kammermitgliedern: „Die Aktion für unseren gemeinsamen Gruppen-Lebensversicherungsvertrag war datenschutzrechtlich so angelegt, als wenn sie von unserer eigenen Kammerverwaltung durchgeführt worden wäre. Einzelne Interessierte haben, obwohl sie es inzwischen besser wissen mußten, aus diesem Vorgang mit falschen Behauptungen politisches oder zumindest berufspolitisches Kapital schlagen wollen. Hiergegen hat die Kammer vor Gericht eine einstweilige Verfügung erwirkt.“ Na, wenn da die Welt nicht wieder in Ordnung ist? Nur die wenigen uneinsichtigen Nörgler von der „Liste Soziales Gesundheitswesen“ sind noch nicht ganz von Herrn Bourmers Beruhigung überzeugt. Sie werden über ein Verwaltungsgerichtsverfahren versuchen, der Ärztekammer die Weitergabe von Daten an Dritte – grundsätzlich zu untersagen. Die Geschichte ist also nicht zu Ende.

Matthias Albrecht



Urabstimmung: Auszählen der Stimmzettel

Presse-Foto: Magnussen

Ein Streik von historischer Dimension

Vor 25 Jahren: Metallarbeiter erkämpften Lohnfortzahlung

Die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA) hat im März dieses Jahres mit den von ihr vorgelegten „Leitlinien für die soziale Sicherung unter veränderten wirtschaftlichen, sozialen und demographischen Bedingungen“ die Wiedereinführung von Karenztagen, die zeitliche Staffelung der Leistungshöhe und unabhängig davon die Überprüfung der Bemessungsgrundlage des Krankentages „angeregt“. Es war das nicht der erste Angriff der Unternehmerverbände und mit ihnen verbundener Politiker der CDU/CSU und FDP auf das Recht der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall. Offensichtlich haben diese Kräfte, denen die bisherigen Sozialdemontagen längst nicht weit genug gehen, sich nie mit der Niederlage abgefunden, die ihnen vor 25 Jahren von den Metallarbeitern Schleswig-Holsteins und ihrer Organisation, der IG Metall, im Kampf um die Lohnfortzahlung für Arbeiter im Krankheitsfall beigebracht wurde.

Mit diesem Streik wurde der Durchbruch zur Überwindung der jahrzehntelangen Benachteiligung der Arbeiter bei der sozialen Sicherung im Krankheitsfall erzielt. Den Beamten und Angestellten wurde seit jeher bei Arbeitsunfähigkeit das Gehalt fortgezahlt, den Angestellten bis zu 6 Wochen. Die Arbeiter aber erhielten während der ersten drei Tage (Karenztage) keinen Pfennig, weder Lohn, noch Krankengeld, und ab dem 4. Tag ein Krankengeld, das erheblich niedriger als ihr Nettoverdienst war. Zur Krankheit kam also bei den Arbeitern noch vom ersten Tage an ein spürbarer Einkommensverlust. Für die schlechtere

soziale Sicherung der Arbeiter gab es keine soziale und erst recht keine gesundheitspolitische Begründung.

DGB für Lohnfortzahlung

Kein Wunder, daß die Arbeiter und Gewerkschaften nicht bereit waren, diese diskriminierende Benachteiligung auf Dauer hinzunehmen. Waren es doch vor allem die Arbeiter, die die Produktionsstätten aus Schutt und Trümmern des Zweiten Weltkrieges wieder in Gang gesetzt, aufgebaut und das geschaffen hatten, was die Bonner CDU/CSU-FDP-Regierung als „Wirt-

schaftswunder“ für sich vereinnahmte. Auf der Grundlage vieler Diskussionen und Beschlüsse in Betrieben und Gewerkschaftsorganisationen wurde deshalb im ersten, am 1. Mai 1955 verkündeten Aktionsprogramm des DGB festgestellt und gefordert: „Es ist unbillig und ungerecht zugleich, daß Arbeitern bei Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit während der ersten 6 Wochen kein Lohn gezahlt wird. Um dieses seit Jahren und Jahrzehnten bestehende



Streikabstimmung

Presse-Foto: Magnussen

Unrecht zu beseitigen, ist die Lohnfortzahlung durch Tarifvertrag oder Gesetz einzuführen."

Die Verwirklichung ihrer Aktionsforderung wurde von den Gewerkschaften also auf zwei Wegen angestrebt: Durch tarifvertragliche oder gesetzliche Regelung. Ende 1955 wurde von der SPD-Fraktion im Bundestag ein Gesetzentwurf zur Gleichstellung aller Arbeitnehmer im Krankheitsfall eingebracht. Etwa zur gleichen Zeit kündigte die IG Metall für Schleswig-Holstein den Rahmentarifvertrag und forderte neben einer Verbesserung der Entlohnung, Verkürzung der Arbeitszeit und Zahlung eines Urlaubsgeldes die tarifliche Regelung der Lohnfortzahlung für die Metallarbeiter.

Bei den Unternehmern und den politischen Vertretern ihrer Interessen stießen jedoch die sozialen Forderungen der Gewerkschaften wie immer auf massive Ablehnung. Die BDA stellte der gewerkschaftlichen Forderung nach Lohnfortzahlung in ihrer im April 1956 veröffentlichten Denkschrift „Probleme der Sozialreform“ erstmals die Unternehmerforderung nach „Eigenbeteiligung der Versicherten an den Krankheitskosten“ entgegen. Obwohl zur gleichen Zeit selbst der CDU-Parteitag verbal das Recht der Arbeiter auf Lohnfortzahlung anerkannte, wurde die Behandlung des SPD-Gesetzentwurfes im Bundestag von der Regierungsmehrheit CDU/CSU-FDP Monat um Monat verschleppt. Auch bei den Verhandlungen über die Forderungen zum Rahmentarifvertrag für Schleswig-Holstein gab es nicht die geringsten Fortschritte.

Streik für berechnete Forderungen

In der von der IG Metall daraufhin eingeleiteten Urabstimmung stimmten 88 Prozent der organisierten Metallarbeiter dafür, ihre berechnete Forderung mit Streik durchzusetzen. Am 24. Oktober begann der Streik. Es war ein Streik von wahrhaft historischer Dimension. Bis zum 14. Februar 1957 andauernd, war es der längste Streik in Deutschland seit 1905. Die über 34 000 streikenden schleswig-holsteinischen Metallarbeiter, die 38 Betriebe bestreikten, führten den Kampf um die Lohnfortzahlung stellvertretend für alle Arbeiter der Bundesrepublik. Der Streik wurde mit großem Elan und der solidarischen Unterstützung der Arbeiter und Angestellten und der Gewerkschaften aus der ganzen Bundesrepublik geführt. Täglich informierte die IG Metall die Streikenden mit ihren Streik-Nachrichten, gab es Veranstaltungen, Streik-Versammlungen, aber auch kulturelle Veranstaltungen, Veranstaltungen für die Frauen und Kinder der Streikenden. Täglich trafen bei den Streikenden nicht nur Solidaritätsbekundungen, sondern auch Solidaritätsspenden aus allen Teilen der Bundesrepublik ein.

Die Unternehmer setzten ihre ganze Macht ein, um einen Erfolg des Streiks zu verhindern. Der Gesamtverband der Metallindustriellen und die Kölner Zentrale der BDA zogen die Initiative für die Streikführung an sich. Der zentrale Arbeitskampffond der Unternehmerverbände wurde zur Unterstützung der bestreikten Betriebe eingesetzt und erstmals in der noch jungen Geschichte der Bundesrepublik wurde von dem Vorsitzenden der Arbeitgebervereinsigung der hessischen Metallindustriellen mit der Aussperrung gedroht. Der CDU-Landesinnenminister Lemke stellte den Polizeidienststellen in Schleswig-Holstein als Dienststanweisung Auszüge aus einem Weißbuch der bayrischen Metallindustriellen zu, in dem Streikposten als „Terroristen“ diffamiert wurden. Mit ultimativen „Vorschlägen“ versuchte der CDU-Ministerpräsident Schleswig-Holsteins, von Hassel, im Dezember 1956 den Streik zugunsten der Unternehmer zu beenden. Er machte Stimmung gegen den Streik mit der Bemerkung, „daß seine Leidtragenden alle sind, auch die Arbeitnehmer“.

Der auf Schleswig-Holstein beschränkte Streik war in Wirklichkeit ein Kampf der gesamten Arbeiterschaft der Bundesrepublik und ihrer Organisationen gegen die jedem sozialen Fortschritt feindlich gesinnte Front der gesamten bundesrepublikanischen Unternehmer, ihrer Verbände und Teilen der CDU-Staatsgewalt. Um die Streikfront aufzuweichen und zu spalten, behaupteten

die Unternehmer, der Streik sei nur das Werk einiger Funktionäre und bei den Arbeitern nicht populär. Die Metallarbeiter ließen auch diese Unternehmerlüge platzen. Noch Ende Januar 1957 votierten sie mit 76,2 Prozent der Stimmen gegen ein vom Vorstand der IG Metall zur Annahme empfohlenes Schlichtungsergebnis und damit für die Weiterführung des Streiks. Selbst bei der letzten Urabstimmung stimmten noch 57,66% der streikenden Metallarbeiter gegen den neuen Schlichtungsvorschlag, der damit aber wegen der fehlenden $\frac{2}{3}$ -Mehrheit angenommen war.

Der Streik endete so mit einem Kompromiß. Ab dem vierten Krankheitsstag erhielten danach die Arbeiter bis zum Ende der 6. Krankheitswoche einen Arbeitgeberzuschuß in Höhe der Differenz zwischen ihrem Krankengeld und ihrem Nettoverdienst und für die Karenztage bei mehr als einer Krankheitswoche den halben, bei mehr als zwei Wochen zwei Drittel des Nettoverdienstes. Doch der entscheidende Durchbruch zur Lohnfortzahlung für alle Arbeiter war damit erreicht! Schon ab dem 1. Juli 1957 hatten alle Arbeiter durch Bundesgesetz Anspruch auf den Arbeitgeberzuschuß zum Krankengeld und ab 1961 wurde er auf die Differenz Krankengeld zu 100 Prozent Nettoverdienst erhöht. Die Gewerkschaften gaben sich auch mit diesem Teilerfolg nicht zufrieden. Im zweiten, 1965 beschlossenen DGB-Aktionsprogramm forderten sie: „Die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall für mindestens 6 Wochen ist gesetzlich zu regeln.“ Dieser Forderung nach völliger Gleichstellung der Arbeiter wurde mit gewerkschaftlichen Beschlüssen und Aktionen immer wieder Nachdruck verliehen. Ab Januar 1970 war dann das Ziel erreicht, die volle Lohnfortzahlung auch für Arbeiter in den ersten 6 Krankheitswochen. Allerdings wurde gleichzeitig die Rezeptgebühr erhöht!

Der schwer erkämpfte Sieg der schleswig-holsteinischen Metallarbeiter zeigt, daß die Millionen Arbeiter und Angestellten und ihre Gewerkschaften, wenn sie einheitlich und entschlossen handeln, stärker sind als die Vertreter der Kapitalinteressen. Doch in einer Gesellschaft, in der die Kapital-Interessen dominieren, ist jede soziale Errungenschaft immer wieder massiven Angriffen ausgesetzt. Das galt und gilt auch für die Lohnfortzahlung bei Krankheit. Aber so, wie mit dem Streik vor 25 Jahren die sozialfeindliche Front der Unternehmer und ihrer politischen Vertreter bezwungen wurde, so kann auch die Politik des schrittweisen Sozialabbaus in unseren Tagen gestoppt werden.

Arthur Böpple



Vor dem Kieler Gewerkschaftshaus Legionstraße
Presse-Foto: Magnussen

Prävention gesundheitspolitisch schwer durchsetzbar

Interview mit dem Leiter des Bremer Instituts für Präventionsforschung und Sozialmedizin

Das Thema „Prävention“ ist in einigen Ländern ein Hauptschwerpunkt der Forschung – in der Bundesrepublik jedoch weiterhin ein Stiefkind. Cornelia Selke sprach für DG mit dem Leiter des Instituts für Präventionsforschung.

DG: Herr Professor Greiser, im Juli 1981 wurde das Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin eingeweiht. An diesem Institut laufen zur Zeit zwei Forschungsprojekte, einmal die „Bewertende Arzneimittelklassifikation“ – hier ist der erste Band über Herzmedikamente bereits erschienen – und zum anderen im Bereich der Präventionsforschung ein Projekt über Herz-Kreislaufkrankungen.

Der 1. Band der Arzneimittelliste mit der Bewertung der Arzneimittel „sinnvoll“, „nicht sinnvoll“, „wirksam“, „wahrscheinlich wirksam“ und „möglicherweise sinnvoll“ hat bereits in der Presse ein lebhaftes Echo erfahren. Was ist als Thema für den 2. Band vorgesehen?



Prof. Greiser

Foto: Wilfried Seehafer

Prof. G.: Wir werden vermutlich nach der Sommerpause den 2. Band mit der Thematik „Psychopharmaka, Hypnotika und Sedativa“ herausbringen.

DG: Wie werden Sie dabei die Bewertung vornehmen, gerade bei den Psychopharmaka?

Prof. G.: Die Bewertung wird, wie es in der Methodik festgeschrieben ist, analog zu den Bewertungen im 1. Band durchgeführt werden. Es zeigt sich allerdings, daß wir hier ganz andere Schwierigkeiten haben, daß ein Teil der Problematik, der mit der Anwendung von Psychopharmaka zusammenhängt, durch eine solche Bewertung des therapeutischen Nutzens nicht gelöst werden kann: Dies ist die Fehlanwendung von Psychopharmaka. Wir werden aber auf diese Problematik in einem besonderen Einleitungskapitel eingehen. Die Fehlanwendung kann man allerdings im Gegensatz zur therapeutischen Wirksamkeit nicht aufgrund von klinischen Studien, sondern nur aufgrund von Statistiken, die über den Verbrauch und Fehlverbrauch Aufschluß geben, beurteilen.

DG: Das Projekt im Bereich der Präventionsforschung betrifft kardiovaskuläre Erkrankungen, also Herz-Kreislaufkrankungen. Würden Sie kurz über das Ziel der sog. „Deutschen Herz-Kreislauf-Studie“ berichten.

Prof. G.: Das Ziel dieser Studie – es ist eine multizentrische Interventionsstudie – ist es, Maßnahmen zu entwickeln, aufgrund derer es möglich ist, bei breiten Bevölkerungsschichten das Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen, also Herzinfarkt, Schlaganfall, periphere Durchblutungsstörungen zu senken; dieses Ziel haben wir für die Studie so definiert, daß wir über einen Zeitraum von acht Jahren in einer Population von mindestens $\frac{1}{4}$ Million Menschen im Alter von 30–64 Jahren das Risiko kardiovaskulärer Mortalität, also Sterblichkeit, um 10% senken wollen.

DG: Was wird konkret an Intervention in dieser Interventionsstudie betrieben?

Prof. G.: Konkret sieht es so aus, daß wir z. B. auf der personalen Ebene den Betroffenen verschiedene Arbeitsgruppen anbieten: Rauchern z. B. bieten wir Raucherentwöhnungsgruppen an, Personen mit einem erhöhten Blutdruck bieten wir Gruppen an, in denen sie lernen, was ein Bluthochdruck ist, wie man Blutdruck mißt, in

denen ihnen auch die Probleme einer Arz-
neitherapie und alternativ einzusetzender
Verfahren zur Behandlung eines Hoch-
drucks nahegebracht werden. Auf der
strukturellen Ebene kann man z. B. – be-
zogen auf einen Betrieb – Vereinbarungen
über das Kantinenessen nennen, um auf
diesem Gebiet, das der einzelne nicht
selbst beeinflussen kann, zu einer ge-
sundheits-„fördernden“ Ernährung zu
kommen, weg von der jetzt noch häufig zu
beobachtenden hyperkalorischen oder viel
zu fetten Ernährung.

DG: Nun sind die klassischen Risikofaktoren wie Rauchen, Hypertonus und Übergewicht ja bekannt. Werden in dieser Studie auch Zusammenhänge mit der Belastung am Arbeitsplatz untersucht? Wenn ja, wie stellt man sich dabei die Intervention vor?

Prof. G.: Wir untersuchen verschiedene dieser psychosozialen Belastungsfaktoren, weil sich aufgrund von mindestens zwei amerikanischen Studien herausgestellt hat, daß diese psychosozialen Belastungen als eigenständige Risikofaktoren anzusehen sind. Wir sind uns aber noch sehr unsicher, ob und wie auf diesem Gebiet eine Intervention möglich ist.

DG: Ich berufe mich dabei auf den Senatspressdienst, der angibt, daß auch eine Änderung der Arbeitsplatzbedingungen und des Arbeitsverhaltens geplant ist.

Prof. G.: Sicherlich sollten krankmachende Arbeitsplatzbedingungen verändert werden. Nur: Das fällt nicht eigentlich in unsere Kompetenz. Und man muß hier stark betonen, daß wir nicht vorhaben, etwa den Gewerkschaften oder Betriebsräten in irgendeiner Weise Konkurrenz zu machen. Die haben ihr genuines Arbeitsgebiet. Wir können bestenfalls Ratschläge geben aufgrund von wissenschaftlichen Ergebnissen, wo möglicherweise Änderungen sinnvoll wären. Wir können Diskussionen in Gang bringen, aber wir werden uns ganz sicher nicht in Kompetenzen der Gewerkschaften oder Betriebsleitungen einmischen.

DG: Sie haben eine Vorstudie in Bremerhaven gemacht. Was waren die Ergebnisse dieser Studie?

Prof. G.: Ziel dieser Vorstudie war zunächst die Standardisierung von medizinischen Untersuchungsmethoden, die auch im weiteren Verlauf der Studie angewandt werden. Außerdem wurde ein Erhebungsinstrument für Belastungen am Arbeitsplatz entwickelt und getestet. Die Untersuchungsergebnisse zeigten, daß die Beschäftigten dort ein Risiko haben, an Herz-Kreislaufkrankheiten zu erkranken, das leicht über dem von Vergleichspopulationen liegt. Wir fanden beispielsweise eine Häufigkeit von Hochdruck von etwa 17%. Das sieht auf den ersten Blick relativ hoch aus und wenn man entsprechende Alters-

gruppen aus der Bevölkerung sonst vergleicht, dann liegt dieses Ergebnis auch an der oberen Grenze. Was wir entgegen unseren Hypothesen nicht fanden, ist ein ausgeprägter Zusammenhang zwischen Belastung am Arbeitsplatz und klassischen Risikofaktoren. Das heißt, wir können danach nicht postulieren, daß mit Schichtarbeit etwa ein höherer Anteil an Hochdruck einhergeht, oder daß Schichtarbeiter auch nur nennenswert mehr rauchen würden. Offenbar sind die Zusammenhänge zwischen Arbeitsplatzbelastungen und klassischen Risikofaktoren noch komplexer als wir es uns vorgestellt haben.

DG: Haben Hypertoniker- und Raucherentwöhnungsgruppen nicht nur öffentlichen Appellcharakter, da z. B. Raucherentwöhnungskurse weder politisch noch finanziell in der gesamten Bundesrepublik durchsetzbar sind. Wäre es dann nicht bil-

liger, sich für ein Verbot der Zigarettenwerbung einzusetzen?

Prof. G.: Ich glaube, man darf nicht den Fehler begehen, hier nur auf einer Schiene zu fahren. Es gibt bei den Rauchern einen sehr hohen Prozentsatz von Suchtrauchern, die gerne von ihrer Sucht herunterkommen würden, dies aber aus eigener Kraft nicht schaffen. Daneben haben wir das gesundheitspolitische Ziel, zu verhindern, daß Jugendliche, die noch nicht rauchen, oder Nichtraucher zu Rauchern werden. Ein Verbot der Zigarettenwerbung wäre ein Schritt in die richtige Richtung für die letztgenannten; aber wenn man nur das macht, nutzt das den Suchtrauchern überhaupt nicht. Sie müssen, wenn Sie hier präventiv arbeiten wollen, sowohl auf der strukturellen Ebene, d. h. z. B. ein Verbot der Zigarettenwerbung, als auch auf der personalen Ebene, d. h. z. B. Anbieten von Hilfen zur Raucherentwöhnung, ansetzen.

Und man könnte diskutieren, ob man nicht noch andere Maßnahmen, wie z. B. eine Differential-Steuer je nach Schadstoffgehalt der einzelnen Zigarettenmarken versuchen sollte durchzusetzen.

DG: Glauben Sie aber, daß das politisch durchsetzbar ist?

Prof. G.: Ich glaube, daß Prävention dann auf breiter Ebene politisch durchsetzbar ist, wenn zunächst im Rahmen einer Studie gezeigt worden ist, daß tatsächlich Infarkt- und Schlaganfallhäufigkeit vermindert werden können. Ich glaube, daß Prävention gesundheitspolitisch nicht durchsetzbar ist, wenn man lediglich auf Ergebnisse aus ausländischen Studien verweisen kann, weil die Interessen, die einer gesundheitspolitischen Intervention entgegenstehen, hier eine viel zu starke Lobby haben.



Aus: WESER-KURIER vom 14. 5. 1982

Appell „Gesundheitswesen für den Frieden“ bleibt dran



Unser Redakteur Detlef Uhlenbrock sprach mit einem der Initiatoren des »Appell Gesundheitswesen für den Frieden«, Dr. med. Middelhaue, um den Unterstützern eine Rückmeldung über die Arbeit mit dem Appell geben zu können. Die vorläufige Bilanz des Initiatorenkreises stimmt optimistisch, doch wie das Interview zeigt, ist Wachsamkeit geboten. Der Appell bleibt dran und greift zunehmend in die politische Diskussion um die NATO-Nachrüstung und die Militarisierung des Gesundheitswesens ein.

DG: Wie ist bisher die Resonanz auf den »Appell Gesundheitswesen für den Frieden« gewesen?

Middelhaue: Gleich nach Veröffentlichung des Appells in der Hamburger »Morgenpost« im Februar dieses Jahres ging eine Flut von Unterschriften unter die Verweigerungserklärungen und Forderungen des Appells ein. In der Folgezeit wurde eine laufend zunehmende Zahl von Unterschriften angefordert, von denen wir mittlerweile weit mehr als 10 000 verschickt und verteilt haben. Desgleichen fanden Poster großen Anklang und sorgten zusätzlich für die Verbreitung des Appells. Die Zahl der Unterschriften nahm dementsprechend stetig zu und beträgt jetzt über 5000.

Darüber hinaus erreichten uns zahlreiche Anfragen, nicht selten auch zu Einzelproblemen. Wir erhalten Material von anderen Friedensinitiativen und werden unsererseits von den verschiedensten Seiten um Aufklärungsmaterial gebeten. Seit einiger Zeit bekommen wir auch Einladungen zu friedenspolitischen Veranstaltungen, Foren usw., so z. B. zu dem Ersten bundesweiten Pädagogenfriedenskongress am 22./23. Mai, auf dem ich im Rahmen der Schlußmanifestation mit einem Referat zu Wort kam.

In Bremen (siehe gegenüberliegende Seite) erlangte der Appell unlängst Publizität durch eine Diskussion im dortigen Landtag, der Bürgerschaft, wegen der Unterzeichnung des Appells durch Senator Dr. Scherf und Senatsdirektor Dr. Euler. Auch im Bundestag war der Appell Gegenstand einer parlamentarischen Anfrage. Die Medien beschäftigen sich nach bekannter Manier noch recht wenig mit dem Appell. Abgesehen von den Berichten über die Debatte in der Bürgerschaft lieferten insbesondere der »Stern« und »Die Zeit« Beiträge. Das »Stern« brachte am 10. Juni eine Seite, die eine Art Streitgespräch mit dem Appell im Sinne des Ap-

peils – verfolgt wie der zurückgezogene Entwurf des Gesundheitssicherstellungsgesetzes und dem daher erst recht unser Widerstand gilt. Zum anderen möchte ich es trotz des guten Willens, den ich Frau Fuchs unterstelle, nicht ausschließen, daß sie im Laufe der weiteren Entwicklung (wenn nicht gar der CDU/CSU-Entwurf Gesetz wird) von der offiziellen Regierungspolitik doch noch gedrängt wird, einen neuen Entwurf vorzulegen.

DG: Gibt es eigentlich konkrete Beispiele für Aktivitäten auf Länder-/Kreisebene in Richtung Katastrophenschutz bzw. Zivilschutz, die als Ersatz für das Gesundheitssicherstellungsgesetz gelten können?

Middelhaue: Zweifellos werden unter dem Deckmantel Katastrophenschutz schon jetzt manche Vorkehrungen getroffen, die auf den Kriegsfall abstellen und nur insoweit einen Sinn geben. Im übrigen sprechen alle Anzeichen dafür, daß die Länder ihre gesetzlichen Katastrophenschutzbestimmungen so ausbauen wollen

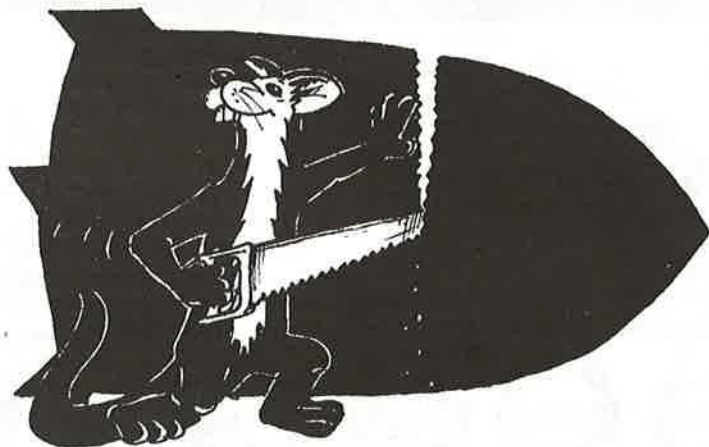
1. die auswärtigen Angelegenheiten sowie die Verteidigung einschließlich des Schutzes der Zivilbevölkerung;
2. ...). Jede Rechtsvorschrift der Länder, die über die Beherrschung »friedlicher« Katastrophen hinausgeht, wäre, soweit sie nicht auf bundesgesetzlicher Ermächtigung beruht, verfassungswidrig und daher angreifbar – was ggfs. wiederum den Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit zur Initiative zwingen könnte (s. Antwort zu Frage 2).

DG: Was plant der »Initiatorenkreis Gesundheitswesen für den Frieden« für die nächsten Monate?

Middelhaue: Zunächst ist vorgesehen, ein Gespräch mit Frau Fuchs zu führen, um mit ihr die Aspekte der nächsten Zukunft – gerade auch unter Berücksichtigung der Ausführungen zu den beiden vorherigen Fragen – zu erörtern. Ein Termin wurde bereits vereinbart. Gespräche mit den zuständigen Ressortchefs sollen folgen, wo dies möglich und sinnvoll ist. Für den Herbst planen wir auf zentraler Ebene eine Podiumsveranstaltung, bei der mit kompetenten Gesprächsteilnehmern vor einem breiten Forum ausführlich über die Positionen unseres Appells und die sich aus der politischen Entwicklung ergebenden Konsequenzen diskutiert werden soll.

DG: Ist für die Zukunft eine stärkere Zusammenarbeit zwischen Initiatorenkreis und den »Krefeldern« geplant?

Middelhaue: Eine lockere Zusammenarbeit findet schon jetzt statt, sie ist aber noch nicht institutionalisiert. Ihre Festigung wird jedoch angestrebt, sobald unsere Arbeitskapazität dies möglich macht. Erwähnt sei in diesem Zusammenhang, daß das von mir auf dem Pädagogenfriedenskongress im Mai gehaltene Referat auszugswise in einem der letzten Berichte der Krefelder Initiative wiedergegeben wurde.



oder wollen sollen, daß damit – und zwar möglichst getarnt(!) – auch die aus Regierungssicht für nötig erachteten Vorbereitungen für einen möglichen Krieg getroffen werden können. Soweit zu übersehen, hat bisher nur das Land Rheinland-Pfalz sein Katastrophenschutzgesetz – jedenfalls in Teilen – entsprechend gestaltet. Derartige Bestrebungen finden prinzipiell allerdings ihre Grenzen in der Verfassung; denn die Bundesländer haben lediglich die Gesetzgebungskompetenz für den Katastrophenschutz (vorkehrende Maßnahmen für den Fall von Naturkatastrophen, Massenunglücksfällen dgl.), nicht aber für den Zivilschutz (Schutz der Bevölkerung im Krieg), die nach Artikel 73 ein Bundesgesetz ausschließlich dem Bund obliegt. Der Bund hat die ausschließliche Hochdrucküber:

DG: Hat der Appell inzwischen alle Personen und Kreise, die es angeht, erreicht, d. h. haben alle, die es angeht, von der Existenz des Appells und seinem Inhalt erfahren?

Middelhaue: Sicher konnten bei unserer letztlich doch recht bescheidenen Möglichkeiten noch nicht alle in Frage kommenden Personen und Kreise über den Appell unterrichtet werden. Darum ergeht an jeden, der den Appell hat oder kennt, der Aufruf, als Multiplikator zu wirken, damit wir unser weitgestecktes Ziel trotz aller Widrigkeiten erreichen!

Appell Gesundheitswesen für den Frieden
c/o Dr. Middelhaue, Luethkensallee 41,
2000 Hamburg 70
Dresdener Bank, Hamburg, Konto-
Nr. 4 310 482 00 (BLZ 200 800 00)

Aufgeschoben ist nicht aufgehoben

Zur vorläufigen Rücknahme des Gesundheitssicherstellungsgesetzes

„Wir müssen vorsichtig sein bei dem Thema, denn natürlich ist die Bevölkerung zu Recht beunruhigt...“, erklärte die neue Bundesgesundheitsministerin Anke Fuchs, als sie bekanntgab, das Gesundheitssicherstellungsgesetz (GesSG) sei zurückgezogen. Ihr Staatssekretär Grobecker ergänzte im Bundestag, „daß in einem Verteidigungsfall, in dem atomare Waffen eingesetzt werden, ein wirkungsvoller Bevölkerungsschutz nicht möglich ist“.

Wie kam es zu dem plötzlichen Sinneswandel der Bundesregierung? Hat sie nicht jahrelang an dem Notstandsgesetz gebastelt? Und ist ihr Sinneswandel wirklich so grundsätzlich?

Die FAZ kommt zu dem Schluß: Frau Fuchs... habe „mit Blick auf die Friedensbewegung“ das GesSG fallengelassen.

Tatsache, der Widerstand im Gesundheitswesen ist mächtig angewachsen: ca. 100 Initiativen, zahlreiche Veranstaltungen und Veröffentlichungen, Gesundheitstag und Hamburger Kongreß gegen die Atomkriegsgefahr, Streit in der Ärzteschaft über die „Katastrophenmedizin“, Berichte in den Massenmedien, beginnende Diskussion in ÖTV und DGB, schließlich der „Appell aus dem Gesundheitswesen für den Frieden“ mit seiner größeren Bündnisbreite; das wäre vor 2 Jahren noch nicht vorstellbar gewesen. Überschätzen sollten wir unsere Kraft dennoch nicht. Die aktiven Gegner der Kriegsmilitarisation sind eine Minderheit (die Befürworter übrigens auch), die Mehrzahl der Kollegen im Gesundheitswesen ist immer noch uninformatiert und nimmt an der Auseinandersetzung nicht teil. Der Widerstand hat also noch große Reserven – um der angeschlagenen Bundesregierung weitere Auseinandersetzungen zu ersparen, zog die flexible Anke Fuchs das GesSG zurück.

Können wir unsere Protestresolutionen jetzt abheften und uns beruhigt wieder den Problemen der „Friedensmedizin“ widmen? Mit Sicherheit nein. Denn nach wie vor liegt dem Bundestag der Notstandsentwurf der CDU/CSU („Gesundheitsschutzgesetz“, vgl. DG 3/82) vor, der sich in den Kernfragen nicht vom Regierungsentwurf unterscheidet, in den Details des Demokratieabbaus aber noch weiter geht. Seine Hauptfunktion war und ist es, der Bundesregierung Dampf zu machen. Und so wußte die gut informierte FAZ am 3. 6. zu berichten:

„Doch bald schon tauchte es (das GesSG) wieder auf –

in einer Sitzung des Ältestenrates des Bundestages. Als die Abgeordneten der CDU/CSU-Fraktion dort das Verlangen vortrugen, ihren seit März vorliegenden Entwurf – der den letzten Überlegungen der Bundesregierung nicht fern war – im Parlament zu beraten, sagten ihnen die Abgeordneten der Koalition, man solle noch ein Weilchen warten, dann käme der Regierungsentwurf und man könne beides zusammen beraten... Tatsächlich zeigte sich, daß Regierungsmitglieder unzufrieden waren mit dem von Frau Fuchs erweckten Anschein, das Gesetz sei „gestorben“. Innenminister Baum etwa, zuständig für den benachbarten Zivilschutz, dringt auf das „Gesundheitssicherstellungsgesetz“. Es werde ein neues Gesetz geben, verlautete es, wenn auch nicht in diesem Jahr, so doch in absehbarer Zeit. Freilich entwickelt man keine Eile, möchte vor Landtagswahlen auch öffentlichen Streit vermeiden.“ Auf dem Mithausen der Geschichte ist das GesSG also keineswegs. Aber auch ohne zentrales Notstandsgesetz lassen sich Vorbereitungen für den Kriegsfall (siehe Faksimile eines Schreibens an alle Mitarbeiter eines hessischen Krankenhauses) treffen; Anke Fuchs selbst verweist auf diesen Schleichpfad: „Zunächst einmal (sollten) die Bundesländer Regelungen für den Katastrophenschutz treffen“ (FR v. 11. 5.). Ein halbes Jahr früher schon hatte der Ministerrat Jelen vom BmJFG diesen Weg detaillierter angegeben: „Da die gesundheitliche Versorgung im wesentlichen in landesrechtlichen Bestimmungen geregelt ist, sind dort zunächst die Aufgaben zu bestimmen und die notwendigen Verknüpfungen herzustellen... In der Vorbereitung des Gesundheitswesens auf Aufgaben der Katastrophenvorbereitung liegt deshalb der Ausgangspunkt für das Gesundheitssicherstellungsgesetz... Das kann nur gelingen, wenn im Gesundheitswesen Aufgaben der Normalversorgung und der Versorgung im Katastrophen- und im Verteidigungsfall nicht scharf voneinander getrennt werden, sondern... für deren stu-

fenweise Fortentwicklung gesorgt wird.“ (Arzt und Krankenhaus 9/81)

Herr Iden, immerhin verantwortlicher Referent für das GesSG, empfiehlt also, Inhalte dieses Gesetzes in Landesgesetzen unterzubringen. Das ist geschicktes Unterlaufen der Verfassung. Denn Zivilschutzangelegenheiten (wie das GesSG) sind Bundessache. Zur Tarnung schlägt Iden dann auch vor, die Grenzen zwischen „Normalversorgung“, Medizin bei Großunfällen und Kriegsmilitarisation bewußt zu verwischen.

Rheinland-Pfalz hat mit seinem „Brand- und Katastrophenschutzgesetz v. 2. 11. 1981“ (vgl. DG 3/82) den Schleichpfad bereits beschritten. Das Gesetz enthält wesentliche Inhalte des GesSG (z. B. Dienstverpflichtungen, Fortbildungspflicht in „Katastrophenmedizin“, Erfassung der Beschäftigten). Der Begriff „Katastrophe“ wird bewußt schwammig definiert („Gefahr größeren Umfanges“), die Kriegssituation ist also miteinbezogen.

Um zu resümieren: Wir haben den Notstandsplanern fürs erste den Weg verbaut, durch ein zentrales Notstandsgesetz das Gesundheitswesen auf einen Schlag zu militarisieren. Nun suchen sie nach Um- und Schleichwegen: Länderkatastrophenschutzgesetze, Katastrophenschutzpläne für Krankenhäuser, Aktivitäten der Ärztekammern etc. Diese Schleichwege sind für die Notstandsplaner zweifellos langwieriger und unbequemer, andererseits verlaufen sie verdeckter. Mehr als bisher wird Kriegsmilitarisation unter der Tarnkappe Katastrophenvorsorge ablaufen, das Taktieren der Standesrepräsentanten und die Anlage verschiedener „Katastrophenschutzübungen“ (z. B. in Hamburg) deuten darauf hin. Das stellt an die Friedensinitiativen im Gesundheitswesen höhere argumentative Anforderungen, andererseits kann ihre Arbeit konkreter werden, wenn sie Militarisierungsprojekte „vor Ort“ aufgreifen (z. B. Hessen: Kriegsausweise für das Krankenhauspersonal).

„Das Ziel der zivilen Verteidigung ist das gleiche wie das der militärischen Verteidigung, nämlich Friedenssicherung, Abschreckung und, wenn notwendig, Verteidigung mit allen Mitteln“, hieß es in der Europäischen Wehrkunde (1/79, S. 17). Die Mittel kennen wir, dank Reagan nebst seiner Eagle- und Weinberger. Mit einigen rein verbalen Entspannungsversprechen garniert, hat der Bonner NATO-Gipfel noch einmal das Aufrüstungsprogramm bekräftigt, die Stationierung ist für 1983 vorgesehen. Die Kraft der Wehrlicher des Aufrüstungskurses ist (noch) ungebrochen, ebenso die ihrer Helfershelfer im Zivilschutz. Der „Appell aus dem Gesundheitswesen für den Frieden“, der folgerichtig das Nein zur Kriegsmilitarisation mit dem Nein zur Stationierung der US-Raketen verbindet, ist also hochaktuell, zumal er nicht nur auf ein zentrales Notstandsgesetz, sondern auf alle Formen der Kriegsvorbereitung im Gesundheitswesen abhebt. Den Appell gilt es zu nutzen, um mehr Kolleginnen und Kollegen, besonders aus dem gewerkschaftlichen Bereich, anzusprechen.

Medizin im Atomkrieg überflüssig?

Hitzige Landtagsdebatte über medizinische Versorgung bei Nuklearangriffen

gru: „Registrierungspflicht aller im Gesundheitswesen und angrenzenden sozialen Berufen Tätigen schon in Friedenszeiten; Zwangsausbildung und Zwangsförderung in Kriegsmedizin; Dienstverpflichtung aller erfaßten Berufsgruppen für den Ernstfall“ – das sind einige wenige Punkte des Entwurfs für ein Gesundheitssicherstellungsgesetz. Obwohl oder gerade weil dieses Papier soeben vom Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit zurückgezogen worden ist, entzündete sich gestern nachmittag in der Bürgerschaft eine leidenschaftliche Debatte. Ausgangspunkt waren die Unterschriften von Sozialsenator Dr. Henning Scherf und Senatsdirektor Dr. Hans Helmut Euler vom Gesundheitsressort unter einen Appell gegen den Entwurf und damit gegen eine „Vorbereitung des Gesundheitswesens auf den Kriegsfall“. Während Christdemokrat Günter Klein den beiden SPD-Politikern „Sabotage an der Erfüllung der eigenen Amtspflicht“ vorwarf, mußte er sich von Gesundheitsminister Herbert Brückner „demagogisches Verhalten“ vorhalten lassen. Scherf und Euler hatten einen Aufruf unterschrieben, in dem es abgelehnt wird, „durch unsere Mitarbeit einen Krieg denkbar, führbar oder gewinnbar erscheinen zu lassen“. Zur Begründung heißt es in dem Papier unter anderem: „In einem Atomkrieg wird es keine medizinische Hilfe geben. Die gesamte zivile Katastrophenmedizin darf nicht zu militärischen Zwecken mißbraucht werden.“ Für die Bundesregierung sind die Unterschriften von Scherf und Euler Teil einer breiten öffentlichen und verwaltungsfernen Kritik gegen den Gesetzentwurf, zu der sich gestern auch Gesundheitsminister Brückner ausdrücklich bekannte.

Nach Ansicht des CDU-Politikers Günter Klein verletzt Brückner mit dieser Haltung genauso seine Verfassungspflicht wie Scherf. Klein hält eine Gesundheitsvorsorge im Kriegsfall mit Rücksicht auf den Überlebenswillen des Menschen für unerlässlich, erinnerte gestern an entsprechende Erklärungen des Bremerhavener Oberbürgermeisters Werner Lenz (SPD) und machte hinter dem „Rückzieher“ der neuen Gesundheitsministerin Anke Fuchs „ideologische Fremdenlegionäre“ aus. Mehr noch: Wer das Gesundheitssicherstellungsgesetz bekämpfe, fördere die Kapitulationsfähigkeit und schwäche die Basis der Bundeswehr. Die politische Ausrichtung des Appells ist für Klein klar, da auch DKP-Mitglieder unterschrieben hätten. Dem schloß sich Axel Adamietz von der BGL unter Hinweis auf einen Passus im Aufruf an, der sich gegen die Stationierung von Pershing-II-Raketen und Marschflugkörpern in Mitteleuropa ausspricht. Für Adamietz ist diese Passage Ausfluß des DKP-gesteuerten Krefelder Appells. Seine Kollegin Delphine Brox entdeckte gestern in den Unterschriften von Scherf und Euler einmal mehr die „Breitbandlüge der SPD“, während der von der BGL geschätzte Grüne Peter Willers unterstrich, daß auch er den Appell unterschrieben hätte. Im übrigen würden viele Zivilschutzmaßnahmen den Eindruck erwecken, als ob man vor den Folgen von Katastrophen und Kriegen sicher sei. Freidemokrat Ernst von Schönfeldt griff den Faden auf. Keiner könne verbindlich für andere sagen, wie Krieg am besten zu verhindern sei. Der Bundeswehr wie dem Pazifisten Scherf gebührten gleichermaßen Respekt. Nach den Worten des FDP-Abgeordneten hat selbst-

verständlich auch der Sozialsenator das Recht auf freie Meinungsäußerung. Die Unterschriften mit Angabe der Funktionen von Scherf und Euler seien freilich Amtsmissbrauch.

Widersprach Sozialdemokrat Fritz Tepperwien: „In einer solch hochpolitischen Auseinandersetzung muß einer breiten Öffentlichkeit deutlich werden, daß auch Politiker den Entwurf ablehnen. Tepperwien, Geschäftsführer des Arbeiter-Samariter-Bundes in Bremen, erinnerte gestern an das nicht geknüpfte Netz des Katastrophenschutzes in der Bundesrepublik und die „völlig ausreichende Katastrophenmedizin“. Hinter der Argumentation der CDU entdeckte der SPD-Parlamentarier das „Schüren von Kriegsangst“ und eine „Politik zur Aufrüstung“.

Brückner verwarf sie entschieden gegen „Diffamierung und demagogisches Verhalten“ des Christdemokraten Klein. Politiker hätten natürlich einen Verfassungsauftrag für den Frieden zu erfüllen. Nicht anders sei die Ablehnung eines Entwurfs über ein Notstandsgesetz zu verstehen, der angesichts der Vielzahl von Vorsorgemaßnahmen bei Katastrophenfällen zudem eine Überbürokratisierung beinhalte. Brückner: „Von einer Verweigerung ärztlicher Hilfe kann nicht die Rede sein.“ Der Bremer Gesundheitsminister identifiziert sich denn auch mit der Haltung des Marburger Bundes in dieser Frage, nach dessen Ansicht es im atomaren Kriegsfall keine Sicherstellung der Gesundheit gibt.

Aus: WESER-KURIER vom 14. 5. 1982

buch *Kritik* buch

Die Überlebenden werden die Toten beneiden

Ärzte warnen vor dem Atomkrieg
Pahl-Rugenstein-Verlag, Köln 1982,
14,80 DM

Das Buch zu dem Hamburger »Kongreß zur Verhinderung des Atomkrieges« ist endlich erschienen. Reichlich spät – und das ist auch der Hauptkritikpunkt. Denn ansonsten bietet das von den Ärzteinitiativen Bayern, Berlin (West) und Hamburg herausgegebene Buch wichtige Beiträge zur Friedensdiskussion im Gesundheitswesen. Natürlich an erster Stelle zu den medizinischen Folgen eines Atomkrieges in Europa, wozu zusammengefaßt die Artikel von Jack W. Boag, Walfried Linden und Heinz Baisch gezählt werden dürfen. Darüber hinaus stellt der Beitrag von Gert Bastian den Zusammenhang zwischen Nachrüstung und Kriegsgefahr dar: »Mit der Verfügung über neuartige nukleare Systeme tritt jedoch die Gefahr eines auf Europa begrenzten und mit solch besserer Berechenbarkeit nicht mehr im bisherigen Ausmaß unwahrscheinlichen Nuklearkrieges mehr und mehr in den Vordergrund.« Gert Bastian stellt die Veränderung der strategischen Konzepte der NATO seit 1945 heraus und kommt zu der Auffassung, daß sich der Westen durch den »Nachrüstungsbeschluß« eine Überlegenheit über den Warschauer Pakt verschaffen will. »Tatsächlich kann die ... dem Stationierungsbeschluß zugrunde liegende, irreführende Behauptung von einer zur »Nachrüstung« des Westens zwingenden »Vorrüstung« des Ostens nicht aufrecht erhalten werden, wenn man alle in Ost und West vorhandenen Nuklearpotentiale »in und für Europa« gegeneinander hält.«



Thematisch schließt an den Beitrag von Bastian der von John M. Lee an: »Die neue amerikanische Strategie: Wie kann ein Atomkrieg begrenzt und »gewonnen« werden?«

Es folgen einige Aufsätze und Überlegungen zu einer alternativen Sicherheitspolitik.

Ausgesprochen wertvoll ist der von Gunar Stempel geschriebene und auf dem Kongreß nicht gehaltene Exkurs zur Geschichte der Ärzteschaft in ihrem Verhältnis zur Atombewegung, besonders zur Verhinderung der Atombewaffnung der Bundesrepublik nach 1945. Viele werden hier zum erstenmal etwas lesen über den »Kampfbund gegen Atomschäden e. V.«, gegründet von dem Detmolder Gynäkologen Bodo Manstein. Dieser Bund hatte in den 50er Jahren während des Höhepunktes der Anti-Atombewegung »wohl über 1 Million Mitglieder (korporativ) und mehrere tausend Einzelmitglieder«, darunter eine große Zahl Ärzte. Stempel schildert das Verhalten der Bundes- und Landesärztekammern – Parallelen zu heute sind unverkennbar –, ausführlich beschreibt er die starke Bewegung unter den Ärzten gegen eine Stationierung von Atomwaffen auf deutschem Boden.

Dieses mit einem großen Dokumentarteil und einer vollständigen aktuellen Adressenliste aller Initiativen versehene Buch der Friedensbewegung im Gesundheitswesen stellt die notwendigen Zeitbezüge dar und vermittelt unverzichtbare Zusammenhänge. Es sollte in keinem Bücherregal fehlen!

Detlev Uhlenbrock

Lager und menschliche Würde

Die psychische und rechtliche Situation der Asylsuchenden im Sammellager Tübingen

Claudius Hennig, Siegfried Wiefner, AS-Verlag, Tübingen 1982, 7,80 DM

Nachdem 1974 Asylsuchende aus der Dritten Welt für den Arbeitsmarkt in der BRD zugelassen wurden, damit sie, bis das Anerkennungsverfahren abgeschlossen war, nicht der Sozialhilfe zur Last fielen, stieg die Zahl der Asylbewerber sprunghaft an.

Als die Zahl der Asylbewerber 1980 auf 108 000 angestiegen war, änderten die politischen Verantwortlichen diesen »Mißbrauch« auf Druck der Öffentlichkeit sehr schnell. Durch Visumzwang, Sammellager, Arbeitsverbot und Umstellung der Sozialhilfe auf Naturalien nahm der Zustrom unerwünschter Asylanten rasch ab.

Für diejenigen, die meist vergeblich auf ihre Anerkennung als politisch oder weltanschaulich Verfolgter warten, wurden nun Sammellager errichtet. In Tübingen wurde eine verlassene französische Kaserne mit minimalem Aufwand zu diesem Zweck hergerichtet. Die Folgen der Kasernierung wurden sehr schnell deutlich. Psychische Erkrankungen, Gewalt und Alkoholisismus waren bei den Lagerinsassen verbreitet.

Die vorliegende Studie beschreibt hautnah die äußeren Bedingungen der Lagerunterbringung, die psychischen Reaktionen auf diese Situation, die stark an die Reaktionsweisen von Häftlingen in Strafanstalten erinnern, schildert die rechtliche Situation der Asylanten und die Aktivitäten von engagierten Tübinger Bürgern, die versuchen die Lagerbedingungen zu verbessern.

Gregor Weinrich

Friedensbewegung in der DDR Texte 1978–1982

edition transit, Band 2
Hrsg. Wolfgang Büscher, Peter Wensierski,
Klaus Wolschner, Scandica-Verlag, Hattin-
gen 1982, 328 Seiten, 12,80 DM.

„Es kann in Europa nur noch einen Krieg geben, den Atomkrieg. Die in Ost und West angehäuften Waffen werden uns nicht schützen, sondern vernichten. Wir werden alle längst gestorben sein, wenn die Soldaten in den Panzern und Raketenbasen und die Generäle und Politiker in den Schutzbunkern, auf deren Schutz wir vertrauten, noch leben und fortfahren zu vernichten, was noch übrig geblieben ist.“
Vollständig ist der »Berliner Appell« in diesem Buch abgedruckt.



Aufgegliedert ist das Buch in einen Teil, der sich mit den Beweggründen der nicht staatlich organisierten Friedensbewegung beschäftigt und erklärt warum dies in hohem Maße in kirchlichen Kreisen abläuft, einen bemerkenswert ausführlichen Dokumententeil und einem Streitgespräch über Zusammenhänge und Notwendigkeiten von regierungsunabhängigen Friedensbewegungen in Ost und West. Der Dokumententeil mit seinen 250 Seiten enthält in großer Zahl Texte

- aus kirchlichen Kreisen zu Wehrdienstverweigerung, Wehrkundeunterricht und Frieden
- Interviews mit Bausoldaten, Havemann und Eppelmann
- Auszüge aus Schulbüchern für den Wehrkundeunterricht, Zeitschriften und Büchern
- Briefe an Honecker, Breschnew, etc.
- Berichte von Besuchseindrücken in der DDR
- Stefan Heyms Erklärung zu Polen.

Dem in der BRD-Friedensbewegung Informierten wird klar, daß hier wie dort die Friedensbewegung ähnlichen Schwierigkeiten gegenübersteht.

Wer hier hofft oder befürchtet, in der DDR-Friedensbewegung eine antisozialistische Kraft zu finden, wird enttäuscht sein. Es stellt sich vielmehr, wie auch hier, die Frage nach der Ohnmacht gegenüber der Staatsgewalt.

Es geht darum, wie die Ziele des Sozialismus mit Leben erfüllt werden können.

Dieses Buch hat mit seinen 328 Seiten einen angenehmen Preis. Vermißt habe ich ein paar Zeilen über die Herausgeber, was schon dazu gehört.

Trotzdem, eine runde Sache.

Eckhard Müller

Die Medizin jener „Dreißiger Jahre“

Anmerkungen um eine Tübinger Ausstellung

„Wir drohen immer mehr, eine Nation von Sozialfürsorgeempfängern, Frühpensionären, Kranken, Halbkranken, Krankfeiern und behandlungsbedürftigen Sucht-Kranken zu werden“, übte sich die Frankfurter Allgemeine Zeitung in einem Titelseiten-Kommentar vom Januar in einer der mittlerweile so in Mode gekommenen Sozialstaatsklagen. Doch meinte sie, dafür auch das entsprechende Heilmittel zu wissen: „In den dreißiger Jahren wurde der Arzt nur in schweren Fällen gerufen. Man half sich selbst und nutzte dabei die bewährten Hausmittel.“

Naturheilkunde und Selbstmedizin, das sind wesentliche Bestandteile heutiger Alternativmedizin, und es nimmt Wunder, daß ein bürgerlich-konservatives Blatt wie die FAZ auf einen solchen Kurs als Krisenlösung für ein marodes Gesundheitssystem einschwenkt. Verständlicher wird dies, sobald man sich eingehender mit dem Gesundheitswesen der von der FAZ verharmlosend titulierten „Dreißiger Jahre“ – dem deutschen Faschismus – beschäftigt. Denn nicht allein die Schulmedizin der Nationalsozialisten war eine „Medizin ohne Menschlichkeit“. Auch „Hausmittel und „Alternativmedizin“ erwiesen sich nicht gerade als Heilkräuter, das gegen den Faschismus gewachsen ist.

„Volk und Gesundheit – Heilen und Vernichten im Nationalsozialismus“, das war eine Ausstellung, die von Studenten der Medizin, Pädagogik und der Empirischen Kulturwissenschaft fächerübergreifend unter der Leitung des Medi-

zhistorikers Walter Wuttke-Groneberg im Ludwig-Uhland-Institut der Universität Tübingen zusammengestellt wurde und ist der Titel eines von der Projektgruppe herausgegebenen 250seitigen Begleitbuches, das auch nach Ausstellungsende die Ergebnisse der Veranstalter dokumentiert. Über mangelndes Interesse hatten weder die Ausstellung noch das Begleitbuch zu klagen: Durch den „Fall“ der Tübinger Anthropologieprofessorin Sophie Erhardt (ihre Arbeit an den Akten des Rassehygienischen Institutes in Berlin, in dem sie selbst beschäftigt gewesen war) und nicht zuletzt durch aktuelle Entwicklungen im Gesundheitswesen war ein Interesse entstanden, das über 17 000 Besucher in die Ausstellung brachte und die Leserbriefseiten der Tageszeitungen füllte.

Ziel des Projektes sollte es sein, aufzuzeigen, wie und nach welchen Regeln im Nationalsozialismus Gesundheit betrieben, benützt und verhindert wurde. Aufzählungen der im Faschismus verübten Grausamkeiten im Bereich der Medizin gibt es trotz der noch immer viel zu knappen Literatur einige. Grund genug, die Arbeit auf zwei Schwerpunkte zu legen:

Zum einen, die innere Struktur dieser Medizin, eingebettet in den gesamten Gesundheitsbereich, in ihrer tödlichen Logik aufzuzeigen. Die Projektgruppe versuchte, eine Bogen über das ganze Spektrum von alltäglicher, scheinbar unpolitischer Individualgesundheit bis zum Schicksal derer, denen auf der Basis medizinischer Theorien das Lebensrecht verweigert wurde. Sprich: von Ernährung, Wohnung und Kneippkur bis zum Mord an Behinderten, Homosexuellen, Polen, Juden, Sinti und Roma. Diese Medizin, deren Ziel nicht das Wohlergehen des einzelnen, sondern die gezielte Kostenersparnis bei minimaler Gesundheitsversorgung war, läßt sich an drei Prinzipien aufzeigen: *Leistung, Vernichtung und Verwertung.*

Aeskulap & Hakenkreuz

Zur Geschichte der Medizinischen

Fakultät in Gießen

zwischen 1933 und 1945



– EINE DOKUMENTATION –
der Arbeitsgruppe Medizin und Faschismus
(M. Hamann, H. Jakobi, P. Chroust)

200 Seiten; 130 Abbildungen

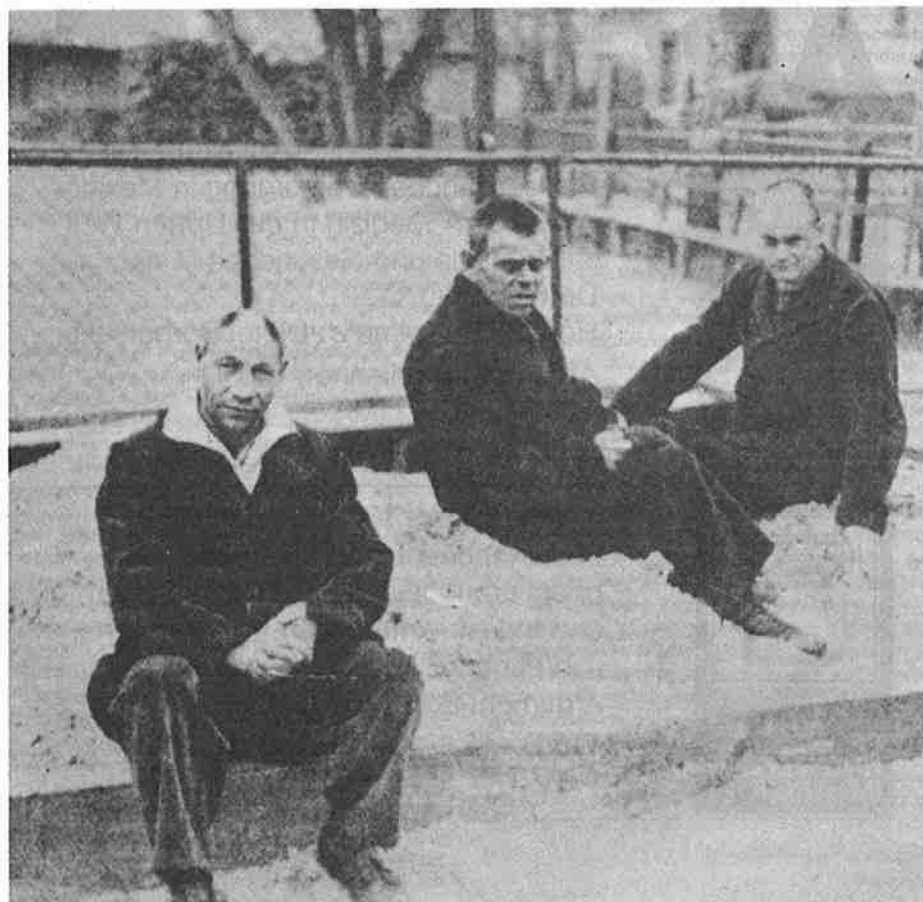
Die Dokumentation wurde als Gegenstück zu den Festschriften der 375-Jahr-Feier der Gießener Universität verfaßt. Die Autoren sind Medizin-Studenten und haben ein Jahr lang die heimischen Archive bearbeitet, um im Ergebnis einen Überblick über einen Ausschnitt von Lokalgeschichte vorzustellen, der bislang vor allem auch während der geschichtsträchtigen Festveranstaltungen nicht nur unbearbeitet, sondern auch völlig unerwähnt geblieben ist. Als Versuch einer zusammenfassenden Darstellung dürfte diese Dokumentation auch von überregionalem Interesse sein.

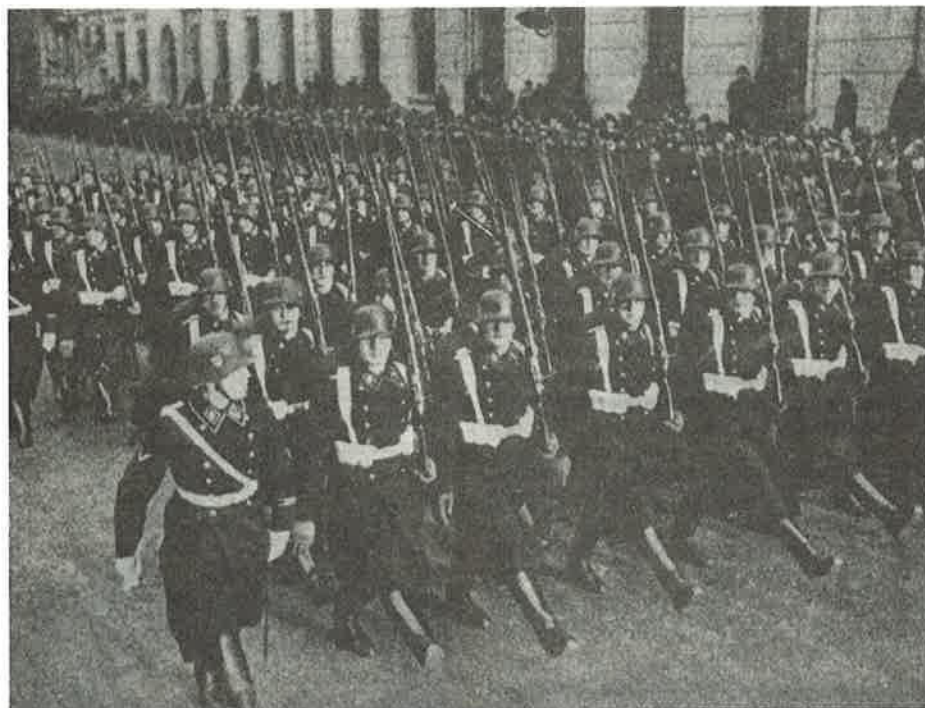
Ich bestelle hiermit
Exemplar(e)
der Dokumentation
Aeskulap und Hakenkreuz
zum Preis von à DM 15 (zuzü-
gig Porto)
gegen Rechnung

Bestellungen sind zu richten an:
Helga Jakobi Alicenstr. 26, 63, Gießen

Name _____
Straße _____
Wohnort _____

(Datum) _____ (Unterschrift) _____





„Jede geschlossene Lebensgemeinschaft“, so der Tübinger Psychiater Hoffmann 1937, „ist eine Gemeinschaft der Leistung, in der jeder einzelne an Arbeitskraft herzugeben hat, was in ihm ist.“ Dies ist der Aspekt, nach dem Gesundheit im Dritten Reich gemessen wurde. Gesundheit heißt Leistung erbringen können, Krankheit heißt demnach versagen. „Daß ich lebe, ist nicht wichtig“, sagte ein Werbeplakat, „wohl aber, daß ich tätig bin.“

Folge war das Prinzip der Vernichtung, das sich logischerweise aus diesem Leistungsdenken ergibt. Wer seinen Beitrag zur NS-Leistungsgemeinschaft nicht (mehr) erbringen konnte, verlor potentiell und praktisch sein Recht auf Leben. Die „Euthanasie“-Aktionen, der Mord an geistig und körperlich Behinderten zeigt dies genauso wie die Selektionen in den Konzentrationslagern, die nach dem Kriterium der Leistungsfähigkeit durchgeführt wurden. Wer nicht mehr arbeiten konnte, endete in der Gaskammer.

Das dritte Prinzip ist das der Verwertung, das sich bei steigender Arbeitszeit, Arbeitsdienst und KZ-Arbeitslagern jedoch nicht in der Verwertung der Arbeitskraft erschöpfte. Über die gezielte Ausbeutung der Leistungsfähigkeit der breiten Bevölkerung für die Kriegsvorbereitung hinaus war der Mensch im Nationalsozialismus nicht einmal vor der Verwertung seines toten Körpers sicher. Die konsequente Weiterführung und der logische Schlußpunkt dieser Leistungs-Vernichtungs- und Verwertungsmedizin ist das Ausbeuten des toten Körpers. Ausgebrochenes, an die Reichsbank verkauftes Zahngold von KZ-Häftlingen gehört dazu ebenso wie die Herstellung biologischer (!) Komposthaufen und Menschenasche in Auschwitz.

Zum anderen lag neben dieser inneren Struktur, die in Ausstellung und Begleitbuch aufgezeigt werden sollte, ein weiterer Schwerpunkt auf dem „alltäglichen“ Charakter dieser Medizin, die sich bis in die entlegenen Winkel privaten Lebens ausbreitete. 6000 mit Berufsverbot bedachte Ärzte, zehntausende „euthanasierte“ Behinderte sind noch offensichtliche Merkmale dieses Ungesundheitswesens, doch tuberkulo-

sefördernde Wohnungspolitik, leistungs- und verwertungsorientierte Körperbildung und kriegsvorbereitende Ernährungspolitik, die Ersatznahrung und Hunger vorausplante, wurden bisher kaum in ihrer lebensverachtenden Wirkung gesehen.

Vollends deutlich wird dieses System der Billigmedizin dann schließlich durch die glatte Vereinnahmung der meisten „alternativen Heilweisen“ (jeweils dort, wo sie nicht konsequent sozialmedizinisch ausgerichtet waren), die aus der Weimarer Republik noch in bester Tradition standen. Kneippkur, Homöopathie, Licht-, Luft- und Sonnenanbeter und Heilkräutler waren für den NS-Staat ein gefundenes Fressen, die Staatsausgaben für Gesundheit noch weiter zu senken. Sie nahmen dem Staat ja die Pflicht zur Gesundheitsfürsorge ab.

Wie schrieb doch die FAZ? „In den dreißiger Jahren wurde der Arzt nur in schweren Fällen gerufen. Man half sich selbst und nutzte dabei die bewährten Hausmittel.“ Patente Rezepte für eine „Nation von Sozialfürsorgeempfängern, Frührentnern, Kranken, Halbkranken, Krankfeiern und behandlungsbedürftigen Sucht-Kranken.“

Eberhard Wolff

Das Begleitbuch zur Ausstellung ist kartoniert für DM 15,- als Hardcover für DM 25,- zu beziehen über: Tübinger Vereinigung für Volkskunde, Schloß, 7400 Tübingen. Die gesammelten Pressematerialien (55 S.) sind für DM 6,- zu erhalten bei Einzahlung auf das Konto Nr. 449166 bei der Kreissparkasse Tübingen (BLZ 641 500 20).

DAS ARGUMENT

Argument-Vertrieb
Tegeler Str. 6
1000 Berlin 65



Basisgesundheitsversorgung in Mexico.
»Westliche« Medizin in der Dritten Welt.
Tabakmultis und Gesundheit in der Dritten Welt.
Horacio Riquelme U., Dieter Borgers u.a.
Argument-Studienheft SH 41
70 Seiten, 7,- DM



Krankenpflege als Frauenberuf.
Patientenorientierung vs. Personalorientierung. Gesundheitsschäden und Industrieinteressen.
Jahrbuch für kritische Medizin 8
Argument-Sonderband AS 86
176 S., 16,80 DM/f. Stud. 13,80 DM

In eigener Sache

Offener Brief

An alle DG-Kontaktadressaten

Betr.: Mitarbeit am DG

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Anlaß zu diesem Brief gibt mir der Leserbrief von Gudrun Schotten (DG 3/82, S. 3). Sie fragte dort: „Gibt es für diese DG-Initiativen echte Mitsprache-Rechte an Inhalt und Form des DG oder soll es sich nur um Zuarbeiter und Weiterverkäufer handeln...“

Ich möchte mit meinem Brief an Euch diese Diskussion weiterführen, und, um möglichst alle Leser einzubeziehen, ihn auch in der nächsten Ausgabe unter „In eigener Sache“ veröffentlichen.

Vorab etwas zur Entstehung von DG, weil nur so unsere heutige Struktur erklärlich wird. Die Idee, DG zu machen, ist in ganz wenigen Köpfen während der Vorbereitung zum Staatsexamen 1977 entstanden. Ich war einer davon. In Rundbriefen an Kolleginnen und Kollegen, die wir aus der politischen Arbeit (Verband Deutscher Studentenschaften, ÖTV, Marburger Kongreß, Bund Demokratischer Wissenschaftler u. a.) kannten, haben wir unsere Ideen verbreitet und große Zustimmung gefunden. Ohne daß eine einzige Ausgabe erschienen war, hatten wir bereits ca. 500 Abo-Zusagen. Wir hatten aber auch eine Menge Schwierigkeiten und Diskussionen, besonders mit Freunden, die uns politisch nahestehen, und die eine parteiunabhängige und gewerkschaftsunabhängige Zeitschrift im Gesundheitswesen zu diesem Zeitpunkt für eher schädlich hielten. Die technischen Schwierigkeiten waren erheblich: Wir waren damals ein Kreis von 12 „Redakteuren“, alle Amateure, alle voll im Gesundheitswesen berufstätig, mit Wochenend- und Nachtdiensten, z. T. auch Familie. Von allen Verlagen, die wir angeschrieben hatten, bot uns Pahl-Rugenstein die besten Vertriebskonditionen, aber auch hier wollte niemand so recht glauben, daß eine Zeitschrift mit einem so amateurhaften Redaktionsstab, ohne Hauptamtlichen/Hauptverantwortlichem, verteilt über 8 Städte in NRW eine Zukunft hätte. An dem finanziellen Risiko beteiligten sich 20 außerredaktionelle „Gesellschafter“ mit Einlagen zwischen 1000 und 2000 DM. Die Redaktionsräte legten 1979 und 1980 zusammen etwa 50.000 DM dazu. Jetzt wird mancher fragen, warum wir das alles gemacht haben, hätten wir unsere Arbeitskraft, Freizeit und Geld nicht sinnvoller anbringen können? Wir waren davon überzeugt, daß eine solche Zeitschrift – ohne Zensur Eingriffe – politisch wichtig war und ist. Für Berufstätige im Gesundheitswesen – unsere hauptsächlichsten Adressaten – gab es damals nichts Vergleichbares, wo wir gleichberechtigt hätten mitarbeiten können. Sicher auch viele persönliche Gründe: wir hatten damals bereits jahrelang politisch zusammengearbeitet, hatten z. T. zusammengewohnt, waren gemeinsam in Urlaub gefahren, kurz: hatten eine lange gemeinsame Geschichte. Uns hat es einfach auch Spaß gemacht, gemeinsam etwas Neues zu machen und es war schon eine richtige Feier, als die erste Ausgabe im November 1979 fertig war. Der Redaktionskreis ist seitdem im Wesentlichen konstant geblieben, wenige sind ganz ausgestiegen, erfreulich, daß einige fest hinzugekommen sind. Wir haben eine Menge dazugelernt, die Technik geht uns heute leichter von der Hand, wir haben mehr Zeit für die Inhalte und wir haben die Umstellung auf 6 Ausgaben verkraftet. Das Wichtigste ist, daß wir wissen, wie wir uns aufeinander verlassen können. Wir besprechen heute nur noch den „roten Faden“ einer jeden Ausgabe mit der gesamten Redaktion. Für den Inhalt jeder Ausgabe sind 2–3, für die Technik 4–5 Redakteure im Wechsel zuständig, so daß jeder pro Jahr an 2 Ausgaben intensiv mit-

wirkt. Die Heftschnepunkte werden auf der Herbst-Konferenz von Herausgebern und Redaktion jeweils für das kommende Jahr nach ausführlichen Diskussionen geplant. Danach werden die Schwerpunktthemen nach Interesse verteilt. Die so für bestimmte Heftschnepunkte verantwortlichen Redakteure müssen dann bis ca. 3 Monate vor der Endredaktion des Heftes eine inhaltliche Konzeption der Gesamtedition vorlegen. Diese Konzeption beruht realistisch auf der Frage, welche Kontakte der Redakteur hat knüpfen können, wer sich zur Mitarbeit bereit erklärt hat (von „außerhalb“), welche Vorschläge bei ihm eingereicht werden. Im Schnitt verfassen die Redakteure etwa ein Drittel der Artikel eines Heftes selber, und mehr sollte es auch nicht sein! Über diese Redaktionskontakte hat sich inzwischen ein ziemlich großer Mitarbeiterkreis entwickelt, z. T. von festen Mitarbeitern – oft Experten auf bestimmten Gebieten –, die regelmäßig bei uns schreiben und wesentlich das Bild von DG mitbestimmen. Es hat bislang sicherlich schon viele „Pannen“ gegeben: verschlurpte Artikel, schlechte Absprachen, versäumte Termine u. a.; soweit ich weiß, ist jedoch noch nie ein – vom Umfang her passender – Artikel herauszensiert worden! Hierbei möchte ich noch eine weitere „Eigenart“ unserer Redaktionsarbeit erwähnen: Kontroversen werden bei uns nicht per Abstimmung „geklärt“. Bei gegensätzlichen Positionen wird versucht, auch die Minderheit in der Zeitschrift zu berücksichtigen. (Beispiel: Fast die gesamte Redaktion stand hinter dem „Krefelder Appell“, trotzdem wurde auch der Aufruf der „Russell Peace Foundation“ abgedruckt!)

Sicherlich hat sich bei uns in den beiden vergangenen Jahren der Arbeitspielraum erweitert: die Arbeitsteilung funktioniert besser, in der Technik sind wir versierter und haben mehr Kontakte und Mitarbeiter, die uns helfen. Andererseits ist unsere Freizeit eher spärlicher geworden: 14 Kinder, die meisten in den letzten 3 Jahren entstanden, beanspruchen viel Zeit, immer noch sind wir alle berufstätig, haben keinen „Hauptamtlichen“, und außer bei DG haben wir fast alle auch noch den Anspruch, in Gewerkschafts-, Frauen-, Friedens- und anderen Gruppen mitzuarbeiten. Da bleiben nicht mehr viele Wochenenden: „Wer Vorschläge macht, muß bereit sein, wesentlich an der Umsetzung mitzuarbeiten!“

Zum Schluß zur Technik: Redaktionssitzung ist jeden 2. Mittwoch im Monat in Mülheim von 20 bis ca. 23.30 Uhr. Jede Ausgabe beansprucht 2 Wochenenden, an denen sich Inhalt- und Umbruchteam treffen. In den drei Wochen zwischen diesen Wochenenden sind 1–2 Leute fast jeden Nachmittag mit Tippen, Auszeichnen und Verschicken bzw. Hinterhertelefonieren von Artikeln, Sortieren von Nachrichten, Kurzmeldungen und Anzeigen beschäftigt. Nach dem Umbruch muß eine Woche später noch jemand zur Druckerei fahren und einen Nachmittag korrekturlesen. Die inhaltlich Verantwortlichen müssen sich natürlich zwischendurch für die Konzepterstellung treffen.

Ich habe versucht, unsere Arbeitsweise und Redaktionsstruktur etwas transparent zu machen, damit ihr – und auch unsere Leser – besser die Möglichkeiten für Mitarbeit und „echte Mitsprache“ für euch überlegen könnt. Eines möchte ich nochmal ganz klar sagen: Es gibt für uns nichts Lämmerendes, als in unserem „eigenen Saft zu schwimmen“. Jeder neue Mitarbeiter, jeder, der sich für eine verantwortliche Redaktionsarbeit interessiert und jede realistische Initiative, die unsere Struktur verbessern hilft, ist uns sehr willkommen.

Gut fände ich es, wenn wir im Heft die Diskussion mit euren Anregungen/Antworten/Kritik fortsetzen können.

Mit solidarischen Grüßen
Ulli Raupp

DG-Kontakte

Ansbach: Birgitta Eschenbacher, Am Helmweg 17, 8800 Ansbach, Tel. (09 81) 1 44 44; Berlin: Annette Schwarzenau, Treskowstr. 3-4, 1 Berlin 27, Tel. (030) 434 34 80; Bonn: Edi Erken, Röttgenstr. 12, 53 Bonn 1, Tel. (02 28) 28 46 21; Bremen: Cornelia Selke, Clausenitzstr. 25, 28 Bremen 1, Tel. (04 21) 35 44 42; Darmstadt: Jürgen Frohner, Liebfrauenstr. 110, 61 Darmstadt 1, Tel. (061 51) 7 45 51; Düsseldorf: Gunar Stempel, Aachener Str. 198, 4 Düsseldorf, Tel. (02 11) 15 11 87; Duisburg: Felix Richter-Hebel, Hochfeldstr. 19, 41 Duisburg 17, Tel. (021 36) 51 20; Essen: Uwe Schmitz, Rüttelskamp 35, 43 Essen 1, Tel. (02 01) 4 26 97; Frankfurt: Klaus Priester, Schloßstr. 98, 6 Frankfurt 90, Tel. (06 11) 70 54 49; Gießen: Claudia Lehner, Bismarckstr. 6, 63 Gießen, Tel. (06 41) 752 45; Göttingen: Barbara Wille, Ostlandweg 23, 34 Göttingen, Tel. (05 51) 3 37 10; Hamburg: Robert Pfeiffer, Kurfürstenstr. 45, 2 Hamburg 70, Tel. (040) 6 56 48 45; Hanau: Hans See, Gustav-Hochstr. 37, 645 Hanau, Tel. (061 81) 83 91; Hannover: Martin Walz, Tiestestr. 19, 3000 Hannover 1, Tel. d. (051 32) 90 65 57/p; (051 1) 81 89 68; Heidelberg: Michael Gerstner, Burgstr. 44, 69 Heidelberg, Tel. (06 221) 47 41 01; Kassel: Matthias Dippel, Waitzstr. 2d, 3500 Kassel, Tel. (05 61) 5 49 25; Kiel: Ralf Cüppers, Saarbrückener Str. 176 B, 23 Kiel 1, Tel. (04 31) 68 63 97; Kleeve: Ulla Funke, Spyckstr. 61, 419 Kleeve, Tel. (02 81) 265 61; Köln: Peter Liebermann, Lessingstr. 59, 5 Köln 30, Tel. (02 21) 5 50 10 79; Lengerich: Jan Hendrik Hardt, Niederring 3, 4540 Lengerich; Linz/Rhein: Richard Beitzel, Magdalena-Dammstr. 5460 Linz, Tel. (02 64) 551; Lübeck: Angela Schürmann, Genierstr. 44, 24 Lübeck, Tel. (04 51) 5 65 86; Mannheim: Werner Weindorf, Maxstr. 5a, 68 Mannheim, Tel. (06 21) 85 54 05; Minden: Susanna Steuber, Artilleriestr. 12, 495 Minden, Tel. (05 71) 2 99 87; München: Margret Lambrecht, Pommernstr. 15, 8 München 40, Tel. (08 9) 35 29 35; Münster: Helmut Copak, Geisstr. 67a, 44 Münster, Tel. (02 51) 79 46 88; Oldenburg: Helmut Koch, Saarstr. 11, 2900 Oldenburg, Tel. (04 41) 8 38 56; Recklinghausen: Petra Voss, Am Lohr 4, 4350 Recklinghausen, Tel. (02 361) 1 54 53; Remscheid: Michael Sünner, Klausenerstr. 34, 5630 Remscheid-Lüttringhausen, Tel. (02 191) 5 52 79; Riedstadt: Harald Skrobles, Freih.-v.-Stein-Str. 9, 6086 Riedstadt, Tel. (061 58) 61 61; Siegen: Michael Regus, Zur Zinsenbach 9, 59 Siegen, Tel. (02 71) 7 68 60; Sprockhövel: Wolfgang Münster, Hohe Egge Unterweg 17, 4322 Sprockhövel 1, Tel. (02 324) 7 23 58; Tübingen: Elke Schön, Jacobsgasse 19, 7400 Tübingen, Tel. (07 071) 21 27 98; Ulm: Wolf Scheinzer, Ringstr. 22, 79 Ulm-Lehr, Tel. (07 31) 6 65 44; Viersen: Sebastian Stiefel, Hermann-Ehlers-Str. 5, 4060 Viersen 12, Tel. (021 62) 7 76 94.

Themenvorschau 5/82

Schwerpunkt: Alternative Medizin:

- Perspektive der Gesundheitsläden
- Chinesische Medizin, Ende einer Utopie
- Anthroposophische Hochschule Herdecke
- Wunderheilung in den Niederlanden
- Frauen im Heilwesen des Mittelalters
- Heilpraktiker, Alternative als Geschäft?

Themenvorschau 6/82

Schwerpunkt: Alte Menschen – ausgedient und abgeschoben.

Zustände oft schlimmer als in der Psychiatrie, doch kaum einer redet davon: bundesdeutsche Alten- und Pflegeheime. Elendes Dahinvegetieren, menschenverachtende Profitgier. Zu privatem Elend kommt staatlicher „Dank“ für ein Arbeitsleben: Frühinvalidität, Rentenkürzung! Gibt es noch ein Leben vor dem Tod? Was tun die Alten, was können wir tun?

DG-Seminar

Thema: Ambulante Versorgung

Zeitpunkt: Nov./Dez. '82

Ort: Bonn, Frankfurt oder Riedstadt

- ärztliche ambulante Versorgung
 - pflegerische ambulante Versorgung
 - Krankenkassen und ambulante Versorgung
 - verschiedene Praxisformen
 - Weiterbildung im ambulanten Bereich
 - Arzneimitteltherapie im ambulanten Bereich
 - Beratungsdienste im ambulanten Bereich
 - Selbsthilfegruppen
 - und vieles mehr
- Näheres im nächsten Heft!

Palästinas Kinder brauchen Hilfe

02-394711-07-01

560

DOEKER
KARL

TARPENBECKSTR. 125

2000 HAMBURG 20

**Medizin-Geräte
für mobile Kinder-
Ambulanzen des
Palästinensischen
Roten Halbmonds
(Rot-Kreuz-Organisation)**

**Spendenkonto
Prof. E. Wulff
Kto. Nr. 527 055 - 602
PSchA Ffm**

In der letzten Ausgabe des DEMOKRATISCHEN GESUNDHEITSWESSEN veröffentlichten wir den Spendenaufruf „Palästinas Kinder brauchen Hilfe“. Wir ahnten bei der Herstellung der Zeitung nicht, wie aktuell wir leider damit werden sollten. An dem Tage, an dem das DG bei seinen Abonnenten ankam, fiel Israel in den Libanon ein und besetzte weite Teile des Landes. Die israelische Invasion wurde von massiven Bombardements von Beirut, anderer Städte und Dörfer und sogar von Flüchtlingslagern und Krankenhäusern begleitet. Bis Mitte Juli mußten unter der libanesischen und palästinensischen Bevölkerung 40 000 Tote und Verletzte beklagt werden, 95% davon sind Zivilisten, 70% Frauen und Kinder. Völkerrechtswidrig setzte die israelische Luftwaffe dabei erst kürzlich von den USA gelieferte Splitterbomben sowie Phosphorbomben ein, die international als geächtete Waffen gelten.

Über die Zerstörung von Krankenhäusern des palästinensischen Halbmonds und des Roten Kreuzes hinaus verhafteten die Israelis das medizinische Personal der Krankenhäuser im Südlibanon. Auch ausländische Ärzte, die mit der PLO zusammengearbeitet haben, wurden verhaftet und zu internationalen Terroristen erklärt. Während der Presse mit großem Propagandaaufwand ein israelisches Ärzteteam von rund 60 Personen und 20 Ambulanzen beim Überqueren der israelisch-libanesischen Grenze vorgeführt wurde, wurde den mit Lebensmitteln und Medikamenten beladenen Lastwagen des UN-Hilfswerks für palästinensische Flüchtlinge im Nahen Osten (UNRWA) das Passieren der Grenze verwehrt. Desgleichen

wurde ein vom Internationalen Komitee des Roten Kreuzes (IKRK) gechartertes mit Medikamenten, Decken und Lebensmitteln beladenes Frachtschiff für den Libanon von der israelischen Marine gezwungen, abzudrehen und Kurs auf Zypern zu nehmen. Die Weigerung Israels, medizinische und humanitäre Hilfe in den besetzten Libanon zu lassen, betrifft auch insbesondere das eingeschlossene West-Beirut. Ein norwegisches medizinisches Team hatte Blutkonserven mitgebracht, die am Übergang von Ost- nach West-Beirut festgehalten wurden. Von den 200 Konserven blieben schließlich 120 im Osten. Die restlichen 80 waren verdorben als sie schließlich doch in den Westteil gelangten. Diese menschenrechtsverletzenden Vorgänge haben u. a. dazu geführt, daß innerhalb weniger Tage Spenden in Höhe von 15000 DM für den Aufruf „Palästinas Kinder brauchen Hilfe“ eingingen, der vom Antiimperialistischen Solidaritätskomitee für Afrika, Asien und Lateinamerika (ASK) in Zusammenarbeit mit der PLO initiiert worden war. Bereits am 30. 6. 1982 wurde das Geld vom Sprecher des ASK, Prof. Erich Wulff, an die Bonner PLO-Vertretung übergeben zum Kauf einer ersten mobilen Kinder-Ambulanz (10000 DM) und für die dringendsten Bedürfnisse bei der Versorgung der zahlreichen verwundeten Opfer. „Zur Zeit hilft uns Geld am meisten, wir können hier auf dem lokalen Markt einkaufen. Es gibt eben auch hier immer wieder Leute, die einen Weg finden, am Krieg zu verdienen. Aber momentan ist es die sicherste Versorgung für uns“, so Dr. Fathi Arafat, der Präsident des palästinensischen Roten Halbmonds (PRH) in einem Gespräch mit der taz am 16. 7.

1982 im eingeschlossenen West-Beirut. Dort hat der Rote Halbmond inzwischen 25 medizinische Notversorgungszentren eingerichtet. Der Palästinensische Rote Halbmond wurde im Januar 1969 geschaffen. Diese „Rot-Kreuz“-Gesellschaft des palästinensischen Volkes unterhielt vor der israelischen Invasion 30 Krankenhäuser und ca. 100 weitere medizinische Einrichtungen vor allem im Libanon, aber auch in anderen arabischen Staaten. Die Redaktion des DEMOKRATISCHEN GESUNDHEITSWESSEN ruft seine Leser auf, verstärkt für das ASK-Spendenkonto zu werben. Solidaritätsinitiativen und Einzelspenden können auf Wunsch vom ASK eine Aufstellung der benötigten Gegenstände für die Kinder-Ambulanzen mit Preisangaben erhalten. Ebenso können über das ASK das abgebildete DIN-A 2-Plakat, ein vierseitiges DIN-A 4-Faltblatt, Solidaritätspostkarten bezogen wie auch Referenten vermittelt werden. Wir weisen darüber hinaus auf die beiden in diesem Heft besprochenen Palästinafilme hin, die sich vorzüglich für die Solidaritätsarbeit eignen.

All diese Materialien (bis auf die Filme) sind erhältlich bei:

**Antiimperialistisches Solidaritätskomitee
für Afrika, Asien und Lateinamerika (ASK),
Mainzer Landstr. 15, 6000 Frankfurt/M. 1,
Tel. (0611) 236375**

Spenden werden unter dem Kennwort „Palästina“ erbeten auf das Sonderkonto Prof. Erich Wulff; PSchA Frankfurt/M., Konto-Nr. 527 055-602