

Abo-Preis DM 4,50

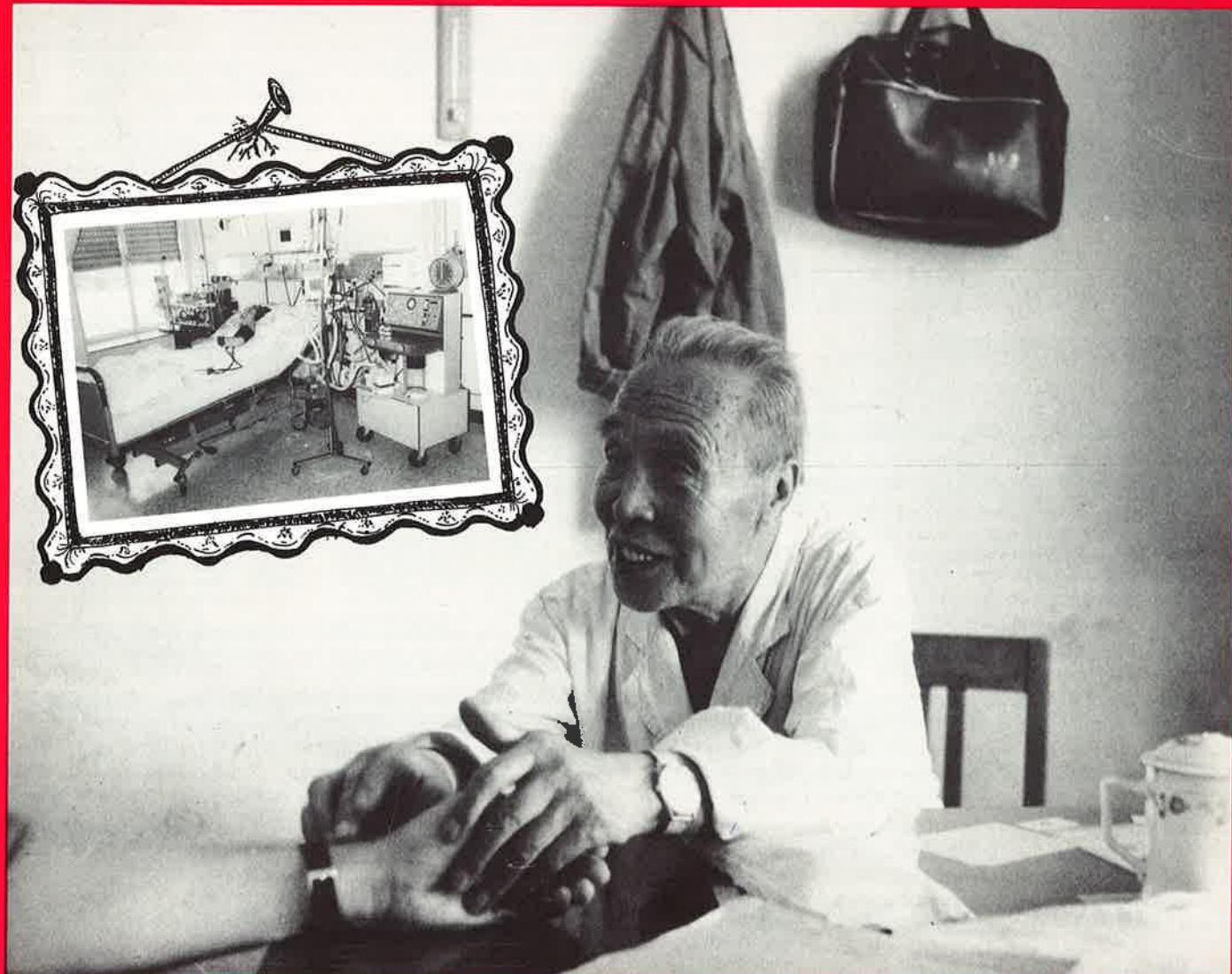
Einzelverkaufspreis DM 6,—

Sept./Okt. 1982

G 2961 F

DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN

ZEITSCHRIFT FÜR GESUNDHEITS- UND SOZIALBERUFE



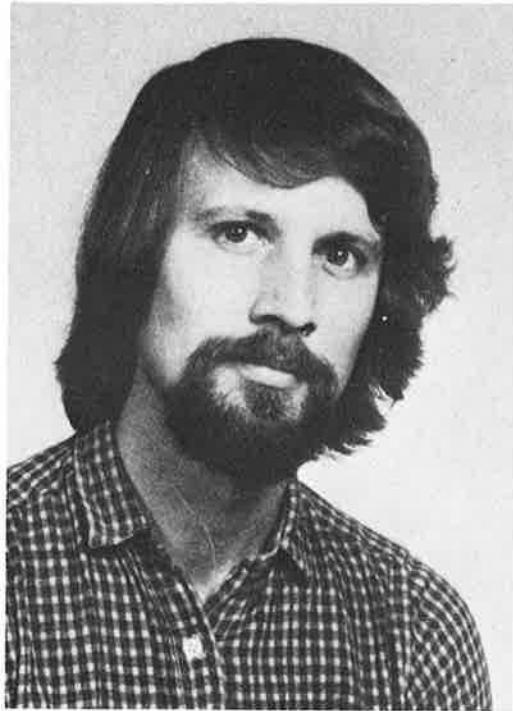
Alternativmedizin

Okkultismus – Chinesische Medizin – Heilpraktiker-ausbildung – Frischzellen – Gesundheitsbewegung – Faschistische Tendenzen – Ernährung

5/82

Volksmedizin im Mittelalter
Gesundheitsbewegung in Frankreich
Hochschule Herdecke
Operation '83

der kommentar



Ein Sack voll Flöhe . . .

von Gregor Weinrich

Bei der Vorbereitung dieses Heftes wurde uns bald klar, daß wir uns viel vorgenommen hatten. Sicher ist es leichter, einen Sack voll Flöhe unter einen Hut zu bekommen, als in wenigen Artikeln einen Überblick über die politische Entwicklung der neuen Gesundheitsbewegungen und die Vielzahl der „alternativen Heilmethoden zu geben.“

Wichtig erschien es uns, die Frage anzugehen, welche historischen und ideologischen Wurzeln und welche Perspektiven die alternative Bewegung im Gesundheitswesen hat. Die Diskussion um die Krise der Medizin hat schließlich Tradition! Verwiesen sei nur auf die Studentenbewegung und den ersten großen Kongreß kritischer Mediziner in Marburg. Während aus dieser Bewegung eine Annäherung an die Gewerkschafts- und Arbeiterbewegung resultierte, entstand die ökologisch-alternative Bewegung in kritischer Distanz zu Gewerkschaften und politischen Institutionen. Es gibt jedoch viele Ansatzpunkte für gemeinsame Aktionen und damit auch für ein besseres Verstehen der unterschiedlichen Positionen. Man denke nur an die Arbeit der Gruppenpraxen, der Selbsthilfegruppen und Gesundheitsläden, an die Friedensinitiativen, an Projekte gemeindenaher psychiatrischer Versorgung oder an Sozial- und Behinderteninitiativen.

Einer der Initiatoren des Berliner Gesundheitstages, Ellis Huber, skizziert in seinem Artikel die Möglichkeiten einer Zusammenarbeit unterschiedlicher Organisationen, wie sie in Berlin modellhaft in der „Aktion Gesundheit, Verband der Selbsthilfen und Gesundheitsinitiativen e. V.“ praktiziert wird. Vielleicht besteht hier eine Chance, auf lokaler Ebene den bislang vereinzelt agierenden Initiativen mehr Gewicht zu verleihen. Eine wichtige Rolle kommt hierbei jedoch der Einbeziehung der ÖTV, die ja einen wesentlichen Teil der Beschäftigten im Gesundheitswesen organisiert zu. Ob die bei vielen „Alternativen“ herrschende Angst vor Einbindung in solche Organisationsstrukturen eine derartige Entwicklung ermöglicht, bleibt fraglich. Daß eine solche Politik sinnvoll ist, zeigt der Bericht von Alf Trojan über die Gesundheitsbewegung in Frankreich. Die regionalen und nationalen Zusammenschlüsse verstehen sich dort primär als Interessenvertretungen gegenüber den politischen Instanzen. Sie stellen eine Mischung aus Professionellen, Laien und Patientengruppen dar und haben in Frankreich schon eine längere Tradition als in der

BRD. Nicht nur von der Gesundheitsbewegung, sondern auch von vielen Wissenschaftlern und Gesundheitspolitikern wird die Bedeutung der Selbsthilfegruppen überschätzt und idealisiert.

Während Linke und Alternative vor allem die emanzipatorischen Tendenzen der Selbsthilfegruppen hervorheben, weisen Kassenvertreter, Ärztefunktionäre und viele Wissenschaftler ihnen Funktionen in den Bereichen Gesundheitsaufklärung und Erziehung, Rehabilitation und Gemeindepsychiatrie zu. Auch Konservative Politiker haben längst den ideologischen und finanziellen Nutzen der Selbsthilfegruppen erkannt. Unter dem Motto „Mehr Selbstverantwortung und Eigeninitiative“ dienen sie als Alibi für Sparmaßnahmen im Gesundheitswesen.

Um einen Eindruck zu vermitteln, worum es sich bei den naturgemäßen oder ganzheitlichen Heilmethoden handelt, seien hier beispielhaft die wesentlichen Richtungen genannt.

Die ältesten praktizierten Verfahren sind die Ernährungslehren und Diäten. Gemeinsam ist ihnen das Verbot von Industriezucker und Schweinefleisch. Naturheilverfahren im engeren Sinne sind Wasserbehandlung, Einreibungen, Packungen, Sonnen- und Lichttherapie, Massage, Atemtherapie, Schröpfen, Blutegel, Heilgymnastik u.a.

Arzneitherapien sind im wesentlichen Homöopathie, Homotoxikologie und Phytotherapie. Zu den Therapien, die das Nervensystem beeinflussen, zählen Akupunktur, Elektroakupunktur, Ohrakupunktur, Neuraltherapie, Chirotherapie, Reflexzonenmassage u.a.

Diagnostische Verfahren stellen Irisdiagnose, Blutkristallbildanalysen, Harnanalysen, Pendel, etc. dar.

Umfassendere Heilkonzepte bieten schließlich die Anthroposophie, die Akupunktur und andere kulturell geformte Heilmethoden. Viele dieser Methoden haben seit langem einen festen Platz im Lehrgebäude der Schulmedizin. Hierzu zählen vor allem Wasserbehandlungen, Massagen etc. Die Bedeutung der übrigen, im Wissenschaftsbetrieb vielfach ignorierten oder angefeindeten Methoden wird deutlich, wenn man weiß, daß 1977 bei einer Befragung von 3000 Allgemeinärzten 60,8 % angaben, zumindest gelegentlich oder ergänzend Methoden der „Außenseiter“ anzuwenden. An erster Stelle standen hierbei Homöopathie und Neuraltherapie. Einige Kritikpunkte an alternativen Therapieverfahren sind durchgängig in allen Artikeln dieser Ausgabe zu verfolgen. Soziale oder psychische Probleme von Patienten bleiben bei den meisten Therapieverfahren unberücksichtigt. Dieses Problem besteht sicher auch bei der Übertragung von Behandlungsmethoden aus anderen Kulturreihen, wie z.B. der Akupunktur. Das Geschäft mit der Gesundheit wird nicht nur von der etablierten Medizin, sondern auch von vielen Heilpraktikern, Zellulartherapeuten und anderen gemacht.

Die meisten Therapieansätze enthalten Elemente von Heilsprophetie und Irrationalität. Ihre Vertreter bestreiten häufig die Bedeutung wissenschaftlicher Methoden für den Fortschritt der Medizin und entziehen damit ihre Methoden einer kritischen Überprüfung. Ob jedoch Methoden wie die Akupunktur auf reine Suggestiv- oder Placeboeffekte zurückzuführen sind, wie es Wolfgang Mattig und Andreas Gertler in ihrem Artikel behaupten, kann sicher nur durch eingehendere Untersuchungen als sie bisher vorliegen, geklärt werden.

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 (Glessen), Michael Regus (Siegen), Annette Schwarzenau (Hamburg), Hans See (Frankfurt), Harald Skrobls (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:** Matthias Albrecht, Peter Liebermann; **Demokratie und Gesundheitswesen:** Willi Farwick, Ulli Menges; **Pharma- und Geräteindustrie:** Norbert Altaner, Ulli Menges; **Ausbildung:** Edi Erken, **Internationales Gesundheitswesen:** Gunnar Stempel, Felix Richter-Hebel; **Frauenproblematik:** Ulla Funke; **Medizingeschichte/ideologische Positionen der medizinischen Standesorganisationen:** Peter Walger, Helmut Koch; **Kultur und Subkultur:** Ulli Raupp, Gunnar 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 Redaktions dar.

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

Nachdruck nur nach Zustimmung der Redaktion.

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

Redaktionskonto für Spende: Sonderkonto Norbert Andersch PSK 15420-430 PSA ESN

Koordinierende Redaktion und Anzeigenverwaltung: Ullrich Raupp, Willi-Hölscher-Weg 7, 4400 Münster, Tel. (0251) 791755

Die Zeitschrift „DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN“ erscheint zweimonatlich bei: Pahl-Rugenstein Verlag, Gottesweg 54, 5000 Köln 51, Tel. (0221) 384051, Konten: Postscheckamt Köln 6514-503, Stadtsparkasse Köln 10652238 (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.

Redaktions- und Anzeigenschluß für Nr. 6/82: 8.10.1982, für Nr. 1/83: 8.12.1982.

Graphik: Christian Paulsen, **Layout:** Edi Erken, Ulla Funke, Ulli Raupp
Satz und Druck: Druckerei und Verlag Locher GmbH, 5000 Köln 51.

JSSN: Nr. 0172-7091



Über die chinesische Medizin wird gerade bei der Diskussion alternativer Heilmethoden viel geredet, über die Wirkung der Akupunktur erbittert gestritten. Thomas Ots berichtet über seine teilweise frustrierenden Erfahrungen als Arzt, die chinesische Medizin zu erlernen und zu verstehen. Seite 23



Zwei Hexen "brauen" einen Regen

Frauenheilkunde, Geburtshilfe und Kinderheilkunde waren frühere Aufgabengebiete der Frau. Wie sie dann zur Hexe gestempelt und systematisch aus dem Gesundheitswesen in schlechtbezahlte Hilfsberufe gedrängt wurden steht auf Seite 30.



Als das Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke gegründet wurde, feierten es die Linken im Gesundheitswesen als erstes klassenloses Krankenhaus. Mit der Bewilligung der ersten Privat-Umlauf deutschem Boden handeln sich jetzt die Gründer Kritik von der gleichen Seite ein. Wohin driftet Herdecke? Seite 37

DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN

ZEITSCHRIFT FÜR GESUNDHEITS- UND SOZIALBERUFE

5/82

Inhaltsverzeichnis:

Alternativmedizin

Zum okkultistischen Gehalt der sogenannten Alternativ-Medizin	6
Heilpraktikerberuf – Ansatz zur Veränderung?	8
Und sie bewegt sich doch	10
Der Mensch ist keine Fledermaus	11
Bloß alternative – oder demokratische Medizin?	13
Vollwertkost	16
Frischzellentherapie	18
Braun-dynamisch ist keine Alternative	20
Drinnen vor der Tür – Annäherungen an die chinesische Medizin	23

Gesundheitspolitik

Operation '83: Wir erstatten Anzeige wegen schwerer Kunstfehler!	26
--	----

Pharma- und Geräteindustrie

Das Normale ist schon schlimm genug – Coxigon	29
Diazepam rectal tube	29

Frauen im Gesundheitswesen

Volksmedizin im Mittelalter – oder wie die Frau aus dem Gesundheitswesen verdrängt wurde	30
--	----

Historisches

100 Jahre Tuberkulose – und kein Blümchen weiter?	32
---	----

Internationales Gesundheitswesen

Organisierte Mitbestimmungsansprüche in Frankreich	34
--	----

Ausbildung

Private Hochschule Herdecke – wohin?	37
--------------------------------------	----

Dokumente

Zum Verhältnis von Selbsthilfe und organisierter Prävention	I
Palästinens Kinder brauchen Hilfe	V
Ätiologismus in der Medizin am Beispiel der Tuberkulose	XII

Rubriken

Leserbriefe	2
Aktuelles	3
Termine/Kleinanzeigen	5
Kongressberichte	40
Buchkritik	39

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

Leser-Briefe

Psychopathologie der Katastrophe

Offener Leserbrief zum Übersichtsaufsatzt von RUDOLPH BRICKENSTEIN im „Deutschen Ärzteblatt vom 25.6.1982“

Acht Antithesen

1. Auf die gegenwärtige politische Situation bezogen wäre es wirklichkeitsnäher und besser nachvollziehbar, im Hinblick auf drohende Katastrophen die denkbar größte, nämlich den Atomkrieg, zu erwähnen. Der Rückgriff auf Sintflut und Gilgamesch-Epos sollen den Blick von der Gegenwart ablenken und einen Atomkrieg ähnlich unabwendbar erscheinen lassen wie dereinst die Sintflut.

Vieelleicht erfolgte diese Argumentation aus dem uneingestandenen Wissen des Verfassers heraus, daß weder mit Hilfe seines dargelegten Konzepts einer präventiven Katastrophenpsychiatrie, noch mit den inzwischen hinzüglich bekannten katastrophenmedizinischen Gesetzesvorhaben auf Bundes- und Länderebene eine Arche Noah zusammengezimmert werden kann, die eine Überlebenschance der Bevölkerung bei einem Atomkrieg in Mitteleuropa sicherstellt.

2. Die Einengung des Begriffes einer Katastrophenmedizin einzig auf die Analyse menschlichen Verhaltens in einer Katastrophensituation, wie sie am Schluß des 2. Abschnitts erfolgt, klammert die Möglichkeiten der Beseitigung von Katastrophursachen von vornherein völlig aus. Diese, für weite Teile der bundesdeutschen Ärzteschaft repräsentativen Grundhaltung stellt eine Ausblendung politischer und wissenschaftlicher Wahrnehmungsfähigkeit dar!

Bislang hat hierzulande nur eine Minderheit von Ärztinnen und Ärzten versucht, die Bevölkerung über die unübersehbaren medizinischen Folgen eines Atomkrieges aufzuklären, daran änderte auch die Achtung eines Atomkrieges durch Ärzte aus Ländern der ganzen Welt, die sich in der IPPNW (International Physicians for the Prevention of nuclear War) zusammengeschlossen haben, nichts.

Auch die in einer vieldiskutierten Entschließung des diesjährigen DEUTSCHEN ÄRZTETAGES erhobene Forderung: „... daß der atomaren, chemischen und bakteriologischen Massenvernichtungsmittel rückhaltslos aufgeklärt wird...“, führte seither nicht zu einem größeren Engagement breiterer Kreise der Ärzteschaft.

3. Die Thesen von R. Brickenstein stehen in einer ungebrochenen Tradition von Theorie und Praxis deutscher Kriegs- und Wehrpsychiatrie. Die hier skizzierten Katastrophenbedingungen antizipieren unverkennbar die Folgen eines Atomkrieges. Dabei sind Analogieschlüsse von den Bedingungen konventioneller Weltkriege auf den Atomkrieg nicht nur unwissenschaftlich, sondern auch gefährlich irreführend. Ethischer Grundsatz der Ärzteschaft muß es nämlich sein, Leid der Bevölkerung und Tod, wo immer möglich, zu verhindern. Gleichlautend wurde im November 1980 von englischen Kollegen in der Medizin Fachzeitschrift „The Lancet“ dazu ausgeführt: „Es ist gar nicht erforderlich, daß Ärzte zu Anwälten der einseitigen Abrüstung werden, um zu erkennen, wie dringend es ist, sich gegen den Rüstungswahn auszusprechen, wiederholt auszusprechen; wie dringend es ist, den Völkern und Regierungen zu sagen,

daß die einzigen Antworten politische Verhandlungen und Abrüstung sind, aber auf gar keinen Fall das Heranzüchten und Hegen trügerischer Hoffnungen, nach einem Angriff könne wirksame medizinische Hilfe verfügbar sein.“

4. Die psychologischen Phänomene Angst, Furcht und Schreck werden von R. Brickenstein als krankhaft definiert. Unseres Erachtens können diese Phänomene durchaus eine Art „vernünftigen kollektiven Selbsterhaltungstrieb“ ausdrücken. Dies kommt z. B. in den bisher ca. 3 Millionen Unterschriften unter dem KREFELDER APPELL und den mannigfältigen friedlichen Massenveranstaltungen der bundesdeutschen Friedensbewegung zum Ausdruck. Dabei handelt es sich jedoch entgegen anderslautenden Unterstellungen keineswegs um eine „negativistische Angstbewegung“, sondern um eine stetig wachsende konstruktive demokratische Massenbewegung mit einer für unser Land noch nie dagewesenen breiten gesellschaftlichen Basis.

5. Im Kontext der massenpsychologischen Thesen von R. Brickenstein dürfen die Motive, die uns und ca. 400 000 Menschen am 10.6.1982 an der Friedensdemonstration in Bonn teilnehmen ließen in einer „unbewußten Panikbereitschaft“ zu suchen sein. Der Motive unseres Engagements in der Friedensbewegung sind wir uns jedoch sehr bewußt.

Im übrigen gehen wir nicht davon aus, daß die Quellen für Massenbewegungen in dumpf-irrationalem Gefüle, oder wie von R. Brickenstein in „absurden Gerüchten“ oder „unkontrollierten Emotionen“, zu suchen sind, sondern in wirklich vorhandenen gesellschaftlichen Widersprüchen.

Repräsentative Meinungsumfragen belegen im Herbst vergangenen Jahres, daß eine Mehrheit unserer Bevölkerung jedeweile weitere Aufrüstung für untauglich zur Verhinderung eines Krieges hält.

6. Nach R. Brickensteins Auffassung soll sich der einzelne in der Menschenmasse von seiner persönlichen Verantwortung entbunden fühlen, sein Handeln sei ausschließlich von allgemein herrschenden Emotionen diktiert und die Intelligenz in der Menschenmasse sinkt zugleich unter das Niveau der Einzelpersönlichkeiten, aus der sie sich zusammensetze, so daß Anonymität entstünde. Diese anonyme amorphe Menschenmasse reagiere dann nur noch kollektiv.

Eine Auseinandersetzung mit jeder dieser alles in allem von einer außerordentlichen „Menschen-Massen-Angst“ geprägten Feststellung würde den Rahmen dieses Briefes sprengen.

Wir beschränken uns auf die Entgegnung, daß unsere Erfahrungen aus Aktionen der Friedensbewegung bei uns zu Erkenntnissen führten, die den o. a. von R. Brickenstein diametral entgegengesetzt sind! Aber vielleicht ist dies nur die Folge einer Perversion unserer Wahrnehmungen im Brickensteinschen Sinne. Womöglich ist unsere Intelligenz durch „Summationsphänomene“ innerhalb der Massen so sehr geschwunden, daß uns ein Erkennen der Friedensdemonstranten als einer „anonymen amorphen Masse“ unmöglich war. Daß wir hingegen Friedensdemonstranten als außerordentlich vielgestaltig, wach und diszipliniert erlebten, dürfte dann wohl auch massenpsychopathologisch als eine „illusoriale Verkenntnis“ zu interpretieren sein.

7. R. Brickensteins Maßnahmekatalog zur „Verhütung von Kollektivreaktionen“ kommt, wenn es nach ORWELL (1984) ginge, zwei Jahre zu früh. Eine Durchführung all dieser Maßnahmen von LAW AND ORDER ohne Kompetenzerweiterung und Machtzuwachs derartiger Institutionen wie z. B. Verfassungsschutz und Bundeskriminalamt, ist schlechthin unvorstellbar. Jeder politischen Führung der Bundesrepublik dürfte nicht nur aus den Reihen der Friedensbewegung bei derartigen Versuchen breiterer Widerstand erwachsen!

8. Zur Vorgehensweise „nach Ausbruch einer Panik“ schlägt R. Brickenstein die präventive psychiatrische Zwangsbehandlung „erkannter Panikpersonen“, d. h. von Rädelsführern, vor. Derartige Konzepte verfolgen das Ziel einer staatspolizeilichen Dienstnahme der Ärzteschaft. Diesen Mißbrauch der Psychiatrie, der sich weder mit unserer Verfassung noch mit den Inhalten ärztlicher Ethik vereinbaren läßt, werden wir nicht zulassen!

Auf gleicher Ebene bewegen sich im übrigen Teile der jüngsten Novelle der Approbationsordnung, die

einen Gegenstand Katastrophenmedizin für das II. Staatsexamen vorsieht. Hier soll mit Hilfe einer Studienordnung versucht werden, die verhängnisvollen Konzepte der gegenwärtigen Katastrophenmedizin im Gedankengut kommender Ärztegenerationen zu verankern.

Doch auch die ca. 170 000 approbierten Ärztinnen und Ärzte sind nicht vergessen worden. Für sie ist im Rahmen der Katastrophenmedizinischen Gesetzesvorhaben von Bund und Ländern eine Zwangsfortbildung vorgesehen.

Wir lehnen diese Entwicklungen ab und werden uns der Teilnahme an derartigen Zwangsfortbildungen verweigern!

Da wir mit einer Nichtveröffentlichung dieses Leserbriefes im „Deutschen Ärzteblatt“ rechnen müssen, werden wir Ihnen auch anderen Medien zugänglich machen.

J. Gill, Dr. W. Dulsberg, Dr. D. Golz-Kohl, Dr. A. Clauben, H. Faulhammer, J. Kiber-Haberaloh, K. H. Sehring, Dr. G. Peitzer, Dr. R. M. Flinken, W. Lemmen, Dr. H. Zimmer, Dr. E. Spancken, Dr. S. Fevers, P. Röhl, K. Greven, J. Gawlich, Dr. A. Trost, J. Heussel-Schlemann, M. Flock.

Hamburger „Verweigerungsaktion“

... und Folgen

Wie viele andere habe auch ich beim Gesundheitstag in Hamburg an der „Hamburger Aktion“ teilgenommen, meinen Wehrpaß abgegeben und die allgemeine Verweigerungserklärung unterschrieben (ich bin anerkannter Kriegsdienstverweigerer). Nach Auskunft der Organisatoren dieser Aktion wurden die Wehrpässe entwertet und unter notarieller Aufsicht deponiert. Die Erklärungen sollten dem Verteidigungsministerium zugesandt werden. Möglicherweise ist ein Grund für die ungentügende Resonanz der Aktion bei der Bevölkerung die Unsicherheit darüber, welche Folgen die Verweigerungsgaktion für den einzelnen hat. Sicher war ein Fehler der Organisatoren, daß zum Beginn der Aktion darüber keine zufriedenstellende Antwort gegeben werden konnte. Um aber aus den Fehlern in Zusammenhang mit der Hamburger Aktion zu lernen, ist es notwendig, die weitere Entwicklung genau zu verfolgen. Dazu möchte ich zwei Ergebnisse schildern, die sicherlich auch auf andere Personen anwendbar sind.

Ein Kollege, der ebenfalls seinen Wehrpaß entwertet ließ, stieß beim Frankfurter Kreiswehrersatzamt auf die Spuren dieser Aktion. Er war dort zur Einsicht seiner KDV-Akte und wurde dabei von dem zuständigen Beamten angesprochen, weshalb er als „fertiger Arzt und anerkannter KDVler“ an „solch einer Flugblattaktion“ teilgenommen habe. Er erklärte ihm dann, daß alle beim Verteidigungsministerium eingegangenen Erklärungen weitergeleitet werden seien an die Wehrbelegschaftsverwaltungen und von dort an die Kreiswehrersatzämter, die jede einzelne Erklärung verfolge, bei noch Wehrpflichtigen als rechtmäßige Verweigerung nach dem GG betrachtet und ansonsten, wie bei ihm, zu den Akten genommen werde. Daraus folgt, daß alle „Verweigerer“ aktenkundig registriert worden sind. Mir liegt eine Meldung der Frankfurter Rundschau vom April dieses Jahres vor, in der es heißt: „Wegen mißbräuchlicher Benutzung seines Wehrpasses muß ein ehemaliger Soldat der Bundeswehr aus Kirchhain ein Bußgeld von insgesamt 200 DM zahlen. Das hat das Marburger Amtsgericht entschieden. Es bestätigte damit den Bußgeldbescheid des Marburger Kreiswehrersatzamtes in Höhe von 200 DM, gegen den der Reservist beim Amtsgericht Einspruch erhoben hatte. Der junge Mann hatte im Zug einer bundesweiten Aktion gegen das Wettrüsten und als „Aufruf zum Schutze des Lebens vor Atombelebung“ seinen Wehrpaß im vergangenen Jahr entwertet und ihn „unaufgefordert“ an den Bundesverteidigungsminister geschickt. Gleichzeitig hatte der frühere Stabsunteroffizier kundgetan, jede weitere Zusammenarbeit mit dem Militär zu verweigern ... Der Richter vertrat die Auffassung, die Zerstörung eines Wehrpasses sei ein Verstoß gegen das Wehrpflichtgesetz und müsse mit einem Bußgeld geahndet werden.“

Es grüßt Euch Wnfried Beck

B. Sonstige Leistungen (VOL)

**Beschaffungsstelle
des Bundesministers des Innern**
Postfach 14 02 90
5300 Bonn 1

Öffentliche Ausschreibung

Für die
Sanitätsmaterialbevorratung für den Zivilschutz
werden

342 000 Diazepam 10 mg, Ampullen zu 2 ml
68 000 Droperidol 2,5 mg/ml, Ampullen zu
10 ml
103 000 Haloperidol 5 mg, Ampullen zu 1 ml
2 010 000 Diazepam 2 mg, Tabletten
50 340 Elektrolyt-Mannit-Lösung, Inf.-Flasche
zu 500 ml
56 000 Elektrolyt-Lävulose-Lösung,
Inf.-Flasche zu 500 ml
30 000 Hydroxyäthylstärke 6%, in 0,9%iger
NaCl-Lösung, Inf.-Flasche zu 500 ml

Öffentlich ausgeschrieben.

Die Ausschreibungsunterlagen können bei der Beschaffungsstelle des Bundesministers des Innern, Postfach 14 02 90, 5300 Bonn 1, bis zum 15. Oktober 1982 angefordert werden.

Der Versand der Angebotsunterlagen erfolgt bis zum 1. November 1982.

Einreichungstermin für die Angebote: 23. November 1982.

Der Zuschlag wird erteilt bis 10. Dezember 1982. Bis zu diesem Zeitpunkt ist der Bewerber an sein Angebot gebunden.

Die Lieferung soll bis 1. August 1983 erfolgen.

Schwangerer darf nicht gekündigt werden

Über vier Wochen war es bereits her, daß Hasima Srebric von Thyssen, Werk Wanheim in Duisburg, die Kündigung erhalten hatte. Zwei Wochen dauernte bereits ihre Arbeitslosigkeit, als sie sich zum Arztbesuch entschloß. „Schwangerschaft in der 7. Woche“, lautete die Diagnose. Die jugoslawische Kollegin strengte eine Kündigungsschutzklage an und bekam recht.

Acht Jahre hatte die Jugoslawin Hasima Srebric bereits als Kranführerin bei Thyssen in Wanheim gearbeitet, als ihr aus „betrieblichen und in ihrer Person liegenden Gründen“ gekündigt wurde. Nach dem Geschmack der Thyssen-Werksleitung war die Kranführerin zu häufig krank. Von ihrer Schwangerschaft ahnte die 41jährige – naturgemäß – zum Zeitpunkt der Kündigung noch nichts. Davon erfuhr sie erst vier Wochen später, als der Arzt die 7. Schwangerschaftswoche im Mutterpaß eintrug.

Hasima Srebric teilte den ärztlichen Befund ihrem letzten Arbeitgeber mit, erhielt aber eine Abfuhr. „Es könnte nicht zweifelsfrei vom Bestehen einer Schwangerschaft im Zeitpunkt der Kündigung ausgegangen werden“, verweigerte Thyssen den Anspruch auf ihren Arbeitsplatz. Hasima zog mit Hilfe

der IG Metall vor das Duisburger Arbeitsgericht.

Das erteilte Thyssen in Sachen Mutterschutzgesetz und dem daraus folgenden Kündigungsschutz eine Lektion. Die Kündigung sei auch dann unwirksam, wenn die Zweiwochenfrist nach erfolgter Kündigung verstrichen sei. Denn schließlich stellte Hasima ihre Schwangerschaft zweifelsfrei rund vier Wochen nach erfolgter Kündigung fest. (Aus IG Metall 9/82)

*

Viel weniger Kur-Anträge

Die Anträge auf Kuren bei den Sozialversicherungsträgern sind im ersten Halbjahr 1982 im Vergleich zum entsprechenden Zeitraum des Vorjahrs um 27,8% zurückgegangen. Auf diese aus gesundheitspolitischen Gründen negative Entwicklung wies der SPD-Abgeordnete Günther Heyen, Mitglied des Bundestags-Sozialausschusses, hin. Nach Angaben des SPD-Politikers übersteigt diese Abnahme der Anträge die durch die Spargesetze erfolgten Einschränkungen wesentlich. Offenbar veranlassen die Arbeitsmarktsituation viele Arbeitnehmer, ursprünglich geplante Anträge auf Heilbehandlung zurückzustellen, weil der Verlust des Arbeitsplatzes befürchtet werde. Der SPD-Bundestagsabgeordnete fordert deshalb die Bundesregierung auf, gezielte Aufklärung zu betreiben.

Aus ärztlicher und gesundheitspolitischer Sicht haben wir gegen die vorgesehene direkte Kostenbeteiligung im Krankheitsfall folgende Bedenken:

AKTUELLES

Chemische Keulen für Zivilschutz

Psychopharmaka en masse will das Bundesinnenministerium für Katastrophenfälle einlagern. Per Ausschreibung in der „Deutschen Apotheker-Zeitung“ hat es seine Absicht bekanntgemacht, insgesamt 2,3 Millionen Diazepam („Valium“)-Tabletten und -Ampullen einzukaufen, dazu 171 000 Ampullen mit den Neuroleptika Haloperidol und Droperidol – starke Beruhigungsmittel, mit denen fast ausschließlich Schizophrene behandelt werden. Die Psychodrogen sind für rund 100 westdeutsche „Hilfskrankenhäuser“ bestimmt, meist Schulgebäude, die bei Bedarf in Lazarette verwandelt werden können. Dort sollen die Neuroleptika – so Professor Franz Gross, Vorsitzender der „Schutzkommision“ des Ministeriums – „zur Nar-kosevorbereitung“ dienen, was Narkosefachärzte für „ganz und gar unüblich“ halten. Sie vermuten, daß die „chemischen Keulen“ dazu gedacht sind, in Krisensituationen „Panikpersonen“ ruhigzustellen.

*

LDÄ in Hessen zum Sozialabbau

In einer Presseerklärung wendet sich die Liste demokratischer Ärzte in Hessen gegen den Beschuß der Bundesregierung, Kranke direkt an ihren Krankenhauskosten, Kuren und Rezepten zu beteiligen. Wörtlich heißt es dort: Auch wenn 35 DM für einen Krankenhausaufenthalt – wie vorgesehen – für einige zunächst keine größere Belastung bedeuten mögen, so darf doch nicht verkannt werden, daß dieser Beschuß ein tiefgreifender Einschnitt in das System der gesetzlichen Krankenversicherung ist. Das Prinzip der Solidarität, Grundlage der sozialen Krankenversicherung, wird damit um ein weiteres Stück abgebaut. In der Stunde der Not sollen die Betroffenen von der Solidargemeinschaft abgekoppelt und zusätzlich zu ihren steigenden Kassenbeiträgen zur Finanzierung des Gesundheitswesens herangezogen werden. Es entsteht der Eindruck, daß damit der Weg für einen Rückfall in die offene Klassenmedizin geebnet ist.

Aus ärztlicher und gesundheitspolitischer Sicht haben wir gegen die vorgesehene direkte Kostenbeteiligung im Krankheitsfall folgende Bedenken:

1. Die Einkommensschwächen werden von der beschlossenen

Selbstbeteiligung am stärksten betroffen. Sie sind die gesellschaftlichen Gruppen, die das höchste Krankheitsrisiko haben.

2. Die Schwerstkranke, die sind diejenigen, die im Krankenhaus, durch Kuren oder viele Arzneimittel behandelt werden müssen, haben unter den beabsichtigten Maßnahmen am stärksten zu leiden.

3. Werden Krankenhausaufenthalte, Kuren oder der Kauf von Arzneimitteln aus Kostengründen verschoben oder gar nicht in Anspruch genommen, so kann es zu schwerwiegenden gesundheitsschädlichen und kostenwirksamen Konsequenzen kommen.

4. Die Kostenbeteiligung, die zu Verzögerungen notwendiger medizinischer Hilfe führt, widerspricht dem traditionellen ärztlichen Grundsatz: Vorbeugen ist besser als heilen.

5. Die immer häufiger vorgetragene Forderung nach stärkerer Eigenverantwortung von Kranken geht leichtfertig mit der wissenschaftlichen Erkenntnis um, daß viele Krankheiten heute durch die Arbeits- und Lebensbedingungen verursacht sind, auf die die Betroffenen als einzelne so gut wie keinen Einfluß haben und daß Patienten nur selten in der Lage sind, die medizinischen Konsequenzen bestimmter Anfangsbeschwerden beurteilen zu können.

Wohl wissend um die gegenwärtigen Schwierigkeiten, die die Auswirkungen der wirtschaftlichen Krise auf die Sozial- und Gesundheitspolitik mit sich bringen, halten wir es für unverantwortlich, daß der Gesundheits- und Sozialrat bei der Verabschiedung des Bundeshaushalts '83 drastisch zugunsten der Verteidigungsausgaben und der wachsenden Subventionierung abgewirtschafteter privater Unternehmen zusammengestrichen wurde.

*

Medizin und Nationalsozialismus in Lübeck

Zwei Semester lang fand an der Medizinischen Hochschule in Lübeck (MHL) eine intensive und breite Auseinandersetzung mit der Medizin zwischen Nationalsozialismus und heute statt. Durch eine Broschüre des ASIA-MHL sollen die Akzente dieser Diskussion jetzt noch einmal zusammengefaßt werden. Diese Dokumentation schließt den Abdruck von zwei Referaten der zu diesem Thema veranstalteten Ringvorlesung ein: „Die medizinischen Verbrechen“ (Baader) und „Psychiatrie im Nationalsozialismus“ (Dilling).

BUNDTHEM

Die Broschüre ist zu haben gegen Vorüberweisung (Konto-Nr. 3-302981, Volksbank Lübeck) oder gegen belgelegte Briefmarken beim AstA der MHL, Ratzeburger Allee 160, 2400 Lübeck. Sie hat 80 S., DIN A5, und kostet 2,- DM (inkl. Porto, sonst 1,50 DM).

*

Gesundheitsstand der Versicherten seit 1965 nicht verbessert

Nach Auffassung von Prof. Jahn (WSI) ist dem steilen Anstieg des Leistungsumfanges und der Aufwendungen der Krankenversicherung seit 1965 keine erkennbare Verbesserung des Gesundheitsstandes der Versicherten gefolgt. In einer Darlegung über die Entwicklung des Gesundheitsstandes der Bevölkerung und die Entwicklung des Leistungs- und Ausgabenvolumens der gesetzlichen Krankenversicherung kommt er vielmehr zu dem Ergebnis, daß – gemessen an anderen Ländern und ihren Indikatoren, etwa der Zahl der Sterbefälle an Herzinfarkt – der Stand eher ungünstiger geworden ist. Die Zahl der Problempatienten sei nur immer größer geworden, die von Arzt zu Arzt wechseln würden, ohne daß die Krankheitsgründe aufgedeckt werden. Immer größer werde auch die Zahl derer, die jede kleine Unmöglichkeit mit Arzneimitteln zu beheben suchten. Das Gesundheitswesen und insbesondere auch die gesetzliche Krankenversicherung hätten der Herausforderung durch die Änderungen in Art und Umfang der Morbidität nicht standgehalten.

*

Ausgaben für Gesundheit fast verdreifacht

Die Ausgaben für die Gesundheit der Bundesbürger haben sich zwischen 1970 und 1980 fast verdreifacht. Nach einer Untersuchung des Statistischen Bundesamtes in Wiesbaden wurden 1980 von öffentlichen und privaten Trägern 200,5 Milliarden DM für Vorbeugung, Behandlung und Folgeleistungen im Krankheitsfall aufgewendet – 1970 waren es nur 70,3 Milliarden DM. Je Einwohner beließen sich die Ausgaben – so die Statistiker – 1970 auf 1160 DM und 1980 auf 3257 DM. Mit 116,9 Milliarden DM oder fast 60 Prozent der Gesamtausgaben standen 1980 die Ausgaben für die Behandlung von Kranken an erster Stelle. Die Krankheitsfolgeleistungen machten 61,4 Milliarden DM aus.

Krankenpfleger Wogawa erhielt Berufsverbot

Erster Fall im krankenpflegerischen Bereich

Dem Krankenpfleger und Medizinstudenten Klaus Wogawa wird eine Teilzeitbeschäftigung als Krankenpfleger in der Kieler Universitätsklinik wegen DKP-Mitgliedschaft verweigert. Es ist der erste Fall eines Berufsverbotes im krankenpflegerischen Bereich in der Bundesrepublik. Wogawas persönliche Eignung und bisherige berufliche Erfahrung werden dabei nicht berücksichtigt.

Die Klinikverwaltung widerrief im Dezember 81 die bereits im November schriftlich zugesagte Einstellung. Es folgten Einstellungsgepräch und Anhörung. Dabei wurde Wogawa vorgeworfen: Kandidatur bei Kommunalwahlen für die DKP; Besuch von Parteischulungen; Unterzeichnung eines offenen Briefes (hierbei handelte es sich um ein Protestschreiben gegen die vom Stader Neonazi Edgar Geiss organisierte Geburtstagsfeier Adolf Hitlers). Erschwerend fiel ins Gewicht, daß Wogawa sich im Juni 1979 geweigert hatte, für den Hamburger Verfassungsschutz Spitzeldienste zu leisten. Dies war den Staatsschützern 6000 DM wert.

Klaus Wogawa wird gegen das bislang im Krankenpflegebereich einmalige Berufsverbot mit der Unterstützung der ÖTV gerichtlich vorgehen.

*

Briten verweigern Zivilschutzübung

Der britische Innenminister Whitelaw hat überraschend eine für den Herbst angekündigte Zivilschutzübung in ganz Großbritannien absagen müssen, weil viele Städte sich aus Protest gegen die Stationierung von Atomwaffen auf der Insel an dem umstrittenen Zivil-Määröver nicht beteiligen wollten. Nur 34 von insgesamt 54 Stadtverwaltungen erklärten sich nach Presseberichten bereit, das von vielen Seiten kritisierte Überlebens-Training für den Fall eines Atomkrieges mitzumachen. Ein großer Teil der britischen Städte – darunter die Hauptstadt London – in denen die Labour Party regiert, sind von den Stadtparlamenten in den vergangenen Monaten zu „atomwaffenfreien Zonen“ erklärt worden. Der Innenminister will jetzt die entsprechenden Gesetze überprüfen, um die Gemeinden zu einer aktiven Teilnahme an der Übung „Hard Rock“ zwingen zu können.

Demonstrationen gegen Sozialabbau am 23. und 30. 10. 1982

Zu Demonstrationen gegen Sparmaßnahmen der Bundesregierung rufen mittlerweile immer mehr DGB-Landesbezirke auf. Am 30.10. wird der DGB-Landesbezirk Baden-Württemberg in Stuttgart mobilisieren, am 23.10. wird in Nürnberg und im Ruhrgebiet demonstriert werden. Na endlich, das war längst überfällig! In NRW wird der DGB (Stand Ende August) zwei Demonstrationen am 23.10. durchführen. Schon seit einigen Monaten hatte die Initiative „Soziale Sicherheit“ – die ihren Schwerpunkt im Ruhrgebiet hat – zu einer Demonstration am 23.10.1982 nach Gelsenkirchen aufgerufen. Die Initiative ist ein Zusammenschluß von Betriebsräten, Vertretern der Falken, der Zeitschrift „Revier“ und fast allen linken politischen Gruppen. Anfang des Jahres 1982 trat die Initiative mit einem „Sozialappell an die Bundesregierung“ an die Öffentlichkeit: „Die Krise erfordert nicht den Abbau, sondern den Ausbau des Sozialstaates... Wer den Sozialstaat abbaut, muß wissen, daß er einen Grundpfeiler der Demokratie ins Wanken bringt.“ Zum Gesundheitswesen hieß es: „Kassenleistungen dürfen ebensowenig gestrichen werden wie notwendige Maßnahmen der Rehabilitation! Statt einer Eigenbeteiligung der Versicherten ist das Gesundheitssystem nach überzogenen Kostenverursachern zu durchforsten! Die Versicherten dürfen im Krankheitsfall nicht durch einen dreitägigen Lohnausfall bestraft werden!“

DG sprach in Gelsenkirchen mit Angela Holthaus, Landesgeschäftsführerin der Falken, über die Ziele der Initiative und der Demonstration am 23.10.1982.

DG: Welche Ziele verfolgt die Demonstration am 23.10.1982?

Angela Holthaus: Die Demonstration am 23.10.1982 in Gel-

senkirchen wird unter dem Motto „Gegen Sozialabbau, Arbeitsplatzvernichtung und Ausländerfeindlichkeit!“ veranstaltet. Sie beabsichtigt, die Betroffenen vor Ort, d. h. hier im Ruhrgebiet und in NRW aufmerksam zu machen auf die Folgen der Sparoperation '83 und auf die Wirtschaftspolitik der Bundesregierung. Wir erwarten eine breitere Öffentlichkeitswirkung als bisher. Wir hoffen, die Basis für einen breiten Massenprotest gegen die Politik der Bundesregierung zu verbreitern.

DG: In den letzten Wochen hat auch der DGB Aktionen gegen die Sparpolitik angekündigt. Wie steht Ihr dazu?

Angela Holthaus: Natürlich begrüßt die Initiative jede Aktion von gewerkschaftlicher Seite, die sich gegen die Sparpolitik der Bundesregierung richtet. Wir meinen, daß es die Pflicht des DGB und seiner Einzelgewerkschaften ist, die Interessen der Arbeitnehmer auch gegen eine sozialdemokratisch geführte Bundesregierung massiv zu vertreten. Er muß massiv dagegen protestieren, daß der Haushalt auf Kosten der Schwächsten dieser Gesellschaft, sprich auf Kosten der Arbeitslosen, Kranken, Alten, Sozialhilfeempfänger und Ausländer saniert werden soll.

DG: Mit wem arbeitet Ihr auf sozialer Ebene zusammen?

Angela Holthaus: Mit lokalen Arbeitsloseninitiativen, Initiativen von Mietern, Sozialhilfeempfängern, den Grauen Panthers und einer Vielzahl lokaler Initiativen, die sich gegen konkrete Maßnahmen des Sozialabbaus am Ort zur Wehr setzen.

DG: Was findet am 23.10.1982 in Gelsenkirchen noch statt?

Angela Holthaus: Es soll abends eine Kulturveranstaltung stattfinden und am 24.10.1982 ein weiterer Kongreß „Maßnahmen gegen Sozialabbau und Arbeitsplatzvernichtung“.

Termine:

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

● 2.-3.10.1982 Frankfurt
Vorbereitungstreffen für den Kongreß aller Beschäftigten im Gesundheitswesen über die medizinischen Folgen eines Krieges in der BRD.

Veranstalter: Hessische Ärzteinitiative gegen Atomraketen.
 Beginn: So. 10 Uhr, Auskunft: Winfried Beck, Wolframstraße 10, 6050 Offenbach, Tel. (0611) 884192.

● 5.10.-8.10.82
34. Gütersloher Fortbildungswoche

Edelpsychiatrie oder Arme-Leute-Psychiatrie?
 Was können Großkrankenhäuser und psychiatrische Abteilungen voneinander lernen?
 Westfälische LKH-Gütersloh.
 Tel. (05241) 502210/502-1

● 6.-9.10.1982 Dortmund
Frauen und Gesundheit

Veranstaltung der „Frauenstudien an der Uni“, Abt. 14, Emil-Friggel-Straße 50, 4600 Dortmund 50, Tel. (0231) 7554159.

● 5.-7.11.1982, Göttingen
5. Nationales Treffen der Gesundheitsläden.

Goethe-Institut, Merkelstraße, Auskunft: Tel. (0551) 47129, Mo-Do, 18-20 Uhr, Reinhard verlangen!

● Im Oktober, München
Ausstellung: Bestandsaufnahme einer Psychiatrie
 Auskunft: AG SPAK, Reifenstuelstr. 5, 8000 München 5

● 28.10.-1.11., Wuppertal
Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie. Thema: „Der Mythos vom harten Kern“.

Programm und Anmeldung über: DGSP, Postfach, 3050 Wunstorf

● 2.11.82, 19 Uhr, Hörsaal I, Universitätsklinik Köln
 Podiumsdiskussion:

Die Praktiken der Pharmaindustrie
 Sigrowski (Gesunde Geschäfte), Prof. Klaus (Uni Köln), E. Westphal (BdO)

● 20.-21.11. Westberlin
2. Medizinischer Kongreß zur Verhinderung eines Atomkrieges.

Kontakt: B. Hövener, Auguststr. 16a, 1000 Berlin 45
 Tel. (03) 7725045

● 8.-24.11., Bonn
Ausstellung: „Arbeitstage“, Gesundheitsprobleme in der Arbeitswelt von Jugendlichen.

Veranstalter: Gesundheitsladen Bonn, Im Krausfeld 10, 5300 Bonn, Tel. (0228) 633938, in Zusammenarbeit mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

● 11.-13.11., Braunschweig
„Soziale Dienste im Gesundheitswesen“

Eine Arbeits- und Fortbildungstagung für alle Berufsgruppen, die mit dem Gesundheitswesen zu tun haben. Informationen: Modellversuch „Sozialarbeit / Sozialpädagogik im Gesundheitswesen“, Fachhochschule Braunschweig/Wolfenbüttel, Küchenstr. 1, 3300 Braunschweig

● 13.11., ab 14 Uhr, Hannover
Zahnmedizin und Faschismus

Veranstaltung der Vereinigung Demokratische Zahnmedizin (VDZ), Ort: Freizeitheim Linden, Windheimstr. 4, Hannover-Linden.
 Am 14.11. findet am gleichen Ort eine **Mitgliederversammlung der VDZ** statt!

● 12.-14.11.1982, Fulda
Projektwerkstatt zum Erfahrungsaustausch von Initiativgruppen aus dem Bereich der psychosozialen Versorgung.

Auskunft: K. E. Brill, Lange Geismarstr. 14, 3400 Göttingen, Tel. (0551) 57468, Programm gegen Rückporto!

Termine der dgvt-Fortbildungsvorlesungen

● 1.-3. Okt. 1982
Fortbildungstagung Heidelberg

In Zusammenarbeit mit der Universität Heidelberg.
 Thema: „Arbeit in Beratungsstellen, gemeindenaher Versorgung“

● 8.-10. Okt. 1982
Fortbildungstagung „Ruhrgebiet“ in Bochum

In Zusammenarbeit mit der Universität Bochum.
 Thema: Behandlungsmöglichkeiten verschiedener psychischer Störungen.

● 24./25. Feb. 83
Workshop-Tagung in Münster

In Zusammenarbeit mit der Universität Münster. Im Anschluß daran wird die Mitgliederversammlung der dgvt stattfinden.

Verschiedenes

Kleinanzeigen- markt/Stellen- anzeigen

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, Willi-Höscher-Weg 7 4400 Münster

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

Suche Leute, die mittelfristig Interesse an einer **Gruppenpraxis im norddeutschen Raum (Bremen/Oldenburg)** haben. Ich selber befindet mich noch in der Facharztausbildung zum Internisten (29 J., männlich). Zuschriften Chiffre 1/5/82

Raum NRW

Suche ab 1.3.83 eine Stelle im Gesundheitswesen für mein BAJ als Sozialarbeiterin. Zuschriften an: Claudia Steinhauer, Hegerstr. 134, 5900 Siegen 1, (0271) 43030

Raum Köln/Bonn

Lehrer für Krankenpflege sucht zum 1.4.83 Tätigkeit in einer Krankenpflegeschule. Bin seit 10 Jahren Krankenpfleger und zur Zeit in Weiterbildung. Jürgen Vor, Kindthorstr. 23, 6230 Frankfurt 80

Partner gesucht für homöopathisch-naturheilkundliche Allgemeinpraxis, mehr Patienten als profitorientiert. Nähe Weisbaden in Oberbayern. Anschluß an Wohngemeinschaft in einem Biohaus möglich. Zuschriften: Chiffre 2/5/82

Suche zum 1.1.83 **Partnerin/Partner** für meine im letzten Jahr übernommene **Allgemeinpraxis in Bielefeld**. Angestrebgt wird ein menschlicherer Umgang mit der Medizin für alle Betroffenen. Bin 35 J., verh., 2 Kinder, Ärztin für Allgemeinmedizin. Wer hat Lust mitzumachen? Tel.: (05203) 7406

Wir rüsten um

In einem (ehemaligen) Privatkrankenhaus in Coburg/Oberfranken ist ein Bereich für **ganzheitliche Gesundheitsarbeit** (s.a. „Gesundheitsladen“) im Entstehen. Welche/r Arzt/Ärztin hat Interesse an einer Zusammenarbeit mit uns? Nähere Auskünfte über „Verein Haus Mohrenstr. 3“ 8630 Coburg

Blätter für deutsche und internationale Politik 72-81 9 Jahrgänge, so ziemlich vollständig, verschenke ich meistbietend (Spende auf DG-Konto und Übernahme der Paketkosten) an den Erstbesten! Ulli Raupp, Willi-Höscher-Weg 7, 4400 Münster, Tel.: (0251) 791755

Suchmeldung

Der Arbeitskreis „Medizin und Politik“ des Gesundheitsladens Bonn benötigt Literatur (-hinweise) zu seinem nächsten Projekt: Wir haben vor, eine **vergleichende Darstellung der Organisation von Gesundheitssystemen** anderer Staaten zu erstellen (NL, S, DDR, USA, GB u. a.)! Es freut sich über jede Hilfe: Martin Schlickel, Glückstraße 6, 5300 Bonn 1, Tel. (0228) 655367.

Klebt der Pharma-industrie...

rot-schwarzer Aufkleber
 Ø 10 cm



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

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

Ulli Raupp
 Willi-Höscher-Weg 7
 4400 Münster

... einen!

Zum okkultistischen Gehalt der sogenannten Alternativ-Medizin

Was ist „alternative Medizin“, wodurch zeichnet sie sich aus, weshalb wird sie gefordert?

Von Wolfgang Mattig und Andreas Gertler

Aus dem Institut f. gerichtliche Medizin der Humboldt-Universität zu Berlin (Direktion: Prof. Dr. sc. med. O. Prokop)

Eine Alternative ist die Wahl zwischen zwei Möglichkeiten. „Alternative Medizin“ kann also weder Ergänzung noch Bereicherung der im Gegenpol stehenden wissenschaftlichen Medizin (oft als „Schulmedizin“ diskriminiert) sein, sondern ist von der Bezeichnung her als Ersatz für selbige anzusehen. Sleht man allerdings hinter die Kulissen, so subsummiert sich als jeweilige Alternative zur wissenschaftlichen Medizin eine lange Reihe von Methodenangeboten, die der Sachgründen entbehren, um an der Universität gelehrt zu werden (Außenseiter-Medizin). Obzwar untereinander keineswegs immer Freund, machen Ihre Vertreter besonders in den letzten Jahren als Koalition gegen die sich allmählich vom Okkulten befreende Medizin Front. Das geschieht unter Decknamen wie Naturheilkunde, Ganzheitsmedizin u. a. Oepen (1981) ist der Frage: „Brauchen wir eine alternative Medizin“ ausführlich nachgegangen und beantwortet sie schließlich mit einem klaren „Nein“. Dennoch bleibt die große Zahl von Patienten („Leidenden“), die sich einer oder mehrerer solcher im Alternativangebot befindlichen Methoden anvertraut, eine unübersehbare Realität.

Gründe, die den Patienten geradezu in die Hände des Scharlatans treiben. Die Argumente gegen die „Schulmedizin“ können hier nur schlagwortartig angedeutet werden: „Zweiminutensprechstunde“, „Rollschuhvisite“, „Apparatenmedizin“ usw. Man spricht vom „Unbehagen an der Medizin“ (Mössinger 1981). Daß kritikloser Einsatz technischer Verfahren auf Kosten menschlicher Zuwendung natürlich nicht das Wesen der wissenschaftlich begründeten Medizin darstellt, ist den Patienten unklar und im konkreten Fall auch gleichgültig. So trägt die Medizin selbst mit die Verantwortung, wenn es zum „Paradoxon unserer Zeit (kommt), daß die rationale Therapie stellenweise wieder vom Obskurantismus eingeholt und sogar überholt wird“ (Bock 1980).

lippinen organisiert, denen sich auch heute noch zahllose Kranke aus Westeuropa unterziehen. Offenbar nach dem Motto „Was aus dem fernen Osten kommt und dazu noch teuer ist, muß wirksam sein“ (Seit Jahrhunderten: „Ex oriente lux“) ist ein hoher suggestiver Effekt bei allen dorthin pilgernden Patienten zunächst einmal gewiß. Lange Gebete vor dem „Eingriff“ tun ein übriges. Daß die dann erfolgende Operation überhaupt keine ist, sondern nur ein „Operieren“ mit Cellophanfolie, Tierblut und Quark auf der intakten Haut des Patienten, ähnlich der Praxis von Wunddarstellungen in Dracula-Filmen aus den Hammer-Studios, tut in den allermeisten Fällen aber dem Erfolg keinen Abbruch. In einigen Fällen aber doch. Denn Karzinome z.B. sind nur sehr wenig suggestibel! Und die von Ärzten aufgemachten Erfolgsstatistiken von derart Operierten weisen schließlich Ergebnisse aus, die denen rein suggestiver Behandlungsmethoden, wie Hypnose oder Plazebogabe, entsprechen (vgl. Gergely 1982). Suggestiveffekte ihrer Methode leugnen auch die Homöopathen. Dabei arbeiten sie auch heute noch mit „Hochpotenzen“. So empfahl unlängst ein Facharzt für Innere Medizin in einer renommierten Zeitschrift, bei Hypertonie Adrenalin in der Verdünnung D 30 (das bedeutet eine „Urtinktur“ von Adrenalin 1:10³⁰ verdünnt). Bei einer derartigen Verdünnung käme entsprechend der Loschmidttschen Zahl (ca. 6 x 10²³ Moleküle in einem Mol eines Stoffes) 1 Molekül des Wirkstoffes theoretisch nicht einmal auf einen Swimmingpool voll Verdünnungsflüssigkeit! Daß Adrenalin dennoch – und zwar nicht blutdruckerhöhend, sondern -senkend wirkte, erklären die Homöopathen mit der besonderen Schütteltechnik (natürlich

Alter Wein in neuen Schläuchen

Unter den „Alternativen“ der Medizin finden sich Vertreter altbekannter wie auch „hochmoderner“ Verfahren. Neben rein spirituellen Verfahren wie Geistheilungen, Geisterchirurgie u. a. haben sich Methoden mit hohem technischem Aufwand etabliert. Allen gemein ist die Forderung an den Patienten, an die Wirksamkeit der Methode zu glauben. Überprüfung durch Doppelblindversuche, Untersuchungen der zugrundeliegenden Mechanismen und Kritik werden abgewiesen, auf der Richtigkeit der vertretenen Theorien wird beharrt. Während von Vertretern der wissenschaftlich orientierten Medizin suggestive Effekte bestimmter Methoden diskutiert und z.T. als sehr wünschenswert erachtet werden, streiten die Außenseiter solche entschieden ab (offenbar empfinden sie einen solchen Wirkmechanismus als minderwertig?). Statt dessen flüchten sie sich in okkultistische Erklärungsversuche. Dies gilt in besonderem Maße für die sog. Geistheiler, die nicht nur mit Sympathie, sondern auch Telepathie und Psychokinese operieren. Die Zeit der Medizinherrn erlebt eine ungeahnte Renaissance in Ländern mit hochentwickelter Kultur und Bildung. Öffentliche Kritik und gerichtliche Verfolgung solcher Scharlatane wie Josef Müller alias Miller (der mit dem „Geist“ seiner Großmutter „Fernheilungen“ auch per Telefon durchführte, nachdem ihm das Handauflegen gerichtlich untersagt wurde), sind leider Einzelfälle.

Noch weitaus geschäftstüchtiger scheinen die „spirituellen Operationen“ auf den Phi-

**Akupunktur
Ozon-Zell-
therapie nach
Prof. Niehans
Heilpraktiker
Volker Ferber
Beamten-Privatkassen
Neumarkt 36-38**

Abgesehen von sozial bedingten Übeln, die bei vielen Menschen zur Suche nach alternativer Lebensweise und damit auch zu einer alternativen, „natürlichen“ Medizin geführt haben, gibt es zweifellos auch im Gesundheitswesen selbst zahlreiche



von Hand!) bei Herstellung der Verdünnungen. Als eine weitere okkultistische Methode mit pseudowissenschaftlicher Begründung sei die Radiästhesie genannt. Nachdem die Unwirksamkeit der Wünschelrute zum Muten von Wasseradern, Bodenschätzen und Goldschätzen (vgl. Suche nach dem Attilaschatz bei Aurolzmünster, Lit. zu Prokop 1977) bei zahlreichen, z. T. sehr kostspieligen Bohrungen und Grabungen, besonders nach aufwendigen Untersuchungen staatlicher Kommissionen, offenkundig wurde, versuchen neuerdings „Experten“ wie die Österreicherin Käthe Bachler vorbeugenden Gesundheitsschutz und sogar Krebsprophylaxe mittels Wünschelrute zu treiben. Von den mysteriösen „Erdstrahlen“ soll nämlich eine krebserzeugende Wirkung ausgehen, wofür immer wieder neue Hypothesen aufgestellt werden, die jedoch keiner wissenschaftlichen Überprüfung standhalten. Beweis für die Existenz der „Erdstrahlen“: Freiherr von Pol hat sie mit seinem Leib registriert, der viel sensibler war als jedes Meßinstrument (vgl. Werbeprospekt der „Wahren Krebshilfe“ in der Bundesrepublik, 1980).

Akupunktur: Das teure Placebo

Unter den risikobehafteten sog. Naturheilverfahren spielt vom Umfang her die Akupunktur die größte Rolle. Der okkulte Charakter leitet sich zwangsläufig aus ihrer historischen Stellung (Steinzeitmedizin) ab: Zuerst stach man mit Quarzsplittern in die Haut kranker Menschen, nach der alten Literatur, um das Böse aus dem Körper herauszuleiten, ähnlich den alten Trepanationen (Schädelöffnungen, H.K.), die aus Höhlenzeichnungen bekannt wurden. Erst sekundär wurde ihr die chinesische Naturphilosophie vom Gleichgewicht polarer Kräfte im Universum, jetzt bezogen auf den einzelnen Menschen, aufgeprägt. Diese Kräfte wurden mit Yang (Prinzip der Aktivität, der Wärme, des Lichts, des Männlichen) und Yin (Prinzip der Ruhe, der Kälte, der Dunkelheit, des Weiblichen) bezeichnet.



net und in diffiziler Weise schematisiert. Nach Export in europäische und amerikanische Länder waren diese althinesischen, von Mao Tse-tung als „Volksmedizin“ wiederbelebten Theorien schlecht glaubhaft zu machen. Da sich anatomische Substrate für die sog. Meridiane („Gefäße“, in denen die „Lebensenergie“ fließt) und Akupunkturpunkte (Einstichstellen in diese „Gefäße“) nicht finden ließen (vgl. die von der Akademie der Wissenschaften 1980 abgegebene Erklärung, die im Schrifttum vielfach, selbst in Südafrika, verbreitet wurde), sind rasch hintereinander zahlreiche – immer wieder unbefriedigende – funktionelle Theorien bemüht worden, um den Akupunktureffekt zu erklären. Wie für mystische Heilmethoden geradezu typisch, wurde jede neue wissenschaftliche Erkenntnis vor das Akupunkturwälzelchen zu spannen versucht. Zuletzt war es die Entdeckung der endogenen Morphine, deren Wirkspektrum sich unter Akupunktur ein wenig erhöht. Daß deren geringer Anstieg (ca. 250/0) einen Akupunktureffekt nicht zu erklären vermag, wurde ebenso verschwiegen, wie die Tatsache, daß sich Streß, Geschlechtsverkehr und andere unspezifische Reize in eben dieser Weise auswirken. Untersuchungen einiger amerikanischer Autoren, z. T. unter Zuhilfenahme eines chinesischen Akupunkteurs, zeigten sowohl im experimentellen (Bestimmung der Reizschwelle) als auch im klinischen Doppelblindversuch (Behandlung rheumatischer, arthrotischer, neuralgischer Beschwerden) zwar eine „hohe Besserungsrate“ (wie von Akupunkturvertretern angegeben), aber keinen Unterschied zwischen Scheinakupunktur und schulmäßiger Akupunktur, womit sich der Erfolg als Placebo (hier: Scheinwirkung, H. K.) oder als Spontanbesserung mit lediglich zeitlichem Zusammenhang zur Akupunktur erklärt. Zum selben Ergebnis kam auch die British Association of Physical Medicine (1966). Untersuchungen, die unter Anleitung unseres Instituts bei der Behandlung von Trigeminusneuralgien und Altersarthrosen durchgeführt wurden, bestätigten diese Aussage. Leider ist die Akupunktur in westlichen Ländern für die Ausübenden finanziell zu einträglich, als daß sich eine sachliche Einschätzung durchsetzen könnte. Den okkulten Vorstellungen der Akupunktur wesensverwandt sind die Neuraltherapie („entscheidend ist der Stich“ – Dosch) und der Baunscheidtismus („Akupunktur des Westens“ – Kirchner). Diese Untergruppen-Alternativmediziner handeln insofern besonders bedenklich, als sie Methoden verbreiten, die für die Patienten schwere körperliche Schäden nach sich ziehen können. (Die Autoren berichteten in der Fachliteratur über die Grenzstranginjektion nach Wischniewski, Oepen warnt vor der Anwendung des Baunscheidt-Öls (Krotonöl, ist karzinogen!) 1981).

Die Heilkraft des Glaubens ist unbestritten. Das „Gesund-werden-Wollen“ ist nicht



nur Voraussetzung, sondern entscheidendes Moment jeder erfolgreichen Behandlung, auch der auf wissenschaftlicher Basis. Der Vorteil, auf den die Außenseiter bei Rückfall in die magisch-mystische Phase der menschlichen Entwicklungsgeschichte setzen, ist jedoch nicht zu übersehen: Der Patient kann sehr wohl an den Fähigkeiten eines Therapeuten oder der von ihm angewandten wissenschaftlichen Methode zweifeln (was heute nicht selten vorkommt), setzt er sein Vertrauen aber in eine Wunderkraft, so kann er nur schwer von dieser enttäuscht werden, da sich eine „übernatürliche“ Macht der Überprüfbarkeit und sachlichen Kritik entzieht (Stumpf 1981). Dieses Moment nutzt die „Alternative Medizin“ aus. Merkmale des Okkultistischen sind in der Medizin neben einer offenen Propagierung „höherer“ Kräfte oder imaginärer „Selbstheilungskräfte“ und „Umstimmungsprinzipien“ eine maßlose Selbstüberschätzung und Kritikfeindlichkeit ihrer Vertreter (Wimmer 1981). Es gilt, Erfolge ihrer Methoden zu entmythologisieren und auf eine Suggestiveffekte zu reduzieren. Dies gebietet nicht nur die Wahrheitssuche einer aufgeklärten Gesellschaft, sondern auch die Kenntnis der Gefahren, die sich aus gewinnorientierter und gesundheitsgefährdender Anwendung okkultistischer Verfahren in der Medizin ergeben.

Literatur:

- 1) Bock, E.: 3. Dt. Hausärztetag in Freiburg, zit. in Dt. Ärztebl. (1980), 2635
- 2) Brit. Assoc. Phys. Med.: Pain in the neck and arm; a multicentre trial of the effects of physiotherapy. Brit. med. J. (1966), 253–258
- 3) Dosch, P.: Lehrbuch der Neuraltherapie nach Huneke, 6.Aufl., Haug, Heidelberg (1976)
- 4) Gergely, S.: Profil 13 (1982), 48–49
- 5) Gertler, A., Mattig, W., Markert, K. und Prokop, O.: Grenzstranginjektion nach Wischniewski – eine gefährliche neuraltherapeutische Methode. Z. ärztl. Fortbild. 75 (1981), 785–791
- 6) Kirchner, G.: Baunscheidt – Die Akupunktur des Westens. Ariston, Genf (1979)
- 7) Mattig, W., Buchholz, W. und Schulz, H.-J.: Schwere iatrogene Schädigung durch Neuraltherapie nach Huneke, Z. ges. inn. Med. 34 (1979), 134
- 8) Mösslinger: Evangel. Gemeindeblatt Württemberg (1981, 9, S. 10)
- 9) Oepen, Irmgard: Brauchen wir eine alternative Medizin? Fortschr. Med. 99 (1981), 1759–1763
- 10) Oepen, Irmgard: Baunscheidtismus – ein „Naturheilverfahren“? Erfahrungsheilkunde 30 (1981), 460–464.
- 11) Prokop, O.: Mediz. Okkultismus. Fischer, Jena (1977)
- 12) Stumpf, K.-D.: Dt. Ärztebl. (1981), 1738–1744.
- 13) Wimmer, W.: Niedersächs. Ärztebl. (1981), 302–307.

Heilpraktikerberuf – Ansatz zur Veränderung?

Von Gerd P. Werner

In der Bundesrepublik gibt es etwa 7000 zugelassene Heilpraktiker. Die Zulassung regelt ein Gesetz von 1939. Die Ärzteschaft als natürliche Konkurrenz spricht gern von Kurpfuschern, Wunderheilern usw. Die Berufsverbände der Heilpraktiker, allen voran die „Deutsche Heilpraktikerschaft“ (DH) bemühen sich nach Kräften um Seriosität. Die DH vereinigt etwa drei Viertel der niedergelassenen Heilpraktiker. Sie betreibt in verschiedenen Großstädten Heilpraktikerfachschulen, mit dreijähriger intensiver Ausbildung, was wegen kurzer Ferienzeiten durchaus mit etwa zehn Semestern gleichzusetzen ist. Die Fachschulen der DH haben meist lange Wartelisten für die Studierenden, im Gegensatz zu Instituten, die wöchentlich inserieren. Die Fachschulen sind nicht gesetzlich vorgeschrieben, sehr zum Leidwesen der Berufsverbände. Das Gesetz verlangt vor der Zulassung lediglich eine Überprüfung durch den Amtsarzt mit dem Ziel, festzustellen, ob der Antragsteller „eine Gefahr für die Volksgesundheit“ darstellen könnte. Die Durchführungsbestimmungen dazu sind in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich, ebenso die Handhabung durch die einzelnen Gesundheitsämter. Im übrigen benötigt der Antragsteller die deutsche Staatsangehörigkeit, Volksschulabschluß und ein Mindestalter von 25 Jahren. Die Situation ist also recht liberal, was einerseits Möglichkeiten bietet, andererseits Risiken enthält. Es verführt jedenfalls manchen cleveren Geschäftsmann zur Gründung einer Heilpraktikerschule, die allein dazu verhilft, die Zulassungsprüfung beim Amtsarzt zu überstehen; damit kann man noch nicht diagnostizieren und therapiieren.

Der größere Teil der zugelassenen Heilpraktiker hat eine ernstzunehmende Ausbildung hinter sich. An den Fachschulen werden die üblichen Fächer gelehrt, wie Anatomie, Pathologie, Neurologie, Embryologie usw., wenn auch nicht so ausführlich wie an der Universität, z. B. werden keine Sektionen gemacht. Zusätzlich wird an den Fachschulen jedoch alles das gelehrt, was in der Naturheilkunde und in der sog. Erfahrungsheilkunde an erfolgreichen Methoden existiert: Homöopathie, Akupunktur, Chiropraktik, Phytotherapie, Hydro- und Balneotherapie, Neuraltherapie, Augendiagnose, Diätetik und andere, sowie eine Kenntnis in der praktischen Anwendung der klassischen Umstimmungs- und Ausleitungsmethoden mit Hilfe von Fasten, Aderlaß, Brechmittel, Abführen, Blutegel, Diurese, Diaphorese und weiteren Hautoausleitungsmethoden (wie z. B. unblutiges oder blutiges Schröpfen, Baunscheidtieren, Cantharidenplaster). Die Liste ließe sich noch sehr verlängern und mit weiteren Details anfüllen.

Nicht jeder Heilpraktiker verwendet sämtliche aufgezählten Methoden, die meisten sind jedoch Allround-Praktiker, die sich nicht monoman auf eine einzige Methode stützen. Interessant ist, daß in den letzten Jahren verstärkt Methoden an Bedeutung gewinnen, die mit Goethes Wort „In jedem Teil findest du das Ganze“ beschrieben werden könnten: Diagnostik und Therapie

über die Fußsohlen, wo sich praktisch der gesamte Körper darstellt und über spezielle punktförmige Massagen auch therapiert werden kann; oder z. B. der Bereich der Ohr-Acupunktur, wo ebenfalls der gesamte Körper zu finden und zu beeinflussen ist; ähnlich ist auch der Nasen-Rachen-Raum mit seinen Schleimhautzonen als Reflexfeld für die Mehrzahl der inneren Organe nutzbar. Alle diese und andere nicht genannte Methoden sind zwar in der praktischen Arbeit sehr effektiv, sie entziehen sich jedoch weitgehend der rein klinisch orientierten Denkweise und bleiben so Außenseitermethoden.

Wenn gelegentlich einzelne kleinere Ärztegruppen sich mit einer der genannten Methoden intensiver beschäftigen, wie z. B. die „Deutsche Akademie für Akupunktur und Aurikulomedizin“ in München sich unter Führung von Dr. med. Frank R. Bahr mit der Ohr-Acupunktur befaßt, so bleibt das leider ohne jeden erkennbaren Einfluß auf die Hochschulmedizin. Veränderungen der Medizin im normalen Sprechzimmer des Allgemeinpraktikers mit Kassenpraxis sind dennoch zu beobachten; aber die Ausbreitung „natürlicher“ oder „alternativer“ Heilmethoden in der Kassenpraxis kommt nicht durch die Hochschule zustande, sondern durch das Publikum, und zu einem nicht geringen Teil durch die Arbeit von Arzneimittelvertretern

von pharmazeutischen Firmen mit pflanzlichem Herstellungsprogramm.

Wer zum Heilpraktiker geht, bezahlt selbst. Schon deshalb kann der Gang zum Heilpraktiker niemals die Alternative schlecht hin werden. Die gesetzlichen Krankenversicherungen einschließlich der Ersatzkassen erstatten weder Behandlungskosten noch Medikamente, die vom Heilpraktiker verordnet wurden. Nur wenige Privilegierte können Heilpraktikerrechnungen zur nachträglichen Erstattung an ihre Privat-Krankenversicherung weiterreichen; wer im öffentlichen Dienst beschäftigt ist, hat Anspruch auf Beihilfen von 50% oder mehr. Alle anderen bezahlen selbst. Eine Änderung dieser versicherungsrechtlichen Situation ist auf absehbare Zeit nicht denkbar, für die meisten Heilpraktiker aber auch nicht wünschbar. Denn sehr vieles von dem, was z. B. Ivan Illich „Die Enteignung der Gesundheit“ nennt, hängt ja gerade mit der Organisation der gesetzlichen Krankenversicherung zusammen: der Krankenschein gibt zwar soziale Sicherheit, aber er macht das Verhältnis Patient–Behandler tendenziell zu einem distanzierten, unpersönlichen Verhältnis.



Die meisten Patienten erleben beim Heilpraktiker ein mehr persönliches Verhältnis als beim Arzt. Im Bewußtsein der Patienten, die den Heilpraktiker aufsuchen, kommen meist noch einige weitere Gesichtspunkte hinzu: Abneigung gegen die Apparate-Medizin, und Furcht vor den vom Arzt normalerweise verwendeten Medikamenten. Ärzte, die frisch aus den Kliniken in die Praxis hinauskommen, so sagt jedenfalls der bekannte Medizin-Kritiker Dr. med. Paul Lüth, „kennen Medizin nur als Funktion von Apparaten“. Und die von ihnen verwendeten Medikamente zielen nach Überzeugung und Erfahrung vieler Patienten meist allein auf Betäubung, Unterdrückung, Dämpfung usw. Diesen Arzneien wird keine Heilkraft zugetraut.

In vielen Familien ist die Vorliebe für naturheilkundliche Methoden bereits seit Generationen überliefert, oft sind zugleich beträchtliche Kenntnisse in Hydrotherapie, Phytotherapie und oft sogar in der Homöopathie vorhanden. In den letzten Jahren nimmt jedoch die Zahl der Menschen zu, die sich ganz neu der Naturheilkunde zuwenden. Dieser Trend brachte leider auch unangenehme Begleiterscheinungen: unseriöse Ausbildungsangebote für den Heilpraktikerberuf, Praxiseröffnungen ohne wirklich fundiertes Wissen, und z. B. auch einen Wunderheiler-Journalismus nach der Art des Dr. jur. Köhnlechner (der im Grunde noch das gleiche macht wie früher als Bertelsmann-Boß: Bücher verkaufen, die andere geschrieben haben).

Ist der Heilpraktikerberuf ein Ansatz zur Veränderung, eine Alternative zum kranken Gesundheitswesen? Nach heutiger Lage der Dinge kann diese Frage nicht voll bejaht werden. Der einzelne Patient, der vielleicht jahrelang von Facharzt zu Facharzt irrt und schließlich beim Heilpraktiker die ihm angemessene ganzheitliche Beurteilung und Behandlung findet, dieser Patient mag subjektiv mit gutem Recht den Heilpraktiker als die Alternative ansehen. Ebenso mag der Heilpraktikerberuf für viele einzelne Menschen die berufliche Zielvorstellung sein, in der sich Helfenwollen mit Unabhängigkeit und Selbstverwirklichung verbindet. Aber gesellschaftlich gesehen kann der Heilpraktikerberuf auf keinen Fall den Anspruch erheben, die Al-

ternative zum kranken Gesundheitswesen zu sein. Es liegen wohl einige Möglichkeiten in der beschriebenen Situation, zum



Beispiel wäre es durchaus denkbar, für Interessenten mit einem gewissen gesellschaftspolitischen Anspruch eine neue, alternative Ausbildungsstätte für Heilpraktiker ins Leben zu rufen. Dazu müßte dann allerdings auch gehören, erhebliche soziale Kreativität zu entfalten, um zugleich dem bestehenden System der gesetzlichen Krankenversicherung Alternativen gegenüberzustellen. Dies Problem ist noch kaum in Angriff genommen worden. Eine Anregung könnte vielleicht aus dem alten China kommen: es ist überliefert, daß dort ein gut funktionierendes System herrschte,

in dem Naturheilkunde, Präventivmedizin und Finanzierung des Gesundheitswesens in idealer Weise verbunden waren; der (Akupunktur-)Arzt wurde von seinen Patienten mit regelmäßigen Geldzuwendungen bedacht, solange der Patient gesund war; Aufgabe des Arztes war es, rechtzeitig beginnende Störungen der Lebensenergie festzustellen und die Harmonie der Körperfunktionen so frühzeitig wie möglich wieder herzustellen. Das geschah (wie noch heute in der klassischen Akupunktur) durch die Pulsdiagnose und die daraufhin vorgenommene Ausgleichung der ungleichgewichtigen Energieströme in den Energiebahnen der Akupunktur. War ein Patient ernsthaft erkrankt, erhielt der Arzt kein Geld mehr! Erst wenn die Gesundheit wieder hergestellt war, bekam der Arzt wieder seine regelmäßigen Geldzuwendungen.

Literatur:

- Fritz Rabe: Berufskunde für Heilpraktiker, ISBN 3-7905-0283-9
- Ernst und Paul Busse: Akupunkturfibel, ISBN 3-7905-0234-0
- Helmut Kropej: Systematik der Ohrakupunktur, ISBN 3-7760-0459-2
- Niels Krack: Nasale Reflex-Therapie mit ätherischen Ölen, ISBN 3-7760-0356-1
- Bernhard Aschner: Lehrbuch der Konstitutionstherapie, Hippokrates-Verlag, Stuttgart
- Samuel Hahnemann: Organon der Heilkunst, Haug-Verlag, Ulm (Erste Darstellung der Homöopathie, Erstdruck 1810!)
- Sebastian Kneipp: Meine Wasserkur, Ehrenwirth-Verlag, München
- Schulprospekt der Heilpraktikerfachschule München, erhältlich bei: Heilpraktiker-Fachschule der Deutschen Heilpraktikerschaft beim Landesverband Bayern e.V., Giselastraße 4, 8000 München 40 (Schwabing).

IRREN ist menschlich

NEU ERSCHIENEN!

- aus dem Inhalt:
- Für neue Strukturen in der psychosozialen Versorgung gerade jetzt
 - Behindering bedarfsgerechter Arbeit durch Strukturmängel
 - Verschärfte Ausgrenzung als Folge der Sozialpolitik
 - Das Schicksal von Betroffenen
 - etc.
- Erhältlich für DM 4,- bei der DGSP.

PSYCHOSOZIALE HILFEN IM REGIONALEN VERBUND

Analysen und Perspektiven zur Überwindung der Struktur- und Finanzkrise



Die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) wurde 1970 gegründet. Im Laufe von 12 Jahren wechselvoller Geschichte stieg die Mitgliederzahl auf heute fast 4000 zum größten Teil Angehörige der verschiedenen Berufsgruppen in der Psychiatrie.

Diskussion, Information und Weiterbildung - auf den beiden großen jährlichen Tagungen des Bundesverbandes sowie den vielen Tagungen der 12 Landesverbände.

Psychiatriekritik und Aktivitäten vor Ort - kontinuierliche Diskussionszusammenhänge in Regionalgruppen.

Widersprüche - Marsch durch die Institutionen oder Abschaffung der Psychiatrie. Psychotherapie ja oder nein, Auflösung oder Verkleinerung der Großanstalten usw.

Fortbildung - zweijährige berufsübergreifende Fortbildung.

Die DGSP braucht:

- aktive Mitarbeit und neuen Schwung
- Mitglieder
- Spenden

Informationen über die DGSP, Anschriften der Landesverbände usw. bei der Geschäftsstelle.

DGSP

Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V.

Die DGSP ist als gemeinnützig anerkannt.

Übrigens: Der DGSP-Rundbrief, der circa 5 mal im Jahr auf ca. 60 Seiten Diskussionsbeiträge, Berichte, Informationen, Tips, Pressespiegel, Stellenangebote usw. bringt, kann auch von Nichtmitgliedern für 25,- DM jährlich abonniert werden. Pro Exemplar bei der Geschäftsstelle (Schutzgebühr 3,- DM in Briefmarken).

DGSP-Jahrestagung vom 29.10. bis 1.11.1982 in der GHS Wuppertal: "Der Mythos vom harten Kern" (Programm für 1,- DM in Briefmarken).

Postfach 1253
3050 Winsen

Spendenkonto: Stadtsparkasse Winsen
103 903
(BLZ 251 524 90)

Ansätze und Perspektiven alternativer Gesundheitspolitik

Und sie bewegt sich doch

Von Ellis Huber

Nach zwei Gesundheitstagen scheint die Gesundheitsbewegung an Schwung zu verlieren. Staatliche Konstandämpfungs-Politik und die Reaktion der etablierten gesundheitspolitischen Kräfte dämpfen die Hoffnungen der Selbsthilfebewegung im Gesundheits- und Sozialwesen. Stimmt dieses Bild der Resignation oder zeichnen sich gegenteilige Entwicklungen ab? Die Modell-Region Berlin kann kommende Entwicklungen aufzeigen und mögliche Perspektiven vermitteln.

1. Zwei Seiten Ärztepolitik

Die Gesichter blickten mutlos und die Reden klangen leise. Weniger Ärztinnen und Ärzte als erwartet versammelten sich im Juli 1982 zum Treffen der „Liste 4“. Zur Diskussion stand die Wahl eines neuen Delegiertenrates der Berliner Ärztekammer im Dezember 1982 und die Vorbereitung des Wahlkampfes der Opposition. Vor vier Jahren erhielt die Liste 4 ein Drittel der Stimmen und wurde stärkste Fraktion. Diesmal wäre ein spürbarer Zuwachs und ein linker Ärztekammer-Präsident nicht unerreichbar. Doch eher Resignation statt Begeisterung prägte die Stimmung in der Runde.

Im gleichen Monat formulierte der Leitartikler für das offizielle Organ der Ärztekammer Berlin unter der Rubrik „Berufspolitik“ starke Worte: „Dem Schreier Lahnstein sei in aller Deutlichkeit gesagt, daß sich die Bürger dieser Stadt und alle Berliner Institutionen nicht den Lebensnerv quetschen lassen, dessen Pflege auch Herrn Lahnstein trotz Rotstift-Aktion ein paar Millionen wert sein sollte.“ Die Standesfunktionäre meinten damit nicht die Einsparungen im Gesundheitswesen, sondern den Abbau der Subventionierung von Flugpreisen im Berlin-Verkehr. Die dadurch verursachte Teuerung von Kongreßreisen nach Berlin sei für Ärzte nicht hinnehmbar.



Die Diskrepanz im politischen Lebensgefühl zwischen den Kritikern des Gesundheitswesens und den etablierten Vertretern des bestehenden Systems ist so offensichtlich wie unverständlich. Das arrogante Selbstvertrauen der einen Seite widerspricht der Realität ebenso wie die resignative Zurückhaltung der anderen. Denn ohne Zweifel kränkt der klassische Medizinbetrieb und sein chronifiziert schlechter Zustand verschlimmert sich täglich. Die Therapievorschläge wie „Selbstbeteiligung“ oder „Privatisierung“, die Reden für die Freiheit des Arztes oder wider die Anspruchshaltung der Patienten können die Prognose nicht verbessern.

Die Irrationalität der bestehenden Strukturen und die Hilflosigkeit der vorhandenen Institutionen zwingt viele Betroffene zum selbstbestimmten Handeln: Die beiden Gesundheitstage in Berlin und Hamburg vermitteln anschaulich, wie stark das Potential an Unzufriedenheit mit dem derzeitigen Zustand des Gesundheits- und Sozialwesens ist und wie wirksam die Selbsthilfebewegung von Professionellen und Laien Alternativen entwickelt.

2. Problemstadt Berlin

Innerhalb der Bundesrepublik Deutschland stellt Berlin eine urbane Modell-Region dar: Die politische und geographische Lage verdichtet die Probleme und Lösungsstrategien des sozialen Lebens beispielhaft und frühzeitig.

Mit 52,4 % Ein-Personen-Hushalten (BRD durchschnittlich 30 %) besitzt die Stadt ein Ausmaß an sozialer Vereinzelung, das mit dem Begriff einer „postfamiliären Gesellschaft“ charakterisiert werden kann. Der Anteil an alten Menschen innerhalb der Bevölkerung ist so hoch wie nirgends sonst in deutschen Städten. Nicht nur im Wohnungswesen, auch im Gesundheits- und Sozialwesen zeichnen sich zugesetzte Problemlagen ab: Alkoholismus, psychosoziale Entwurzelung, Selbstmord, Medi-

kamentenabhängigkeit und die vielfältigen Probleme von chronischen Erkrankungen, von Altersleiden und psychosozialen Befindlichkeitsstörungen kennzeichnen das Aufgabenspektrum, das vom Gesundheitswesen der Stadt bewältigt werden muß. Überdurchschnittlich hohe Arbeitslosigkeit, Wohnungsnot, Einsamkeit und soziale Armut, Randgruppen-Gettos und die Not pflegebedürftiger und alleinstehender alter Menschen beschreiben grob die Aufgaben des Sozialwesens.

Etwa 2,5 Milliarden DM im Jahr wendet die Allgemeine Ortskrankenkasse Berlin auf und ca. eine Milliarde DM wird an Sozialhilfe-Geld verbraucht. Die höchste Bettendichte wird daraus ebenso finanziert wie die höchste Ärztedichte und eine überdurchschnittliche Ausstattung an klassischen Institutionen der Gesundheitsversorgung und an ambulanten psychosozialen Diensten.

13,2 % erreicht der Beitragssatz der AOK und etwa 45 % des Jahresetats fließen in den Bereich der stationären Versorgung (Ortskrankenkassen der BRD ca. 34%; Ersatzkassen ca. 24%). Über 250 Millionen im Jahr gibt die AOK Berlin allein für Medikamente aus. Die Finanzierungsschwierigkeiten der Krankenkassen spätzen sich zu, nachdem erhebliche Bundeszuschüsse weggefallen sind. Den vorgesehenen Sozialhilfeetat für das Jahr 1982 haben die Bezirksämter bereits nach einem halben Jahr verbraucht.

Spar- und Streichkonzepte werden beispielhaft durchgesetzt: Über die Gerichte legten sich die Krankenkassen von Berlin mit den städtischen Krankenhäusern an. Sie erstritten eine Pflegesatzsenkung bis zu 20 % für einzelne Krankenhäuser. Die absehbaren Defizite für die nächsten Jahre erreichten die Größenordnung von 600 Millionen Mark. In dieser Situation sah sich der Senat von Berlin zu einer Vereinbarung mit den Krankenkassen gezwungen, die zwar weni-

ger abgesenkten Tagespflegesätze, aber dafür den Abbau von 1000 Akutbetten festschrieb und 2000 Arbeitsplätze im Krankenhausbereich wegstrich.

Trotz dieser düsteren Zukunftsaussichten und obgleich 2000 Beschäftigte ihren angestammten Arbeitsplatz verloren, versammelten sich nach Schätzungen der Veranstalter nur 500 Teilnehmer zur Protestdemonstration der OTV. Die Widerstandsförderungen, die früher griffen, erreichten die Betroffenen nicht mehr. Warum?

Mit dem neuen CDU-Senat erlebte Berlin einen „politischen Wechsel“, dessen Auswirkung anderen sozialen Landschaften noch bevorsteht. „Berlin war die Stadt in Deutschland, die neue, kommende Entwicklungen frühzeitig anzeigen. Das war bisher vielfach die Ursache für Probleme, Krisen und Erschütterungen.“

Berlin kann aber auch jene Stadt in Deutschland werden, die nicht nur die Chance für neue Lebensformen bietet, sondern vor allem eine Gesellschaft schafft, in der sich die Menschen (wieder) geborgen und behausen: zu Hause fühlen . . .“. Diesen Ausblick eröffnete der Senat von Berlin in seiner Antwort an das Abgeordnetenhaus, nachdem die Fraktion der CDU eine „Große Anfrage“ über das „Alternative Leben“ eingebbracht hatte.

Solche großangelegte Umarmungsoffensiven gegenüber der alternativen Bewegung und der Selbsthilfe im Gesundheitswesen setzte Signale und produzierte eher größere Widersprüche innerhalb der Gesundheitsbewegung in Berlin.

3. Modellstadt Berlin

Insgesamt 42 Sozialstationen initiiert der Senat als Ersatz für die gestrichenen Krankenhausbetten. Die bereitgestellten 2,4 Millionen DM entsprechen gerade den Kosten, die 25–50 Krankenhausbetten verursachen und davon besitzt Berlin über 32 000. Die AOK Berlin behindert die Tätigkeiten der neuen Sozialstationen durch telefonische Anrufe bei niedergelassenen Ärzten, um die Verordnung von häuslicher Krankenpflege zu blockieren. Die Kassenärztliche Vereinigung erhält Prämien für sinkende Krankenhausweisungen.

Der Verteilungskampf um die vorhandenen Mittel im Gesundheitswesen entbrennt in aller Schärfe. Die Machtanteile zwischen den Berufsgruppen im Gesundheitswesen und zwischen Gesundheitsexperten und Laien werden neu ausgehandelt und festgesetzt. Grundlegende Umrüttelungen und Umwälzungen



bahnhen sich an. Was erreicht dabei die Gesundheitsbewegung, von der Ende 1979 erstmals gesprochen wurde?

Aus einem montäglichen Treffen linker Mediziner und Krankenschwestern entstand im Jahr 1976 „Eingriffe“, eine Zeitung „mit unliebsamen Nachrichten von und für die Berliner Kranken-

DER MENSCH IST KEINE FLEDERMAUS

Alternative – made in USA

Der Glaube an die ewige Jugend ist in den USA wie überall weit verbreitet. Allerdings muß man jenseits des großen Teiches etwas Besonderes dafür tun. Als neuestes Heilmittel gegen Kopf- und Rückenschmerzen, Stress, Kreislaufbeschwerden, Übergewicht, sowie alle anderen großen und kleinen Wehwehchen der Zivilisation, ist das „Hängen“ entdeckt worden.

Wer fit und munter bleiben will, soll täglich zweimal fünf Minuten lang die mit Schaumstoff gefüllten Stahlmanschetten, die „Inversion Boots“, anlegen und sie mit ihren Haken an einer Stahlstange befestigen. Dann schaukelt man wie ein geschlachtetes Schwein, mit dem Kopf nach unten, und wartet ab, bis die Hängezeit herum ist.

Wie alle derartigen Rezepte zur Erreichung einer Kondition von Olympiateilnehmern, kommt die neue Gesundheitswelle aus Kalifornien, wo ein pfiffiger Orthopäde in Pasadena sich die Hängeeinrichtung patentieren ließ. Nach Hulareifen, Skateboards, Rollschuhlaufen und Jogging werden mit den Inversion Boots die Methoden des Fitneß-Trainings zusehends rauer und anstrengender.

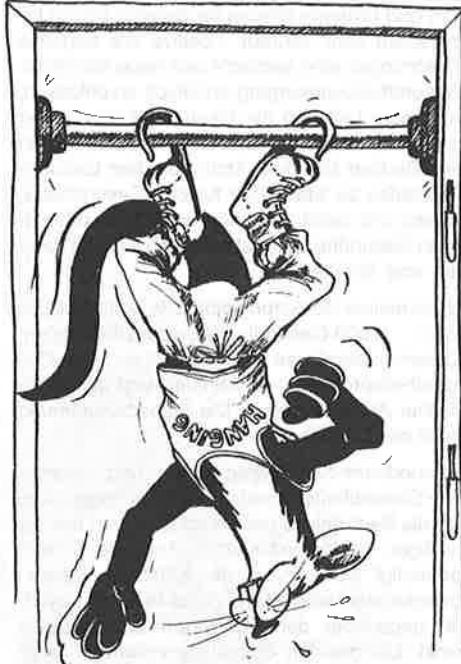
Aber das dürfte konditionsbewußte Amerikaner kaum schrecken. Die Sportartikelbranche rechnet bereits jetzt mit Rekordumsätzen im kommenden Weihnachtsgeschäft und das dürfte die Hauptache sein. Dem Hersteller und dem Handel ist geholfen. Ob das Hängen auch den elfrigen Amateuren hilft, die zuvor keinen

häusern. Aus diesem Kreis heraus erfolgte 1978 die Gründung des medizinischen Informations- und Kommunikationszentrums, Gesundheitsland Berlin e. V.

Dieses „versprengte Häuflein Unzufriedener“ und „berufsmäßiger Gesellschaftsveränderer“ – wie die ärztliche Standespresso urteilte – initiierte im Mai 1980 den ersten Gesundheitstag. Die weitere Entwicklung auch innerhalb der BRD ist bekannt.

Spätestens seit dem zweiten Gesundheitstag in Hamburg wisse die Bundesregierung, daß hier eine ernstzunehmende politische Kraft entstanden sei, äußerte ein Staatssekretär des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit kürzlich offiziell auf einer Tagung.

„Dieser Gesundheitstag ist ein Beleg des wachsenden Mißtrauens gegenüber der Beeinflussbarkeit und Reformierbarkeit bestehender staatlicher und gesellschaftlicher Institutionen. Er dokumentiert die Verweigerung vieler Gesund-



Arzt konsultieren, um zu erfahren, ob sie sich nicht womöglich mehr schaden als nutzen, erscheint dagegen höchst zweifelhaft.

Wenn es stimmt, daß der Sport unter anderem eine Tätigkeit ist, die man um ihrer selbst willen ausübt, könnte man das Sich-selbst-aufhängen sogar als Sport bezeichnen. Aber so sehr auch Überlegerne trainieren mögen, die Konstitution des Menschen ist für das Hängen weniger geeignet als die der Fledermaus. Sie könnte in dieser neuen Disziplin Weltmeister werden. Der Homo sapiens macht fest auf beiden Beinen stehend eine bessere Figur, als hängend.

Da bereits zehn Millionen Amerikaner als Arbeitslose buchstäblich in der Luft hängen, kommt den Inversion Boots allerdings eine aktuelle symbolische Bedeutung zu. Früher mußten arme Leute ihren Brotkorb höher hängen. Jetzt sollen sie sich selbst aufhängen. Der Fortschritt made in USA ist unverkennbar.

Horst Hartmann

heitsarbeiter gegen die Krankenhausmaschine mit ihrer krankmachenden Gewalt für Beschäftigte und Patienten. Dagegen stellt er ein Spektrum alternativer Ansätze und Modelle in der Inanspruchnahme und Ausweitung gesellschaftlicher Freiräume“, schrieben die Macher des ersten Gesundheitstages bereits in ihrer Selbstdarstellung. Das Selbstbewußtsein zögern sie aus der praktischen Erfahrung in und mit vielfältigen alternativen Gesundheitsprojekten kommentierte damals die überregionale Presse. „Gesundheit, die ansteckt“, propagierte die Vorberstellungsgruppe des Gesundheitstages in Hamburg.

In Berlin hat sich parallel zu den Bettentreibungen und dem „Abbau des Sozialstaates“ einiges getan: Das Gesundheitszentrum Großenstadt, die Therapeutische Tagesstätte Wedding, der Gesundheitsladen Berlin, das Kommunikationszentrum Friedenau (KOMM RUM), die Irren-Offensive, die „Grauen Panther“, das TUBFF, die PSIFF und weitere Initiativ-

ven und Projekte klingen für Berliner Ohren inzwischen sehr vertraut. Positive wie negative Erfahrungen sind gemacht und neue Wege der Gesundheitsversorgung praktisch erschlossen. An dieser Leistung der Gesundheitsbewegung kommt keiner vorbei. Die Tatsache, daß jetzt in drei Berliner Bezirken Ärzte aus dem Gesundheitsladen zu Stadträten für das Gesundheitswesen und damit zu Behördenchefs im öffentlichen Gesundheitsdienst avanciert sind, ist dafür nur eine Bestätigung.

Nach meiner Schätzung gibt es in Berlin zur Zeit etwa 1000 Gesundheits-Selbsthilfegruppen: Zusammenschlüsse von Menschen, die Gesundheitsprobleme gemeinsam und in solidarischer Aktion angehen. Die Selbstbestimmung ist in der Offensive.

Gesundheits-Selbsthilfegruppen und alternative Gesundheitsprojekte entstehen immer dort, wo die Bedürfnisse der Betroffenen von den jeweiligen institutionalisierten Angeboten nicht befriedigt werden, wo die Kritik am Versorgungssystem wächst und gleichzeitig die Loyalität gegenüber den etablierten Einrichtungen sinkt. Die meisten Selbsthilfe-Initiativen leben durch geglückte Zusammenarbeit zwischen progressiven Gesundheitsexperten und kritischen Laien. Dieses neue Bündnis kennzeichnet die Gesundheitsbewegung. Während das etablierte Versorgungssystem weit hinter der dynamischen Entwicklung des sich verändernden Problemspektrums zurückbleibt, entfalten die Praxis und Theorie der Gesundheitsbewegung Experimentierfreudigkeit und hohe Innovationskraft. Neue Rollenverständnisse von Experten wie Laien und neue Kooperationsformen werden aktiv gesucht, erprobt, gelehrt und geleert.

Die Produktion von Ideen, Konzepten und realisierten Projekten verunsichert und beeindruckt etablierte Helfer und auch Gesundheitspolitiker, die sich plötzlich mit dem Phänomen „Alternativer Gesundheitsprojekte“ beschäftigen und auszelnandersetzen.

4. Hilfe-City-Hilfe!

Der Hilferuf stammt aus einem Berliner Ärzteblatt. Der Bericht über ein Nutzungskonzept für ein ehemaliges Krankenhaus beklagt die konzeptionelle Vielfalt der „Systemveränderer“ und die Einfalt der etablierten Standespolitiker. In kürzester Frist entwerfen Experten und Laien aus der Gesundheitsbewegung einen Plan, wie das geschlossene Albrecht-Achilles-Krankenhaus für eine gemeinschaftliche Gesundheitssicherung zu nutzen sei. Erste Hilfe und Krisenintervention rund um die Uhr, ambulante Dienste von der Hauskrankenpflege bis zum handwerklichen Einsatz für behindertengerechte Wohnungen, psychosoziale Kontakt- und Beratungseinrichtungen, eine Volkshochschule Gesundheit sind ebenso Teile des Konzeptes, wie ein Selbsthilfenzentrum Berlin und vielfältige stadtteilbezogene Kommunikations- und Freizeitmöglichkeiten. Skizziert wird eine Art soziales Gesundheitszentrum, das primäre Diagnose- und Hilfsdienste bereitstellt und gleichzeitig und gleichberechtigt Möglichkeiten zur selbstständigen Lösung der Gesundheitsprobleme aufzeigen soll. Alte Menschen und Jugendliche, Gesunde und Kranke, Behinderte und Nichtbehinderte, Besucher und Bewohner der Berliner Innenstadt sollen ein Zentrum erhalten, wo sie ihre Gesundheitsprobleme ansprechen und gemeinsam mit Experten und anderen Betroffenen lösen können.

So reagierte die Berliner „Gesundheits-Szene“ auf die Bettenstreichung. Das frühere Krankenhaus am Kurfürstendamm mit über 300 Krankenhausbetten hätte eine umfassende neue Funktion für die Berliner Innenstadt erhalten. Die reale Utopie, die unter dem Begriff „City-Hilfe“ in der Öffentlichkeit, in etablierten und alternativen Gesundheitsinstitutionen und auf der politischen Bühne heftig debattiert wurde, ist vorerst gescheitert. Allerdings wurden sowohl der Senat von Berlin als auch die Kassenärztliche Vereinigung zu Zugeständnissen gezwungen.

Ein Ergebnis der politischen Auseinandersetzung war der Zusammenschluß des Marburger Bundes Berlin, des Gesundheitsladens Berlin, der Berliner Gesellschaft für soziale Psychotherapie und Beratung, der Behindertenorganisation „Ambulante Dienste“, des Arbeitskreises Orientierungs- und Bildungshilfe und des Seniorenschutzbundes „Graue Panther“ zu einem gemeinsamen Dachverband: „Aktion Gesundheit, Verband der Selbsthilfen und Gesundheitsinitiativen Berlin e. V.“



Keine Spur Trübseligkeit!

Die Milliarden der AOK und der Sozialhilfe in Berlin ließen sich sinnvoller verwenden. Die gesamte häusliche Krankenpflege verursacht zur Zeit weniger Kosten als die Berliner Computer-Tomographen. Medikamente für schätzungsweise 100 Millionen Mark landen jährlich unbenutzt im Müllheimer. Etwa die gleiche Summe ließe sich einsparen, wenn der Arzneimittelmarkt rationellen Gesichtspunkten gehorchte und Gesundheitsinteressen im Vordergrund stünden. Die verschleuderten Medikamenten-Millionen in Berlin könnten 500 – in Worten fünfhundert – Sozialstationen finanzieren.

Keiner zählt die Betten, in denen mit medizinischen Diagnosen soziale Indikationen beschrieben sind. Krankenhausräger verlangen von der ärztlichen Leitung, Patienten nicht zu entlassen, da sonst der Belegungsdurchschnitt sinkt. Wie viele psychosoziale Krisen verarztet eine Praxis mit falschen Mitteln teuer verpackt?

Die Liste des Widersinns und der strukturellen Fehlentwicklungen im Gesundheits- und Sozialwesen läßt sich fortsetzen, belegen und verfeinern. Woran das Gesundheitswesen krankt, ist vom Arzt sicherer zu diagnostizieren als manche Krankheit. Doch wer wagt die Therapie? Die Verlautbarungen und Rezepte etablierter Gesundheitspolitiker und Vertreter der institutionalisierten Gesundheitsversorgung gleichen oft mehr den Empfehlungen professioneller Gesundbeter als einer realitätsgerechten Handlungsperspektive.

Der Politik fehlt der Mut, die notwendige Umverteilung sozialer Kompetenzen und Ressourcen in der Gesundheitsversorgung durchzusetzen.

Zur Zeit wird die Selbsthilfebewegung von Gesundheitspolitikern, die hilflos im Kräftespiel der vorhandenen Anbieterinteressen hin und her irren, mit bereits irrationalen Hoffnungspotentialen besetzt. Die Selbsthilfebewegung soll der Politik Handlungsfähigkeit zurückgewinnen und gleichzeitig noch die Probleme der Kostenentwicklung lösen.

Die 49. Gesundheitsminister-Konferenz verabschiedet zum Selbsthilfe-Thema eine Erklärung und setzt eine Arbeitsgruppe ein. Die 50. Sitzung, am 10. Dezember 1982 in Berlin, will konkrete Schritte der Förderung von Selbsthilfe im Gesundheitswesen beschließen. Warum diese Eile, Herr Senator?

Mit 10 Millionen Mark für Selbsthilfeprojekte im nächsten Jahr wirbt der Senator für Gesundheit, Soziales und Familie in Berlin um ein progressives Image: Mit Erfolg und Geschick. Die Vertreter der Wohlfahrtsverbände protestieren heftig und beanspruchen das Geld für die eigenen, schnell mit dem Etikett „Selbsthilfe“ versehenen Dienste. Der Senator wird Ihnen klein beigegeben.

Die Gesundheitsbewegung entwickelt integrierende Konzepte der Krankheitsbekämpfung im somatischen, psychischen und sozialen Gefährdungsspektrum. Zentrale Motivation ist dabei immer die persönliche Betroffenheit von Experten wie Laien im gesellschaftlichen Kontext und in der jeweiligen sozialen Rolle.

Lösungsstrategien zur Bewältigung der modernen Gesundheitsprobleme entstehen, die sonst nirgendwo vorhanden sind. Das macht die Gesundheitsbewegung auch für die etablierte Politik – selbst der CDU – interessant und attraktiv. Konkrete Unterstützung ist damit noch nicht erreicht und die Funktionalisierungs- und Vereinnehmungs-Absicht wird deutlich.

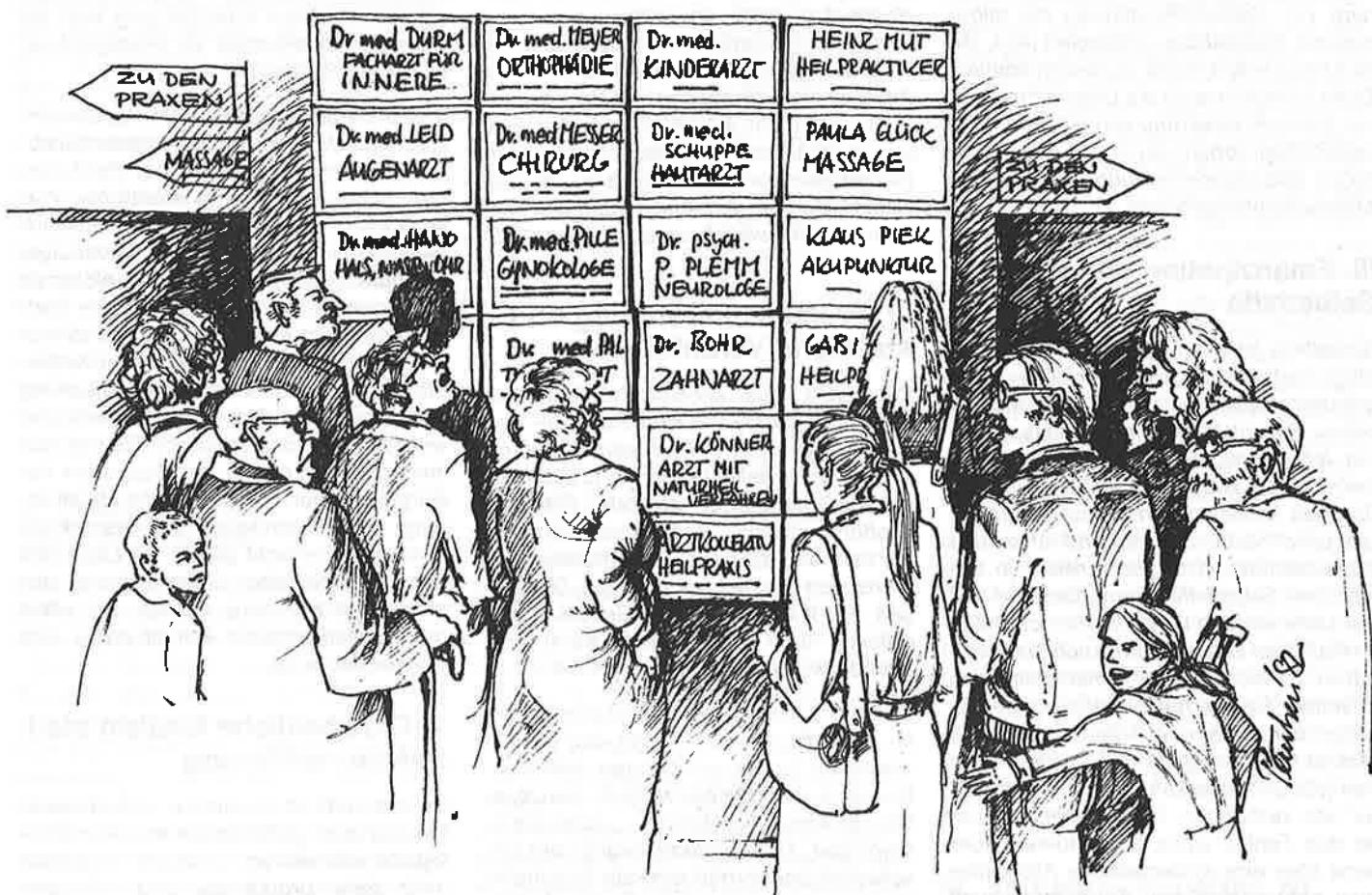


Der Organisationsgrad und die politische Handlungsfähigkeit der Gesundheitsbewegung hinkt nach wie vor hinter ihrer praktischen Bedeutung her. Zusammenschlüsse, vergleichbar der „Aktion Gesundheit Berlin“, auf regionaler wie überregionaler Ebene stehen an.

Das Netzwerk der Gesundheitsläden und anderer Gesundheitsprojekte innerhalb der Bundesrepublik wächst langsam aber stetig. Mittlerweile formuliert auch die Weltgesundheits-Organisation für Europa eine regionale Strategie zur Erreichung des Ziels: „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“. Die dort formulierten allgemeinen Aussagen treffen ziemlich genau das, was von der Gesundheitsbewegung praktisch, vor Ort, gedacht und realisiert wird.

Manche behaupten zwar, bei der WHO wie in der Gesundheitsbewegung seien weltfremde Idealisten und Utopisten am Werk. Ob sie recht behalten bleibt offen. Wahrscheinlich ist: Sie bewegt sich doch – die Gesundheitsbewegung!

Bloß alternative –



oder demokratische Medizin?

Thesen und Fragen zu ökologisch-alternativen Ansätzen im Gesundheitswesen

Von Michael Regus und Peter Walger

I Alternativer Humanismus kontra wissenschaftliche Rationalität

Ökologisch-alternatives Denken ist eine Antwort auf krisenhafte Vergesellschaftungsprozesse, die aus der raschen Entwicklung der Produktivkräfte resultierenden Probleme zu lösen. Die Haltung gegenüber dem wissenschaftlich-technischen Fortschritt erinnert auf den ersten Blick an traditionelle konservative Positionen. Doch schützt die liberale und antiautoritäre Grundhaltung und das Ideal eines Lebens in solidarischer und gleichberechtigter Gemeinschaft bisher weitgehend gegen die Vereinnahmung durch reaktionäre Kräfte. Das Anwachsen der Friedensbewegung wäre ohne die Aktivierung dieses humanistischen Bewußtseins nicht möglich gewesen.

Dieses Denken findet gerade auch unter den Berufen des Gesundheitswesens besondere Resonanz. Soziale Herkunft, Berufsmotivation, unzureichende Arbeitsbedingungen, die Machtlosigkeit gegenüber

vielen chronischen und psychosozial bedingten Leiden und die Ablehnung einer entfremdeten Stückwerkmedizin wirken hier zusammen. Die Gesundheitstage zeigten die Vielfalt der Bemühungen, humanere Alternativen zu realisieren. Manche versuchen, psychotherapeutische und soziale Hilfen oder neue Formen der Zusammenarbeit in den medizinischen Alltag zu integrieren. Dies aber scheitert nicht selten an den Strukturen von Krankenhaus und freier Praxis. Andere setzen auf Heilmethoden, die sich als „ganzheitliche“ und „naturgemäße“ Alternative zur Schulmedizin empfehlen. Die wissenschaftliche Medizin ist herausgefordert, solche Methoden ernsthafter als bisher auf ihre rationalen Momente hin zu untersuchen und tragfähige Kriterien zur Abgrenzung von Scharlatanerie und verantwortlicher Medizin zu entwickeln. Problematisch werden für uns Ansätze alternativer Medizin aber immer dann, wenn die zentrale Bedeutung von Rationalität und Wissenschaft für den Fortschritt der Medizin und die Humanisierung des Lebens grundsätzlich bestritten wird und an ihre

Stelle Irrationalismus, Subjektivismus und Heilsprophetie treten.

II Wer hilft sich selbst?

Zentrale Begriffe der alternativen Gesundheitsbewegung sind Selbsthilfe und Entprofessionalisierung. In der Tat ist die Bewältigung vieler Gesundheitsprobleme heute kaum ohne Aktivierung der Betroffenen selbst möglich. Dies erklärt auch die rasche Ausbreitung von Gesundheitsselbsthilfegruppen. Sie bilden sich vor allem dort, wo die medizinischen Institutionen auf ihre Grenzen stoßen: in Rehabilitation und Nachsorge, in der psychosozialen Versorgung, im Behinderten- und im Suchtbereich. Zugleich beobachten wir immer häufiger Versuche, den Gedanken der Selbsthilfe gegen professionelle und öffentliche Hilfe auszuspielen. Diese Erfahrung zwingt zur Präzisierung des Selbsthilfegedankens. Er ist sinnvoll nur im Rahmen einer Gesundheits- und Sozialpolitik, welche die Selbsthilfemöglichkeiten der Betroffenen stützt und verbessert. Abbau von Leistungen bewirkt das Ge-

genteil. Verweis auf Selbsthilfe bei gleichzeitiger Abwälzung der Krisenlasten auf die sozial Schwachen, wie es heute geschieht, läßt den einzelnen in seiner Not allein und vergrößert das Elend. Förderung von Selbsthilfeinitiativen bei allgemeinem Sozialabbau privilegiert jene, die sich noch selbst relativ gut helfen können. Dafür sprechen auch die Untersuchungen zur Zusammensetzung von Gesundheitsselbsthilfegruppen: kaum Arbeiter, relativ hohes Bildungsniveau und überwiegend Mittelschichtangehörige.

III Emanzipation durch Selbsthilfe

Selbsthilfe ist alternativem Denken allerdings mehr als nur Mittel zur Lösung begrenzter Gesundheits- und Lebensprobleme. Sie entstammt einem umfassenderen lebensphilosophischen Hintergrund. Dabei ist sie nicht ohne weiteres mit der üblichen konservativen Selbsthilfeideologie gleichzusetzen. Während etwa das Subsidiaritätsprinzip der christlichen Soziallehre Selbsthilfe harmonisierend mit der Unterwerfung unter die herrschenden Verhältnisse zu verbinden sucht, ist alternative Selbsthilfe eher emanzipatorisch orientiert. Sie erinnert teilweise an die Anfänge der modernen Arbeiterbewegung und ist meist mit gewissen Vorstellungen von „Gegengesellschaft“, „Alternativkultur“ etc. verbunden. Charakteristisch aber ist das Fehlen eines begründeten Konsenses über eine systematische Alternative zum zeitgenössischen Kapitalismus und eine oft genug vorhandene Weigerung, systemanalytische Fragen und politisch-ökonomische Zusammenhänge überhaupt zu diskutieren.

Selbsthilfe als Emanzipationsstrategie – dieser Gedanke ist zu konkretisieren, wenn er nicht banale und unverbindliche Leerformel bleiben soll. Fragwürdig erscheint uns jenes Verständnis, das Emanzipation nur als individuelle Selbstbefreiung von gesellschaftlichen Zwängen, als Versuch der Realisierung nicht entfremdeten Lebens hier und jetzt, unabhängig von größeren sozialen Zusammenhängen begreift. Solche Versuche bleiben Stückwerk, da sie kaum Einfluß auf die entscheidenden gesellschaftlichen Bedingungen unseres Lebens ermöglichen. Diesen gegenüber gewinnen wir nur dann Handlungsfähigkeit, wenn wir aktiv an Möglichkeiten demokratischer Bestimmung des sozialen Lebens teilhaben. Dazu aber bedarf es der Zusammenarbeit mit anderen unter gemeinsamen, auf die Emanzipation aller gerichteten Zielen und des Kampfes gegen Strukturen, die solches behindern.

Wie können wir unsere individuellen Bemühungen um ein sinnvolles Leben mit kollektivem Engagement für Demokratie und sozialen Fortschritt verknüpfen? Dies scheint uns die zentrale Frage zu sein,

wenn es darum geht, den Gedanken der Selbsthilfe mit progressivem Inhalt zu füllen. Das eine ist ohne das andere nicht möglich. Versuche von einzelnen in privater Abgeschiedenheit bleiben bei allem Nonkonformismus im Detail systemkonform und bestenfalls symbolischer Hinweis auf die Notwendigkeit umfassender Alternativen. Wir meinen, daß solche Alternativen nicht losgelöst von den Anstrengungen der Arbeiterbewegung um Eindämmung und Überwindung der sozialen Ursachen von Ausbeutung und Entfremdung entwickelt werden können.

IV Professionalisierung und staatliche Verantwortung

Kehrseiten des ökologisch-alternativen Selbsthilfegedankens sind Experten- und Sozialstaatskritik. Professionalisierung und Vergesellschaftung zwischenmenschlicher Hilfe, zentrale Planung, Großorganisation und Verstaatlichung werden als mit den Bedürfnissen der Menschen unvereinbar gesehen. Die Fragen der Wirtschafts- und Gesellschaftsordnung und der Klassenverhältnisse werden weitgehend ausgeklammert.

So sind es dann Experten und Bürokratien an sich, die uns zu kränken und um ein sinnvolles Leben zu bringen scheinen. Ivan Illich zum Beispiel sieht die Hauptgefahr in einer angeblichen „Totalverartzung“ und „Übermedikalisierung“ der Gesellschaft und fordert radikale Einschränkung der professionellen Medizin. Sozialstaat und professionelle Hilfe würden den „Willen und die Fähigkeit zu selbstverantwortlichem Handeln untergraben und die Gesundheit enteignen“. Gesundheit reduziert sich für ihn auf die Fähigkeit, Leiden, Krankheit und Sterben als Individuum autonom zu bewältigen. Krankheit wird zu einer lebenssinnstiftenden Daseinskategorie mystifiziert, deren gesellschaftliche Bekämpfung Selbstverwirklichung nicht unterstützt, sondern behindert. Dies entspricht einem spekulativ-abstrakten Menschenbild, das den Sinn des menschlichen Lebens sowie von Gesundheit und Krankheit unhistorisch interpretiert und die soziale Spezifik menschlicher Bedürfnisse, die sich an den jeweils fortgeschrittensten gesellschaftlichen Möglichkeiten ausrichten, ignoriert. Manche Tendenzen innerhalb der alternativen Gesundheitsbewegung sind auch als möglicher Ausdruck solch mythologisierender oder sogar tendenziell biologistischer Lebensphilosophien kritisch zu diskutieren.

Die inhumanen und zu Recht kritisierten Momente professioneller Praxis sind nach unserer Erfahrung vor allem Folge konkreter Mängel und Strukturen. Profitwirtschaftliche, ständische und verbandsegotistische Interessen im Gesundheitswesen kombinieren sich mit den Wirkungen externer Faktoren wie Wirtschaftskrise, Arbeitslosigkeit und militärischer Hochröh-

stung. Das Problem ist nicht der medizinisch-technische Fortschritt an sich, sondern vor allem die von privaten Interessen behinderte, verzerrte und fehlgeleitete Entwicklung und Umsetzung dieses Fortschritts. In dieser Einschätzung liegt ein wichtiger Unterschied zu ökologisch-alternativen Sichtweisen.

Ähnliches gilt für die Beurteilung des Sozialstaats. Wir teilen nicht die pauschal ablehnende Haltung gegenüber Forderungen nach Ausdehnung staatlicher Verantwortung und Kontrolle im Gesundheitswesen. Sie ist eine notwendige, wenngleich noch lange nicht hinreichende Bedingung gesundheitspolitischen Fortschritts. Es ist eine Erfahrung der demokratischen Bewegung, daß nur in Verbindung mit konsequenter Demokratisierung von Staat und Gesellschaft verhindert werden kann, daß staatliche Gewalt sich immer wieder gegen die Interessen der Bürger wendet. Dies aber setzt Mobilisierung und Organisation von demokratischer Gegenmacht gegen die Logik des Kapitals und eine Beherrschung des staatlichen Handelns voraus. Vor allem den Gewerkschaften kommt dabei eine Schlüsselrolle zu.

V Ganzheitliche Medizin statt Defektorientierung

Unsere Kritik an romantisierend-illusionären und auch gefährlichen Aspekten ökologisch-alternativen Denkens bestreitet nicht seine produktiven und rationalen Momente. Zu Recht wendet es sich gegen naive Fortschritts-, Wissenschafts- und Expertengläubigkeit. Wichtig scheint uns auch die Erkenntnis, daß die Probleme des Gesundheitswesens heute nicht allein als Wirkungen äußerer Faktoren zu begreifen sind. Es handelt sich vielmehr zugleich auch um eine innere Krise der Medizin, um eine Krise ihres Selbstverständnisses und ihrer Denk- und Praxisformen.

Veränderungen des Krankheitsspektrums und der Bevölkerungsstruktur, der Risikofaktoren und der sozialen Bedeutung von Gesundheit und Leistungsfähigkeit und nicht zuletzt die Errungenschaften der Medizin selbst schaffen neue Probleme und Aufgaben. Sie werden in der Bedeutungszunahme chronischer, psychischer und psychosomatischer Krankheiten und in neuen Erfordernissen von Prävention, Nachsorge, Rehabilitation und sozialmedizinischer Betreuung sichtbar.

Das traditionelle medizinische Denk- und Handlungsmodell konzentriert sich vor allem auf die kranken und abnormalen Aspekte der individuellen Existenz. Bei vielen akuten somatischen Erkrankungen hat es unbestreitbar große Erfolge gebracht. Vor allem bei chronischen und psychosozial bedingten Leiden ist es jedoch unzureichend. Die hier auftretenden Probleme müssen in hohem Maße durch die Betroffenen selbst bewältigt werden.

Professionelle Hilfe müßte sich stärker auf die Unterstützung dieser Bewältigungsversuche konzentrieren und dem Betroffenen erweiterte Handlungsmöglichkeiten vermitteln. Engspurige Defektorientierung und die meist damit verbundene autoritäre Arzt-Patient-Beziehung bewirken aber eher das Gegenteil. Sie erschweren auch dem Patienten die Wahrnehmung seiner Probleme in ihrer Gesamtheit und in ihrem lebensgeschichtlichen und sozialen Zusammenhang. Dies kann die Möglichkeiten produktiver Problembewältigung blockieren. Beispiele hierfür sind die Verfestigung von Passivität und Anhängigkeit durch die psychopharmakologische Betäubung sozial bedingten Leidens oder der einseitig defektorientierte Umgang mit chronisch Kranken, Behinderten und psychisch Kranken, der oft ihre soziale Isolation verstärkt und so zu einem zusätzlichen pathogenen Faktor gerät.

VI Therapie und soziale Kontrolle

Weitere Probleme entstehen aus der Ausdehnung medizinischer Zuständigkeiten: Verhaltensprobleme, emotionale Schwierigkeiten, Sexualität, Drogenkonsum, Delinquenz usw. werden zunehmend als medizinische Phänomene klassifiziert. Dies signalisiert unter anderem die Herausbildung neuer Formen sozialer Kontrolle, die an die Stelle religiöser oder juristischer Instanzen treten. Dies ist ein Fortschritt, wenn moralisierende Bewertung oder gar offene Repression abweichender Verhaltensformen durch die neutralere und auf Hilfe ausgerichtete Intervention der Medizin abgelöst wird. Die Durchsetzung des Prinzips „Therapie statt Strafe“ im Umgang mit Drogenabhängigen ist hierfür ein Beispiel. Und doch enthält diese Entwicklung auch Gefahren, wenn das traditionelle Selbstverständnis der Medizin unreflektiert diesen Problemen übergestülpt wird. Die klassische Rollenverteilung im Gesundheitswesen schließt den Patienten weitgehend von der Problemdefinition aus und enthält in diesem Sinne immer auch ein Moment von Entmündigung. Dies ist oft unumgänglich und bei einem echten Vertrauensverhältnis auch kein entscheidendes Problem. Grundsätzlich unauglich sind entmündigende Beziehungen aber immer dann, wenn es um ursachenorientierte Bewältigung psychischer und sozialer Probleme geht. Dazu kommt die Gefahr, daß die einseitige Definitionsmacht der Experten leicht als Herrschaftsinstrument mißbraucht werden kann. Der repressive Charakter ist dann wegen der scheinbaren Neutralität und der caritativen Note der Medizin nur schwer zu erkennen. Bei strukturellen Interessengegensätzen, wie sie unser Gesundheitswesen und Gesellschaftssystem charakterisieren, wird dieser Aspekt besonders problematisch. Nicht zuletzt der umfassende und systematische Zugriff medizinischer und ver-

haltswissenschaftlicher Experten auf unser Alltagsverhalten im Namen gesundheitlicher Prävention läßt eine zunehmende Brisanz dieser Fragen erwarten.



VII Verantwortung der professionellen Medizin

Die Sensibilisierung für Probleme von sozialer Kontrolle und Herrschaft durch Medizin sollte aber nicht dazu führen, diese Aspekte einseitig wahrzunehmen oder gar zum Wesen der Sache emporzustilisieren. Solche Verabsolutierungen unterschätzen die nach wie vor auch gegebene helfende und humanitäre Dimension der professionellen Medizin. Die Fragen stellen sich für uns anders: Wo beginnt und wo endet der notwendige Beitrag professioneller Hilfe und gesellschaftlich organisierter Gesundheitsförderung? Welches sind hierbei die richtigen Formen? Wie kommen wir zu einer an den Interessen der Menschen orientierten und nicht blind entmündigenden Praxis? Alternative Medizinkritik weicht diesen Fragen aus, wenn sie die Begriffe von Krankheit und Gesundheit einfach relativiert. So widerlegt zum Beispiel nach Meinung von Ellis Huber die Selbsthilfebewegung das Vorrecht der professionellen Helfer, über gesund und krank zu entscheiden. Es ist zwar notwendig, gegenüber der herrschenden Medizin auf die Grenzen und die Gefahren dieses Vorrechts hinzuweisen und die subjektiven Aspekte von Krankheit, ihre kulturelle Relativität und die Selbstbestimmung der Betroffenen offensiv zu betonen. Es ist aber falsch, in alternativem Überschwang die ebenso wichtige objektive Seite von Krankheit als eines organischen, psychischen und sozialen Geschehens, das die Freiheit des Lebens einschränkt und existentiell bedroht, zu vergessen und damit letztlich die spezifische Aufgabe und Verantwortung der medizinischen Berufe zu verkennen.

VIII Krankheit als Waffe?

Dies führt dann auch leicht zu jener Form der Mystifizierung von Krankheit, bei der

aus der Einsicht in die soziale Ätiologie kurzsinnig nur repressive Anpassung an inhumane Verhältnisse sei und daß es gelte, aus der Krankheit eine Waffe zu machen. Hier wird die Bedeutung der Medizin für die Bewältigung gesellschaftlicher Probleme weit überschätzt und von den wirklichen Möglichkeiten sozialen Fortschritts und individueller Emanzipation abgelenkt. Krankheit und Leiden tragen an sich noch lange nichts zur Lösung pathogener gesellschaftlicher Verhältnisse bei. Im Gegenteil: Sie beeinträchtigen die Möglichkeiten offensiver Auseinandersetzung mit der Umwelt. Psychische und psychosomatische Leiden sind überdies gerade Ausdruck des subjektiven Unvermögens oder objektiver Schwierigkeiten, belastende Probleme auf andere Weise anzugehen. Richtig ist die Kritik an medizinischen Konzepten, die diese Unfähigkeit generell fixieren oder gar verstärken. Dies muß aber nicht Verzicht auf Bekämpfung realen Leidens bedeuten.

Dennoch aber bleiben Fragen: Warum zum Beispiel sehen sich heute so viele Menschen nicht in der Lage, anders als durch „Flucht in die Krankheit“ ihre Lebensprobleme zu lösen? Oder aber: Welche Konsequenzen sind aus dieser Tatsache für die Inhalte und Formen professioneller Hilfe zu ziehen? Der Verweis auf Selbsthilfe, Entprofessionalisierung und Einschränkung von Expertenmacht allein hilft hier wenig weiter.

IX Verhältnis Experten zu Betroffenen

Wichtig ist aber wohl der Hinweis auf die Notwendigkeit demokratischer Neubestimmung des Verhältnisses von Experten und Betroffenen. Dies gilt sowohl für die Beziehung zu unseren Patienten, als auch für unser Verhältnis zu der Gesellschaft, in der wir und diese Patienten arbeiten und leben. Diese beiden Aspekte unseres beruflichen Handelns – der individuelle und der gesellschaftliche – sind nicht voneinander zu trennen. Sie bedingen sich gegenseitig. Sie fallen aber auch nicht unmittelbar zusammen und bedürfen deshalb bewußter Vermittlung. Soziale Bedingungen und Folgen von Krankheit können in der individuellen Arbeit mit Patienten zwar sichtbar, aber nur sehr begrenzt bewältigt werden. Es handelt sich meist um Zusammenhänge, die in sozialen Verhältnissen gründen, die ihrerseits nur auf gesellschaftlicher Ebene verändert werden können. Diese Einsicht entläßt uns aber nicht aus unserer Verantwortung. Sie führt vielmehr zu einer Präzisierung unserer Fragen: Welches ist unser notwendiger Beitrag als medizinische Experten zur Lösung solcher gesellschaftspolitischer Aufgaben? Wie ist dieser Beitrag angemessen und wirkungsvoll zu organisieren? In jedem Fall sind wir auf das Bündnis mit anderen sozialpolitisch progressiven Kräften angewiesen. Die Zusammenarbeit in und

mit den Gewerkschaften oder gemeinsames Engagement für eine fortschrittliche Berufspolitik, wie es etwa im Rahmen demokratischer Ärztelisten geschieht, sind hier konkrete Möglichkeiten. Es handelt sich dabei nicht um eine fragwürdige Politisierung der Medizin, wie sie für jene Standespolitik typisch ist, der es vor allem um die Sicherung eigener Privilegien geht. Es handelt sich vielmehr um die praktische Organisation unserer gesellschaftlichen Verantwortung als medizinische Experten und um die Konsequenzen aus der sozialen Dimension der Medizin. Fortschrittliches politisches Engagement als Element demokratischer Medizin ist um so wichtiger, als sich unser berufliches Handeln – wie dargestellt – immer auch in einem Spannungsfeld von Hilfe und sozialer Kontrolle, von Befreiung und Repression bewegt. Den gesellschaftlichen Bedingungen gegenüber, die dieses Spannungsfeld regulieren, können wir uns nicht passiv verhalten. Nur aus dieser Orientierung heraus scheint es uns möglich, die Widersprüche und Grenzen unserer individuellen beruflichen Praxis bewußt wahrzunehmen, auszuhalten, praktisch produktiv zu wenden und damit zugleich neue Möglichkeiten eines solidarischen, offenen und verantwortungsbewußten Verhältnisses zu unseren Patienten zu gewinnen.

X Voraussetzungen für Erfolg

Die Gesundheitstage haben eine eindrucksvolle Breite alternativer und demokratischer Strömungen im Gesundheitsbereich demonstriert. Sie haben aber auch die Heterogenität, die Widersprüche und vor allem eine problematische Neigung zu unverbindlichem und zu selbstgenügsamem Nebeneinander unterschiedlichster Positionen sichtbar gemacht. Wir brauchen aber mehr. Wir brauchen Diskussionen und gemeinsames Handeln, die zu Veränderungen gesellschaftlicher Verhältnisse führen und in diesem Zusammenhang auch Verhalten ändern. Auch die Diskussion um die hier angeschnittenen Fragen könnte dabei wichtige Impulse liefern.

Allerdings dürfen wir nicht vergessen: Keines dieser Probleme kann gelöst werden, wenn es nicht gelingt, der gegenwärtigen Krisenpolitik auf Kosten der Menschen, der Demontage im Sozial- und Gesundheitswesen, den Tendenzen von Demokratieabbau und Rechtsentwicklung, dem Mißbrauch von Wissenschaft und Technik für inhumane Zwecke und vor allem dem Rüstungswahnsinn und der drohenden Kriegsgefahr erfolgreich demokratischen Widerstand entgegenzusetzen. Diese Themen werden deshalb auch weiterhin die wichtigsten Bezugspunkte gemeinsamen Handelns aller demokratischen Kräfte inner- und außerhalb des Gesundheitswesens bleiben müssen.

Vollwertkost

Von Barbara Jacobs

Die augenblickliche Gesundheitssituation bei uns zeigt mittlerweile bedrohliche Tendenzen:

- **96–100% der Menschen leiden an Karles**
- **mindestens 30–50% der Bundesbürger sind übergewichtig**
- **die Sterbefälle an Erkrankungen der Herzkrankgefäße haben seit 1952 um 219%, die an Diabetes um 61% zugenommen.**
- **40–50% der Bevölkerung leidet an chronischer Stuholverstopfung, die Erkrankungen an Dickdarmkarzinomen nehmen ständig zu und stehen inzwischen bei den Männern an 1., bei den Frauen an 2. Stelle der Krebssterbefälle.**

Derartige Daten, die keineswegs vollständig sind, berechtigen daher, eher von einer „Krankheitssituation“ zu sprechen.

Auch die allgemein gestiegene Lebenserwartung darf nicht über diese zunehmende Krankheitsanfälligkeit hinwegtäuschen. Die Gründe hierfür sind vielfältiger Art, ein gewichtiger Aspekt ist jedoch die Fehlentwicklung unserer Ernährung, die durch Mangel- und gleichzeitig Überernährung gekennzeichnet ist.

Zivilisationskost = Mangelkost

Unsere heutigen Konsumgewohnheiten sind bestimmt durch den Verzehr stark verarbeiteter und „veredelter“, ernährungsphysiologisch aber minderwertiger Lebensmittel, da mit wenigen Ausnahmen der natürliche Gehalt an essentiellen Inhaltsstoffen bei diesem Prozeß stark abnimmt. Infolge des Eingriffes in das natürliche Gefüge der Nahrungsmittel ist eine, bei einigen Bevölkerungsgruppen bereits kritische Versorgungslage mit den Vitaminen B₁, B₂, B₆ und Folsäure, sowie den Mineralstoffen Eisen und Kalzium zu verzeichnen. Neben dieser Nährstoffverarmung bewirkt der Be- und Verarbeitungsprozeß gleichzeitig eine energetische Konzentrierung der Nahrungsmittel – von 0,9 kcal/g auf 2,3 kcal/g Lebensmittel –, wodurch in kürzerer Zeit relativ viel an Energie aufgenommen wird, da das natürliche Sättigungsgefühl aufgrund des geringen Nahrungsvolumens übergangen wird. Wichtigstes Beispiel in diesem Zusammenhang ist der Verzehr von Weißmehl und Zucker, deren Kostanteil durchschnittlich $\frac{1}{3}$ der täglich zugeführten Nahrungsenergie beträgt. Diesen Erzeugnissen fehlen nahezu vollständig alle lebensnotwendigen Inhaltsstoffe, gleichzeitig erfordern sie einen höheren Bedarf an Vitamin B₁, das zur Verstoffwechselung der Kohlenhydrate notwendig ist. Dies erklärt die schlechte Versorgungslage mit Vitamin B₁, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen.

Den Nachteilen dieser „Zivilisationskost“ begegnet die Ernährungsindustrie mit vielfältigen korrekten Maßnahmen, wie Revitaminisierung, dem Angebot von Multivitaminpräparaten sowie mit diätetisch wirksamen, teuer verkauften Präparaten mit Kleie, Keimen u.v.a. Letztlich werden hiermit die Probleme der heutigen Ernährung nur verdeckt und eine erfolgreiche Lösung herausgezögert.

Eine gesündere, billigere und umweltschonendere Alternative ist die „Vollwerternährung“ gemäß dem Prinzip, die Nahrung so natürlich und ursprünglich wie möglich zu belassen. Die Vollwertkost sichert eine Versorgung des Organismus mit allen essentiellen Nahrungsbestandteilen, einschließlich noch nicht identifizierten, möglicherweise jedoch lebensnotwendigen.



gen Inhaltsstoffen, wenn man folgende Prinzipien beachtet:

Empfehlungen zur Vollwertkost

1. Bevorzugung pflanzlicher Lebensmittel unter Berücksichtigung des jahreszeitlich bedingten Angebots.
2. Einen Teil der Kost als unerhitzte, möglichst wenig bearbeitete Frischkost essen; z. B. ungeschälte Früchte, frisches, rohes Gemüse (Ausnahmen: Bohnen und Erbsen), ganze Nüsse, Roh- und Vorratsmilch, ein geweichtes ganzes oder geschrotetes Getreide oder gekörnte Hülsenfrüchte.
3. Konserven meiden, eher Tiefgekühltes bevorzugen. Eine Ausnahme machen milchsauervergorene Gemüse (wie Sauerkraut, Gurken, Bohnen), da durch diese Art der Konservierung der Vitamingehalt z. T. erhöht wird.
4. Alle zu garenden Gerichte schonend dünnen oder dämpfen und das Kochwasser mitverwenden.
5. Die Kost möglichst abwechslungsreich und vielfältig zusammenstellen, damit sich die einzelnen Bestandteile in ihrem Nährstoffgehalt ergänzen.
6. Auf eine ausreichende Eiweißversorgung, besonders bei Kindern, achten. Pflanzliche Lebensmittel werden bereits durch geringe Zulagen von Milch und Milchprodukten oder Ei in ihrer Eiweißqualität stark aufgewertet.
7. Süßungsmittel, wie z. B. Honig, sparsam verwenden. Trockenfrüchte vor dem Verzehr einweichen.
8. Einschränkung der Fettzufuhr. Bevorzugung kaltgepresster Öle, ungehärteter Pflanzenmargarine und Butter.

Zu melden sind:

- Auszugsmehle und daraus hergestellte Produkte wie Weißbrot, Gebäck, Stärke, Grieß, helle Teigwaren etc.
- Isolierte Zucker und zuckerhaltige Produkte: weißer und brauner Zucker, Süßwaren, Marmelade, gesüßte Getränke (Limonaden, Cola, Kindertees...)
- Übermäßiger Genuss von Fleisch, Wurstwaren und Eiern (Reduzierung auf 1–2 Mahlzeiten pro Woche).
- Extrahiertes und raffiniertes Speiseöl, da bei diesen Verfahren nahezu alle natürlichen Fettbegleitstoffe zerstört werden.

- Tierische Fette, wie Speck und Schweineschmalz.
- Starkes Salzen der Speisen (industriell vorgefertigte Speisen sind meist sehr stark gesalzen).



Kalorienzählerei überflüssig

Eine ausgewogene Vollwertkost erübrigt die Kalorienzählerei und macht die z. T. gesundheitsgefährdenden Schlankheitsdiäten überflüssig. Wer sich an die genannten Empfehlungen hält, wird mit Vitaminmangel, Verdauungsstörungen infolge Ballaststoffmangels oder überkalorischer Ernährung im Normalfall nicht zu rechnen haben. Gleiches gilt für die heute weitverbreitete Erhöhung der Blutfettwerte infolge des hohen Verzehres an Fett allgemein und dem großen Anteil gesättigter Fettsäuren und Nahrungscholesterin. Hier wird versucht, ein eindeutiges Ernährungsfehlerverhalten mit dem Angebot von Diätmargarinen zu kompensieren. Die dank massiver Werbung mittlerweile fast jedem Verbraucher bekannten blutfett- und cholesterinsenkenden Eigenschaften dieser Margarinen (durch ihren hohen Gehalt an Linol- und Linolensäure) sind dabei keineswegs so eindeutig, wie es die Industrie gerne darstellt. Zum anderen gibt es heute Erkenntnisse, daß auch ein Zuviel an ungesättigten Fettsäuren nachteilige Auswirkungen (beschleunigte Gallensteinbildung, karzinogene Wirkung auf Magen und Darm) haben kann. Auch hier wäre dem Konsumenten mehr mit der Empfehlung gedient, seinen Fettverbrauch insgesamt zu reduzieren und qualitativ bessere Fette zu verzehren – u. a. auch die zu Unrecht verdammte Butter.

Zusammenfassend läßt sich feststellen: Es spricht „alles“ für eine Änderung der bisherigen Ernährungsformen und nur wenig dagegen – nämlich die Interessen der Er-

nährungsindustrie, der Landwirtschaftsbürokratie, der Pharmahersteller...

Energieverschwendungen und Dritte Welt

Sehr wichtige Aspekte habe ich nicht angesprochen, denn „alles spricht dafür“ heißt auch, daß die Verschwendungen von Energie durch Überproduktion und durch Veredelungsprozesse abgebaut werden könnte. Daß allein durch geringeren Fleischkonsum mehr Lebensmittel im Kampf gegen den Hunger zur Verfügung ständen – Mastfutter kommt z. T. aus der Dritten Welt und wird im Mißverhältnis von 1:8 „veredelt“ zu Fleisch! Ein Umdenken hilft nicht nur unserer Gesellschaft!

Empfehlenswerte Kochbücher:

Ingrid Früchtel: „Das große Vollkornkochbuch“ und „Das neue vegetarische Kochbuch“, Gräfe und Unzer Verlag, ca. 30 DM

Helma Dauner: „Biologisches Kochen und Backen“, Econ Verlag, ca. 30 DM

Froidl: „Die vegetarische Küche“, Heyne-Verlag, 4,80 DM

Arbeitskreis für Ernährungsforschung: „Die Zubereitung von Getreide“, ca. 6 DM ■



Frischzellentherapie

„Revitalisierung“ ... für Ärzte-Geldbeutel!

Von F. Richter-Hebel

Zelltherapie, ein biologisches Heilverfahren, gibt es seit 1931. Wirkungsweise und Erfolge dieser Behandlung, die Jahr für Jahr mit Wundermeldungen durch die Lalenpresse geistert, sind umstritten. Unser Anliegen ist es nicht, die Diskussion um die medizinische Wirksamkeit oder Unwirksamkeit weiterzuführen, sondern Wucher und Ausbeutung, die mit Frischzellen betrieben werden, anzuprangern. Das Übel liegt in den ökonomischen Hintergründen und der anscheinend völlig unkontrollierten Preisgestaltung bei Frischzellbehandlungen.

„Frischzellen“ – bei dem Wort fallen einem Kurkliniken in Oberbayern ein, Wunderheilungen hoffnungslos Kranke, Verjüngungskuren klimakterischer Gräfinnen oder impotenter Manager, Artikel in der Regenbogenpresse beim Friseur oder im Warterzimmer. Humbug, Kurpfuscherei, Unsinn mag mancher Kollege denken und hinter seinem Rücken gehen die Patienten zur Frischzellbehandlung und lassen sich das Geld aus der Tasche ziehen. Eigentlich wissen wir nur sehr wenig über dieses obskure Behandlungsverfahren, denn an den Universitäten wird es nicht erwähnt, auch die Fachbücher schweigen sich aus und selbst im „Pschyrembel“ findet man nur einen kleinen Absatz, der mit dem lapidaren Hinweis endet: „Wirkungsweise und Erfolg unterschiedlich.“

Was ist Zelltherapie?

Von der Schulmedizin belächelt, von den Krankenversicherungen abgelehnt, von der Boulevardpresse stark beachtet und von vielen Patienten als Wundermittel erhofft, existiert die Zelltherapie seit ca. 50 Jahren. In der medizinischen Fachsprache wird die Zelltherapie naturwissenschaftlich definiert als eine Injektions-Implantation von heterologen, fetalen oder juvenilen Zell- und Gewebesuspensionen in physiologischen Lösungen. In einer für den Laien verständlichen Formulierung heißt dies, daß einzelne Zellen und kleinere Zellverbände in naturgemäßen, körperfreundlichen Lösungen aufgeschwemmt und dann in die Muskulatur des Patienten eingespritzt werden. Das Zellmaterial wird dabei vorzugsweise von ungeborenen Spendertieren oder – soweit es sich um Drüsen handelt – von jugendlichen Spendertieren gewonnen.

Der Schweizer Chirurg Paul Niehans gilt als Vater der Zelltherapie. Die erste „Zellinjektion“ 1931 war ein völlig neuer Weg und ein überzeugender Erfolg. Niehans rettete mit der Injektion einer Aufschwemmung von tierischen Nebenschildrüsen eine in schweren Krämpfen liegende Frau, die ihm von Prof. de Quervain nach einer mißglückten Schilddrüsen-Operation überwiesen worden war.

Die wissenschaftliche Theorie der heutigen Zelltherapie fußt auf dem Glauben, daß die inji-

zierten Zellen von Leukozyten aufgenommen werden und von diesen zu artverwandten Organen und Geweben transportiert werden. Dort werden die organspezifischen Zellbausteine eingebaut und dienen zur „Reparatur“ der geschädigten Organe und Gewebe des Patienten.

Gibt es doch einen Jungbrunnen?

Tiereperimentelle Forschungsarbeiten sollen einen „Revitalisierungseffekt“ nachgewiesen haben: Unter „Revitalisierung“ verstehen die Zelltherapeuten die Wiederherstellung einer normalen altersentsprechenden Funktion des gesamten Organismus in Fällen einer vorzeitigen Abnutzung und psychosomatischen Erschöpfung. Diese Revitalisierung äußert sich klinisch in einer Steigerung des Appetits, einer besseren Durchblutung der Haut, einem Verschwinden der Hautrunzeln und -falten, in einer besseren geistigen und körperlichen Leistungsfähigkeit sowie einer gesteigerten Stimmungslage. Damit kann die Zelltherapie die verlorene Lebenskraft wieder herstellen und ein erfülltes Leben bis ins hohe Alter ermöglichen.

Ob dieses Versprechen – und um ein solches handelt es sich vorerst – gehalten werden kann, bleibt bislang allein der subjektiven Befindlichkeit einzelner Patienten überlassen; gesicherte Versuchsreihen, etwa auch Langzeitstudien, sind dazu bisher nicht veröffentlicht.

Die beiden (Monopol-)Hersteller von Zellpräparaten sind die Firmen CYBILA GmbH in 6902 Sandhausen (SICCACELL, RESISTOCELL) und Milcell Arzneimittel Dr. Miller GmbH + Co., Ballindamm 11, 2000 Hamburg 1 (RESOMILL) („Milcell ... die Spritze aus der Kälte“). Dr. rer. pol. Miller ist gleichzeitig der Generalsekretär des Kuratoriums der Zelltherapie ...

Wofür wird die Zelltherapie eingesetzt?

Diese Indikationsliste wird neuerdings noch ergänzt durch den Einsatz von Frischzellen bei malignen Erkrankungen, bei Gelenkarthrosen und bei Alkoholismus.

An dieser Stelle seien zwei Indikationsgruppen kurz näher betrachtet:

1. Behinderte Kinder:

Jeder erfahrene Mediziner weiß, wie dankbar die Eltern von behinderten Kindern jede nur denkbare Hilfe aufgreifen, die die Situation ihrer Kinder etwas verbessern könnte. Die möglichen Erfolge von Zelltherapie bei hypoxie- oder geschädigten Hirnzellen dürften allenfalls der Wirkung anderer suggestiver Therapieverfahren entsprechen. Dennoch wird die Zelltherapie unablässig gepriesen als Lebenshilfe und große Wende in der Entwicklung der Kinder.

Nach den Richtlinien für die Behandlung hirngeschädigter Kinder wird vorgeschlagen, die ohnehin schon fragwürdige Zelltherapie durch weitere dubiose „Zusatzbehandlungen“ zu ergänzen.

2. Alkoholismus:

Als völlig unwissenschaftlicher Unsinn entpuppt sich schließlich die Behandlung von Alkoholikern mit Frischzellen. Seitdem ein Dr. Brammer in Diepholz Frischzellen in der Abstinenzbehandlung einsetzt, wird sofort auch diese Indikation mit in den Katalog der Zellindikationen aufgenommen.

Wenn man von den verzweifelten therapeutischen Kämpfen um die Verbesserung der Alkoholiker-Therapie weiß, dann erscheinen einem die Erfolgsberichte dieser „Therapie“-Methode um so fragwürdiger, können sie doch wissenschaftlichen Kriterien nicht standhalten:

Dr. Brammer hat aus einem Kollektiv von 223 Suchtkranken 30 mit Zellen behandelt. An keiner Stelle seines Berichts (erfahrungsheilkunde 1/82, S. 19–21) wird erwähnt, wie diese 30 Patienten ausgewählt wurden, es gibt keine Vergleichsgruppe, Grundregeln der Statistik wurden nicht beachtet. Zwar spricht der Autor selbst von einer „Pilot-Studie“, die Ergebnisse werden aber allseits bereits der Zelltherapie gutgeschrieben ...

Wer bekommt Frischzellen?

An erster Stelle ist Frischzellentherapie eine Sache für die oberen Zehntausend, für die, die sich Privatliquidationen in astronomischer Höhe lei-



Wer stellt die Zellen her?

Es gibt in der Technik der Zelltherapie drei verschiedene Methoden: die Frischzellmethode, die Eiszellmethode und die Trockenzellmethode.

Heute werden für die Zelltherapie fast nur noch staatlich kontrollierte, als Trockenzellen bezeichnete, ampullierte und lagerfähige Zellpräparate verwendet, die durch das Verfahren der Gefriertrocknung haltbar gemacht wurden. Die Spendertiere kommen aus eigenen, tierärztlich überwachten Herden. Sie werden 6 Wochen vor der Verwendung in strenger Quarantäne gehalten.

Ausschnitt aus einem Klinik-Prospekt

Beispiele:**1. Allg. Revitalisierung masc.**

- 1 Placenta masc.
 1 Herz + Arterie + Lunge + Bronchien
 1 Leber + Gallenblase + Magen + Darm
 1 Niere + Harnleiter + Harnblase
 1 Wirbelknochen + Bandscheibe
 1 Großhirn + Kleinhirn
 1 Thalamus + Hypothalamus
 1 Thymus

8 Spritzen: zusammen DM 248,-**2. Allg. Revitalisierung fem.**

- 1 Placenta fem.
 1 mesodermale Bindegewebe
 1 Herz + Arterie + Lunge + Bronchien
 1 Leber + Gallenblase + Magen + Darm
 1 Gelenkknochen + Synovia
 1 Haut
 1 Thalamus + Hypothalamus
 1 Thymus

8 Spritzen: zusammen DM 248,-**3. Maskendoktrinäre Insuffizienz, z.B. Potenz**

- 1 Placenta masc.
 1 Herz + Arterie + Lunge + Bronchien
 1 Leber + Gallenblase + Magen + Darm
 1 Niere + Harnleiter + Harnblase
 1 Großhirn + Kleinhirn
 1 Thalamus + Hypothalamus
 1 Testes + Prostata
 1 Hypophyse

8 Spritzen: zusammen DM 302,-**Arzt- und Behandlungskosten**

Im Pauschalpreis für Frischzellen-Behandlung sind folgende Leistungen enthalten:
 Ärztliche Generaluntersuchungen, Laborkontrollen einschließlich EKG, Aufenthalt und Verpflegung, alle Medikamente während der Behandlung, Arzthonorar mit Visiten.

Wenn nach eingehender Untersuchung festgestellt wird, daß Sonderzellen der Behandlung bedürfen, die aus Kleinorganen gewonnen werden, wird ein Aufpreis von 200,— bis 400,— DM erhoben.

3-Tage-Pauschale

Doppelzimmer	pro Patient 1750,— DM
Einzelzimmer	pro Patient 1850,— DM
Appartement	pro Patient 1980,— DM
Auf alle Preise	+ 11 % MWST

Die Anmeldung sollte möglichst frühzeitig erfolgen. Aufnahmetag ist jeweils der Mittwoch bis 14.00 Uhr. Danach Untersuchung und Festlegung der benötigten Zellen. Diese werden am gleichen Tage implantiert.

Das Haus ist mit allem Komfort ausgestattet und ist in Bezug auf seine Einrichtung und Atmosphäre sowie die medizinische Ausstattung auch hohen Ansprüchen gewachsen.

Das Sanatorium ist ganzjährig geöffnet — 7000 qm hauseigener Park — geheiztes Schwimmbad — modernste Ausstattung — Garagen.

Auf Wunsch Abholung nach vorheriger Vereinbarung zum Selbstkostenpreis:

sten können: Politiker, Stars, Prominente, Industrielle, also Klassenmedizin im schlechtesten Sinne des Wortes.

An zweiter Stelle werden Patienten mit Frischzellen behandelt, für die diese Therapie die (falsche) letzte Hoffnung bedeutet: Krebspatienten, schwer Alterskranke, Patienten mit sexuellen Problemen, Hirngeschädigte Kinder und Suchtkranke. Menschen ohne Lobby, ohne Hilfe, die sowieso schon am Boden sind und nun auch noch finanziell geschöpft werden.

Wer macht Zelltherapie?

Zelltherapie wird überwiegend von Ärzten und Heilpraktikern durchgeführt, die in der Deutschen Gesellschaft für Zelltherapie zusammengeschlossen sind und sich und der Öffentlichkeit regelmäßig auf festlichen Kongressen (Hamburg, 7.-9.5. 1982; Oslo 4.-5.9. 1982) die Wirksamkeit ihres Verfahrens bestätigen.

Die Zellspritzen werden den zahlungskräftigen Kunden sowohl ambulant in einzelnen Praxen wie auch in Privatkliniken und Sanatorien injiziert.

**Wer verdient an Frischzellen?
(Junge Zellen, fettes Geld...)**

Zelltherapie ist eine teure Behandlungsmethode. Man könnte vielleicht meinen, daß besonders das kostspielige, kompliziert zu gewinnende Zellmaterial für die Kosten verantwortlich sei. Weit gefehlt. Wie man aus der Bestelliste entnehmen kann, macht das Material selbst nur einen geringen Teil der horrenden Rechnungen aus.

Für Zellkuren werden durchschnittlich 3000 bis 6000 DM verlangt. Auf den entsprechenden Privatrechnungen (im Briefkopf 6 verschiedene Kontonummern) kann man meist neben der Diagnose noch eine „Begründung“ lesen: „Nach Versagen aller schulmedizinischen, therapeutischen Anwendungen war eine Zelltherapie nach Prof. Niehans erforderlich und verspricht mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit Erfolg.“ (An Selbstüberzeugung mangelt es den Zelltherapeuten nicht!)

Wie ist es zu erklären, daß solch hohe Honorare verlangt werden können? Die Preisgestaltung entzieht sich jeder Kontrolle, denn es sind reine

Privattarife. Außer der TKK und der DAK, die einen Teil der Kosten von Kinderbehandlungen erstatten, lehnen alle anderen gesetzlichen Krankenkassen die Übernahme von Zelltherapie-Kosten ab.

Unter dem Deckmantel der „Therapiefreiheit“ werden mit Wucherpreisen Kranke und sogar Sterbende zur Kasse gebeten, frei nach dem Motto: je höher der Preis, desto wahrscheinlicher die Wirkung. Kein Wunder also, daß sich wegen des starken finanziellen Anreizes immer mehr Kollegen für die Anwendung dieser fragwürdigen Methode interessieren.

Mit dem „Goodwill“ der Patienten kann dann wohl nur die Bereitschaft zum Öffnen des Portemonnaies gemeint sein?

Vertraulich sagte denn auch ein bekannter Zelltherapeut: „Das Interesse an Zelltherapie wächst, beim letzten Kongreß waren fast 600 Kollegen. Wir sind im Kommen, weil die Praxen einkommensmäßig zurückgehen und die Zelltherapie ein finanzieller Anreiz ist.“

Gerade bei gutverdienenden Patienten wirbt die Zelltherapie auch mit dem Argument, daß die Zellbehandlungen steuerlich als außergewöhnliche Belastungen (sic!) abgesetzt werden können.

Fazit:

Aus der beschriebenen Situation ergeben sich zwei klare Forderungen, die sich insbesondere an das Bundesgesundheitsamt und die Gesundheitsministerin wenden:

1. eine unabhängige wissenschaftliche Überprüfung des therapeutischen Nutzens oder Schadens von Frischzellen.
2. eine wirtschaftliche Überprüfung der Preisgestaltung bei Zellkuren mit dem Ziel, Wucherpreise und die Ausbeutung von Patienten zu unterbinden.

Alle Zitate, Preislisten, Prospektausschnitte und Richtlinien stammen aus frei zugänglichen Veröffentlichungen der Frischzellen-Hersteller und -Therapeuten.

TURSPALT
PSYCHIATRIEZEITUNG

DER NEUE TURSPALT 2/82 IST DA!

Der TURSPALT ist eine Psychiatriezitung für alle, die hinter der Mauer blicken, da das Undurchdringliche durchdrucken, das „Scheickal“ als Zwangsfähigkeit, das zufällige Aussetzen als Zwang gesellschaftlicher Raster und die Macht der Institutionen als Zwang des Staates gegen die Krise der bestehenden Lebensverhältnisse erkennen. Im TURSPALT stellen Selbsthilfegruppen, Inassen der psychiatrischen Anstalten, Lehrerinnen, Psychologen und Pädagogen ihre Erfahrungen, Vorstellungen und Gedanken in der und zur Psychiatrie dar.

Themen u.a.:

- Psychiatrie in der Rüstung
- Bundeswehr als „Krankheitsgeschichte“
- „Die herrschenden Gefühle sind die Gefühle der Herrschenden!“
- Hausverbot für das Netzwerk Psychiatrie!
- „Die arbeiten alle so schön zusammen...“

Bestehende Schwerpunktthemen waren u.a.:

- Dar 1, bayrische Psychiatrieplan (Nr. 01/80)
- Elektro-Schock (Nr. 02/80)
- Laternille (Nr. 2/81)
- Ileotomien und Verwahrlosigkeit (Nr. 3/81)
- Psychopharmaka – Unkrautverarbeitung (Nr. 4/81)
- Eine moderne Variante klassischer Psychiatrie: Ammon (Nr. 1/82)

Der TURSPALT kostet DM 5,- und erscheint vierteljährlich. Er kann bestellt werden bei:

„TURSPALT“
Postfach 46
8000 München 65

Noch besser: Bestellt Abos (DM 20,- pro Jahr) oder Förderabos (entsprechend mehr).

Standard-Kombinationen

Arzt- und Behandlungskosten

Im Pauschalpreis für Frischzellen-Behandlung sind folgende Leistungen enthalten:
 Ärztliche Generaluntersuchungen, Laborkontrollen einschließlich EKG, Aufenthalt und Verpflegung, alle Medikamente während der Behandlung, Arzthonorar mit Visiten.

Wenn nach eingehender Untersuchung festgestellt wird, daß Sonderzellen der Behandlung bedürfen, die aus Kleinorganen gewonnen werden, wird ein Aufpreis von 200,— bis 400,— DM erhoben.

3-Tage-Pauschale

Doppelzimmer	pro Patient 1750,— DM
Einzelzimmer	pro Patient 1850,— DM
Appartement	pro Patient 1980,— DM
Auf alle Preise	+ 11 % MWST

Die Anmeldung sollte möglichst frühzeitig erfolgen. Aufnahmetag ist jeweils der Mittwoch bis 14.00 Uhr. Danach Untersuchung und Festlegung der benötigten Zellen. Diese werden am gleichen Tage implantiert.

Das Haus ist mit allem Komfort ausgestattet und ist in Bezug auf seine Einrichtung und Atmosphäre sowie die medizinische Ausstattung auch hohen Ansprüchen gewachsen.

Das Sanatorium ist ganzjährig geöffnet — 7000 qm hauseigener Park — geheiztes Schwimmbad — modernste Ausstattung — Garagen.

Auf Wunsch Abholung nach vorheriger Vereinbarung zum Selbstkostenpreis:

Braun-dynamisch ist keine Alternative

Viele Naturheiler lassen sich von Rechtskräften instrumentalisieren

Von Annegret Bublitz

So wie sich die Lebensreformbewegung der zwanziger Jahre im wesentlichen mit dem deutschen Faschismus arrangierte, so beobachten wir auch heute wieder, daß große Teile der Naturheilkundebewegung sich nach rechts orientieren. Vordergründig wettern sie damals wie heute gegen die Profitgier der Pharmakonzern und propagieren ihre Alternativen zum institutionalisierten sozialen Gesundheitswesen – In Wahrheit protegieren sie jedoch einen mittelständischen Hellmittelmarkt und bringen dem Staat vor allem Kostenentlastung durch ihre Therapiemethoden.

Die Hersteller von Naturheilmitteln haben sich in der deutschen Geschichte ebenso wenig mit Ruhm bekleckert wie die IG-Farben: die Namen MADAUS und WELEDA sind ebenso mit dem Makel von KZ und Menschenversuchen behaftet, wie die deutscher Pharma-Monopolisten. Und damals, wie heute leider auch wieder, sind häufig Antroposophen auf ihrer ewigen Suche nach dem „dritten Weg“ naiv oder unbewußt Stelzgügelhalter für bestimmte Rechtskräfte; namentlich der sogenannten Nationalrevolutionäre. Führerstellvertreter Rudolf Hess war einer von ihnen – er förderte die Naturheilmittel und den bio-dynamischen Landbau bei den Nazis. Später bediente sich auch Himmler der „natürlichen“ Anbau- und Therapiemethode in seinen Konzentrationslagern für die SS. Die Nazis hatten ebenso gewichtige Ideologische wie ökonomische Gründe, dies zu tun.

Mit der Ökologiebewegung der Gegenwart sind nationalrevolutionäre Kräfte wiedererstarkt. Die „grüne Gesundheitspolitik“ und die „Lebensschutzbewegung“ sind ihre Domänen.

Fortschrittliche Homöopathen der Weimar-Zeit sind demgegenüber in Vergessenheit geraten. Beispiel: Friedrich Wolf. Er wurde von den Nazis verfolgt.



Wie lange noch darf jüdischer Geist die Deutsche Reform knebeln?

„Lebensschützer“ als Gesundheitsapostel heute

Bereits 1958 gründete sich der Weltbund zum Schutze des Lebens (WSL), ein Vorläufer und Rechtsausleger der Ökologiebewegung. Sein derzeitiger Vorsitzender heißt Max Otto Bruker und ist Chef der Klinik Lahnhöhe, Lahnstein. Der Internist therapiert mit „vitalstoffreicher Vollwertkost“. In polemischen Streitschriften setzt er Industriezucker und Auszugsmehle mit Suchtmitteln wie Kaffee, Nikotin, Alkohol gleich. Doch er, der da so leidenschaftlich auch gegen Profitinteressen von Zuckerproduzenten und Mühlenwerken polemisiert, ist dabei alles andere als ein Linker: In seiner Heimatregion gründete er eine „Grüne Liste“, die, wenn man ihre Kandidaten und Entstehungsgeschichte betrachtet, präziser NPD-Liste heißen müßte. Gleichzeitig ist Max Otto Bruker Mitglied der rassistischen Gesellschaft für neue Anthropologie, Eugenik und Verhaltenstor-

schung, einem Zusammenschluß von Rasseforschern alter und neuer Schule. Wegen seiner Mitgliedschaft in dieser Organisation versagten ihm demokratische Kräfte die Teilnahme am Gesundheitstag '81 in Hamburg.

In westdeutschen Homöopathen-Kreisen ist Bruker allerdings vor allem wegen der nach ihm benannten Rohkost-Diät bekannt. Dabei sind sowohl in der Gesellschaft für neue Anthropologie... wie im Weltbund zum Schutze des Lebens auch Erstunterzeichner des ausländerfeindlichen Heidelberger Manifestes maßgeblich tätig. Und die sog. „Lebensschützer“ hinter Max Otto Bruker agitieren national und international gegen Schwangerschaftsunterbrechung, indem sie diese mit Mord und Krieg gleichsetzen.

In Brukers Klinik Lahnhöhe werden „Gesundheitsberater“ ausgebildet, die in den

Fortsetzung auf Seite 21

DOKUMENTE

Peter Franzkowiak, Alex Füller, Ulrich Laaser

Zum Verhältnis von Selbsthilfe und organisierter Prävention

Deutsches Institut zur Bekämpfung des hohen Blutdrucks
Abt. Epidemiologie, Statistik und Transferforschung
Bergheimer Straße 147
D-6900 Heidelberg
Juni 1982

1. Einstimmung

Die Selbsthilfe ist ins Gerede gekommen, und das so vielseitig, daß sie als Begriff vieldeutig geworden ist. Allerorten, zu fast jeder passenden oder unpassenden Gelegenheit, hört man Schlagworte wie Selbstverantwortung, Selbsthilfe bzw. ist die Rede vom vielzitierten Betroffenen.

All dies hat eine unbestritten förderliche Wirkung auf die Verbreitung des Selbsthilfegedankens und Ermutigung von Bürgern, einmal selbst aktiv zu werden – andererseits findet sich insbesondere bei Menschen, die seit Jahren beruflich mit der Unterstützung von Selbsthilfegruppen und ähnlichen Initiativen zu tun haben, häufig Ermüdung oder gar Ernüchterung. Das Stichwort vom „Mythos Selbsthilfe“ macht die Runde.

Eine solche Ernüchterung kommt selten aus den Gruppen selbst, sie speist sich eher aus den Erfahrungen der sogenannten Experten, die mit anzusehen müssen, wie „Selbsthilfe“ in den letzten Jahren zum leeren, aufgeblasenen und nahezu beliebig verwendbaren Schlagwort wurde. Ein Schlagwort, das von den unterschiedlichsten Interessengruppen inflationär gebraucht wird: allerdings zur Begründung oder Durchsetzung höchst eigennütziger Ziele (hier reichen sich so gegensätzliche Pole wie Alternativbewegung und ärztliche bzw. staatliche Gesundheitspolitik die Hände!). Der Begriff Selbsthilfe scheint inzwischen auch mehr in den Besitz von Wissenschaftlern und weiteren Verwaltern der Sache Gesundheit übergegangen zu sein – diese Fürsprecher erwecken einen eifrigeren und „betroffeneren“ Eindruck als jene Betroffenen selbst. Und zuletzt suggeriert das Schlagwort eine Basisbewegung, die es unter diesem Nenner wohl nicht gibt.

Verbreitung und Förderung von Selbsthilfe ist derzeit überwiegend Sache von Experten: Menschen, die von außen kommen und „Betroffene“ davon überzeugen wollen, daß Selbsthilfe das Beste für die wäre. Auch die professionelle Gesundheitsaufklärung und -erziehung hat das Prinzip für sich entdeckt – auf die Bedürfnisse „der Leute“ verweisend, beginnt man damit, Selbsthilfe zu funktionalisieren. Vom ursprünglichen Anstoß bis hin zur „Erziehung zur Selbsthilfe“ scheint es nicht mehr allzuweit.

2. Bandbreite und Systematik von Selbsthilfe

Selbsthilfegruppen, alle Zusammenschlüsse, die auf der Grundlage gemeinsamer Betroffenheit gemeinschaftliche Bewältigungsanstrennungen unternehmen: sie waren und sind Gegenstand wissenschaftlicher Versuche, diese Art von Laienaktivitäten zu kategorisieren, zu systematisieren oder zumindest theoretisch in den Griff zu bekommen. So wurden Selbsthilfegruppen in kommunikative vs. sozial oder politisch orientierte Gruppen eingeteilt oder Gruppen nach ihrem Standort in bezug auf das bestehende Versorgungssystem klassifiziert: ob sie „im“, „neben“ dem oder „gegen“ dieses System arbeiten. Allerdings räumt schon die Autorin des letztgenannten Ordnungsrahmens, Ilona KICKBUSCH (1981), ein, daß solche Entwürfe einen Großteil der Selbsthilfe-Realität vernachlässigen. In der Praxis herrschen Mischformen vor, die Gruppen sind oft zeitlich und in ihrer Zusammensetzung instabil, sie gehen „ihren eigenen Weg“ und die Teilnehmer verhalten sich selten so, wie es Ihnen in den nachträglich auf den Leib geschniderten Modellen zugeschrieben wird.

Kategorisierungsversuche entstehen auch immer aus der spezifischen Interessenlage von professionellen Forschern (z.B. aus dem Druck von Auftragsforschung heraus), kaum aus der von aktiven Teilnehmern. „Betroffene“ haben ihre Erfahrung mit Akademikern und Beforschung hinter sich und daher Einstellungen gegenüber Experten herausgebildet, die deren „Erkenntnisinteressen“ oft genug zuwiderlaufen (vgl. dazu die Abschnitte 3 + 4).

Unter solchen Einschränkungen haben Systematiken nur einen Wert, wenn sie sowohl Außenstehenden als auch Aktiven einen Überblick vermitteln, welches Spektrum mit dem Begriff Selbsthilfe beschrieben werden kann. Die Kategorien sollten daher beschreibend und formal sein, unter weitgehendem Verzicht auf Bewertungen. Diese Aufgabe scheint am besten von der Hamburger PROJEKTGRUPPE MEDIZIN-SOZIOLOGIE gelöst, die unter dem Oberbegriff „Selbsthilfe-Zusammenschlüsse“ alle bekannten Gruppen bzw. Organisationen 5 Oberkategorien zuordnet (1980 b, S.20/21).¹⁾

Am 1. und 2. März 1982 fand am Deutschen Institut in Heidelberg ein Workshop zum Thema „Stellenwert von Selbsthilfe und Selbstorganisation in der Prävention“ statt. Der Workshop wurde im Auftrag von zwei Fachgesellschaften veranstaltet, der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin (DGS) und der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie (DGMS) – innerhalb eines begrenzten Themenkreises gelang es, einen offenen Erfahrungsaustausch zwischen Praktikern, Forschern und Politikern zu ermöglichen.

Der folgende Text entstand aus den Mitschriften der Autoren, stellt jedoch weder in der Form noch im Inhalt eine Dokumentation bzw. ein Protokoll dieses Workshops dar.

Teilnehmerliste des o.a. Workshops

1. Christiane Deneke
WHO-Informationsstelle, Univ. Krankenhaus Eppendorf, Pavillon 11, Martinstr. 52, 2000 Hamburg
2. Dr. Hans Stein
Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit, Kennedy-Allee 105–107, 5300 Bonn 2
3. Dr. Gertrud Tietze
Senator für Gesundheit, Soziales und Familie, An der Urania 12–14, 1000 Berlin 30
4. Prof. Dr. Uta Gerhardt
Universität Gießen, Zentrum für Psychosomatische Medizin, Abt. für Med. Soziologie, Friedrichstr. 24, 6300 Gießen
5. Prof. Dr. Herbert Viehues
Ruhr-Universität Bochum, Lehrstuhl für Sozialmedizin, Postfach 102 148, 4630 Bochum 1
6. Brigitte Kripp
Dr. Christian Schauwecker
Psychosomatische Klinik der Universität Heidelberg, Thibautstr. 2, 6900 Heidelberg
7. Karl-Werner Daum
Klaus Bahlike
Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen, Friedrichstr. 28, 6300 Gießen
8. Astrid Estorff
Projekt Gesundheitsselbsthilfegruppen, Universitäts-Krankenhaus Eppendorf, Pavillon 11, 2000 Hamburg 20
9. Prof. Dr. Johannes Körprial
Fachhochschule für Sozialarbeiter, Karl-Schradde-Str. 6, 1000 Berlin 30
10. Prof. Dr. Dr. Heiko Waller
Fachhochschule Nordostniedersachsen, Münstermannskamp 1, 2120 Lüneburg
11. Prof. Dr. Konrad W. Tietze
Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie des Bundesgesundheitsamtes, Thielallee 88, 1000 Berlin 33
12. PD Dr. med. Ulrich Laaser
Karin Becker
Peter Franzkowiak
Alex Füller
Peter Lemke
Deutsches Institut zur Bekämpfung des hohen Blutdrucks, Bergheimer Str. 147, 6900 Heidelberg
13. Dr. Heinrich Kreuter
WIAD, Boderberger Allee 54, 5300 Bonn 2

¹⁾ Eine weitaus ausführlichere Auflistung von Selbsthilfezusammenschüssen, die diesen Oberkategorien folgen, läßt sich im Anhang des von Alf TROJAN und Ilona KICKBUSCH herausgegebenen Readers „Gemeinsam sind wir stärker“ (1981) nachlesen.

(1) Krankheitsbezogene Zusammenschlüsse

„Zusammenschlüsse, in denen es um die Besserung und Bewältigung bzw. Rehabilitation von Krankheiten geht. Die Bezeichnung des jeweiligen Zusammenschlusses enthält fast immer auch den Namen einer Krankheit; bei den Mitgliedern ist in der Regel eine medizinische Diagnose gestellt worden.“

(2) Lebensproblembezogene Zusammenschlüsse

„Zusammenschlüsse, in denen es um die Besserung und Bewältigung von Lebensproblemen geht. Die Mitglieder finden sich nicht unter der Überschrift einer gemeinsamen Krankheit, sondern wegen eines oder mehrerer psychischer/sozialer/psychosozialer Probleme zusammen. Die Gesundheitsrelevanz liegt darin, daß durch die Beseitigung von Lebensproblemen psychischen, psychosomatischen und somatischen Krankheiten vorgebeugt werden kann. Außerdem schließt der Gesundheitsbegriff der WHO auch psychisches und soziales Wohlbefinden ein.“

(3) Versorgungsbezogene Zusammenschlüsse

„Zusammenschlüsse, denen es um die Beeinflussung des Versorgungssystems oder seiner rechtlichen Voraussetzungen und um die Durchführung von Patientenrechten (bzw. „Konsumentenrechten“) geht. Der Einfluß auf die Gesundheit der Bevölkerung ist hierbei weniger direkt als bei den vorangegangenen.“

(4) Umweltschutz-Zusammenschlüsse

„Zusammenschlüsse (Bürgerinitiativen), die einen besseren Umweltschutz durchsetzen wollen. Ein Hauptargument dieser Gruppen bezieht sich auf die Verhütung von Krankheiten durch besseren Schutz vor beispielsweise chemischer oder radioaktiver Verseuchung.“

(5) Gegenkultur-Zusammenschlüsse

„Zusammenschlüsse, die der sogenannten ‚Alternativ-Szene‘ zuzurechnen sind und oft ausdrücklich das Ziel eines gesünderen Lebens propagieren und praktizieren (z.B. in – teils explizit ‚therapeutischen‘ – Wohngemeinschaften, Landkommunen, Arbeitskollektiven). Übergänge zu den vorher genannten Gruppen sind fließend.“

Bei einer Bestandsaufnahme in Hamburg (Stand Mai 1980) stellte sich heraus, daß über 85 % der Zusammenschlüsse krankheits- oder lebensproblembezogene Themenstellung hatten: dabei überwogen Gruppen bzw. Organisationen für ehemalige psychiatrische Patienten, Alkoholkranke, im Bereich der Herzinfarktnachsorge, für Frauen, sowie mit dem Thema Selbsterfahrung (PROJEKTGRUPPE MEDIZINSOZIOLOGIE 1980 a, S.5/6).

3. Hintergründe und Wirkung von Selbsthilfe

Die Teilnehmer von Selbsthilfegruppen haben ein ausgeprägtes Mißtrauen gegen Experten, die anleiten wollen oder mit Beforschungsabsichten an sie herantreten: sie lehnen es in der Regel ab, sich in die Rolle von Versuchsperso-

nen bzw. Datenträgern zu begeben. Hinzu kommt die Tatsache, daß Selbsthilfegruppen in sich oder untereinander widersprüchliche Aktionen und Ziele vereinigen können, so daß „Erfolgsbemessung“ oft schon am nicht eindeutig greifbaren Bewertungskriterium zu scheitern droht. An Selbsthilfeforschung sollten daher in keinem Fall methodische Ansprüche, vergleichbar etwa mit Therapiekontrollstudien, gestellt werden (auch wenn der direkte Vergleich reizt).

Zu drei Bereichen sind begrenzte Aussagen möglich: (1) Selbsteinschätzungen von Gruppenmitgliedern, (2) konzeptionelle Einschätzungen von Wissenschaftlern über Gruppenabläufe und -effekte, (3) demographische Angaben über Teilnehmer.

Was die Mehrzahl von Gruppenmitgliedern auszeichnet, sind institutionelle Vorerfahrungen, die zu Gefühlen von Desillusionierung, Ohnmacht und unzureichender Wirksamkeit der expertenkontrollierten Bekämpfung ihrer Probleme geführt haben. Diese Stimmungslage findet man sowohl bei Betroffenen aus dem körpermedizinischen wie dem psychotherapeutischen Versorgungsbereich. Wie Dieter STÜBINGER (1977, S.20) berichtet, haben 78 % der Teilnehmer an „Psycho“-Selbsthilfegruppen therapeutische Vorerfahrung, ohne jedoch im professionellen Kontakt ihren Leideneddruck zu verlieren.

Über den demographischen Hintergrund von Selbsthilfe-Teilnehmern sind letztlich nur Vermutungen statthaft. Zwei Beobachtungen dürfen zutreffen: in den meisten Gruppen überwiegend Frauen, und allgemein zeichnen sich die Aktiven durch ein höheres Bildungsniveau und höheren Sozialstatus als der Bevölkerungsdurchschnitt aus.

Selbsthilfegruppen scheinen gerade in solchen Gesellschaften Funktionen zu übernehmen, in denen traditionelle Kommunikations- und Interaktionszusammenhänge – wie Familie, Nachbarschaft, Freundschaft oder tradierte Gesundheitskenntnisse – in ihrer Bedeutung eingeschränkt sind bzw. durch soziale und ökonomische Zwänge zerstört wurden, und in denen die Leistungsfähigkeit staatlicher und halbstaatlicher Institutionen an finanzielle und Kompetenz-Grenzen stößt. In eher traditional orientierten Gesellschaften überbrücken die entsprechenden Beziehungsformen Notlagen; ihre Wirksamkeit reicht bis in den Produktionsbereich hinein. Solche beispielsweise in Neapel oder in weiten Teilen Südeuropas funktionierenden Sozialbeziehungen haben jedoch ihre Kehrseite:

„Die Familie kann zwar schnell und unbürokratisch auf die Wechselseitigkeit des Lebens ... reagieren, aber der Familienzusammenhang ist ... klebrig. So leicht verläßt ihn niemand. Er bietet Geborgenheit und schafft lebenslange Abhängigkeit.“
(LAY 1980, S.44)

Bei manchen Selbsthilfegruppen erhebt sich so die Frage, ob sie, wenn sie primäre Sozialbeziehungen in irgendeiner Weise ersetzen, nicht auch oder wenigstens teilweise deren Macht- und Normstrukturen übernehmen.

Selbsteinschätzungen der Teilnehmer betonen vorwiegend die positiven Wirkungen ihrer Gruppenzugehörigkeit. Zum einen werden positive Stimmungsveränderungen berichtet wie: Steigerung des Selbstwertgefühls; Verminderung von Ohnmachts- und Isolationsgefühlen; Verbesserung der Fähigkeiten zur Kontaktauf-

nahme und der Problembewältigung. Zum anderen beeindrucken Erfahrungen von Gemeinschaft und gegenseitiger praktischer Hilfeleistung wie: Erlebnisse von Solidarität, Zusammengehörigkeit und davon ausstrahlender Sicherheit; Gewinn an praktisch verwertbaren Informationen für die Bewältigung des eigenen Problems; Genuß konkreter Hilfeleistungen. In krankheitsbezogenen Selbsthilfegruppen (vgl. Abschnitt 2) wird häufig von einer Symptombesetzung berichtet – wobei die medizinische Diagnose unverändert bleibt, jedoch die subjektive Bewältigung der Krankheit und persönlicher Folgeprobleme besser gelingt.

Die Bewertung aus wissenschaftlicher Sicht nimmt einige dieser Einschätzungen auf, erweitert sie jedoch um funktionale Erwägungen. So stellt die Hamburger PROJEKTGRUPPE MEDIZINSOZIOLOGIE fest, daß Selbsthilfegruppen im weitesten Sinne zur „Renormalisierung“ beitragen. Sie verhelfen dazu, „da sozial isolierende psychische, körperliche oder soziale Defizite persönlich zu integrieren und Identität und soziale Aktivität wiederherzustellen“ (1980 b, S.96). Als Erfolgskriterien für den Gruppenverlauf werden neben den bekannten Formeln von Michael Lukas MOELLER ein hoher Leidensdruck auf Seiten der Teilnehmer genannt, dazu das Prinzip der Kleingruppenarbeit sowie das eher „weibliche Arbeitsklima“ in Selbsthilfegruppen – also der persönliche, gefüls- und erfahrungsbetonte Umgang der Teilnehmer miteinander.

Die Aufwand-Nutzen-Problematik ist umstritten (u.a. wegen der nicht-kommerziellen oder verwertungsorientierten „Ethik“ innerhalb der Selbsthilfe) und ungeklärt. Fluktuation innerhalb der Gruppe ist insbesondere im ersten Jahr des Bestehens besonders hoch, die maximale Gruppendauer kann mit 2–3 Jahren veranschlagt werden. Was die regionale Ausbreitung von Selbsthilfegruppen betrifft, zeigen erste Heidelberger Erfahrungen aus der Vermittlungsarbeit, daß mit örtlichen Sättigungseffekten zu rechnen ist. Geringer Aufschluß besteht ebenfalls über das Verhältnis von Anfangsinteressenten, „Probierern“ und beständigen Teilnehmern in Selbsthilfegruppen: Brigitte KRIPP und Christian SCHAUWECKER berichten aus dreijähriger Arbeit mit insgesamt etwa 200 Interessenten von ca. 1/3 „Nur-Interessenten“, 1/3 „Probierern“ und 1/3 festen Teilnehmern (d.h. länger als 6 Monate aktiv in einer Gruppe).

Ausgangspunkt und treibende Kräfte in Selbsthilfegruppen waren häufig jene Bedürfnisse, die Isolations- und Ohnmachtsgefühle oder das Empfinden eines schlechrenden Sinn-Verlustes aufheben wollten. Auf diesem Hintergrund haben Selbsthilfegruppen für ihre Mitglieder – z.T. durch ihre unspezifische „Ausstrahlung“ – die Funktion von „Sinnfabriken“; und reagieren damit in eindeutiger Weise auf eine gesellschaftliche Realität, in der „Sinn“ eine immer knapper werdende Ressource ist (HABERMAS 1973, S.104).

Eines zeigt sich deutlich bei dieser Aufzählung von Einzelergebnissen zur Erfolgsbemessung und -bewertung von Selbsthilfegruppen: es fehlt an einem stimmigen Modell, das Ausbreitung, Inhalte, Effektivität und Zielbestimmung von Selbsthilfe zusammenfaßt. Es erscheint jedoch fraglich, ob es überhaupt möglich ist, Modelle zu entwickeln, die über fremde und beschreibende Ordnungsrahmen (vgl. Abschnitt 2) hinausgehen und dennoch die gesamte, widersprüchliche Realität von Selbsthilfe abbilden oder gar erklären können...

4. Das Verhältnis von Experten zur Selbsthilfe

Es gibt eine große Zahl von Experten, deren Interesse an Selbsthilfe weit über die freundschaftliche, nicht-eingreifende Sympathie hinausreicht. Sie vertreten die Vorstellung einer Zusammenarbeit von Experten und Selbsthilfegruppen, von Professionellen und „Laien“ – im Kern reduziert sich Zusammenarbeit jedoch oft genug auf Zuarbeit. Selbsthilfe bietet sich geradezu an, in vielfältiger Weise genutzt zu werden bzw. erst nutzbar gemacht, d.h. funktionalisiert zu werden: ob als Gegenstand von Forschung oder sozialer Arbeit bzw. als Abschiebebahnhof hilfloser Versorgungseinrichtungen...

Beginnen wir mit den (Auftrags-)Wissenschaftlern im Gesundheitswesen – Ihnen stellt sich Selbsthilfe in erster Linie als Forschungsgegenstand dar, als ein sozialer Sachverhalt, der methodisch angegangen und entsprechend bewertet werden kann. Finden Forscher keine Gruppen, Initiativen oder ähnliches vor, erhalten sie die zusätzliche Aufgabe, Selbsthilfegruppen dort zu gründen und zu beforschen, wo sie nicht spontan entstehen. Solch eine, schon im Ansatz steuernde Funktion, kommt ohne Frage sowohl den Auftraggeber- als auch Akademikerinteressen entgegen: die Bandbreite der möglichen Gruppen kann von vornherein (mit-)bestimmt werden, und auch Planung und Durchführung evaluativer Schritte verbleibt in den Händen der Forscher – ganz zu schweigen von den Inhalten einer solchen Beforschung.²⁾

Absichten dieser Art lassen sich selten problem- und konfliktlos verwirklichen, die Wissenschaftler geraten in ein Dilemma – ihren Ansprüchen von Kontrolle und Beforschung steht die „Ethik“ von Selbsthilfegruppen weitgehend unversöhnlich gegenüber.

Praktisch heißt das, daß Selbsthilfegruppen nicht auf vorgegebene Inhalte resp. Krankheitsbilder hinzusteuern oder einzuschränken sind: egal ob man als Forscher oder Vermittler (wie etwa über regionale Arbeitsgemeinschaften) auftritt. Der Ablauf der Gruppen ist nicht planbar, selten kontrolliert zu beforschen. Selbsthilfe kann nicht organisiert werden, zu ihr kann man bestenfalls „anstiften“ oder „anzetteln“. Das Einwirken von Forschern wie Experten aus tägigen Sozialberufen kann auf der Habenseite nur das fördern, was an „Autonomem“ längst vorhanden und damit auch motivierbar ist; andererseits fördert Engagement von Experten auf jeden Fall das sie stützende institutionalisierte, auf Verwaltung und Steuerung aufgebaute Versorgungssystem.

Diese Sätze werfen ein Schlaglicht auf ein grundsätzliches Paradox, das sich hier auftut: Selbsthilfe und ihre Art von (Selbst-)Organisation ist etwas, das autonom entstanden ist, sicher als Reaktion auf offizielle Versorgung, jedoch nicht als „neues“ Dienstleistungsangebot! Reicht die Existenz von Selbsthilfegruppen daher nicht „an sich“ aus, sind sie sich nicht selbst genug (bei aller Doppeldeutigkeit solcher Aussagen)?

Eine zweite, längst nicht mehr heimliche Tendenz zur Nutzarmachung von Selbsthilfe

kommt von Experten aus der psychosozialen bzw. sozialmedizinischen Versorgung. Jede regionale Vermittlungsstelle macht früher oder später (seit einigen Jahren immer früher) die Erfahrung, daß überforderte, z.T. einfach hilflose „Kollegen“ aus Familienfürsorge, Psychiatrie und Sozialamt in den Selbsthilfegruppen eine neue und sie entlastende Lösung ihrer Probleme sehen. Hier zeigt sich deutlich eine weitere Spielart von Expertenerwartungen an Selbsthilfe: sie wird „verschrieben“, sowohl zu rehabilitativen Zwecken als auch zur sogenannten Krisenintervention. So decken diese Experten allerdings auch ihre Mentalität bzw. die der hinter ihnen stehenden Institution auf – Selbsthilfegruppen sind ein Versorgungsangebot wie jedes andere auch, jedoch billiger und zunächst ohne Drehtr-Effekt. Selbsthilfe als Quasi-Versorgungsinstanz, letztlich als Abschiebebahnhof!

Die andere Seite der Medaille: wie gehen Mitglieder von Selbsthilfegruppen mit Experten um? In der Regel lehnen sie es ab, als Forschungsobjekte befragt und untersucht zu werden: solche Verweigerung dürfte unabhängig von Inhalt oder Symptomatik der Gruppen sein und sich eher aus ihrem Selbstverständnis sowie situativen und gruppendiffamischen Faktoren speisen. Bei psychosozial orientierten Gruppen geht ein solches Mißtrauen noch weiter – die Teilnehmer wollen Experten grundsätzlich nicht in ihren Gruppenprozeß mit einbeziehen. Krankheitsbezogene Selbsthilfegruppen dagegen nutzen ihrerseits die „Profis“: um Informationen zu erhalten, als kurzfristige Katalysatoren/Helfer bei gruppendiffamischen Problemen, um „Nachschub“ für zu klein gewordene Gruppen zu bekommen oder als Ergänzung zur „Selbstbehandlung“ in den Gruppen. Experten werden durch solche Gruppen durchaus funktionalisiert: ihre (begrenzte) Aufnahme hängt davon ab, daß sie sich auf die Gruppenregeln einlassen können – bestenfalls winkt ihnen ein jederzeit aufkündbarer Beraterstatus, nie jedoch die Position eines Leiters.

Abschließend noch einige Anmerkungen zum grundsätzlichen Problem von Experten in der Selbsthilfe-Szene, dem nämlich, eine hoffnungslose Zwischenstellung Innezuhaben, ohne Aussicht auf Verbesserung. Experten sind Makler zwischen „Oben“ und „Unten“ und müssen damit leben, ein Doppelgesicht zu haben: ein menschliches und ein bürokratisches. Gundolf S. FREYER-MUTH hat diese strukturelle Zerissenheit am Beispiel eines Wohlfahrtsverbandes, des Deutschen Roten Kreuzes (DRK), beschrieben ... und man muß nur den Begriff „Verband“ durch das Wort „Experte“ ersetzen, um die Aussage zu entschlüsseln:

„Gleich Agenturen nehmen Verbände wie das DRK von ihrer Massenklientel Ansprüche und Interessen als Aufträge entgegen und vertreten sie gegenüber dem Staat. Während auf der einen Seite also Bedürftige und Helfer aufeinandertreffen, kommunizieren auf der anderen Seite zwei Bürokratien, Verband und Staat...“ (1982, S. 28).

Die Verbände (in unserer Übertragung: die Experten) leisten stellvertretende Bearbeitung materieller und psychischer Sorgen der Bürger für den Staat. Die Wohlfahrtsarbeiten werden

„auf die beiden Handlungssysteme der Staatsbürokratie – Geldverteilung und Gesetzgebung – umgerechnet. Als Makler zwischen Staat und unzufriedenen Bürgern benötigen die Wohlfahrtsverbände daher zwangsläufig ein doppeltes Antlitz: ein

„menschliches“ gegenüber ihrer Klientel..., ein „bürokratisches“ gegenüber den staatlichen Verwaltern, denen sie Gesetze und Geld zum eigenen Vorteil ihrer Schützlinge abzuhandeln gedenken“ (ebenda).

Einen solchen Grund für die neuerdings vermehrte Müdigkeit derjenigen, die sich schon längere Jahre für eine allgemeine Anstrengung zur Selbsthilfe praktisch einsetzen, könnte gerade in der Aufreibung zwischen „menschlicher“ und „bürokratischer“ Person liegen.

Die Selbsthilfe ist derart mit Ansprüchen überfrachtet worden, daß eine realistische, begrenzte Einschätzung ihrer Wirksamkeit zur Geringsschätzung wird. Wobei der eingegrenzte Spielraum von Selbsthilfegruppen, aber auch ihre bewußte Abschottung gegen etablierte Hilfesysteme nicht ursächlich als Überladung mit fremden Ansprüchen erscheinen, sondern als ihr „Versagen“ gegenüber selbstgenährten Hoffnungen und Anforderungen!

Daß fremde Ansprüche falsche Hoffnungen nähren (und damit auch Schuldzuschreibungen an das eigentliche Opfer solcher Ansprüche), läßt sich gut aus der Wirkung von Schriften und öffentlichen Auftritten von Michael Lukas MOELLER demonstrieren – ihrer Wirkung in „fortschrittlich-alternativen“ Kreisen, wohlgerichtet. Hier zeigt sich einerseits die Unklarheit im Denken eines Selbsthilfe-, „Experten“, genauso gut aber auch die Entäuschung von Linken, denen (wieder einmal) die gesellschaftliche Umwälzung zwischen den Fingern zerronnen ist.

Uschi ESSBACH-KREUZER hat innerhalb eines Erfahrungsberichts diese Kritik formuliert. Ihr

„... erscheinen ... MOELLERS Einschätzungen über die soziale und politische Bedeutung von Selbsthilfegruppen äußerst problematisch ... Manchmal hat der Leser den Eindruck, als sei mit der Selbsthilfebewegung eine neue sozialrevolutionäre Epoche in der Bundesrepublik entstanden: als sei sie Teil einer politischen, äußerst wirksamen Basisbewegung, in der Menschen ihre Sachen nun selbst in die Hand nehmen: die Frauen, die Umweltschützer und eben auch die psychisch Kranken ... Manchmal wird nahegelegt, zu glauben, als seien Selbsthilfegruppen direkt den Traditionen der früheren Sozialutopien sowie der Flüte- und Basisdemokratie entsprossen.“ (1980, S. 14).

Eine Gruppe kritischer Mediziner geht noch weiter: ihr mißfällt die Mystifizierung von Selbsthilfe, die jetzt alternative Kreise durchzieht:

„Beweisbedürftig ist im Grunde weniger die These, daß Selbsthilfegruppen der Systemerhaltung dienen, sondern die gegenteilige, z.B. die vom MOELLER vertretene, der Selbsthilfegruppen eine emanzipatorische Tendenz unterstellt ... Selbsthilfe ist aber nicht per se eine Kategorie der Befreiung ... Es ist die Mystifizierung von Selbsthilfe als etwas, dem angeblich die Tendenz zur Autonomie innewohnt, die zu Trugschlüssen verleitet. Von Selbsthilfe führt kein gerader Weg zur Befreiung.“ (Dr. MABUSE 1981 a, S. 26)

²⁾ Alf TROJAN und Ralf ITZWERTH (1982) haben Gruppen, die solche Merkmale von Fremdbestimmtheit aufweisen, als Selbstkontrollgruppen bezeichnet, um so eine deutliche Abgrenzung zu („autonomem“) Selbsthilfegruppen zu signalisieren.

5. Vereinnahmung der Selbsthilfe durch Interessenverbände und Sozialbürokratie?

Selbsthilfegruppen zeichnen sich durch Eigenschaften aus wie Breite, Vielseitigkeit und geringer Organisationsgrad, die sie verletzlich machen gegenüber Bemühungen, Selbsthilfe als nützliche und zu nutzende Dienstleistungssreserve zu vereinnahmen. Eine amerikanische Feministin kennzeichnet das bitter als sozialplanerische Strategie, „to expect the victims of society to help themselves“ (WITHORN 1980, S.22). Jedoch können Selbsthilfegruppen solchen und ähnlichen Versuchungen schlecht entgehen, ist doch einer der Hintergründe ihrer Entstehung und Ausbreitung, Mängel und Lücken im Leistungsangebot der herkömmlichen medizinischen und psychosozialen Versorgung zu kompensieren. Die als Reaktion auf Professionalisierung und Anbieterorientierung entstandene Form der gemeinschaftlichen Bewältigung der sozialen Folgen chronischer Krankheiten und psychosozialer Beeinträchtigungen ist nun selbst etwas wie eine „gesellschaftliche Einrichtung“ geworden, und sieht sich dem Drängen der einstigen „Gegner“ ausgesetzt, wieder eine „offizielle Gestalt“ anzunehmen.

Auf Seiten des Staates, im Rahmen seiner ordnungspolitischen Aufgaben in Sozial- und Gesundheitspolitik, sind handfeste Interessen im Spiel. Selbsthilfe wird als strategische Option in der Sozialplanung begriffen, die Leitlinie heißt „Laislerungsstrategie“ (BADURA nach DR. MABUSE 1981 a, S.25). Ihr Ziel ist eine Entlastung institutionalisierter Versorgungssysteme durch Unterstützung von Selbsthilfe, durch eine „Aktivierung der Produktivitätsreserve Patient“ und Aktivierung der „Produktivitätsreserve Selbsthilfe“. Offene Worte für sozialplanerische Utopien. Traum der Planer ist ein „flexibles System der gegenseitigen Zuarbeit“ (S.26) von Expertensystem und Selbsthilfe-, „Bewegung“, wobei beide Bereiche jeweils dort einspringen, wo der andere zu versagen droht. Dazu gehört in Praxis und Forschung daß „von Laien zu bewältigende“ aus heute professionalisierten Dienstleistungen herausgelöst und überall da eingesetzt werden können, wo eine unbewegliche, bürokratisierte Sozialplanung dysfunctional (ruhestörend?) zu werden droht oder es schon ist.

Zum jetzigen Zeitpunkt sind solche Planspiele tatsächlich noch Utopien, sozialstaatliche Versorgungspflichten werden (noch) nicht an „das Selbsthilfe-System“ delegiert. Allerdings werden auf dem ordnungspolitischen Terrain schon Voraussetzungen für eine Umwandlung von Selbsthilfe in pragmatische Dienstleistung geschaffen – auf zweierlei Weise, durch ideologische Vorbereitung von Betroffenen wie Verbänden und gleichlaufende vorsichtige Auswahl von einzelnen Initiativen, Modellprojekten und Forschungsvorhaben (etwa über zurückhaltende Finanzierung).

Diese Strategie, Selbsthilfegruppen im Rahmen der staatlichen Sozialpolitik zu unterstützen, entspricht den zunehmenden Versuchen, offen oder implizit der Familie (wieder) Aufgaben zuzuweisen, die sie im Laufe der Entwicklung spätkapitalistischer Reproduktionsformen weitgehend verloren hat: wie z.B. im Bildungsbereich, wo die Eltern als „Hilfslehrer“ der Nation beschäftigt werden sollen. Hier wie dort werden durch Stärkung der Familie und durch Förderung von Selbsthilfe die bestehenden normativ festgelegten Aufgaben gesellschaftlicher Einrichtungen und ihrer Experten (z.B. Schulen/Lehrer) nicht angetastet, bestenfalls ideologisch verklärt.

Die ideologischen Konzepte sind bekannt, ob „Eigenverantwortung“, „Selbstbeteiligung“ oder Abschwächung von angeblichen „Versorgungs- und Anspruchsmentalitäten“. Sie gewinnen auf dem Hintergrund der schier unauflöslichen Legitimations- und Finanzkrise des Sozialstaats erhebliche Bedeutung, auch und gerade in der Tagespolitik. Zudem erfüllen all die Konzepte mit jener Vorsilbe „Selbst“ auch ihren Zweck zur Legitimation staatlicher Untätigkeit im Bereich der gesundheitlichen Vorsorge.

Dennoch ist es voreilig und sicher auch schädlich, staatliche Ordnungspolitik nur über einen konservativen Kamm zu scheren, z.B. „Selbstbeteiligung“ und „Selbsthilfe“ als zwei Seiten der gleichen Vereinnahmungs-Medaille zu denunzieren. Offensichtlich bestehen derzeit Absichten, der teilweise angestrebten Gleichsetzung von Eigenverantwortung mit Kosten-Selbstbeteiligung einen Riegel vorzuschieben und zwar unter Verweis auf Selbsthilfe.³⁾ Hier wird Selbsthilfe als Engagement für gesundheitsbewußte Lebensweisen gesehen und die Tendenz von Gruppen, sich nicht allein innerhalb sondern auch außerhalb des bestehenden Versorgungssystems zu entfalten, anerkannt. Natürlich besteht die Absicht, bei „günstiger Weiterentwicklung“ Selbsthilfe als Teil des offiziellen Versorgungsangebotes auch amtlich bzw. legislativ festzuschreiben – Illusionen bei diesem Ziel wären völlig fehl am Platze, denn die Spannweite von Selbsthilfegruppen läßt dies auch zu. Sie reicht bekanntlich „von der Alternative über die Funktion Ergänzung bis zur diskreten Kooperation mit dem Professionellsystem“ (PROJEKTGRUPPE MEDIZINSOZIOLOGIE 1980b, S.91).

Selbsthilfeaktivitäten sind gesellschaftspolitisch interessant, weil es sich hierbei um Handlungen von „Laien“ handelt, die unentgeltliche soziale Dienstleistungen darstellen und zudem aus der Sicht der Betroffenen persönliche und bedürfnisgerechte Leistungen sind (PROJEKTGRUPPE MEDIZINSOZIOLOGIE 1980a, S.2/3). Sie sind in zwei Bereichen von Sozialpolitik und Rehabilitation bei chronischen Krankheiten, und als Vorschalt- oder „Ersatzmedizin“ im weiten Feld der sozialen und seelischen Kränkungen.

Um Selbsthilfegruppen und -Initiativen nicht nur ideologisch, sondern auch infrastrukturell zu vereinnahmen, bietet sich für Sozialplaner die Strategie der Institutionalisierung an. An materiellen und finanziellen Ressourcen hapert es an allen Ecken und Enden, und um all dies vom Ansprechpartner Sozialbürokratie (der Einfachheit halber werden hier staatliche und kommunale Instanzen gemeinsam behandelt) zu bekommen, muß nur eine „kleine“ Voraussetzung erfüllt werden: der Ansprechpartner auf Seiten der Selbsthilfe muß selber Institution sein, ob Verein, Teil eines Wohlfahrtsverbandes usw. ist unerheblich. Ohne Vorweis der Institutionalisierung keine öffentliche Anerkennung, ohne diese keine Unterstützung oder Förderung. Ohne eigene „Verwaltung“ kein Entgegenkommen der öffentlichen Bürokratie...

Fraglos gibt es alternative Organisationsmodelle, die nicht gänzlich in den Fallstricken von Verwaltung und Institutionalisierung hängenbleiben – wie z.B. die regionalen psychosozia-

len Arbeitsgemeinschaften –, allerdings sind diese bislang eindeutig von „Experten“ aus dem Versorgungssystem geprägt. Aber ist man erst auf dem Feld der Geldtöpfe und Raumverteilungspläne gelandet, scheint es ohne Experten, Repräsentanten und öffentlich-rechtliche Konstruktionen (Vereinsgründungen bspw.) kaum noch zu gehen...

Der Problemkatalog eines Gesundheitspolitikers, der sich mit Selbsthilfe, also unbürokratischen, tendenziell systemkritischen Gruppen und Aktionen konfrontiert sieht, hätte selbstredend ein ganz anderes Aussehen als die praktischen Sorgen von Selbsthilfegruppen. Seine Liste würde eher strategische Fragen umfassen:

- (1) Welchen Stellenwert sollen Selbsthilfe und medizinisches Laiensystem in einer zukünftigen gesundheitlichen Versorgungsstruktur haben?
Können und sollen sie in ein neues System der Primärversorgung eingebaut werden? Wie kann das Zusammenspiel von Experten und Laien gestaltet werden?
- (2) Gibt es eine sinnvolle Arbeitsteilung mit professionellen Diensten?
- (3) Sollen Selbsthilfegruppen in einem regionalen Versorgungsverbund integriert werden – oder verlieren sie dadurch an Wirkung?
- (4) Wie kann eine finanzielle Unterstützung die Wirksamkeit der Selbsthilfearbeit erhöhen – ohne sie zu korrumpern?
- (5) Soll/kann Selbsthilfe ein bewußtes Gegen gewicht zur professionellen Übermedikalisierung der Gesellschaft sein – oder ist sie damit überfordert?

In der verfaßten Ärzteschaft zeigt sich – nach anfänglichem Ignorieren oder Belächeln von Selbsthilfegruppen – in verstärktem Maße die Tendenz, Selbsthilfe „nutzbar zu machen“. Als Ziel wird dabei eine friedliche Koexistenz von autonomen mit arztinitiierten, angeleiteten Gruppen vertreten, ohne dabei jedoch die steuernde Rolle des niedergelassenen Arztes in Frage zu stellen. Selbsthilfe bedeutet in diesem Zusammenhang lediglich eine Erweiterung des ärztlichen Berufsfeldes und Zuständigkeitsbereiches. Der Arzt steht weiterhin Patienten gegenüber; seine besondere Aufgabe ist es, ihnen die eigene Hilfsbedürftigkeit begreiflich zu machen und auf diese Art „Hilfe zur Selbsthilfe“ einzuleiten.

Alf TROJAN und Ralf ITZWERTH haben auf weitere Konsequenzen einer möglichen Institutionalisierung des Selbsthilfebegriffs im Zuge ärztlicher Gesundheitspolitik aufmerksam gemacht.

„Gesundheitsselbsthilfe als gesundheitspolitisches Konzept läuft Gefahr, auf die aus ärztlicher Sicht wichtigen Probleme reduziert zu werden; dies hieße vor allem: Präferenz für die Senkung der medizinischen Risikofaktoren, Präferenz für (angeleitete, fremdbestimmte) Selbstkontrollgruppen. Selbsthilfe gegen andere krankmachende Faktoren bliebe also ausgeklammert.“ (1982, S.244)

Die gesundheitspolitische Grundlinie der organisierten Ärzteschaft kann man am deutlichsten dem „Blauen Papier“ des 83. Deutschen Ärztetages entnehmen – Selbsthilfe findet hier nur Berücksichtigung als Teil eines Kampfbegriffes „Eigenverantwortung“.

Fortsetzung Seite IX

³⁾ vgl. hierzu die Bundestags-Drucksache 9/1382 „Gesundheit und Eigenverantwortung“ vom 24.2.82.

Palästininas Kinder brauchen Hilfe



**Medizin-Geräte
für mobile Kinder-
Ambulanzen des
Palästinensischen
Roten Halbmonds**
(Röte-Kreuz-Organisation)

**Spendenkonto
Prof. E. Wulff
Kto. Nr. 527 055 - 602
PSchA Ffm**

Israels Vernichtungskrieg im Libanon

Mehr als 30.000 Palästinenser und Libanesen ermordet, über 100.000 verletzt, das ist die blutige Bilanz allein der ersten sechs Wochen nach dem israelischen Überfall auf den Libanon. Rund 70% der Opfer sind Frauen und Kinder.

Sechs Flüchtlingslager mit mehr als 600.000 Bewohnern und zahlreiche Ortschaften wurden dem Erdboden gleich gemacht. West-Beirut, wo sich ca. 700.000 Menschen befinden, ist von der israelischen Armee eingekesselt. Tagtäglich wurde es systematisch bombardiert. Auch deutlich gekennzeichnete Krankenhäuser waren Angriffsziele der israelischen Luftwaffe.

Eingesetzt wurden Spezialbomben wie z.B. »Mutterbomben«, die kurz über dem Erdboden explodieren, wodurch bis zu 80.000 Stahlkugeln herausgeschleudert werden. Menschen in Reichweite werden förmlich »durchsiebt«. Angewandt wurden auch Splitterbomben, deren Teile tief in die inneren Organe der Menschen eindringen. Diese Waffen dienen einzig und allein der Ausrottung der Bevölkerung. Sie sind völkerrechtlich geächtet. Phosphorbomben, Napalm, Giftgas und andere Massenvernichtungswaffen wurden von der israelischen Armee ebenfalls zum Einsatz gebracht.

Dieser Krieg im Libanon ist die jüngste Etappe des nun schon Jahrzehnte währenden Krieges, den die herrschenden Kreise Israels gegen das palästinensische Volk führen.

Massenvertreibungen und Massenflucht in den Kriegsjahren 1948, 1956, 1967, 1973 wie auch eine skrupellose Landraub-Politik (dies betrifft z.B. schon 40% der 1967 besetzten Gebiete) hatten zur Folge, daß heute weniger als die Hälfte aller Palästinenser noch innerhalb der vor 1948 gültigen Grenzen Palästinas lebt. Und von diesen wiederum sind inzwischen mehr als ein Drittel Flüchtlinge im eigenen Land.

Ein Volk von Flüchtlingen

Nach einer Schätzung der UNO-Wirtschaftskommission für Westasien gibt es mittlerweile mehr als 4 Millionen Palästinenser, verstreut über (fast) die ganze Welt.

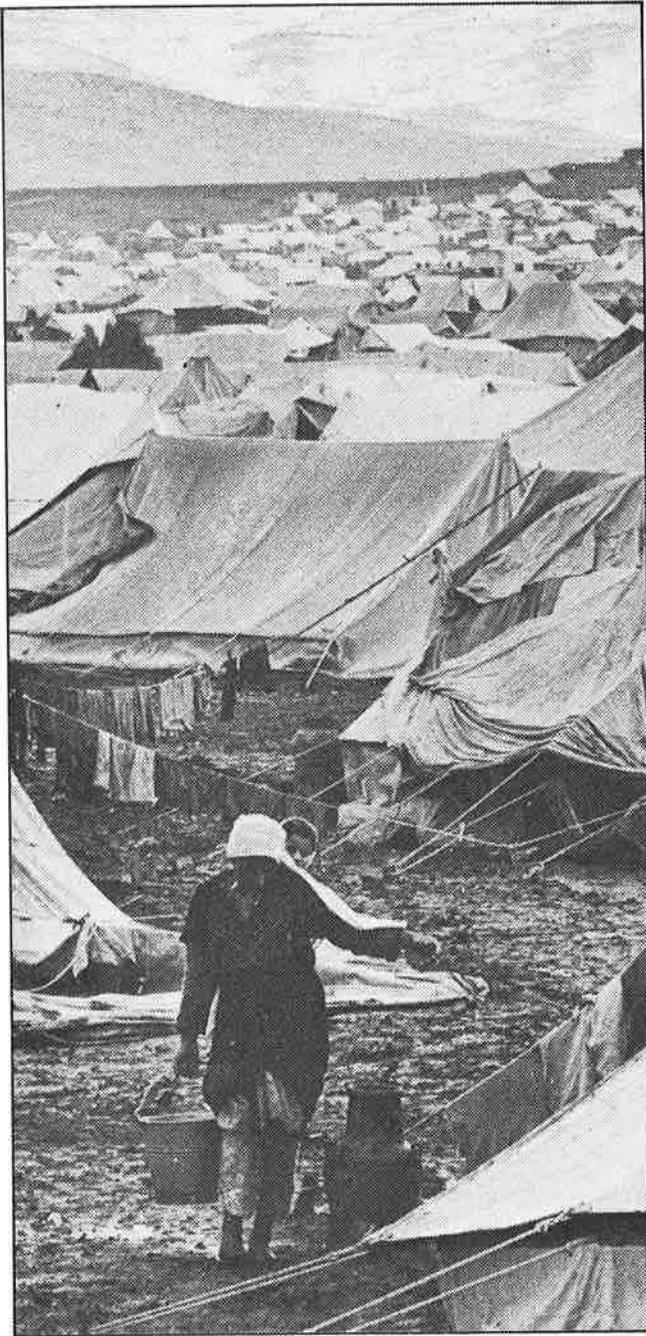
Bereits der erste israelische Krieg von 1948 führte zu der Vertreibung von über 800.000 palästinensischen Arabern. Nach dem 6-Tage Krieg von 1967 und der israelischen Besetzung des Westjordanlands und des Gaza-Streifens wurden 170.000 Palästinenser zu Flüchtlingen, nicht gerechnet die Vertreibung syrischer Bürger von den Golani-Höhen. Ein großer Teil von ihnen ist gezwungen, in Flüchtlingslagern zu leben. Mehr als 30% aller Flüchtlinge (ca. 600.000) sind jünger als 15 Jahre. Sie sind also schon als Flüchtlinge auf die Welt gekommen.

Die gegenwärtige israelische Invasion im Libanon hat, wie bereits der Einmarsch der Israelis von 1978 eine erneute Flüchtlingswelle ausgelöst, die Palästinenser und Libanesen umfaßt.

Das Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen erklärt, daß 900.000 Mütter und Kinder durch diesen Krieg heimat- und brotlos geworden seien.

»... fürchten sich wie kleine Vögel.«

»Das erste Wort, das die Kinder im Lager lernen, war meistens ›Mama‹, aber nun ist es oft ›Bum!‹, weil die Kinder von den über das Lager fliegenden Flugzeugen, dem Granatfeuer und den Bombenexplosionen so erschreckt sind«, berichtete im Spätsommer 1981 die schwedische Ärztin Eva Bergholtz, die im Lager Rashidiyeh ihren Dienst versieht. »Rashidiyeh ist besonders gefährdet, weil es aus der Luft und von der See her angegriffen werden kann. Die Kinder weinen, wenn sie nur Schiffe oder Flugzeuge sehen. Wenn die Granaten einschlagen, fürchten sie sich wie kleine Vögel.«



Rashidiyeh wurde von 1977 bis zum Anfang der gegenwärtigen Aggression im Libanon fünfhundertmal beschossen oder bombardiert.

Mehr als 6.000 Bomben ließen israelische Kampfflugzeuge auf dieses Lager niedergehen. Seit 1978 wurden hier 360 Kinder in Luftschutzräumen geboren.

Jetzt wurde es von den Israelis vollständig zerstört.

Ärzte berichten

Dr. Saleh Hweidi, palästinensischer Arzt in Rashidiyeh und selbst Flüchtling: »Viele Patienten erlitten Amputationen, manche sind erblindet. Alle Bewohner hier sind gewohnt, die Nacht im Luftschutzkeller zu verbringen. Diese Räume sind im Winter kalt und feucht, so daß die Flüchtlinge sich Grippe und Lungenentzündung holten. Im Sommer sind sie heiß und voll von Fliegen und Mücken, wodurch Magen-Darm-Erkrankungen und Hautkrankheiten entstehen.«

Der norwegische Arzt Steinar Berge hat zum Zeitpunkt des Beginns der israelischen Aggression in einem Krankenhaus gearbeitet, das in einem palästinensischen Flüchtlingslager am Strand von Saida stand.

Steinar Berge schildert: »Vor den Bombenangriffen waren wir drei Tage in das Kellergeschoß eines Hospitals geflüchtet. Vergebens – die Israelis haben es nicht verschont. Es waren schreckliche Szenen mit den Kranken im Todeskampf, mit den auf dem Fußboden ohne Anästhesie operierenden Ärzten.«

DEN EINSATZ VON SPLITTER- UND PHOSPHORBOMBEN, beides von den USA im Vietnamkrieg erprobt, international gefächerte Waffen, bestätigte die französische Ärztin France Paramelle, die auf eigene Initiative nach Libanon aufbrach: »In den Krankenhäusern, sowohl in Beirut als auch in Baalbeck, hatte ich hauptsächlich zwei Arten von Verletzungen zu behandeln. Die einen waren hervorgerufen von Phosphorbomben. Einsetzliche Verbrennungen. Ich habe ihre Wirkung auf Glieder, den Kopf und das Gesicht zahlreicher Kinder gesehen. Die anderen rührten von Splitterbomben. Sie rissen starke Blutverluste hervor, viele offene Wunden. Sie zerreißen die Glieder vollständig. Diese Bomben sind dazu da, die Zivilbevölkerung zu terrorisieren und zu morden. Sie zersplittern, verteilen sich und explodieren noch in den Schutzunterkünften.«

AUGENZEUGE IN EINEM FOLTERZENTRUM war der belgische Arzt Francis Capct, der zusammen mit anderen Ärzten in der Nähe von Saida kurze Zeit gefangen genommen wurde. Im Hof der ehemaligen Schule waren nach Aussagen des Arztes auf einer Pariser Pressekonferenz etwa 5.000 Gefangene zusammengepfercht. »Die Hände auf dem Rücken gebunden, einige mit verbundenen Augen. Man hatte mich in einen Sandkasten gesetzt, unter eine Schaukel. Auf der einen Seite, festgebunden am Pfosten der Schaukel war ein Mann, der von einem Israeli verhört worden war. Auf der anderen Seite, am anderen Pfosten, ein Mann, den ich für tot hielt. Er war blutüberströmt, eine Wange angeschwollen, Spuren von Stricken am Hals und voller Fliegen. Erst als er sprach, bemerkte ich, daß er lebte, und daß er ein palästinensischer Arzt aus meinem Freundekreis war. Später haben sie einen Herzmuskelchirurgen, den ich kannte, abgeführt, gefesselt und mit verbundenen Augen, er war sichtlich geschlagen und grob behandelt worden. In diesem Hof habe ich drei Personen bewußtlos geschenkt, auf dem Boden, in der prallen Sonne, man gab ihnen Fußtritte, um sie zum Bewußtsein zu bringen, aber sie rührten sich nicht. Ich wußte, daß in dieser Schule Verletzte mißhandelt worden waren und man ihnen kein Wasser gegeben hatte, und daß sie daran gestorben waren.«

»DIE SCHMERZENSCHREIE DER GEFANGENEN waren außerhalb der Lager von Zeugen zu hören«, berichtete ein französischer Arzt, der unter anderem vom Verantwortlichen für das französische Kulturzentrum in Saida bestätigt bekam, daß der Umgang mit Palästinensern und »verdächtigen Libanesen« – wie die Kennzeichnung durch ein weißes Kreuz auf dem Rücken oder Gefangenentransport in Netzen unter Hubschraubern – der Wahrheit entspricht.



PALÄSTINENSISCHER ROTER HALBMOND

Auf Initiative einiger junger Ärzte, die in Jordanien in Flüchtlingslagern arbeiteten, wurde am 25./26. Dezember 1968 der Palästinensische Rote Halbmond (PRH) gegründet. Schon im Mai des folgenden Jahres nahm ihn die Konferenz des Arabischen Roten Kreuzes und Röten Halbmonds als Vollmitglied in ihre Reihen auf. Die internationale Konferenz der Organisation des Roten Kreuzes, des Roten Halbmonds, des Roten Löwen und der Roten Sonne 1969 in Istanbul gab dem PRH den Beobachter-Status und verabschiedete eine Resolution, die es ihm ermöglichte, in Ländern mit einem großen palästinensischen Bevölkerungsanteil als nationale Rot-Kreuz-Gesellschaft tätig zu sein (Libanon, Syrien, Irak, Ägypten, Kuwait, Tunesien und Katar; nach der Genfer Konvention darf es nur eine Rot-Kreuz-Gesellschaft in jedem Staat geben).

Bis zum Beginn des jetzigen israelischen Aggressionskrieges verfügte der Palästinensische Rote Halbmond über insgesamt 30 Krankenhäuser und weitere 100 medizinische Stationen. Für



Mobile Ambulanz
des PRH
im Einsatz.

die Widerstandskämpfer, die Familien der Gefallenen und die Opfer der Bombardements ist die Behandlung unentgeltlich.

Die Krankenhäuser des PRH tragen Namen palästinensischer Städte und Dörfer. Das Nazareth-Krankenhaus z.B. ist das einzige Kinder-Krankenhaus im Libanon. Angesichts der dringenden Bedürfnisse hat es eine bescheidene Ausstattung mit 40 Betten und 7 Blutapparaten. In einigen anderen Krankenhäusern gibt es Kinder-Abteilungen.

Neben Naturheilzentren, Medizin-Stationen für zahnärztliche oder Hals-, Nasen-, Ohrenbehandlung betreibt der PRH auch Krankenwagen, die für alle Notfälle ausgerüstet sind, was angesichts der häufigen Bombenangriffe besonders wichtig ist.

Trotz der bisherigen Leistungen des PRH und der Tätigkeit des »Hilfswerkes der Vereinten Nationen für die Palästina-Flüchtlinge« (UNRWA) reicht die medizinische Versorgung nicht aus – gerade angesichts der verschärften Notlage des palästinensischen Volkes und der Zerstörung auch von Gesundheitseinrichtungen durch die Israelis.

SOLIDARITÄT

Als Beitrag zur Solidarität mit dem palästinensischen Volk führt das ASK in Absprache mit der Bonner PLO-Vertretung eine Spendenaktion durch, von deren Erlös mobile Kinder-Ambulanzen des Palästinensischen Roten Halbmonds ausgestattet werden. Mit diesen Ambulanzen – als medizinische Untersuchungs- und Behandlungsstationen ausgerüstete Landrover oder ähnliche Fahrzeuge – soll die medizinische Betreuung palästinensischer Kinder verbessert werden.

Die Ausrüstung jeder einzelnen mobilen Kinder-Ambulanz wird 10.000 DM kosten. Die Ausrüstungsgegenstände und Instrumente im einzelnen: Kinder-Untersuchungsliege, Dreh-Fahr-Hocker, Vielzweckwagen mit Schublade, Spritzen-, Kanülen-, Verbandmittel-Spender, Blutdruckgerät mit Kinder-Manschette, Stethoskop, Otoskop, fahrbare Untersuchungslampe, EKG-I-fach-Schreiber, EKG-Papier und -Paste, Baby-Waage und -Meßkasten, Bandmaß, Holzmundspatel, Spritzen, Kanülen, Knopfsonde, verschiedene Pinzetten und Scheren, Mikroskop und Zubehör, Zentrifuge.

Wer mehr über die Hintergründe des Palästina-Problems und des Nahost-Konflikts wissen möchte, wer Materialien für die aktive Solidarität braucht, wer in einem Solidaritätskomitee mitarbeiten oder einen gründen möchte und dafür Tips, Anregungen oder Hilfe braucht, wendet sich an:

Anti imperialistisches Solidaritätskomitee für Afrika, Asien und Lateinamerika (ASK), Mainzer Landstraße 15
6000 Frankfurt/Main 1 Telefon 0611 / 23 63 75.



Solidaritätsinitiativen, andere demokratische Organisationen und auch Einzelpersonen, die diese Hilfsaktion unterstützen und für einen ganz bestimmten Teilbetrag sammeln oder spenden wollen, erhalten auf Wunsch die Preisliste der benötigten Gegenstände.



Der Nahe Osten braucht einen gerechten Frieden!

Am Jahresende 1981 schlossen Washington und Tel Aviv ein »strategisches Abkommen«. Vereinbart wurde u.a.: verstärkte Aufrüstung der israelischen Armee und Errichtung von Stützpunkten für die 200.000 Mann starke »schnelle Eingreiftruppe« (RDF) der USA. Die RDF wurde speziell zu dem Zweck aufgebaut, die »vitalen Interessen« der »freien Welt« in dieser Region zu »schützen« (Reagan). Dem gleichen Zweck diente schon immer auch das enge Bündnis der herrschenden Kreise Israels mit dem US-Imperialismus.

Vitale Interessen: arabisches und iranisches Erdöl, das saudische Königshaus, andere reaktionäre Herrscher und Regimes, Aufmarschgebiet an der »Südflanke« der Sowjetunion, »Sprungbrett« in weite Teile Afrikas und Asiens.

Diesen »vitalen Interessen« steht entgegen: das Streben der Völker dieser Region

- nach Nutzung der Ölreichtums für ihren eigenen ökonomischen und sozialen Fortschritt,
- nach Freiheit und demokratischen Rechten,
- nach einem dauerhaften und gerechten Frieden
- und besonders das Streben des palästinensischen Volkes nach Verwirklichung seines nationalen Selbstbestimmungsrechts, nach staatlicher Existenz.

Dieses Recht wurde wiederholt von der UNO mit überwältigender Mehrheit bestätigt, und die einzige legitime Vertretung des palästinensischen Volkes, die Palästinensische Befreiungsorganisation (PLO) ist heute von der UNO, von mehr als 100 Staaten anerkannt (die Bundesrepublik befindet sich nicht darunter).

Yassir Arafat in seiner Rede 1974 vor der Vollversammlung der Vereinten Nationen, zu der er als erste Repräsentant einer nichtregierenden Befreiungsbewegung eingeladen worden war:

»Als Vorsitzender der PLO und als Führer der Palästinensischen Revolution erkläre ich hier, daß wir keinen einzigen Tropfen jüdischen oder arabischen Blutes vergießen wollen und daß wir uns auch nicht eine Minute lang über die Fortdauer des Krieges freuen werden, wenn ein gerechter Frieden herrscht, der auf den nationalen Rechten, Bestrebungen und Hoffnungen unseres Volkes aufbaut.«



Palästinas Kinder brauchen Hilfe

Medizin-Geräte
für mobile Kinder-
Ambulanzen des
Palästinensischen
Roten Halbmonds

Spendenkonto
Prof. E. Wulff
Kto.-Nr. 5270 55-602 PSchA Ffm.



Fortsetzung von Seite IV

„Jeder Mensch (ist) für die Gestaltung seines eigenen Lebens zunächst selbst verantwortlich... Gesundheitspolitik und Sozialpolitik dürfen die persönliche Verantwortlichkeit für die eigene Lebensführung nicht schwächen, abbauen oder zerstören. Gesundheitspolitik und Sozialpolitik müssen die persönliche Verantwortung vielmehr fördern und ihr zur Entfaltung verhelfen.“ (1980, S.5)

Die Sozialstaatskritik, die in solchen Manifesten aufscheint, ist jedoch nicht allein Sache der Ärzteverbände. Sie findet eine Entsprechung im Erstarken konservativer Ideologien und Interessenverbänden, die den Selbsthilfegruppen aufgreifen, um durch Reaktivierung ehrenamtlicher Tätigkeiten, insbesondere von älteren Frauen, zur Befriedigung sozialer Reibungen, aber auch zur Verringerung öffentlicher Kosten beizutragen (J.KORPORAL). Und sie ähnelt – zumindest verbal – Vorstellungen linker bzw. alternativer Kritiker einer unüberschaubaren, natur- und menschenverachtender Industriegesellschaft, die Selbsthilfe entweder als „sozialrevolutionäres Handeln“ mystifiziert (vgl. S.8) oder mittels Selbsthilfe eine Art alternativen Sozialdienst etablieren wollen. All diese „falschen Freunde“ tragen Selbsthilfegruppen ihr Geleit an, wobei ihre Ziele besser mit „Selbstorganisation des Anspruchsverzichts“ als mit Hilfe zur Selbsthilfe zu beschreiben wären.

Oder, wie Ivan ILLICH es in seiner ironischen Ver fremdung des Slogans „Innovation durch Mangel“ aufzeigt:

„... für die ganze Gesellschaft und in ganz neuer Form Zwang zu jenem „unbezahlten Dienst aus Liebe“, der im 19. Jahrhundert der Hausfrau zuliebe erfunden wurde.“ (1982, S.9)

Vereinnahmung, soziale Kontrolle, „falsche Freunde“ usw.: Schlagworte, die leicht über die Lippen gehen. Dahinter steht jedoch ein spezifisches Verständnis von Selbsthilfe, das sich eine kritische Überprüfung gefallen lassen muß: Selbsthilfegruppen und ihre Mitglieder befänden sich quasi in einem Zustand sozialpolitischer Unschuld und würden nun vom „System“ in verwerflicher Weise manipuliert oder vereinnahmt. Mit solchen naiven Überlegungen will DR. MABUSE aufräumen und weist darauf hin, daß in jeder Vereinnahmungsdebatte häufig leichtfertig mit Begriffen wie Funktionalisierung u.a. umgegangen wird:

„Alles in allem gesehen, scheint es gar nicht so abwegig, daß Sozialpolitiker und Sozialstaatstheoretiker Selbsthilfegruppen als Mittel staatlicher Planung zunehmend favorisieren. Verschiedene Merkmale von Selbsthilfegruppen lassen diese als äußerst funktional zur Lösung staatlicher Steuerungsprobleme erscheinen. Dieses als „Funktionalisierung“ oder „Institutionalisierung“ von Selbsthilfe zu bezeichnen, ist aber nicht richtig. Dies würde voraussetzen, daß Selbsthilfe zunächst, sozusagen ihrer inneren Bestimmung nach, nichts mit funktionalen Erfordernissen der Systemerhaltung zu tun hätte, und erst sekundär, durch einen Zugriff von „Außen“, an diese Funktionen angepaßt würde.“ (1981, S.26)

6. Kann Selbsthilfe präventiv wirksam werden?

Ausgangspunkt für Selbsthilfe im Gesundheitsbereich ist Krankheit, genauer: chronische

Krankheit und Krankheitsfolge. Die Hilflosigkeit des einzelnen und seiner Betreuer läßt als bewußten Ausweg nur, Hilfe bei anderen Betroffenen – in der Gruppe – zu suchen. Einen Schritt weiter – für andere, noch nicht Betroffene – vorzusieden, hieße Verursachung von Krankheit einzubeziehen. Kann Selbsthilfe also präventiv wirksam werden? Wird sie dann nicht gerade – abgelöst vom selbsterfahrenen Leiden – manipulierbar, funktionalisierbar? Andererseits: führt Selbsthilfe, beschränkt auf das „Selbst“, nicht ins Getto der Gleichgestimmen, sind Elemente der gegenseitigen Bestätigung nicht schon zu stark?

Im medizinischen Bereich hat die Epidemiologie ein Modell des Entstehungszusammenhangs von Risikofaktoren und Krankheiten erarbeitet, das in weiten somatischen, z.T. aber auch psychischen Feldern gesichert ist. Das epidemiologische Modell beschränkt sich aber weitgehend auf die „biologische Wirkungskette“, da die erforderliche komplexe Methodik für Untersuchungen in größeren Bevölkerungsgruppen nicht verfügbar ist bzw. eben nur kasuistisch angesetzt werden kann.

Krankheiten werden biologisch und sozial erklärt: die heutigen Volkskrankheiten noch viel stärker durch Lebensbedingungen und Verhaltensweisen als die früher vorherrschenden Infektionen. Ein zufriedenstellendes und vor allem empirisch gesichertes Modell über den Zusammenhang zwischen der modernen gesellschaftlichen Entwicklung, der daraus abzuleitenden kulturellen wie subjektiven Unsicherheit der vielen isolierten einzelnen und den veränderten zunehmend riskanten Lebensweisen ist nicht vorhanden. Die Epidemiologie beschreibt bisher das Faktum und die davon abhängige Kausal-Kette, sie erklärt nicht die Einkettung der Krankheitsentstehung in soziale Bezüge, sie erklärt nicht die soziale Funktionalität riskanter Lebensstile. Sie erklärt auch nicht die vorläufige Unfähigkeit der meisten Menschen in den hoch entwickelten Industriegesellschaften, mit materiellem Überfluß gesundheitsschonend umzugehen. Derzeit können wir nicht davon ausgehen, daß epidemiologische Wahrscheinlichkeitsaussagen direkt in personen- und gruppenorientierte Vorsorgemaßnahmen umgesetzt (oder besser: übersetzt) werden können.

Krankheitsbezogene Zusammenschlüsse haben kurativen bzw. rehabilitativen Charakter – Ihre präventive Wirksamkeit ist indirekt. Möglicherweise (aber noch nicht nachgewiesen) kann von solchen Gruppen eine „präventive Ausstrahlung“ in ihr begrenztes soziales Umfeld ausgehen. Für lebensproblembezogene und andere gesundheitsrelevante Zusammenschlüsse kann „Gesundheit“ bzw. Vorsorge nur als latente bzw. nicht-intendierte Funktion angenommen werden: Erfahrungen der eigenen Körperlichkeit, von seelischer Verfassung oder persönlicher und sozialer Einbindung können zu Elementen gesundheitsfördernder Lebensweisen werden, müssen dies aber nicht. Präventive Auswirkungen sind bei diesen krankheits- bzw. gesundheitsunspezifischen Gruppen eben auch unspezifischer Natur: sie sind weder das Thema der Bewältigungsarbeit noch planbar oder gezielt zu kontrollieren.

Parallelen zum Dilemma der Epidemiologie (nicht direkt in Prävention umgesetzt werden zu können) sind offensichtlich. Selbsthilfe-Zusammenschlüsse weisen Eigenarten auf, die einer „kontrollierten“ Organisation von Selbsthilfe in Richtung Prävention entgegenstehen. In diesem Zusammenhang zeigt sich erneut, daß

Selbsthilfe unauglich ist als „Methode“ sozialer oder medizinischer Beeinflussung. Eine Vermittlung von Selbsthilfe und gesundheitlicher Vorsorge erscheint allenfalls über einen soziologisch überformten Gesundheits- und natürlich auch einen entsprechend überarbeiteten Krankheitsbegriff möglich.

Beim Nachdenken über Gesundheit herrscht nahezu überall eher Ratlosigkeit denn Überzeugung. Ideen und Fragmente, an Gesundheit mehr als die herkömmliche Meßlatte der Labormedizin anzulegen, gibt es zuhauf, doch es fehlt an übergreifenden Modellen, all die unterschiedlichen Partikel so zusammenzuführen, daß der „Umgang mit der Utopie“ (I.KICKBUSCH) beschrieben, erklärt und möglichst auch noch für definierte Bedingungen vorhergesagt werden kann. Letzter Halt auf der Suche nach einer Verständigung bleibt in der Regel die bekannte WHO-Definition, aus der eine soziale Doppelbestimmung von Gesundheit abgeleitet werden kann: Gesundheit als gesellschaftliches Gut und zugleich als höchst persönliches, voller Eigen-Arten steckendes Gut. Ilona KICKBUSCH hat in einem soeben erschienenen Aufsatz (1982) darauf hingewiesen, den „Utopismus“ dieser Definition nicht zu kritisieren, sondern gerade als Leitschnur einer Gesundheitsarbeit zu nutzen, die aus der Utopie Ernst machen will.

Die Forderung nach Vorarbeiten für einen soziologisch überformten Krankheitsbegriff rennt im Grunde offene Türen ein:

Arbeiten aus den medizinischen Nachbarwissenschaften liegen seit langem vor, sind aber (noch) nicht in den medizinischen Besitzstand übergegangen. So wie Gesundheit kein festgesetzter normativer Zustand sein kann, so sind Befindlichkeitsstörungen und Krankheiten weit mehr als Abweichungen von dieser Regel – wer dabei ist, soziale Bestimmungsfaktoren von Gesundheit aufzuspüren, muß auch bei Krankheiten die Elemente erforschen, die Ausdruck sozialen Leidens, kultureller Einschränkung sind. Also bei Krankheiten den Anteil sozialer Kränkungen aufdecken oder, mit den Worten von Uschi ESSBACH-KREUZER, körperliche und seelische Veränderungen, als „gesunden, empfindsamen Ausdruck des Protests gegen die Zumutung der Realität... werten“ (1981, S.12)

Aus der soziologischen Handlungstheorie stammt ein Konzept, das die Soziogenese von Krankheiten und gesundheitsgefährdenden Verhaltensmustern theoretisch zu erklären versucht. Das Konzept – im folgenden zusammenfassend zitiert nach v.FERBER/v.FERBER (1979) – könnte die oben angeführte Übersetzungslücke zwischen Epidemiologie und Prävention auffüllen. Zugleich erweist sich auch, daß jene präventive, gesundheits„latente“ Wirksamkeit von Selbsthilfegruppen mit Hilfe handlungstheoretischer Vorstellungen erfaßt wird.

Ausgangspunkt der Überlegungen v.FERBERS sind die subjektiven Verarbeitungen von Umweltanforderungen, also Anpassungsleistungen mit dem Zweck, das Verhältnis von äußeren Anforderungen und eigener Leistungsfähigkeit zu optimieren – auf Dauer, um nicht von Fall zu Fall neues Verhalten „erfinden“ zu müssen. Menschliches Bedürfnis bei dieser Verarbeitung ist, sich die Anforderungen durch Gewöhnung zu erleichtern, also durch Ausprägung stabiler Orientierungen Verhaltenssicherheit zu gewinnen und den täglichen Aufwand zur Bewältigung von Alltagsproblemen kalkulierbar zu machen. In Anlehnung an Max WEBER werden die entstehenden Orientierungen als „soziale Hand-

lungsorientierungen" bezeichnet. Entsprechend den gegebenen und wahrgenommenen Anforderungen entwickeln die betroffenen Menschen unterschiedliche Handlungsorientierungen, in denen zusätzlich die eigene Leistungsfähigkeit berücksichtigt wird, aber auch beginnende oder bestehende Funktions einschränkungen sowie Organdefizite. Auf diese Weise werden anforderungsspezifische (auf Umweltbedingungen gerichtete) mit zustandsspezifischen (innen-, gesundheitsbezogene) Verarbeitungsleistungen vereinigt: In einem Ensemble sozialer Handlungsorientierungen.

Krankheitsprovokierende Verarbeitungen von Umweltanforderungen und gesundheitsgefährdende Verhaltensmuster (z.B. verfestigtes Risikoverhalten) sind – folgt man v. FERBER/v. FERBER in ihren Konsequenzen aus der handlungstheoretischen Sichtweise – Anpassungsleistungen, und sie sind in Handlungsorientierungen eingebunden.

Prävention kann daher nicht allein auf epidemiologisch „eindeutige“ Verhaltensausschnitte abzielen:

„Die Aufgabe der Gesundheitsvorsorge besteht ... darin, ... eine Person-Umwelt-Beziehung zu wandeln, die über das subjektive Interesse stabilisiert wird, eine optimale Anpassung an gegebene Umweltanforderungen auf Dauer zu erhalten.“ (v. FERBER/v. FERBER (1979, S.258)

Diese Aufgabe erfordert situationsnahe Maßnahmen, die auf Alltagswissen und Handlungsorientierungen der „Betroffenen“ abgestimmt sind – außerdem eine Hinwendung zu den alltäglichen Sozialsituationen und Umwelterfahrungen, kurz: eine „beratende und helfende Hand bei der Lösung von Alltagsproblemen“ (a.a.O., S.259). Was hier der organisierten Prävention erst angetragen werden muß, ist alltägliches Geschehen in Selbsthilfegruppen! Auf analytischem Weg kommen Medizinsoziologen zu Empfehlungen, die in „naiver Weise“ (d.h. ohne Vorab-Theorie) von Selbsthilfeteilnehmern längst praktiziert werden: erfahrungsnaher Austausch, gemeinsame Betroffenheit, Einbringen des Gesamtperson und nicht ausgewählter Verhaltenselemente, Eigensteuerung von Gruppen- und Veränderungsprozessen (also weitgehende Ablehnung von angeleiteter Selbstkontrolle).

Selbsthilfe und präventive Wirksamkeit verbinden sich eher ungeplant, sind erst im nachhinein zu erforschen. Gesundheit ist eine latente Funktion von Selbsthilfe, primärpräventive Effekte sind nicht-intendiert und begrenzt. Stellt man sich ein Kontinuum vor, in dem der eigenständige Umgang von Menschen mit ihrem körperlichen, seelischen und sozialen Befinden den Polen „kurativ – präventiv“ beigeordnet würde, nimmt die Selbsthilfe eine Art Zwischenposition ein:

„... Selbsthilfe und Selbstverantwortung nicht verstanden wird als einseitiger Delegationsprozeß, in welchem von außen definiert und zugewiesen wird ..., sondern als Umverteilung von Kompetenz und Ressourcen“. (S.272)

Auf diesem Hintergrund ist Selbsthilfe nur „tragfähig“ in Verbindung mit einem sozialen Gesundheitsbegriff – ein Standpunkt, der (ge)wichtige Konsequenzen für organisierte Prävention und Gesundheitserziehung hat.⁴⁾

Herkömmliche Gesundheitserziehungs- und -aufklärungsansätze stehen seit Jahren vor dem strukturellen Problem, daß sich Ihr Erfolg darauf beschränkt, das Gesundheitswissen von Teilnehmern kurzfristig zu verbessern, bei Einstellungsbefragungen ein gewachsenes Gesundheitsbewußtsein vorzufinden und Anstoß für kurzfristige Änderungen gesundheitsbezogener Verhaltensweisen gewesen zu sein (v. TROSCHKE/FÜLLER 1981, S.14). Solch eine Effektivität ist unbefriedigend – die Gründe dafür vielfältiger Natur.

Bislang wurde der Schwerpunkt einseitig auf die Vermittlung von medizinisch „vernünftigen“ Informationen gelegt, die zum großen Teil mit den sozialen Handlungsorientierungen der Adressaten (vgl. S.13) nicht vereinbar sind. Diese Fehlorientierung sowie massive, ungezielte Streuung derartiger Information führte in der Regel zur Übersättigung bzw. Abstumpfung der angesprochenen Menschen. Die Menschen wurden allein als Einzelpersonen in Aktionen mit einbezogen, wobei unberücksichtigt blieb, daß ihr individuelles Verhalten wesentlich von den Verhaltenserwartungen der „Kultur“, in der sie leben, bestimmt wird: Orientierung auf Individuen und Verhaltensausschnitte bedeutet Vernachlässigung von Gruppeninteressen und kulturell geprägten Lebensstilen. Daher dürfte auch die geringe Überzeugungskraft der empfohlenen Verhaltensweisen gegenüber den Motiven von bestehenden (schädigenden) Verhaltensmustern röhren. Außerdem mangelt es den Erziehungs- und Aufklärungsmaßnahmen an langfristiger Ausrichtung; d.h. die Verankerung alltagswirksamer positiver Verstärkungspläne wurde in der Regel versäumt, da Aktionen vorrangig auf kurzfristige Erfolge abzielten.

Gesundheitserziehung geht bisher weitgehend von der Vorstellung aus, daß informierte Experten weniger informierte Laien über bestimmte Verhaltensweisen in Kenntnis setzen und dazu auffordern, diese entsprechend solchen Empfehlungen auch zu praktizieren. Die Definition, ob ein genanntes Verhalten nun schädlich oder förderlich sei, liegt allein in den Händen der Experten. Jene Verhaltensweisen stellen bloße Ausschnitte aus der sozialen Wirklichkeit der Adressaten dar. Wenn die erzieherischen Maßnahmen zu geringen Erfolgen führen, wird versucht, sie durch bestimmte Techniken zu verfeinern oder durch ergänzende Maßnahmen zu unterstützen. Dazu gehört u.a. auch die Bildung von Therapie- und Selbsthilfegruppen. Derartige Gruppen sollen in diesem Rahmen die Funktion erfüllen, das durch Ineffektivität in Frage gestellte Machtgefälle zwischen medizinischen Experten und Laien zu festigen und die Kontrolle der damit verbundenen normativen

Selbst-behandlung	Selbst-kontrolle	Selbst-hilfe	Selbst-organisation		
„kurativ“		„präventiv“			
SELBSTHILFE					
SELSTORGANISATION					
<i>Kurative Ausrichtung</i>	<i>Präventive Ausrichtung</i>				
<i>Gemeinsame Bewältigung</i>	<i>Gemeinsame Belastung</i>				
<i>Gleiche Betroffenheit</i>	<i>Ähnliche Betroffenheit</i>				
<i>Medizinischer Krankheitsbegriff (Diagnose)</i>	<i>Sozialer Gesundheitsbegriff (Lebenslage)</i>				
<i>Gruppe</i>	<i>Nachbarschaft/Quartier/Region</i>				
<i>Ausgleich von Versorgungsdefiziten</i>	<i>Vorbeugung eines Versorgungsbedarfs</i>				
<i>Reaktion auf entstandenen Schaden</i>	<i>Aktion zur Verhinderung drohender Schäden</i>				
<i>Homogene Zusammensetzung</i>	<i>Heterogene Zusammensetzung</i>				
<i>Mangelmotivation</i>	<i>Kompetenzmotivation</i>				
<i>Eigene Hilflosigkeit zu Anfang hoch</i>	<i>Eigene Hilflosigkeit zu Anfang niedrig</i>				
<i>Binnenorientierung/Abgrenzung</i>	<i>Aussirahlung nach außerhalb/Öffnung</i>				
<i>Politisch eher passiv bzw. Lobby-Funktionen</i>	<i>Politisch eher fordernd/Veränderung</i>				

Nochmals: präventiv wirksame Selbsthilfe läßt sich nicht organisieren, präventive Effekte sind eher zufällige „Nebenwirkungen“ von herkömmlichen Selbsthilfe-Zusammenschlüssen. Wer Prävention als manifeste Funktion von Bürgerzusammenschlüssen anstrebt, sollte nach anderen Vorgehensweisen Ausschau halten: beispielsweise Modelle sozialer Aktion („Selbstorganisation“), und nicht nach angeleiteter Selbsthilfe („Selbstkontrollgruppen“).

7. Konsequenzen für Gesundheitserziehung und organisierte Prävention

Ilona KICKBUSCH hat deutlichgemacht, daß das europäische Regionalbüro der WHO einen sozialen Gesundheitsbegriff – also vorrangig das Wohlbefinden der Menschen in ihren sozialen Bindungen – zum Hauptakzent seiner Ge-

sundheitserziehungsstrategie erklärt hat. Dieser Umorientierung liegt ein besonderes Verständnis von Gesundheitserziehung zugrunde: zum einen zieht die WHO/Euro auf eine Abkehr von einer „Ressourcenverteilung“, in der 80 bis 90 % der Ressourcen auf 10 bis 15 % der Gesundheitsprobleme hin strukturiert sind“ (1982, S. 268). Andererseits betont I. KICKBUSCH, daß

⁴⁾ Der Ausdruck „organisiert“ soll das geplante, regelgeleitete und institutionalisierte Moment von Erziehungs- und Präventionsprogrammen betonen – dagegen stehen idealtypische Kennzeichen von Selbsthilfearbeit, wie „spontan“, bedürfnisorientiert und selbstbestimmt. Daß solche „idealen“ Klassifikationen immer noch einen Idealisierenden Beigeschmack haben, sei nicht verschwiegen.

Strukturen in die Gruppe zu verlegen (FÜLLER 1982).

Dieser Mängelkatalog (v. TROSCHKE/FÜLLER 1981, S.14) könnte noch um zwei Charakteristika der organisierten Gesundheitserziehung ergänzt werden: ihr moralisierendes und weitgehend technologisches Selbstverständnis (also Maßnahmen – bzw. Untersuchungsorientierung statt kommunikativer bzw. Lebensweltorientierung) sowie die Tendenz, individualisierende Schuldzuschreibungen für gesundheitsgefährdende Verhaltensmuster vorzunehmen. Die Absicht, zur Gesundheit zu „erziehen“ und pädagogisch organisiertes Lernen in die Wege zu leiten, zeichnet das Vorgehen der Gesundheitserziehung aus. Dagegen stehen „Laien-“ und Basisaktivitäten, die eigene Fertigkeiten und Möglichkeiten (wieder-)entdecken und aufwerten – und dabei der Aufforderung, sich erziehen zu lassen, ihre Traditionen und Erfahrungen entgegenhalten.

Um aus ihren strukturellen Schwierigkeiten herauszukommen, verfallen Experten darauf, sich unabhängig von ihnen entstandene und weiterhin autonome Basis-Bewegungen nutzbar zu machen. Im Abschnitt 4 ist diese Tendenz für Professionelle des überforderten Versorgungssystems aufgezeigt worden, prinzipiell gilt das-selbe für Institutionen und ihre Angestellten im Bereich der Prävention und Gesundheitserziehung. Auch hier erscheint „die“ Selbsthilfe als Silberstreif am grauen Maßnahmenhorizont: die alten Experten streifen sich ein neues (Partizipations-)Gewand über und nehmen sich nun vor, „Erziehung zur Selbsthilfe“ zu betreiben. Ohne Scheu beabsichtigten Professionelle jeder Couleur, Selbsthilfe gemäß ihren persönlichen, ideologischen oder institutionellen Vorstellungen zu organisieren. Als Beleg sollen unverblümte Äußerungen der amerikanischen Linken Elaine WITHERORN dienen, wobei dieselbe Absicht (nur mit anderer Wortwahl) genausogut anderen Interessengruppen unterstellt werden kann.:

„As self-help groups grow in their criticism of the health and social welfare system and in individual receptivity to left ideas, socialists and feminists can help to organize the newfound understanding and anger into pressure groups for change. We can help groups make alliances with service workers who do not see themselves as elitist professionals but rather as workers with a natural alliance to clients... In other workplaces we might use self-help groups as another form of organizing that can strengthen the connections and supports that workers can provide each other on the job.“ (1980, S.27)

Nun stehen sich Gesundheitserziehung und Selbsthilfe konzeptionell wie praktisch zunächst als Widersprüche gegenüber. Beides sind zwar soziale Erfahrungsprozesse, die (in der Regel) zu Einstellungs- oder Verhaltensänderungen führen; dennoch bestehen grundsätzliche Unterschiede auf organisatorischer wie Zielebene.

So zeichnet sich Gesundheitserziehung/organisierte Prävention durch folgende Merkmale aus:

- geplantes, systematisches, regelgeleitetes Vorgehen
- normative, moralisierende Ausrichtung
- soziale Einflußnahme, die allein auf Einstellungen oder Verhaltenselemente zielt
- individualisierend: isolierte Ansprache von Einzelpersonen

– begleitende oder nachfolgende Bewertung mit wissenschaftlichem „Objektivitäts“-Anspruch.

Dagegen könnten Selbsthilfe-Aktivitäten eher so charakterisiert werden:

- eher spontanes, selbstbestimmtes Vorgehen
- Ausrichtung auf persönliche Bedürfnisse
- soziale Einflußnahme, die auf die gesamte Person und deren Lebensumstände zielt
- individualisierend: jedoch in der Gemeinschaft von Gleichbetroffenen
- interne, subjektive Bewertung.

Auch inhaltlich lassen sich gewichtige Unterschiede festmachen. Selbsthilfegruppen haben immer mehrere „Gesichter“: sie sind zu Beginn sicher thematisch gebunden, im weiteren Verlauf jedoch zeitlich wie thematisch eher instabil. Für Gruppenteilnehmer sind „Gesundheit“ oder Gesundheitsvorsorge – wenn überhaupt – Ziele ihrer Handlungen, keinesfalls verstehen sie diese Begriffe als methodische Richtschnur. Außerdem wirkt ein Teil der Selbsthilfegruppen quasi als „Laboratorium“ für den bislang in Präventionsprogrammen vernachlässigten soziologisch überformten Gesundheits- und Krankheitsbegriff (vgl. S.13 ff.). Dagegen wird in den vorherrschenden Erziehungs- und Aufklärungsaktionen immer noch versucht, körpermedizinische bzw. epidemiologische Rationalität direkt in Verhaltensempfehlungen umzusetzen – was ohne den „Umweg“ über alltägliche Handlungsorientierungen und die Maßnahmausrichtung auf Sozialsituationen hin jedoch nur zu begrenzten und kurzfristigen „Erfolgen“ führt.

Seit Mitte der 70er Jahre wird – unabhängig vom Erstarken der Selbsthilfegruppen, aber möglicherweise durch sie verstärkt – eine „ökologische Umorientierung“ der Gesundheitserziehung gefordert (BROWN/MARGO 1978). Kurz gefaßt, zielt die Umorientierung auf Rollenwandel sowie Veränderung von Selbstverständnis und Hintergrundmodellen der Gesundheitserzieher. Sie sollten ihre Arbeit als Gemeinwesenarbeit verstehen: aus der Kenntnis des Lebensraums ihrer Adressaten heraus situationsnahe Maßnahmen entfalten. Auf der Grundlage von Handlungstheorien und Gemeinwesenarbeit steht die Aktivierung der angesprochenen Menschen im Vordergrund – Gesundheitserziehung ist hier „beratende und helfende Hand bei der Lösung von Alltagsproblemen“ (v. FERBER/v. FERBER 1979, S.259) und ihr Ziel heißt Aktivierung zur „Selbstorganisation“.⁵⁾

Gesundheits-„erziehung“ verlöre so den bevorzugt-pädagogischen Beigeschmack und könnte (als Gesundheits-„arbeit“) ihre bisherige Verhaltensorientierung zugunsten einer Einflußnahme auf Lebensstile aufgeben. Pragmatisch heißt das, „Health Promotion“ zu betreiben: zur Gesundheit kann nicht erzogen werden, Gesundheit ist eine Option (Wahlmöglichkeit/Handlungsalternative), die „Sinn“ und Selbstbestimmung verheißen, die instrumentell in das eigene Alltagssystem „eingebaut“ werden kann, und für die die angesprochenen Menschen sich eigenverantwortlich entscheiden können – oder es zunächst lassen können, ohne gleich moralisierende Ausgrenzung erwarten zu müssen.

Die Aufgabe solcher Gesundheits-„arbeit“ besteht darin, die Bandbreite gesundheitsfördernder Optionen zu erweitern und den „Betroffenen“ leichter zugänglich zu machen sowie die Attraktivität und funktionale Bedeutung gesundheitsschädigender Wahlmöglichkeiten aufzubauen. Damit setzt sie sich für erweiterte Verhaltensspielräume und die Vermehrung überschaubarer, persönlicher wie sozialer Bezüge und Bindungen ein – sie orientiert sich an dem, was in Selbsthilfegruppen seit Jahren gang und gäbe ist! Ilona KICKBUSCH faßt die Konsequenzen für Gesundheitserziehung und organisierter Prävention mit den folgenden Sätzen zusammen:

„An Selbsthilfe orientierte Gesundheits(erziehungs-)strategien müssen ... stets ein erweitertes Selbstbestimmungspotential vor Augen haben. Sie müssen Optionen erweitern, auch zum Eintritt in das professionelle System, anstatt sie einzuziehen ... Ein sozialer Gesundheitsbegriff beinhaltet eine neue Rolle für Gesundheitserziehung: ... sie ist soziale Aktion ohne soziale Kontrolle!“ (1982, S.273)

8. Literaturverzeichnis

- 1) H. H. ABHOLZ u. a. (Hrsg.) (1982); D. BORGERS, W. KARNAUS, J. KORPORAL: Risikofaktorenmedizin – Konzept und Kontroverse; de Gruyter, Berlin/New York 1982
- 2) K. BECKER/P. FRANZKOWIAK (1982); Gesundheitsorientierte Selbsthilfe als soziale Aktion; in: H. H. ABHOLZ et al (Hrsg.) (1982), S. 249-257
- 3) E. R. BROWN/G. E. MARGO (1978); Health Education: Can the Reformers be reformed? in: Int. J. Health Service, 8, 1, 1978, S. 3-26
- 4) DEUTSCHER ARZTTETAG (1980); Gesundheits- und sozialpolitische Vorstellungen der deutschen Ärzteschaft; Deutscher Ärzte-Verlag, Köln-Lövenich, 1980
- 5) DR. MABUSE (1981 a); Sozialpolitik und Selbsthilfe; Dr. Mabuse 22, 1981, S. 22-26
- 6) DR. MABUSE (1981 b); Selbsthilfe – kein Mythos; Dr. Mabuse 22, 1981, S. 29-34
- 7) U. ESSBACH-KREUZER (1980); Mythos Selbsthilfe – Über die Widersprüche in der alltäglichen Arbeit mit Selbsthilfegruppen; Politikon 65, Oktober 1980, S. 8-14
- 8) CHR. v. FERBER/L.v. FERBER (1978); Medizinsoziologische Grundlagen der Gesundheitsvorsorge; Die Betriebskrankenkasse 11, 1979 (67), S. 253-259
- 9) G. S. FREYERMUTH (1982); Der Hilfe-Multi – Besuche bei einer menschenfreundlichen Vereinigung; Transatlantik, 2/1982, S. 26-37
- 10) A. FÜLLER; Die Kooperation von Experten und Laien – Bedingung oder Gefahr für die Prävention von Volkskrankheiten? in: H. H. ABHOLZ et al (Hrsg.) (1982), S. 259-265
- 11) J. HABERMAS; Legitimationsprobleme im Spätkapitalismus; Suhrkamp, Frankfurt/M., 1973
- 12) I. ILLICH; Esundheit als Teil der Lebensqualität; in: die ta-geszeitung, 22. 3. 1982, S. 9
- 13) I. KICKBUSCH (1981); Von der Zerbrechlichkeit der Sonne – Einige Gedanken zu Selbsthilfegruppen; in: I. KICKBUSCH/A. TROJAN (Hrsg.) 1981, S. 11-24
- 14) I. KICKBUSCH (1982); Vom Umgang mit der Utopie: Anmerkungen zum Gesundheitsbegriff der Weltgesundheitsorganisation; in: H. H. ABHOLZ et al (Hrsg.) (1982), S. 267-276
- 15) I. KICKBUSCH/A. TROJAN (Hrsg.) (1981); Gemeinsam sind wir stärker – Selbsthilfegruppen und Gesundheit; Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt/M., 1981
- 16) C. LAY; Das tägliche Erdbeben, ein Bericht über die Stadt Neapel; Wagenbach, Berlin, 1980
- 17) PROJEKTGRUPPE MEDIZINSOZIOLOGIE (1980 a); Gesundheitsselbsthilfegruppen: Entstehung, Entwicklung, Arbeitsweise, Effektivität; Projekt-Zwischenbericht für das BMFT, Hamburg, Juni 1980
- 18) PROJEKTGRUPPE MEDIZINSOZIOLOGIE (1980 b); Gesundheitsselbsthilfegruppen: Entstehung, Entwicklung, Arbeitsweise, Effektivität; Anhang zum Projekt-Zwischenbericht für das BMFT, Hamburg, 1980
- 19) D. K. STÜBINGER (1977); Psychotherapeutische Selbsthilfegruppen in der BRD; Med. Dissertation, Lahn-Gießen, 1977
- 20) A. TROJAN/R. ITZWERTH (1982); Selbsthilfegruppen gegen Risikofaktoren? in: H. H. ABHOLZ u. a. (Hrsg.) (1982), S. 235-247
- 21) J. v. TROSCHKE/A. FÜLLER (1981); Gesundheitswochen in Emmendingen; Gesomed, Freiburg i.Br., 1981
- 22) E. WITHERORN (1980); Helping Ourselves: The Limits and Potentials of Self-Help; Social Policy 11, 3: 20-27 (1980)

⁵⁾ vgl. dazu K. BECKER/P. FRANZKOWIAK (1982)

Ätiologismus in der Medizin am Beispiel der Tuberkulose

Der hier nachgedruckte Beitrag von Dieter Borgers ist Teil eines größeren Aufsatzes im Argument-Sonderband Prävention, der sich mit dem Verhältnis von biotechnischen Eingriffen (Pharmaka, Vitamine, Impfung) und sozialen Methoden der Prävention beschäftigt. Ätiologismus ist ein Begriff aus der Debatte um die Tuberkuloseprävention zu Beginn des Jahrhunderts und bezeichnet ein einseitig bakterielles Präventionskonzept, welches die soziale Verursachung vernachlässigte.

Heute gibt es eine ähnliche Diskussion in Bezug auf die Herz-Kreislaufkrankheiten unter dem Stichwort Risikofaktorenmedizin. In einem kürzlich erschienenen Buch (Risikofaktorenmedizin: Konzept und Kontroverse, Hrsg. von H. Abholz, D. Borgers, W. Karmann, J. Korporal – De Gruyter, Berlin 1982) werden Parallelen zur Tuberkulosediskussion gezogen.

Die Tuberkulose war bis in die 20er Jahre dieses Jahrhunderts eine der bedeutenden Volkskrankheiten in den europäischen Ländern. Sie ist es heute noch in vielen Ländern der Dritten Welt, so daß die folgende Diskussion nur für Europa historischen Charakter hat. In der Bundesrepublik stellt die Tuberkulose zwar immer noch ein großes Gesundheitsproblem dar (insbesondere bei Ausländern), jedoch hat sie ihren Charakter als Volkskrankheit verloren. Das historische Beispiel des Rückgangs und der Bekämpfung der Tuberkulose ist besonders geeignet, den Stellenwert einer spezifisch medizinischen (orientiert an der Ätiologie) Prävention in Relation zu einer an der sozialen Verursachung orientierten Prävention aufzuzeigen.

Als Einstieg in die Problematik soll hier die Entwicklung der Mortalitätsraten für die Tuberkulose betrachtet werden. Seit der Mitte des vorigen Jahrhunderts findet sich für vergleichbare europäische Länder (z. B. England, Frankreich, Deutschland) ein kontinuierlicher Rückgang der Tuberkulosemortalität und Tuberkuloseinzidenz, welcher jeweils durch die beiden Weltkriege unterbrochen wird; in den vom Krieg am stärksten betroffenen Ländern findet sich ein kurzer, steiler Anstieg. Die Entdeckung des Tuberkelbacillus als kausales Agens (Bakterium) durch Koch im Jahre 1882 und die darauffolgende bakterielle Ära der Bekämpfung zeigt sich beim Rückgang der Tuberkulose nicht als besonders starker Einschnitt zwischen 1880–1900. Auch später findet sich kein herausragender Zeitraum, wie er doch mit der Entdeckung einer effektiven Pharmakotherapie zu vermuten wäre. Wir haben es offenbar mit einem umfassenden gesellschaftlichen Phänomen zu tun, das lediglich auf starke gesamtgesellschaftliche Entwicklungen (z. B. Kriege) massiv reagiert (Beyer, Winter 1967).

Krankheitsverständnis der bakteriellen Ära

Die Entdeckung von Bakterien als Ursachen häufiger Krankheiten (Tuberkulose, Typhus, Diphtherie, Cholera, Gelbfieber) stand im Zentrum der sich entwickelnden naturwissenschaftlichen Medizin gegen Ende des vorigen Jahrhunderts. In bezug auf einige Infektionskrankheiten (Cholera, Flecktyphus, Pocken, Pest) hatte die auf Kenntnis der Infektion als ätiologischem Mechanismus aufbauende Prävention (vorwiegend hygienische Maßnahmen und Impfungen) großartige Erfolge. Diese Erfolge führten dazu, daß auch die Prävention der Tuberkulose als reines Problem der Infektion gesehen wurde. „Unter den vorbeugenden Maßnahmen gegen die Tuberkulose besitzt keine größere Bedeutung als die Pflege des Körpers“ (Weyl 1904). Diese Maßnahmen beinhalteten: Waschen des Körpers, Sport, Wohnhygiene, Straßenhygiene, Desinfektion, Vermeidung von Spucken usw. In einem Merkblatt zur Tuberkulosebekämpfung des Kaiserlichen Gesundheitsamtes hieß es: „Bei keiner Volkskrankheit hat

der Mensch, auch der Schwächste, es so in der Hand, sich selbst zu helfen, wie bei der Tuberkulose, wenn er nur Einsicht mit Selbstbeherrschung verbindet.“ Das wissenschaftliche Krankheitsverständnis der orthodox-bakteriellen Lehre (Kontagionisten) besagte, daß die ausschließliche Ursache der Krankheit der Bacillus sei, während andere Momente (soziale, psychische, Disposition im weitesten Sinne) lediglich zweitrangig die Übertragung des Bacillus förderten (Gottstein 1907). Die geringen Erfolge dieses auf persönliches Verschulden gerichteten Konzeptes der Bekämpfung der Tuberkulose als Volkskrankheit beruhten auf der Einseitigkeit des naturwissenschaftlich-kontagionistischen Ansatzes. Das Kausalverständnis eines solchen Ansatzes und seine Folgen für die Prävention von Volkskrankheiten (Bekämpfung eines Agens mit Schwerpunkt Gesundheitserziehung) dominieren auch heute wieder, wenn auch in anderer Form, die Präventionsdebatte für wichtige Volkskrankheiten.

Der einseitige bakterielle Ätiologismus im medizinischen wissenschaftlichen Verständnis der Tuberkuloseverursachung (alle anderen Überlegungen wurden als unwissenschaftlich, sozial-reformerisch, als politische Anschauungen oder als Volksmeinung dargestellt) führte in einen relativ wirkungslosen Ausrottungsfeldzug gegen die überall vorhandenen Tuberkelbakterien. Die Volksmeinung hatte die Tuberkulose schon immer als eine Krankheit der Armen (spezifisch für das 19. Jahrhundert: Proletarierkrankheit) angesehen, was auch das Verständnis der vorbakteriellen Medizin war, die aber die Bekämpfung der Armut nicht als ihr Präventions-Objekt betrachtete. Erst die Sozialhygiene entwickelte ein erfolgreiches Präventionskonzept, das sich einerseits nicht in Appellen zur Bekämpfung der Armut erschöpfte und andererseits keine in bezug auf die Zurückdrängung der Volkskrankheit einseitige Medikalisierung oder Psycholisierung (im Sinne von individueller Behandlung der Biologie oder der Psyche des Individuums) in den Vordergrund der Prävention stellte. Dieses sozialhygienische Krankheits- und Präventionskonzept integrierte mit Hilfe epidemiologischer Untersuchungen naturwissenschaftliche und soziale Mechanismen zu einem Verständnis, welches auf den unterschiedlichsten Ebenen präventives Vorgehen ermöglichte:

Da sich herausstellte, daß fast alle Erwachsenen zur damaligen Zeit „tuberkulös“ waren, im Sinne der Nachweisbarkeit einer Infektion mit Tuberkeln ohne Krankheit (der Pathologe Nägeli sagte überspitzt: „Jeder Erwachsene ist tuberkulös“), konnte der Kontakt mit dem Bacillus für die Verursachung der Krankheit nur relativ gering sein. Er ist ein notwendiger, aber keineswegs hinreichender Grund. Obwohl also der Bacillus auf der biologisch-medizinischen Ebene die Ursache (Ätiologie) der Tuberkulose ist, ist er praktisch-historisch kaum für das massenhafte Auftreten der Krankheit verantwortlich gewesen. Die medizinisch-ätiologische Denkwelle, daß nämlich der Tuberkel-Bacillus die spezifische Ursache und andere Faktoren (wie Ernährung, soziale Lage, Arbeitsplatz usw.) nur relativ unspezifisch manifestationsfördernde Faktoren sind (ähnlich heute bei Diabetes und Bluthochdruck), verhindert offenbar eine wirksame Prävention von Volkskrankheiten. Für das sozialmedizinische Verständnis war dagegen der Bacillus ein unspezifischer Faktor. Eine soziale Prävention mußte daher spezifischere Ursachen finden, die den Charakter als Volkskrankheit ausmachten.

Mit Hilfe soziomedizinischer Untersuchungen konnten die Ursachen für das Auftreten der Tuberkulose als Volkskrankheit geklärt werden, wobei sich meistens eine nahtlose Verbindung zu biologisch-medizinischen Tatsachen herstellen ließ. Als wesentliche Elemente des sozialen Verursachungsmodells können gelten: Mangelernährung, Auszehrung durch zu lange und harte sowie gesundheitsschädliche Arbeit (Staub, Feuchtigkeit), enge und feuchte Wohnverhältnisse usw. Als Hauptaufgabe wurde daher die Lösung der sozialen Frage gesehen:

„Ich habe versucht, eine soziale Pathologie der Tbc zu geben und diese der Darstellung dessen, was wir gewöhnlich als Tbc-Bekämpfung zu bezeichnen gewöhnt sind, vorangeschickt. Die Gegenüberstellung dieser beiden Teile ergibt, und dies soll hier mit aller Schärfe hervorgehoben werden, daß die Verbreitung der Tbc auf das Engste mit wirtschaftlichen, sozialen, beruflichen Verhältnissen zusammenhängt, daß alles, was diese positiv beeinflußt zum Kampfe gegen die Tbc gehört, ja, daß allein diesen Verbesserungen und Maßnahmen die Hauptbedeutung zukommt“ (Teleky 1926).

Dies besagt gleichzeitig, daß die Tuberkulose als Volkskrankheit in den europäischen Ländern Ausdruck eines bestimmten Stadiums der kapitalistischen Entwicklung war. Mit dem Verschwinden der Unterernährung, der unhygienischen, engen Wohnsituation in den Großstädten, gesundheitszerstörender Arbeitsbedingungen, der Herausbildung des Sozialstaates (mit Krankenversorgung, Fürsorge, sozialem Wohnungsbau) verschwand auch die Tuberkulose als Volkskrankheit.

Diese Feststellung darf jedoch nicht zu dem Schluß führen, daß eine spezifische, z. B. auf die Ansteckungsverringerung gerichtete Primärprävention der Tuberkulose nicht möglich ist; diese muß vielmehr in einem abgestuften Präventionskonzept ihren Platz finden, welches auf den verschiedenen Ebenen, je nach Gefährdung und Zustand, eingreift.

Die Verbesserung von Lebensbedingungen und Resilienz mußte sich auf besondere Krankheits- und Gefährdungsgruppen konzentrieren:

- Bestimmte Berufe (Bergbau, Staubarbeitsplätze)
- Wohnbedingungen (zu enge, kleine, nicht beheizbare Wohnungen)
- Schwangere (Fürsorge)
- Kinder (Verschickungen, Waldschulen, Erholungsheime)
- bestimmte Wohngebiete in Großstädten
- hygienische Verbesserungen in Fabriken und Wohnungen
- fürsorgliche Maßnahmen für besonders Tuberkulose-Bedrohte, z. B. Bereitstellung von Kleidung, Wäsche, Geld, Nahrung usw. (Personen, die schon einmal eine klinische Krankheit durchgemacht hatten)
- Impfung, deren Effektivität jedoch auch heute umstritten ist.

Die Maßnahmen bewegen sich zwischen spezifisch medizinischen (Impfung, Behandlung, Hygiene usw.) und sozialen Veränderungen (Arbeitsschutzgesetzgebung, Wohnungsbau, Stadtsanierung, Freizeit und Erholung, Kindererziehung), wobei eine „Fürsorge“ für besonders Tuberkulose-Gefährdete geschaffen wurde (Fürsorgewesen). Welche Gewichtung diesen einzelnen Bereichen zukommen soll, ist nur in einer konkreten historischen Situation für eine bestimmte Krankheit entscheidbar. Das Verhältnis der Maßnahmen bestimmt sich auch durch den Stand der wissenschaftlich-medizinischen Möglichkeiten. Das Vorhandensein einer effektiven „kausalen“ kurativen Methode (z. B. heute vorhandene antibiotische Behandlung der Tuberkulose) gibt dieser auch für die Prävention eine wesentliche Bedeutung, da sie prophylaktisch eingesetzt werden kann.

Unter bestimmten Bedingungen ist heute eine pharmakologische Prävention bei Kindern und Erwachsenen, die Tuberkulinpositiv werden (Konversion ohne klinische Krankheit), gerechtfertigt, nämlich unter Abwägung von Schaden, Nutzen, Kosten und Effektivität.

*

Die Durchsetzung und Gewichtung von primärpräventiven Maßnahmen muß daher auf dem Hintergrund der Interessen und Strukturen einer entwickelten „Heimtelindustrie“ gesehen werden, die soziale Ursachen nicht in ihr Verwertungskonzept einbauen kann.

Fortsetzung von Seite 20

regionalen Verbänden der „Lebensschutzbewegung“ Beratungsstellen für Verbraucher einrichten und dort Brokers Ernährungstherapie als „Ganzheitstherapie“ anpreisen. Doch wollen diese Laienprediger in Sachen Gesundheit vor Ort nicht nur erreichen, daß alle die „nach Brucker leben“ brav ihre Körner und Salatplatten essen: Mit der Diät sollen sie auch Brokers Ideologie in sich aufnehmen: Askese, Konsumverzicht, Hinwendung zu Dorf und Landwirtschaft anstelle von Großstadtleben und Industrie.

In der „Lebensschutzinformation“, dem Organ des WSL, inserieren Therapiezentren, die zum Teil ebenfalls Brucker-Diät anbieten. Auch dort geht es nicht nur um die Behandlung kranker Menschen, sondern um ideologische Neuorientierung der Patienten.

Der Weltbund zum Schutze des Lebens wurde vor Max Otto Bruker von Werner Georg Haverbeck angeführt, einem ehem. hohen Nazi-Funktionär und Schützling von Rudolf Hess. Haverbeck führte als Mitglied der Reichsleitung der HJ und des NS-Studentenverbandes Wandervögel und Ökologen der Weimar-Zeit zu Hunderttausenden in den Faschismus hinein. In jüngerer Zeit versuchte er, ähnlich seinem Gönner Rudolf Hess, Antroposophen um sich zu scharen. In vielen Fällen erfolgreich.

Prof. Günter Schwab, der Gründer und „geistige Vater“ des Weltbundes zum Schutze des Lebens, ist wie Dr. med. Max Otto Bruker Mitglied der Gesellschaft für neue Anthropologie ... und obendrein Anhänger der faschistischen Ludendorffer-Sekte. Unter der verängelichen Parole „Gesund leben“ haben die Führer des WSL in den vergangenen Jahren vor allem junge Menschen aus der Alternativ-Szene gewinnen können. Allein in Bremen zählt der WSL über vierhundert Mitglieder.

„Lebensreformer“ einst

Der Tübinger Medizinhistoriker Walter Wuttke-Groneberg und andere haben sich inzwischen fundiert mit der Lebensreformbewegung der Weimar-Zeit einerseits und der NS-Heilkunde andererseits auseinandergesetzt (s. auch Demokratisches Gesundheitswesen 2/80). In neueren Publikationen kommen Wuttke-Groneberg u. a. zu Feststellungen, die nicht mehr nur allein die Historiker, sondern auch die Zeitschichtler zwingend beschäftigen müssen: Die Verbindungen der NS-Heilkunde zu Teilen der Ökologie- und „Lebensschutz“-Bewegung der Gegenwart sind ebenso offensichtlich wie erschütternd. Das wichtigste in Kürze: Auch in den zwanziger Jahren erstarkte eine kleinbürgerliche Alternativ-Bewegung, die sich unter anderem im Gesundheitsbereich stark engagierte. Sie wird auf insgesamt ca. 9–12 Mill. Anhänger geschätzt – die Antroposophen waren stark darin vertreten.



Dr. med. M.O. Bruker

- Chefarzt des Krankenhauses Lahnhöhe
- Initiator der Gesundheitskasse e.V.
- Präsident des Weltbundes zum Schutze des Lebens
- Mitglied des wissenschaftlichen Rates der Internationalen Gesellschaft zur Erforschung von Zivilisationskrankheiten und Vitalestoffen
- Schriftleiter des Naturztes, Presseorgan des Deutschen Naturheilbundes und 1. Vorsitzender
- Gründer der Gesellschaft für Gesundheitsberatung (GGB)

Allerdings war diese „Lebensreformbewegung“ in der Weimarer Republik in ihrer Mehrheit nicht nur alternativ wirksam auch gegenüber der proletarischen Natur- und Gesundheitsbewegung. Und gefördert wurde sie vor allem von kleinen und mittelständischen Naturheilmittelherstellern – Beispiel MADAUS. Das eigene Wirtschaftsinteresse dieser Unternehmen prägte den anti-monopolistischen Charakter der Lebensreform-Bewegung – gleichzeitig war der alternative Naturheilmittelmarkt aber auch abhängig von der Bereitschaft möglichst vieler Bürger, die eigene Gesundheitsvorsorge selbst zu organisieren und zu finanzieren. Und das wiederum machte die Bewegung zum Gegner sozialistischer Reformen. Sozialmedizin, Sozialhygiene – Arbeits- und Lebensbedingungen als Ursachen von Krankheit –, das wurde von den kleinbürgerlichen Naturheilaposteln ignoriert und ihre Bewegung war vom proletarischen Elend auch selbst wenig betroffen.

Um so mehr erwies sich das Heil-Prinzip der „Alternativen“ von Weimar später für die Nazis als nützlich – vor allem ökonomisch: Erstens ersparte es durch die Bemühungen des einzelnen für seine Gesundheit dem NS-Staat Kosten im Gesundheitswesen. Die Nazis brauchten jeden Pfennig für ihre Kriegsproduktion.

Zweitens machte die Naturheilmethode das Deutsche Reich unabhängig von Versorgung durch das Ausland, ergo autark – denn mit der Naturheilmizin bot sich eine Methode an, die mit wildwachsenden Kräutern und Anbauten im eigenen Land auskam.

Drittens entlastete die Naturheilmittelherstellung die chemische Industrie, die im Interesse der Nazis vor allem kriegsvorbereitend produzierte. Und viertens wurde noch der individuelle Leistungswille gefördert –

jeder Volksgenosse hatte selbst sein Bestes zu tun, um seine Gesundheit dem Führer, dem Volk, der Ökonomie und der Kriegsmaschine durch eigene Vorsorge und Vorbeugung zu erhalten. Kranke galten nach der NS-Propaganda in vielen Fällen als uneinsichtig, als Versager oder Minderwertige.

Den Nazis war dann 1939 auch das Heilpraktiker-Gesetz zu danken. Einer der wichtigsten Gründe: „In der durch die Ausschaltung der jüdischen und sozialistischen Ärzte teilweise ernsthaft gefährdeten medizinischen Versorgung waren sie (die Heilpraktiker) ein wesentliches Element geworden“ (a.a.O., S. 49).

Der biologisch-dynamische Landbau der Antroposophen paßte den Nazi-Faschisten ebenfalls ins Konzept – auch dann noch, als die Antroposophische Gesellschaft verboten war und die Angriffe auf die Antroposophie nach dem England-Flug von Rudolf Hess verstärkt wurden. Im Konzentrationslager Dachau und auf verschiedenen Gütern des SS-Wirtschafts-Verwaltungshauptamtes wurde mit biologisch-dynamischem Landbau und Arzneimittelanbaumethoden gearbeitet. „So wurde z. B. der Obergärtner der WELEDA-Heilmittelwerke, Franz Lippert, der der SS angehörte, an die Heilkräuterplantage im KZ-Dachau versetzt“ (a.a.O., S. 51).



In Dachau entstand ein Ausbildungs- und Forschungszentrum in Sachen „Volksmedizin“. Die Ernährung von SS-Mannschaften war dort teilweise bereits auf Biologisch-dynamisch umgestellt worden; die Arzneien, die SS-Ärzte verschrieben, waren zunehmend Naturheilmittel Marke: Eigenanbau. Menschenversuche wurden durchgeführt. MADAUS machte sich in diesem Zusammenhang einen Namen: Aufgrund von Publikationen von Dr. Madaus erhoffte sich die SS von dieser Firma u. a. ein Mittel, durch das „die 3 Millionen momentan in deutscher Gefangenschaft befindlichen Bolschewisten sterilisiert werden könnten, so daß sie als Arbeiter zur Verfügung stünden, aber von der Fortpflanzung ausgeschlossen wären“ (a.a.O., S. 187). ■

Einst und heute

Diejenigen Nazis, die in Dachau, Auschwitz und zahlreichen anderen Lagern mit Heilkräuteranbau und biolog.-dynamischem Landbau befaßt waren, haben sich offensichtlich seit Anfang der sechziger Jahre verstärkt mit der „Aufarbeitung“ ihres in den KZ gesammelten Wissens beschäftigt. In sog. „Grünen Büchertischen“ finden sich ihre Namen zum Teil heute wieder – die Autoren schreiben selbstverständlich zum gleichen Thema wie zum Zeitpunkt ihrer mörderischen Karrieren. Wer's nicht glaubt, bestelle zur Probe die „Lebensschutzinformation“, das Organ des Weltbundes zum Schutze des Lebens, und schreibe einen der Inserenten an: Das Bildungs- und Gesundheitszentrum Hardt – eine „Heilpraktikerschule mit Lehrpraxis“ und „naturkundlichem Literaturdienst“, in 5650 Solingen.

Doch nicht nur im Bereich des Landbaus und der Naturkräuterkunde weisen braune Spuren in die grüne Gegenwart: Max Otto Bruker, der Vorsitzende des Weltbundes zum Schutze des Lebens beruft sich zum Beispiel immer wieder massiv auf den ehem. Nazi-Hygieniker namens Kollath, ein Förderer des Müsli-Papstes Birchner. Kollath glänzte in NS-Zeiten durch individualitätsverachtende Aussagen. Kurze Leseprobe: „Der Natur liegt an der Erhaltung der Arten alles, auch wenn das auf Kosten des einzelnen erfolgen muß . . . der einzelne darf sich nicht als Endzweck, sondern muß sich als Teil seiner Familie, seines Volkes fühlen. Sein eigenes Leben und sein eigenes Denken gibt er verantwortungsbewußt weiter an die kommenden Generationen; nur so erhält er seinen Wert.“ (a.a.O., S. 45)

Es wird deutlich, worin das homöopathische Prinzip – Autarkie, individuelle statt soziale Vorsorge, Leistungswille – nach Auffassung der Rechten gipfelt: Im Völkischen.

Und daß der NS-Hygieniker Kollath, dessen Fan Max Otto Bruker ist, auch sehr völkische Motive für seine Ernährungsversuche mit Ratten hatte, ist ebenfalls bekannt: Der NS-Staat, der seinem Volk mehr Raum geben wollte, kam durch seinen Wahnsinnskrieg von einer Versorgungskrise in die andere. „Billige“ Nahrungsmittel wurden von Kollath u. a. untersucht und gefunden – doch kaum zu glauben, als „alternativ“ sind sie heute schon wieder gefragt.

Noch einige Beispiele von braunen Nazigrößen in weißen Kitteln, die heute eine grüne Renaissance erfahren, könnten hier angeführt werden.

Im Umkreis des Weltbundes zum Schutze des Lebens wird der biologisch-medizinische Nachlaß der NS-Zeit sorgsam gehütet. Frische Anregungen bekommen die greisen Theoretiker von Spontis, Ökologen und Jungen Nationaldemokraten, Springmann, Roeder und Christophersen beraten vorn- und hintenherum mit. Zu den Ausländer-Raus-Listen unterhalten die Rassereinhälter koordinierende Verbindungen. Sogar die Rechts-Intellektuellen von „Nation Europa“ geben beifällig ihren Senf dazu.

Harmlos? – Mit den Grünen wird eine Fraktion der Braunen – die Nationalrevolutionäre – immer stärker! Und ganz vorne, in der ersten Reihe, marschiert auch der bei unserem Homöopathen so geschätzte Rohkost-Bruker: Ein Facharzt für Inneres, der auf sein demokratisches Äußeres kaum noch achtet, weil seine Kollegen hinter grüner Reputation keine braune vermuten. ■

Friedrich Wolf

Wer war er? In Stichworten: Geboren 1888 in Neuwied am Rhein. 1912 Arzt für Geisteskrank und Nervenleidende. 1913/14 Schiffsarzt, dann Militäraarzt im Frankreich-Feldzug. 1918 wird er Mitglied des Arbeiter- und Soldatenrates von Dresden und das Militär feuert ihn, weil er an Demonstrationen gegen die Ermordung von Karl Liebknecht und Rosa Luxemburg teilgenommen hat. 1920 ist F. W. Kommandeur des Abschnitts Süd der Roten-Ruhr-Armee. Nach der Zersplitterung der Volksfront wendet er sich den Syndikalisten um den Maler Heinrich Vogeler auf dem Barrenhoff in Worpswede zu.

Friedrich Wolf arbeitet wenig später als Landarzt und verfaßt das Buch „Die Natur als Arzt und Helfer“. 1927 wird er Mitglied im Verband der Sozialistischen Ärzte und tritt der KPD bei. Zusammen mit der Ärztin Else Jacobowitz-Kienle führt er den Kampf gegen den § 218.

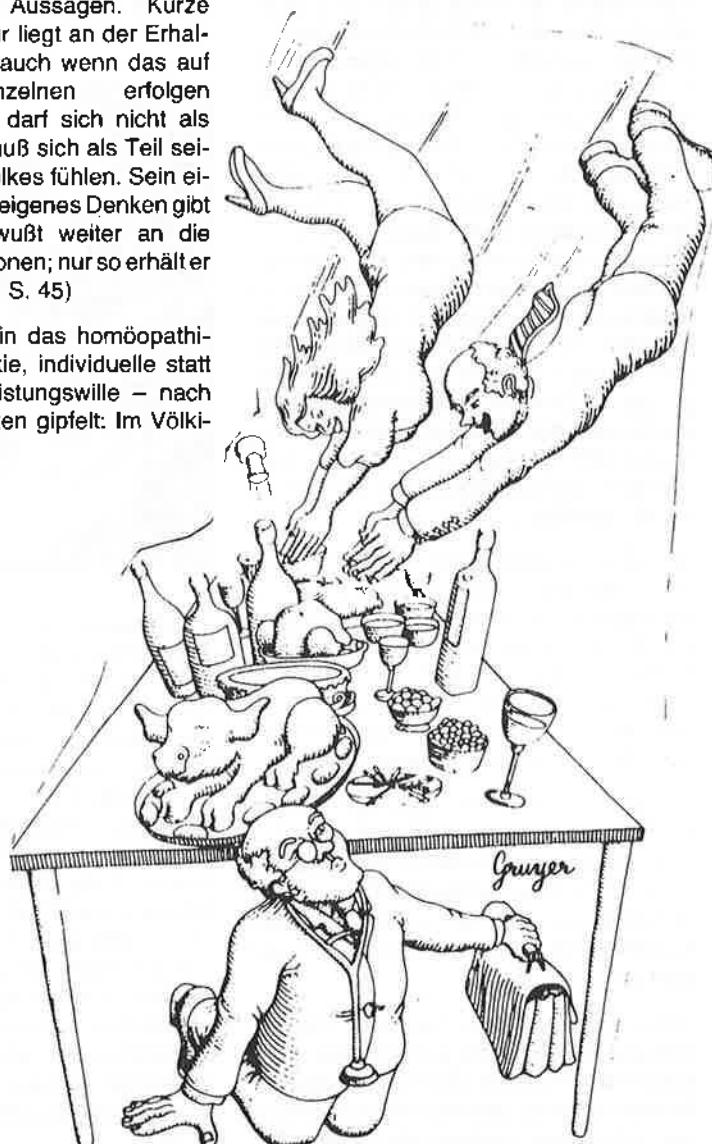
Aus seiner politischen Arbeit wie aus seiner beruflichen Einsicht als Arzt entsteht aus seiner Feder das berühmte Theaterstück Cyanalkali.

1931 wird Friedrich Wolf wegen einer Abreibung denunziert, er besucht noch im gleichen Jahr die Sowjetunion. 1939 wird er in Frankreich interniert, bevor er noch am Spanischen Bürgerkrieg teilnehmen kann. Er kehrte zurück in die Sowjetunion. Lebte noch 1945 in der DDR und verstarb 1953 im Alter von 65 Jahren an den Spätfolgen eines Lageraufenthaltes.

Dazu Wuttke-Groneberg u. a.: „Dieser Lebenslauf macht klar, warum Friedrich Wolf . . . der Rohkostesser, der fanatische Naturheilkundler, andererseits der Arbeitsarzt und Sozialmediziner – für den Nationalsozialismus niemals vereinnehmbar war. Gleich dreifach ist er den Faschisten verhaft: er ist Jude, er ist Kommunist, er ist revolutionärer Schriftsteller und konsequenter Sozialmediziner.“ (a.a.O., S. 236)

Homöopathen wie Friedrich Wolf wurden nicht nur von den Nazis verfolgt, sie werden auch von der grünen Gesundheitsbewegung der Gegenwart mißachtet. Rechte Sektierer wie Bruker, Kollath und viele andere mehr werden demgegenüber aufs Panier gehoben. Sicher ein Indiz dafür, wo diese Bewegung – schon wieder – steht, aber auch ein Hinweis darauf, was die demokratischen Kräfte im Gesundheitswesen jetzt schleunigst tun sollten, um den Rechtstrend zu erkennen und zu stoppen: Die eigene Geschichte studieren!

Als erste Anregung empfehle ich die Schrift aus der die Zitate zu diesem Aufsatz stammen: Hellen und Vernichten im Nationalsozialismus, Wuttke-Groneberg u. a., Tübinger Vereinigung für Volkskunde e. V., Tübingen 1982.



Drinnen vor der Tür



Annäherungen an die chinesische Medizin

Von Thomas Ots

Gemeinsam mit sieben weiteren Ärzten aus sechs verschiedenen europäischen und amerikanischen Ländern studierte ich ein Jahr lang an der Pekinger Akademie für Traditionelle Chinesische Medizin. Vormittage behandelten wir, nachmittags gab es theoretische Weiterbildung. Der Unterricht wurde auf chinesisch abgehalten, das wir alle ein Jahr lang in China gelernt hatten. Am Schluß unserer Ausbildung waren wir alle mehr oder weniger enttäuscht. Wir hatten uns mehr von der chinesischen Medizin erwünscht, hatten auf Wunder gehofft, von großartigen Heilungen geträumt. Wir alle waren mit einem gewissen Unbehagen an der westlichen Medizin nach China gekommen, hofften, hier eine Medizin zu finden, wo noch der Mensch im Mittelpunkt steht, und zwar in seiner geistig-körperlichen Einheit. Wir alle hatten etwas von dem Glauben an die Wundertätigkeit und der Intakten Harmonie zwischen Mensch und Natur früherer Zeitalter, hofften, all das in der chinesischen Medizin zu finden, was wir in unserer westlichen Gesellschaft als verloren gegangen betrachteten. Letztlich waren wir auf der Suche nach dem gordischen Knoten in der Medizin: Hatten wir nur einmal das wahre Wesen, die wahre Dialektik von Gesundheit und Krankheit verstanden, dann würden wir die einzelnen Krankheitsbilder leicht davon ableiten, also wirklich verstehen können. irgendwo mußte es doch einen Ausweg aus der explosionsartig anschwellenden Flut anatomischer, physiologischer, blochmischer usw. Einzelfakten geben!

Doch die Praxis in den Ambulanzen unserer Klinik sah anders aus: die Theorie der chinesischen Medizin war alles andere als einfach zu begreifen, das Feld der Heilkräuterrezeptur eine Wissenschaft für sich. Nicht nur, daß wir den ersehnten Gordischen Knoten nicht fanden, uns erschienen auch viele Aspekte der chinesischen Medizin unlogisch, für unsere westlich trainierten Hirne unbegreiflich. Wir hatten die Welt der westlich-naturwissenschaftlichen Einzelfakten mit der mythischen Welt der chinesischen Philosophie vertauscht.

Die größte Enttäuschung fanden wir in der Akupunktur, eben auch, weil sie unsere größte Hoffnung gewesen war. Wir nadelten und nadelten, doch konnten nur selten sagen, ob wir dadurch eine Heilung oder auch nur Verbesserung erzielt hatten. Es war zum Verrücktwerden. Oft hatten wir das Gefühl, ob wir nun nadelten oder nicht, ob wir richtig und gut nadelten oder nicht, ob wir diese oder jene Punkte aussuchten, das Ergebnis war immer dasselbe: Blitzheilungen gab es so gut wie gar nicht, die Patienten antworteten zwar, daß es ihnen schon viel besser ginge, gaben dann aber wieder dieselben unverminderlichen Beschwerden wie vorher an, doch eines Tages waren sie dann verschwunden. Geheilt?

Wir waren unzufrieden, doch Auseinandersetzungen hierüber mit unseren chinesischen Lehrern verliefen ergebnislos.

Am Ende unserer Ausbildung sagten einige offen, daß chinesische Medizin nicht funktioniere. Ein kanadischer Arzt gar wollte keine einzige Nadel mit nach Hause nehmen. Doch noch am letzten Tag kaufte er sich noch schnell einige hundert. Und dieses Benehmen ist irgendwie typisch. Neben unserer Enttäuschung gab es ein weiteres Gefühl: daß wir auch nach zwei Jahren China-Aufenthalt dieses Land und damit seine Medizin nicht ganz verstanden hatten, daß uns irgendwelche unsichtbare Mauer vom wirklichen Verständnis abhielt. Wir waren dagewesen, hatten mittendrin gelebt und litten doch unter einem Gefühl der Ferne, ganz so, wie es Michael Kahn-Ackermann mit dem Titel seines China-

Buches ausgedrückt hatte: „Drinnen vor der Tür“.

Inzwischen habe ich China ein zweites Mal acht Wochen lang besucht, und dabei sind mir einige Lichter aufgegangen. Erst jetzt habe ich einiges von dem sozio-kulturellen Hintergrund verstanden, der mich die chinesische Medizin neu bewerten läßt. Davon soll dieser Artikel handeln, er ist beileibe keine Abhandlung über die chinesische Medizin insgesamt.

Doch zuvor soll in Kürze die theoretische Grundlage der chinesischen Medizin dargestellt werden, sozusagen als Basis des weiteren Verständnisses.

Die Große Harmonie

Die meisten von uns haben inzwischen von Yin und Yang und den fünf Wandlungsphasen (Elementen) gehört. Sie bilden das Gerüst chinesischen medizinischen Denkens, dabei haben sie keinen primär naturwissenschaftlichen, sondern philosophischen Ursprung. Sie entstanden in einer Epoche (im letzten Jh. vor unserer Zeitrechnung), als China zersplittet war in Hunderte von sich heftig befehdenden Fürstentümern. Diese Epoche war die Geburtsstunde großer und China bis heute prägender philosophischer Strömungen. Ob es nun die konfuzianistische, daoistische oder eine andere Schule war, sie alle verfolgten mit unterschiedlichen Mitteln dasselbe Ziel: Harmonie und Frieden herzustellen. Erst Jahrhunderte später (während der Han-Dynastie von 206 v. u. Z. bis 220 n. u. Z.) begannen Gelehrte, dieses gesellschaftliche Harmoniedenken systematisch auf alle Erscheinungsformen des Lebens, den Makro- und Mikrokosmos und somit auch auf die Medizin zu übertragen. In der Song-Dynastie (960 bis 1279 n. u. Z.) hatte die Medizintheorie dann ihre endgültige Form weitgehend erreicht.

Yin und Yang, das ist die Polarität von Erde und Himmel, in der sich alle Polaritäten dieser Welt ausdrücken. Ihr ungestörtes Zusammenwirken schafft Harmonie. Die Dynamik dieses Zusammenwirkens äußert sich in den fünf Wandlungs-

phasen. Für die alten Chinesen existierte alles in der Zahl fünf: Dynastien, Ministerien, Tiere, Töne, Geschmäcker, Gefühle und auch Organe.

Wahrscheinlich wurde dieses Fünfer-Denken von den vier Himmelsrichtungen mit der Erde als Mittelpunkt abgeleitet. Alles wurde mit jedem in Beziehung gesetzt. So entstanden Entsprechungsreihen. Ein Beispiel: Osten, Morgen, Frühjahr, Baum, grün, sauer, Leber, Zorn . . .

Oft sind Teile dieser Entsprechungsreihen auch für uns logisch: im Osten geht die Sonne auf, und zwar morgens, der Morgen des Jahres ist der Frühling, im Frühling wachsen die Bäume, die vorherrschende Farbe ist grün, noch schmecken Früchte sauer . . . Doch die weitere Beziehung zu Leber und zum Gefühl des Zorns sind unklar. Jeder der fünf Wandlungsphasen (Feuer, Erde, Wasser, Baum und Metall) entspricht ein Yin- und ein Yang-Organ. Diese wirken in der entsprechenden Reihenfolge aufeinander ein, d. h. fördern oder hemmen sich gegenseitig. So kommt ein sehr kompliziertes Netz von gegenseitigen Abhängigkeiten zustande. Hiermit ist die Theorie der chinesischen Medizin natürlich noch nicht erschöpft. Vor allem seit der Song-Dynastie, als sich der Konfuzianismus endgültig über die rivalisierenden Strömungen des Daoismus und des Buddhismus hinwegsetzte (Neokonfuzianismus), ist eine wahre Flut von medizinischen Schriften erschienen, die dem Gedankengebäude der chinesischen Medizin weitere Aspekte zufügten, doch die Basis des medizinischen Denkens bilden nach wie vor die beiden Theorien von Yin/Yang und den fünf Wandlungsphasen. Der Vorzug der chinesischen Medizin, sehr früh ein komplettes Theoriegebäude erhalten zu haben, ist zugleich ihr Nachteil: sie ist ein in sich geschlossenes philosophisches System, das eine Erweiterung und Vorwärtsentwicklung, z. B. durch neue naturwissenschaftliche Funde, schlecht zuläßt. So ist die Schilddrüse in der chinesischen Medizin heute immer noch unbekannt, das Gehirn spielt eine völlig untergeordnete Rolle und wird im übrigen von der Niere gelenkt (!).

Puls- und Zungendiagnose

Der Daoismus brachte für China eine enorme Naturbeobachtung mit sich. So verwundert es nicht, daß die chinesische Medizin, die sich kaum auf die Anatomie des Menschen stützt, eine unendliche Fülle diagnostischer Mittel entwickelte. Jede Äußerung des Körpers wird zu Rate gezogen. Man kann diese Diagnostika in vier große Gruppen einteilen: 1) Untersuchung durch Betrachten (hier vor allem des Zungenkörpers und des Zungenbelages), 2) Untersuchung durch Hören und Riechen, 3) Untersuchung durch Fragen und 4) die Untersuchung durch Betasten (hier vor allem die Pulsdiagnostik). Zungen- und Pulsdiagnostik haben sich im Laufe der Jahrhunderte als wichtigste Methoden herausentwickelt. So gab es in Peking einen berühmten alten Arzt der chinesischen Medizin, der auf alle anderen Methoden verzichtete, nur den Puls der Patienten fühlte und daraufhin die Diagnose stellte, wohlgemerkt, ohne die Patienten zu fragen, woran sie eigentlich litten. Natürlich waren darüber die Meinungen auch bei den anderen Ärzten der chinesischen Medizin geteilt, eine Beurteilung maßte ich mir hier nicht an.

Die durch die Vier Großen Diagnostika erhobenen Fakten werden dann anhand der acht Leitprinzipien auf die eigentliche Diagnose eingegangen. Diese Leitprinzipien heißen:

- Oberfläche und Inneres - Kälte und Hitze - Leere und Fülle - Yin und Yang.

Auch hier fällt wieder das polare Denken auf, das man für die drei letztge nannten Paare mit Plus



und Minus ausdrücken könnte. Es geht letztlich darum, festzustellen, ob die Erkrankung des Patienten sich durch ein Zuviel oder Zuwenig an Körperenergie bzw. -aktivität ausdrückt. Oberfläche und Inneres beschreiben dann das Stadium der Erkrankung, also: den Körper nur wenig oder schon tief erfaßt. Es liegt auf der Hand, daß ein Patient mit Fieber, Schwitzen, einem vollen Puls auf der Zuviel-Seite anzusiedeln ist, sich also in einem Yang-Stadium befindet. Doch so einfach ist das nicht immer - vor allem bei chronischen Verläufen -, denn es kann nur ein Zuwenig an Yin vorliegen, Yang nur relativ erhöht sein. Der Erscheinungsform nach also Yang, die eigentliche Ursache jedoch ein Mangel an Yin. Würden wir jetzt das „zu starke“ Yang bekämpfen, die Energien des Körpers unterdrücken, könnte dieses Handeln zu einer weiteren Verschärfung der Krankheit führen. Hier wird die chinesische Medizin dann sehr kompliziert und war für uns auch nach einem Jahr Praxis kaum nachzu vollziehen.

Zusammenfassend ist zu sagen, daß in der chinesischen Medizin nicht so sehr darauf geachtet wird, welches Organ eigentlich erkrankt ist, sondern im Vordergrund steht der Energiezustand des Patienten. Hier von ausgehend werden dann fördernde oder hemmende Maßnahmen ergriffen, wird in der Akupunktur bspw. „tonisiert“ oder „sediert“. Das Ziel ist also immer wieder die Herstellung der Harmonie im Menschen, sowie zwischen ihm und seiner Umgebung, der Natur, den Gezeiten etc. . .

Hat nicht jeder Widerspruch seine ihm spezifische Lösung?

Wir erkannten, daß viele der Patienten, die irgendwelche somatischen Beschwerden angeben, ursächlich psychische Probleme hatten. Es war ganz offensichtlich, daß viele eine Ausflucht aus dem Druck ihrer alltäglichen Probleme suchten, indem sie zum Arzt gingen. Doch uns fiel auf, daß die chinesischen Ärzte kaum eine richtige Anamnese erhoben, von einer Sozialanamnese ganz zu schweigen. Das war schon herb. Natürlich fand auch keine psycho-diagnostisch-therapeutische Diskussion zwischen Arzt und Patient statt. Wir hatten den Eindruck, als ob geflissentlich vermieden werden solle, auf die psychische Problematik der Patienten einzugehen. Und natürlich wurden dann diese wie die anderen, bei denen körperliche Leiden im Vordergrund standen, mit Heilkräutern oder Akupunktur behandelt.

„Gut“, wandten wir ein, „wir sehen zwar, daß sich dieser Patient in einem Zustand der energetischen Leere, im Yin befindet, aber doch nur deswegen, weil er wegen der Probleme am Arbeitsplatz niedergeschlagen ist und seinen Kopf hängenläßt. Wie soll ihm da mit tonisierenden Heilkräutern geholfen werden? Es geht doch darum, seine Probleme, die wirkliche Ursache seines Yin-Zustandes, zu lösen. Hat nicht jeder Widerspruch seine ihm spezifische Lösung? Der Patient kann doch erst dann wieder gesund werden, wenn der Widerspruch zwischen ihm und seiner Arbeitsstelle gelöst, aufgehoben wird!“ Doch es schien, als ob wir aus verschiedenen Welten seien. Unsere Kritik wurde nicht verstanden, blieb unbeantwortet.

Unsere Enttäuschung war maßlos. Sollte das die berühmte „ganzheitliche“ Betrachtung des Menschen durch die chinesische Medizin sein? Gerade ich war vorher von der chinesischen Medizin begeistert gewesen, weil sie unsere westliche Trennung von Psyche und Soma nicht kannte. Ganzheitlichkeit durch faktische Verdrängung der psychischen Komponente?

Die ersten Erklärungen fanden wir, als uns das politische System in China klarer wurde. Dort herrscht nicht individuelles, sondern kollektives Denken. Das Kollektiv ist die „Einheit“ (auf dem Lande entsprechend die „Volkskommune“). Sie entscheidet über die Ausbildung des einzelnen, über seinen Arbeitsplatz, über seine Ehe, über den Zeitpunkt des Kinderkriegs etc. Für uns westliche Ärzte ist es ein leichtes, zu sagen: „Sie müssen den Arbeitsplatz wechseln“. In China beinhaltet solcherlei Aussage eine politische Kritik an der Führungsfähigkeit der betreffenden Einheit. Vor allem während der bewegten Kulturrevolution hätte sich ein Arzt hiermit in die Nesseln gesetzt. Wenn es also keine bis kaum Veränderungsmöglichkeiten gab, warum sollte man dann solche Fragen überhaupt ansprechen, Wunden aufreißen, zumal die Patienten in den meisten Fällen selbst ihre psychischen Probleme in den Kategorien von Yin und Yang vorstellen! Der eigentlichen Lösung näher kamen wir jedoch erst, als wir langsam die historische und jetzige Rolle der Familie in der chinesischen Gesellschaft verstanden.

Die Rolle der Familie

Die chinesische Familienorganisation ist seit jeher eine sehr stringente gewesen. Nicht die Ehe, sondern die Familie ist die eigentliche organisatorische Einheit. Das mag hier im Westen ähnlich gewesen sein, doch hat die Familie in Gartenbaugesellschaften eine besondere Bedeutung; seit Jahrtausenden lief die Produktion im Familienhaushalt ab, was zweierlei bewirkte: große Solidarität und Offenheit innerhalb der Familie einerseits, Frontbildung gegen die Außenwelt andererseits. (Die sprichwörtliche Abgrenzung der Chinesen von den Ausländern ist ja bekannt – man denke hier nur an die Einmaligkeit der Großen Mauer –, dabei ist sie aber nur eine Erscheinungsform der allgemeinen Abgrenzung all dessen, was über die Familie hinausgeht. Ein Chinese nennt seinen Bekannten nur dann „Freund“, wenn dieser faktisch durch die ganze Familie akzeptiert, von ihr „adoptiert“ worden ist. Um die notwendige Harmonie herzustellen, die die weitläufige Familie zusammenhält, sind Selbstkontrolle, sozialer Anstand, Unterordnung unter die Älteren und unter die Familienerwartungen die vom einzelnen geforderte Pflicht. Dies hat zugleich positive als auch negative Auswirkungen auf die geistige Gesundheit: Auf der einen Seite fühlt sich der einzelne ungeheuren Erwartungen ausgesetzt. Dies betrifft vor allem den erstgeborenen Sohn einer Familie, der i. a. zum neuen Familienoberhaupt erzogen wird. So ist die psychische Erkrankungsrate der erstgeborenen Söhne unvergleichlich hoch, wie auch die der jüngsten Tochter, da diese ganz unten in der sozialen Stufenleiter steht. Die Pflicht des einzelnen besteht immer darin, das Ansehen der Familie hochzuhalten; es war naiv von uns, zu glauben, ein Chinese würde sich mal so eben einem Doktor gegenüber über seine psychischen Schwierigkeiten auslassen. Dies geschah weniger selnetwegen selbst, sondern wegen der Familienschande. Die eine Seite der Allmacht der Familie bedeutet also stressige Unterwerfung unter die Familiendoktrin. Die andere Seite jedoch besteht aus unendlicher Fürsorge und Zuwendung einem kranken, schwachen Familienmitglied gegenüber. Dies bezieht sich auf alle Kranken, nicht nur auf die psychisch Erkrankten. Ganz selten kam mal ein Kranker allein zu uns in die Ambulanz, meistens jedoch in Begleitung eines oder mehrerer Familienmitglieder. Bei alten Leuten war dies die Regel, denn China ist immer noch eine Gesellschaft, in der die Alten das höchste Ansehen haben. Vielen Alten, die viel-

leicht lange Jahre harter Entbehrungen hinter sich hatten, tat diese Zuwendung unendlich gut. Sie kamen gern in unsere Ambulanz, empfanden krank zu sein nicht als eine Last, sondern beinahe als etwas Angenehmes. Eine dänische Ärztin beobachtete diesen Zusammenhang sehr genau, indem sie den Begriff „Akupunktur-

nahmen überhand, und damit die Quote der Suizide.

Oder anders ausgedrückt: wenn die chinesisch-amerikanische Gesundheitsforscherin Linda Koo schreibt, daß jetzt langsam junge Überseechinesen bereit sind, sich einer Gesprächstherapie zu unterziehen, dann ist dies nicht etwa ein Beweis klugen oder fortschrittlichen Verhaltens, sondern ein Beweis der fortschreitenden Zersetzung der traditionellen Familienstruktur der Überseechinesen.

Unsere Frustration, die Heilungserfolge der chinesischen Medizin nicht beurteilen zu können, war also darin begründet, daß es uns an Kenntnis des soziokulturellen Hintergrundes mangelte, kurz: wir hatten wenig Ahnung von der Rolle der Familie bzw. der „Einheit“ als erweiterter Familie im neuen China. Wie sollten wir auch, denn als Ausländer waren wir ja faktisch getoisiert, da waren zu viele „Große Mauern“ zwischen uns und den Chinesen.

Obwohl wir um den hohen Anteil an Psychosomatischen wußten, erwarteten wir doch tägliche Heilungserfolge als unmittelbares Ergebnis der Nadelung. Doch die Heilung war nicht die spezifische Wirkung der Nadel, sondern diese nur der Träger des beschriebenen Zuwendungsprozesses.

Um nicht mißverstanden zu werden: Ich habe mit diesem Referat keine Beurteilung der chinesischen Medizin abgegeben, sondern lediglich aufgezeigt, welche gesellschaftlichen Einsichten nötig sind, um sie überhaupt beurteilen zu können. Wir hatten natürlich auch andere als psychosomatische Patienten in unserer Ambulanz, doch in diesem Referat habe ich mich auf diesen Aspekt beschränkt. Sechs von uns acht Ärzten arbeiten inzwischen wieder mit Akupunktur. Vor allem der Kanadier ist froh, doch noch die Nadeln gekauft zu haben: inzwischen hat er nach guten Erfolgen in der Asthmatherapie eine Akupunktur-Praxis eröffnet.



Fan-Club“ prägte. Da gab es Patienten, die mit allzu schneller Heilung gar nicht einverstanden waren, kaum genesen, sich das nächste Leiden zulegten und darüber höchst erfreut waren.

Gehen wir davon aus, daß die meisten psychischen Leiden erst nach einer Zeit der Isolation, der Einsamkeit, des fehlenden Ansprechpartners und der mangelnden Zuwendung manifest werden, dann ist die chinesische Art des Somatisierens psychischer Zwänge seitens des Patienten und die Somatisierung der Diagnose seitens des Arztes nicht so falsch. Der Patient ist eben einfach nur krank, seine Körperharmonie ist in Unordnung geraten, sein Yin/Yang ist im Ungleichgewicht. Seine Würde und die Ehre der Familie bleiben dadurch gewahrt, ihm ist ein gewisser zeitlicher Ausstieg aus den ihn unterdrückenden Zwängen möglich, er erhält jede mögliche Zuwendung und Fürsorge, ihm wird eine kräftigende Heilkräuter- oder Akupunktur-Therapie verabreicht.

Wie steht es nun um den Widerspruch und seine ihm spezifische Lösung?

Wir waren der Meinung, daß eine Erkrankung, die ihre Ursache in einem Konflikt zwischen dem einzelnen und seiner Arbeitsstelle hatte, eben nur durch die Lösung dieses Konfliktes behoben werden könnte. Für Deutschland trifft das ja auch zu, doch sind die Bedingungen in China anders. Hier wird der Konflikt gar nicht erst angesprochen, der Patient erkrankt psychosomatisch, erhält Zuwendung statt Therapie, die ihm hilft, den Konflikt zu überstehen. Auch kommen sich möglicherweise die Kontrahenten durch dieses traditionsgebundene Verhalten näher. Daß diese Art der Lösung psychischer Konflikte klappt, liegt also an den spezifischen soziokulturellen Bedingungen. Verändern sich diese, dann wird auch jene hinfällig. Als bestes Beispiel hierfür dient die berühmt-berüchtigte Kulturrevolution mit ihrem hohen Maß an feindlichen Auseinandersetzungen quer durch alle Beziehungen bis hin in die Familienstruktur: die Rate der Neugeborenen stieg enorm, ausweglose Situationen

NICARAGUA

EIN VOLK NIMMT SEIN SCHICKSAL IN DIE EIGENE HAND



Der AStA der Uni Köln hat, zusammen mit medico international, dem Informationsbüro Nicaragua e.V. und anderen AStA, einer aktuellen Broschüre zu Nicaragua herausgegeben, um die sandinistische Revolution, die in diesem Jahr den 3. Jahrestag feiert, hier nicht ganz in Vergessenheit geraten zu lassen und die bürgerliche

Reaktion als Spende an das „Medico Soforthilfekonto“ bzw. die Broschüre will anregen, dorthin zu spenden. Die Broschüre (42 Seiten, DIN A 4, mit Berichten über die Flutwasserkatastrophe, das Gesundheitswesen, die Alphabetisierung, die Agrarreform, mit einer Rede Ernesto Cardenal u.a.) ist für Berichterstattung hierfür („Kurbanalisierung“ usw.) wenigstens etwas zu relativieren. Außerdem braucht das Volk von Nicaragua Hilfe (angesichts der letzten Naturkatastrophe) und deshalb gehen eventuelle Überschüsse aus dem Erlös für die Broschüre di

rekt als Spende an das „Medico Soforthilfekonto“ bzw. die Broschüre will anregen, dorthin zu spenden. Die Broschüre (42 Seiten, DIN A 4, mit Berichten über die Flutwasserkatastrophe, das Gesundheitswesen, die Alphabetisierung, die Agrarreform, mit einer Rede Ernesto Cardenal u.a.) ist für Berichterstattung hierfür („Kurbanalisierung“ usw.) wenigstens etwas zu relativieren. Außerdem

porto bei Anfrage beim AStA Urù Köln, Universitätsstraße 16, 5000 Köln zu erhalten. Spendenkontonummer von Medico International e.V.: Konto 1800, Stadtsparkasse Frankfurt, BLZ 545 510 30, Stichwort: Soforthilfe Nicaragua.

Operation '83: Wir erstatten Anzeige wegen schwerer Kunstfehler!

Von Matthias Albrecht

„Die Operatoren der Operation '82 griffen schon wieder zum Messer: Ihr vielgeplagter Patient namens Haushalt hatte einen fatalen Rückfall. Er leidet wiederum unter einem schweren, therapieresistenten (durch Aufrüstung verursachten) Meteorismus einerseits und andererseits unter einem chronischen, bisher unstillbaren Blutverlust in seinen Standbeinen Arbeit und Soziales. Der Chirurg Dr. Schmidt und sein Team Dr. Lambsdorff, Dr. Lahnstein und Dr. Genscher entschlossen sich jetzt zur teilweisen Amputation der Beine. Die Kapazität auf dem Gebiet der ‚sozialen Grausamkeiten‘ plauderte aus der Schule: ‚Der Patient lebte über seine Verhältnisse, rauchte und trank zuviel, trieb Mißbrauch mit Süßigkeiten in der sozialen Hängematte, so daß das Bein nicht mehr zu retten ist. Im Übrigen hat er doch schon die Operation '82 überlebt oder?‘“

In der Fachwelt ist der erneute Eingriff umstritten – während die erfahrensten Messerhelden auf diesem Gebiet, Dr. Reagan (USA) und Frau Dr. Thatcher (London), mit Befall nicht sparen, wird im eigenen Land die Kritik immer lauter. Fachleute sprechen von ‚Scharlatanerie‘, die unweigerlich zum Tode des Patienten führen werden. Inzwischen wurde bei der Staatsanwaltschaft in Bonn Anzeige wegen zahlreicher schwerer Fehldiagnosen und Kunstfehler erstattet. Bei Redaktionsschluß war noch nicht sicher, ob diese die Ermittlungen aufnehmen würde, da sie wegen der Parteispenden-Ermittlung völlig überlastet ist . . .“



Die Kölner Künstlerin Renate Göbel überreicht Ihre Plastik „Ministerin mit Rotstift“ an Anke Fuchs

Dieser Bericht ist leider keiner westdeutschen Zeitung entnommen. DG hatte bereits häufiger, zuletzt in DG 2/82 ausführlich, über die Operation '82 berichtet. Erinnern wir uns: Seit Anfang Januar 1982 gilt das 2. Kostendämpfungsgesetz (KVEG), das zahlreiche Maßnahmen zur weiteren Belastung von Versicherten und Kranken vorsieht:

- Erhöhung der Rezeptgebühr auf 1,50 DM
- 5 DM Selbstbeteiligung für Fahrtkosten
- Einfrieren der Mittel für Kuren
- Verlängerung der Zeiträume für die Verordnung von Brillen und Wiederholungskuren.

Nachdem in Bonn auf breiter Ebene die „Wende“ diskutiert wurde und der Regierungswechsel nur noch eine Frage von Wochen schien, gingen die „Vorkämpfer“ des Sozialabbaus wieder ans Werk. In Zusammenhang mit der Beratung des Haushalts 1983 wurde die Operation '83 durchgezogen. Auf dem Papier blieb die sozialliberale Koalition zwar erhalten, in der tatsächlichen Politik hat sie sich jedoch bereits verabschiedet. Christian Götz vom Vorstand der Gewerkschaft HBV sagte es dieser Tage so: „Nicht wir, die Bundesregierung selbst wird sich über kurz oder lang stürzen, wenn sie ihren jetzigen Kurs beibehält.“ (Interview in „Die Neue“, 20.8. 1982)

OP-Katalog verlängert

Im einzelnen besteht die Operation '83 aus folgenden Maßnahmen:

- Der Beitrag zur Arbeitslosenversicherung wird 1983 auf 4,5% angehoben (von 4%).
- Die Beitragszahlungen der Bundesanstalt für Arbeit für Arbeitslose an die Renten- und Krankenversicherung wird von 100% des letzten Bruttoentgeltes auf 70% gekürzt. Auch Zeiten der Ausbildung und die ersten 5 Versicherungsjahre sollen nur noch mit 70% berechnet werden. Während die Beitragserhöhung die Versicherten mit 3 Mrd DM, davon 1,5 Mrd DM als Arbeitgeberbeiträge, direkt belastet, führt die Senkung der Bemessungsgrundlage von 100 auf 70% zu Minderausgaben bei Arbeitslosenversicherung von 3,5 Mrd DM mit folgenden Wirkungen: Die Arbeitslosen werden doppelt bestraft, indem sie zusätzlich später auch noch eine niedrigere Rente erhalten. Die Einnahmen der Rentenversicherung sinken. Die Einnahmen der Krankenversicherung um jährlich mehr als 1,5 Mrd DM. Das zwingt umgerechnet zu Beitragsatzsteigerungen von 0,22%.
- Der Bundeszuschuß an die Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten wird 1983 um 1,3 Mrd DM, der an die Knappschaft um 0,2 Mrd DM gekürzt.
- Stufenweise Einführung des Krankenversicherungsbeitrages für Rentner – die bisher beitragsfrei versichert waren – von 1% im Jahr 1983 auf 4% im Jahr 1986, der Rentenanstieg in der Kriegsopfersversorgung soll entsprechend abgesenkt werden.
- „Entlastung der gesetzlichen Krankenversicherung“ (Originalton Beschuß Bundeskabinett vom 1. Juli 1982) durch: Anhebung der Rezeptgebühr von 1,50 auf 2 DM (soll 300 Mio DM einsparen) – Herausnahme von „Bagatellarzneimitteln“ aus der Erstattungspflicht der Kassen (580 Mio DM), davon sollen bringen: Abführmittel 120 Mio DM, Mittel gegen Reisekrankheiten: 60 Mio DM, Husten, Schnupfen, Heiserkeit: 300 Mio DM, Mund- und Rachendesinfizienten: 100 Mio DM.
- In den ersten 7 Tagen eines Krankenhausaufenthaltes soll der Versicherte pro Tag 5 DM selbst zum Pflegesatz zahlen.
- Bei Kuren der Sozialversicherungen muß der Versicherte 10 DM pro Tag selbst zahlen.

„Die Armen müssen für die Reichen sparen. Eine seltsame Politik der sozialen Ausgewogenheit. Gegen diese Beschlüsse werden die Arbeitnehmer umfassend Protest erheben.“

Eugen Loderer, IG Metall

„Das soziale Netz bleibt intakt“

So und ähnlich lautet die offizielle Begründung für diese ausgedehnten Maßnahmen des Sozialabbaus, der zusätzlichen Belastung und der Verschiebung von Sozialleistungen. Die Bundesregierung selbst sieht es so: Die Operation '83 bedeutet:

- überzeugenden Sparwillen
- Verzicht auf Steuererhöhungen für 1983
- sozial ausgewogenes Vorgehen
- das soziale Netz bleibt in seiner Substanz intakt.“

(Kabinettsbeschuß vom 1. Juli 1982 laut Pressemitteilung Nr. 231/82).

Sie wolle ihre Bemühungen fortsetzen, „die Eigendynamik großer konsumtiver Ausgabenblöcke mittelfristig eng zu begrenzen, um auch auf diese Weise die wachstums- und beschäftigungswirksamen Ausgaben zu stärken.“ (Kabinettsbeschuß vom 1.7.1982.) Das muß man sich schon auf der Zunge zergehen lassen: der Abbau lang erkämpfter und politisch gewollter Sozialleistungen erscheint in

„... Bemühungen fortsetzen, die Eigendynamik großer konsumtiver Ausgabenblöcke mittelfristig eng zu begrenzen, um auch auf diese Weise die wachstums- und beschäftigungswirksamen Ausgaben zu stärken.“

Bundesregierung, Kabinettsbeschuß

dieser Optik der „sozialen Ausgewogenheit“ als heroischer Kampf gegen die unerklärliche „Eigendynamik großer konsumtiver Ausgabenblöcke“! Offensichtlich beschäftigt Bonn mehrere hochbezahlte Werbesprücheklopfer mit der Herstellung von solchen Formeln, die alles vertuschen.

Die Kritik von den Gewerkschaften

Kritik an diesen Maßnahmen wiesen Schmidt und der neue Arbeitsminister Westphal mit dem Hinweis zurück, daß auch sie als Gutverdienende wegen der Begrenzung des Ehegattensplittings auf 10 000 DM jährlich ja auch auf 2000–3000 DM verzichten müßten und das treffen schließlich rund 150 000 gutbetuchte Ehepaare. Lob kam natürlich von den Industrieverbänden, der BDI miente, er hoffe auf einen „Einstieg in eine weitergehende Reform des Systems der sozialen Sicherung“ (METALL, 7. Juli 1982). Gleichzeitig sind sie hinsichtlich der weiteren Entwicklung skeptisch und werfen der Bundesregierung zu optimistische „wirtschaftliche

Herbst“ kein investitionsfreudiger Winter folge (Die Neue, 13. 8. 1982). Es wird also noch großer Anstrengungen innerhalb der Gewerkschaftsbewegung erfordern, um einer aktiven Politik gegen die soziale Demontage zum Durchbruch zu verhelfen.

„Jedem Gewerkschafter muß das Herz bluten, wenn er sieht, wie die Sozialdemokraten zur Deckung der Löcher im Bundeshaushalt die Sozialkassen plündern.“

Helmut Kohl, CDU

Prognosen vor (Auf Sand gebaut – Haushalt '83, Der Arbeitgeber 14/82).

Nach den Erfahrungen mit der Operation '82 kam aus den Reihen der Gewerkschaften sehr bald eine recht saftige Kritik und die Ankündigung von Aktionen gegen die unsoziale Sparpolitik. (DGB Bayern: Strafexpedition gegen die Arbeitnehmer, Die Neue, 6. 8. 1982; DGB: Zwei-Klassen-Medizin, FR 5. 8. 1982; Flugblatt der HBV gegen den Bundeshaushalt, FR 27. 7. 1982.)

Die Reaktion des DGB wiederum ist eher zögernd: immerhin bis zum 20. Juli brauchte DGB-Vorsitzender Breit, um einen Brief an alle Bundestagsabgeordneten loszulassen, in dem es heißt: „Was die Bundesregierung mit ihren Beschlüssen den Kranken, den Rentnern, den Schwerbeschädigten, den Arbeitslosen und den abhängig Beschäftigten an materiellen Be-

Warum – so fragt man sich als normaler Gewerkschafter – sollen eigentlich bei uns Aktionen und Kampfformen vergessen und vergraben bleiben, die doch täglich von den gleichen Leuten in Polen bejubelt werden, die sie bei uns verdammten?

Warum – so fragt man sich weiter – sollen wir stillhalten, wenn Lambsdorff und andere Vorreiter der „sozialen Ausgewogenheit“ bereits wieder die Diskussion über die Einführung von Karenztagen, also die Aussetzung der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall (s. DG 4/82), und die Senkung des Arbeitslosengeldes forcieren?

Gerd Muhr vom DGB trifft mit seiner Feststellung den Nagel auf den Kopf: „Natürlich wissen wir auch, daß es ... in der nächsten Zeit darauf ankommt, weitere Angriffe auf unser Sozialleistungssystem abzuwehren; ganz gleich, ob es sich nun um die Arbeitsmarktpolitik, die Gesundheitspolitik und Krankenversicherung oder unser System der Alterssicherung handelt. Man braucht ja kein Prophet zu sein, wenn man voraussagt, daß diese Auseinandersetzungen in der nächsten Zeit sicher noch zunehmen werden.“ (Soziale Sicherheit 7/82, S. 194.)

**„Arbeit und Soziales: minus 9,8 Prozent
Verteidigung: plus 4,1 Prozent.“**

Bundesregierung, Kabinettsbeschuß

lastungen aufzubürden will, entspricht nach unserer Auffassung nicht den bisher maßgeblichen Prinzipien eines sozialen Rechtsstaates und läßt die zufordernde soziale Ausgewogenheit außer acht.“ (FR 22. 7. 1982.) Ob gerade die Bundestagsabgeordneten die richtigen Adressaten dieses Briefes waren, die doch bisher ohnehin nicht bzw. erst nach den Entscheidungen der Bonner Führung gefragt wurden, erscheint doch sehr fraglich.

Es überrascht nicht, daß die gewerkschaftliche Kritik an der Bundesregierung nicht einmütig erfolgt, so wird aus Kreisen der IG Bergbau kräftig gebremst. Deren Pressesprecher Niggemeier erklärte in der „Einheit“, es gebe „nicht wenige Arbeitnehmer, die die wirtschaftlichen Zusammenhänge erkannt“ hätten und wüßten, daß auf „spektakuläre Demonstrationen im



Wen treffen die Sparmaßnahmen?

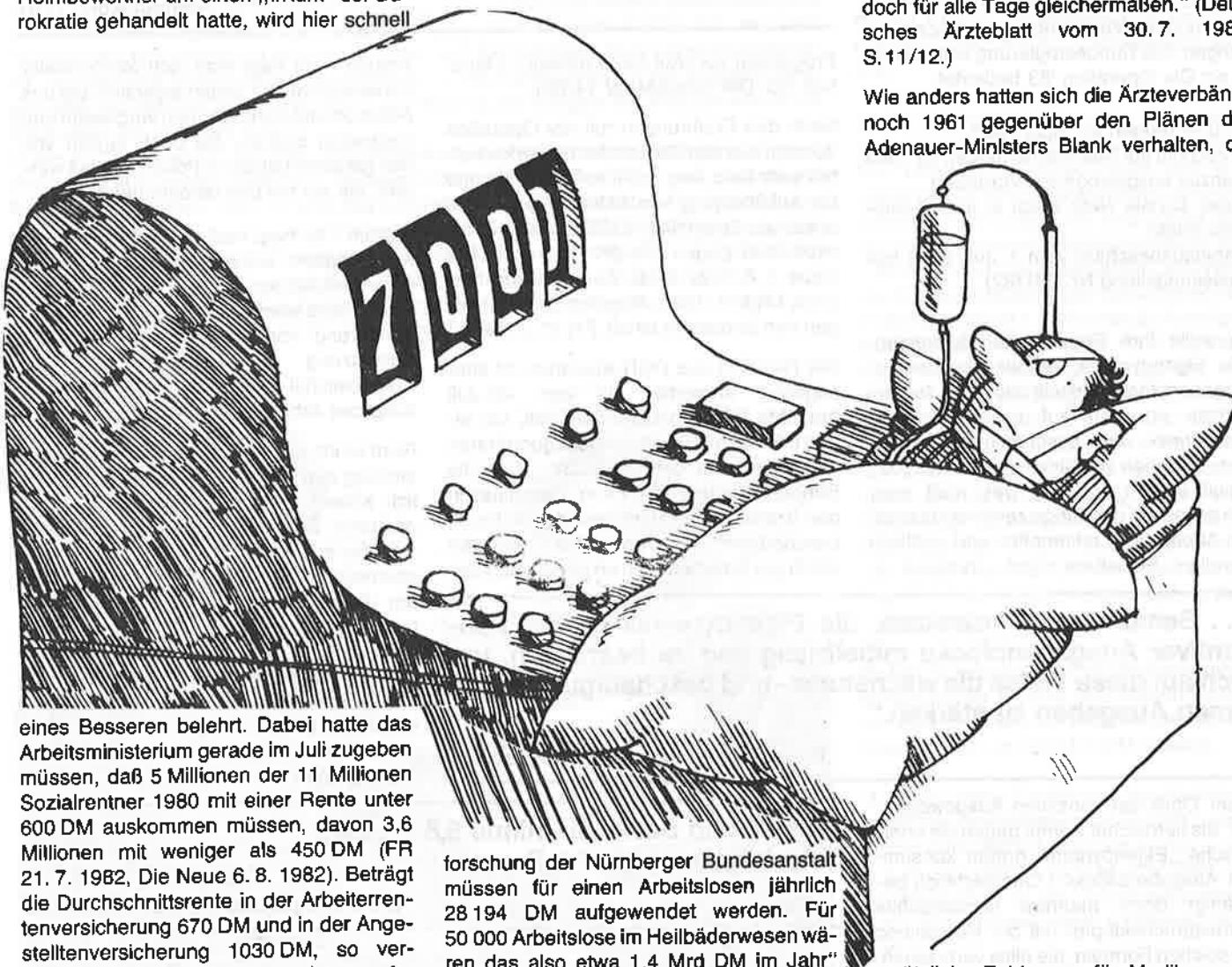
Wie schon bei der Operation '82 tragen auch jetzt wieder Rentner, Arbeitslose und Sozialversicherte die Hauptlast der Bonner Sparmaßnahmen. Schon die bloße Lektüre der Maßnahmen der Bundesregierung zeigt, daß von einer „sozialen Ausgewogenheit“ überhaupt nicht die Rede sein kann. Wer noch geglaubt hatte, daß es sich bei der Streichung des Taschengeldes für Heimbewohner um einen „Irrtum“ der Bürokratie gehandelt hatte, wird hier schnell

und Angestellten mit massiven chronischen Verschleißerkrankungen und drückt damit auf Dauer gesehen verschlimmert Erkrankte in die Krankenhäuser, sondern produziert auch durch den notwendigen massiven Bettenabbau in den Kurkliniken neue Arbeitslose. Man rechnet durch die Einsparung von 450 Mio DM bei den Sozialversicherungsträgern mit dem Verlust von 50 000 Arbeitsplätzen (von 250 000) in den Kurorten. „Nach der jüngsten Studie des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufs-

niete Arznei- und Verbandsmittel von 1,50 auf 2 DM – na schön. Von den ärztlichen Vorstellungen einer Stärkung der Selbstverantwortung, die sich allenfalls durch eine prozentuale Selbstbeteiligung erreichen ließe, kann dabei nicht die Rede sein.“

Und wenn schon 10 DM Selbstbeteiligung für den von der Sozialversicherung ansonsten voll finanzierten Kurtag, warum dann im Krankenhaus nur je 5 DM für höchstens 7 Tage? Das unwiderlegbare Argument der häuslichen Verpflegungsersparnis gilt doch für alle Tage gleichermaßen.“ (Deutsches Ärzteblatt vom 30. 7. 1982, S. 11/12.)

Wie anders hatten sich die Ärzteverbände noch 1961 gegenüber den Plänen des Adenauer-Ministers Blank verhalten, der



eines Besseren belehrt. Dabei hatte das Arbeitsministerium gerade im Juli zugeben müssen, daß 5 Millionen der 11 Millionen Sozialrentner 1980 mit einer Rente unter 600 DM auskommen müssen, davon 3,6 Millionen mit weniger als 450 DM (FR 21. 7. 1982, Die Neue 6. 8. 1982). Beträgt die Durchschnittsrente in der Arbeiterrenteversicherung 670 DM und in der Angestelltensicherung 1030 DM, so versteckt sich dahinter ein ungeheures Armutspotential. Die Rentner werden nun, nachdem sie Jahrzehntelang treu und brav Beiträge gezahlt haben, doppelt bestraft: Ihre Renten werden weniger steigen als in den vergangenen Jahren (Stichwort: Nettoanpassung), und gleichzeitig müssen sie massive Mehrbelastungen im Bereich der Gesundheitsleistungen hinnehmen. Da sie häufig unter vielfachen Beschwerden und Krankheiten leiden, müssen sie mit den erhöhten Rezeptgebühren, der Selbstbeteiligung beim Krankenhaus- und Kuraufenthalt immer und immer wieder blechen.

Sparmaßnahmen schaffen neue Arbeitslose

Mit der Beschniedlung der Kuren und der erweiterten Selbstbeteiligung schadet die Sparpolitik nicht nur betroffenen Arbeitern

forschung der Nürnberger Bundesanstalt müssen für einen Arbeitslosen jährlich 28 194 DM aufgewendet werden. Für 50 000 Arbeitslose im Heilbäderwesen wären das also etwa 1,4 Mrd DM im Jahr“ (DVZ, 8. 7. 1982). Bis zu 30% gingen die Kuranträge schon im ersten Halbjahr 1982 zurück (Rheinische Post 7. 8. 1982).

Und die Standespolitik?

Wie nicht anders zu erwarten, werden die zahlreichen Maßnahmen zur Belastung der Versicherten von der Standespolitik begrüßt. Der Chef der Bundesärztekammer, Vilmar, hatte ja schon im Januar 1982 verlangt, die Patienten sollten ihr Essen im Krankenhaus selbst bezahlen, weil sie nicht zu Hause essen müßten! (s. DG 1/82.) Kein Wunder, daß die jetzigen Maßnahmen als „Einstieg“ – wenn auch „halberzig“ – gewertet wird, dem „weitere Schritte leichter folgen können“.

Originalton Deutsches Ärzteblatt: „Die Erhöhung der Zuzahlung für jedes verord-

zusätzliche Zahlungen für Medikamente, Arztbehandlung und Krankenhausaufenthalt vorsah: Die Blankschen Pläne mußten in der Schublade verschwinden, weil nicht nur der DGB und die Sozialverbände, sondern auch die Ärzteverbände massiv gegen Selbstbeteiligung mobilisiert hatten.“

Gegenwehr sinnlos?

Vielfache Aktivitäten gegen weiteren Sozialabbau kündigen sich an. Nicht nur aus den Gewerkschaften erhört: „Dazu sagen wir: Nein“ (HBV-Flugblatt), auch der Reichsbund und andere Sozialorganisationen planen Aktionen. Am 23. 10. 1982 wird im Ruhrgebiet eine große Demonstration und Kundgebung stattfinden. DG ruft allen Lesern zu: Macht mit und erstattet damit Anzeige gegen die Verantwortlichen der Operation '83! ■

Werbung & Wahrheit

Das Normale ist schon schlimm genug – Coxigon

Von Helmut Schaaf (FS-Medizin, Köln)

Vor knapp einem Jahr konnte der amerikanische Pharmakonzern Lilly mit einer Sensation aufwarten: Er hatte für die vielen, die unter Rheuma leiden die Lösung: ein Langzeittherapeutikum mit neuartigem, primärem Wirkungsprinzip und außergewöhnlicher Magenverträglichkeit, kurz, Coxigon – so der Name des Mittels – „ist anders, es wirkt weiter“. Seit dem 5. 8. 82 ist es aus dem Handel gezogen, wegen Schäden an Haut, Augen und Nägeln; Magen, Darm, Leber und Knochenmark; 61 Toten in England und 2 in der BRD

COXIGON (Wirkstoff Benoxaprofen) wurde auf den verkaufsträchtigen Markt der Rheumamittel gebracht, obwohl ● auch diese Mittel die Krankheitsgruppe, die Rheuma genannt wird, genausowenig wie die anderen „Antirheumatika“ ursächlich (primär) behandelt (die „Antirheumatika“ sind allesamt nichts anderes als starke entzündungshemmende Mittel und bekämpfen somit die Symptome des Krankheitsgeschehens)
 ● es mit ähnlich schweren und unter Umständen lebensbedrohlichen unerwünschten Wirkungen belastet ist wie die anderen „Antirheumatika“ (Pressemitteilung Bundesgesundheitsamt vom 11. 8.)
 ● die genauen Nebenwirkungen bekannt waren: Ablösung der Nägel und schwere Hautschäden unter Sonnenbestrahlung.

Trotzdem hatte die Firma – wie andere auch – keine Hemmungen, entgegen den Tatsachen eine Neuartigkeit und primäre Wirkung zu suggerieren, aus dem breiten Nebenwirkungsspektrum den negativen Teil herunterzuspielen und den positiven Teil in den Himmel zu heben, um sich auf diesem großen Markt ihre Anteile zu „erobern“. Und im Wissen um die Nachteile bei Sonnenbestrahlung wurde Coxigon im Winter eingeführt – zum Eingewöhnen sozusagen –, natürlich nicht ohne den Patienten auf dem Beipackzettel zu raten, „während der Behandlung Sonnenstrahlung zu vermeiden“. Aber ansonsten handelte es sich natürlich um ein Langzeitpräparat – und das brauchen die Rheumapatienten schließlich auch.

Nun, nach einem langen heißen Sommer wurde das Mittel nach massiv auftretenden

Nebenwirkungen aus dem Handel gezogen, in der BRD von der Firma selber, nachdem das in Großbritannien die Regierung besorgt hatte. Was für ein Glück für unser Bundesgesundheitsamt, das sich selbst bei größten Skandalen wie z. B. Contergan, Mexaform, Duogenon . . . als unfähig erwies, etwas gegen die Verkaufsinteressen der Pharmamultis zu unternehmen.

Weniger Glück sind diese Zustände für die, die auf medikamentöse Versorgung angewiesen sind, denn auf dem Arzneimittelmarkt, wo das Gewinninteresse vor Arzneimittelsicherheit geht, sind solche Arten der „Präparateinführung und -werbung“ normal, es mußte nur wieder ein Skandal kommen, um das mal wieder an einem Beispiel deutlich erkennen zu können. ■



Diese Anzeige stammt aus der renommierten Münchener Medizinischen Wochenschrift vom 13. 8. 82 zusammen mit einer „therapeutischen Mitteilung von Chefarzt Professor Vetter, in dessen „offenen Klinikversuch“ 8 von 30 Patienten den Versuch mit Coxigon wegen der unerwünschten Nebenwirkungen abbrachen, der aber trotzdem zu dem Schluß kam:

Benoxyprofen scheint im Hinblick auf seine gute gastrointestinale Verträglichkeit und bei Aufklärung des Patienten über die vermeidbaren phototoxischen Nebenwirkungen an der Haut ein Fortschritt in der Behandlung sekundär-entzündlicher Symptomatik beim Arthrose-Patienten zu sein.

**Neu in der BRD:
Diazepam rectal tube**

Mit allen Tricks . . .

Was in Skandinavien unter dem Namen „Stesolid“ schon seit Jahren bewährtermaßen im Handel ist, kam kürzlich – von der Firma Desitin – auch hier auf den Markt: Diazepam – bei uns fast nur als „Valium“ bekannt – in einer Zubereitungsform, in der es sich über den Enddarm geben läßt. So unverständlich ist, warum dieser „Nachbau“ erst jetzt ankommt, so wichtig und gut dürfte diese Form gerade für die Notfallbehandlung von Krampfanfällen sein. Die Anwendungsform überzeugt: Einfache Handhabung, Wirkung fast genauso schnell wie die intravenöse Gabe. Gerade in der Kinderheilkunde werden sich sicherlich viele Ärzte von der Überlegenheit (gegenüber z. B. dem Chloralhydrat als Rectiole) überzeugen lassen. Der Nachteil: die Mikroklistiere sind unverschämmt teuer: 5 mg = 4,57, 10 mg = 4,97 DM. Auf die Kostenfrage angeprochen, kontern die Pharmavertreter geübt: „Brauchten Sie bzw. die Eltern für ein Kleinkind im Fieberkrampf bisher mindestens 2 Chloralhydrat Rectiole à 2,17 DM, so kommen sie jetzt mit einem Diazepam-Mikroklist aus.“ Dem so informierten Arzt überreichen sie sodann die Ärztemuster: Päckchen mit je zwei Rectiole à 5 oder 10 mg.



Desitin-Werk
Carl Klinke GmbH
2000 Hamburg 63

Nur der sehr aufmerksame Betrachter stutzt am sehr Kleingedruckten: „Originalpackung enthält 5 Mikroklistiere“. Wird also jetzt den Eltern der Kinder, die unter Fieberkrämpfen leiden, als Notfallmedikament Diazepam-Desitin rectal tube verschrieben, statt wie bisher Chloralhydrat-Rectiole, muß die Krankenkasse 22,85 DM (5 mal 5 ml) bzw. sogar 26,85 DM (5 mal 10 ml) statt bisher 6,70 DM für 3 Chloralhydrat-Rectiole hinlegen. Allein für den Posten Fieberkrampfvorsorge eine Steigerung um über 300 %. Die Firma wird kaum behaupten können, daß sie das, was sie als Ärztemuster breitstreu, nicht auch als Originalpackung in die Apotheken liefern könnte. Fazit: Die Ärzte werden für dumm verkauft, die Krankenkassen geschröpfelt . . . Desitin verdient! ■

Volksmedizin im Mittelalter –



oder wie die Frau aus dem Gesundheitswesen verdrängt wurde

Von Wilma Wirtz-Weinrich

Schon in frühen europäischen Mythen finden wir Hinweise, daß Frauen als priesterliche und göttliche Ärztinnen verehrt wurden. Der Bereich der Frauenheilkunde, Geburthilfe und Kinderheilkunde lag bis zur Entstehung der institutionalisierten medizinischen Wissenschaft an den Universitäten ausschließlich im Aufgabenbereich der Frau. Innerhalb der Medizingeschichte wird die Bedeutung der Frau, die Jahrhunderte Trägerin des Gesundheitswesens war, völlig ignoriert. Erst heute, im Rahmen einer alternativen Bewegung innerhalb des Gesundheitswesens, wurde diese historische Tradition ideologisch und heilmethodisch wieder aktualisiert. Besonders innerhalb der Frauenbewegung ist die Volksmedizin des Mittelalters ein positives Leitbild geworden. Die Hexe, die die „weise Frau“ des Mittelalters repräsentiert, wird hier zum Leitbild für eine Alternative im Bereich der Gynäkologie und Geburthilfe, die eine von Frauen selbstbestimmte und für sie humanere medizinische Versorgung zum Ziel hat, die sie dem heute von Männern dominierten Bereich entgegensemmt. Somit stellt die Hexe eine Identifikationsmöglichkeit für eine alternative Frauenheilkunde dar – die Hexenverfolgung wird zum Symbol der gewalttamen, von Männern beherrschten Schulmedizin (Feministisches Gesundheitszentrum Berlin, Hexengeflüster).

Im Mittelalter kann man im wesentlichen drei Tätigkeitsbereiche der Frauen innerhalb der gesundheitlichen Versorgung unterscheiden: „weise Frauen“ (Hexen), berufsmäßige Hebammen und die „gebildeten“ Ärztinnen. In der medizinischen Versorgung gab es eine Trennung zwischen der Versorgung der ärmeren Bevölkerungsschichten und der Versorgung an den Höfen. An den Höfen waren meist jüdische oder arabische Laienärzte tätig.

1. „Weise Frauen“

Den Begriff der „weisen Frau“ gab es weit vor der Entstehung der Städte. Ihr Aufgabenbereich war die gesamte Heilkunde auf dem Lande. Hier bestand die medizinische Versorgung in der Selbsthilfe. Die Struktur dieser Volksmedizin war durch die germanische Volksmedizin, deren Träger ausschließlich Frauen waren, geprägt. Bei den Germanen symbolisierte die Frau durch ihre Gebärigkeit die Fruchtbarkeit der Natur und damit stand die Frau in einem engen Verhältnis zu der von Dämonen beherrschten Natur. Aufgrund dieser Wertschätzung, bedingt durch die Reproduktionsfähigkeit der Frau, wurden der Frau seherische Gaben und Zauberkräfte bei der Heilung von Krankheiten zugeschrieben. Kinderaussetzung und Abtreibung waren erlaubte Mittel der Geburtenregelung, die ausschließlich im Entscheidungsbereich der Frau lagen. Die Christianisierung konnte auch durch die Integration heidnischer Rituale (Marienkult, Heiligenkult) an der Realität und der Funktion der Volksmedizin nichts ändern. Selbst die Klostermedizin hatte einen stark ausgeprägten magischen Charakter (Hildegard von Bingen). Die Heilkunst und -erfahrung wurden durch mündliche Überlieferung weitergegeben und weiterentwickelt. Die Wochenbett- und Kindstauffeilem (Becker, S. 69) beweisen, daß sich die Frauen durchaus nicht als passives Gefäß bei der Zeugung verstanden (Thomas von

Aquin), sondern sie ihre Natur offensiv als ein Teil der gesamten Natur empfanden. Die Feiern waren Ausdruck eines Bewußtseins kollektiver Macht. Es wurden bei der Geburt schmerzstillende Mittel (Rosmarin, Thymian) angewandt, ohne den kirchlichen Grundsatz „unter Schmerzen hast du empfangen, unter Schmerzen sollst du gebären“ zu berücksichtigen. Die „weisen Frauen“ hatten eine genaue Kenntnis über Kräuter mit antikonzeptioneller Wirkung (z. B. ätherische Öle der Petersilie, Mayoran, Thymian) und mit abortiver Wirkung (z. B. Mutterkom). Das Ideal der treusorgenden Hausfrau und mehrfachen Mutter ist der mittelalterlichen Frau nachträglich übergestülpt worden. Viele bildliche und schriftliche Dokumente beweisen heute, daß mehr als drei Kinder im Leben einer Frau eine Seltenheit waren. Dieses Faktum kann man nicht nur mit der Säuglingssterblichkeit erklären, sondern ebenso mit der gezielten Anwendung antikonzeptioneller und abortiver Mittel, die aufgrund der ökonomischen Situation notwendig waren. Eine kinderreiche Familie hätte im Mittelalter nicht überleben können.

Die Tätigkeit der „weisen Frau“ hatte durch die Verbindung von Heilkunst und Zauberei einen ambivalenten Charakter, denn ihre therapeutischen Erfolge wurden weniger ihrer Kräuterkennnis zugeschrieben, sondern der Fähigkeit, durch Zauberei Hellkraft zu verleihen. Ihre Heilkunst war auf die Wirkungsweise der natürlichen Heilkräfte und die magisch-suggestive Einflußnahme auf die Psyche des Kranken ausgerichtet. Der kranke Mensch wurde als physische und psychische Einheit betrachtet. Mißerfolge wurden auf den Einfluß bösen Zaubers zurückgeführt. Ihre Hellpraxis war im Gegensatz zu der des Klerus und des später entstehenden Arztesstandes nicht mit dem Herrschaftssystem des Feudalismus verbunden. Die Beschäftigung der „weisen Frau“ mit der Heilkunst wurde nebenbei ausgeführt.

2. Berufsmäßige Hebammen

Die Hebammme des Mittelalters ist keineswegs mit den Tätigkeiten einer heutigen Hebammme vergleichbar; sondern eher mit der eines Gynäkologen. Der Begriff der Hebammme als berufsmäßige Bezeichnung taucht erst in den entstehenden Städten des 12. Jh. auf. Hier wird, im Gegensatz zur „welsen Frau“ eine Trennung zwischen allgemeiner Heilkunde und Gynäkologie sichtbar. Die Hebammme konnte ihre Tätigkeit zunächst völlig autonom ausüben. Die Geburshilfe wurde wie ein Handwerk gelehrt. Sie waren aufgrund ihres Könnens sehr geachtet, selbst am Hofe. Im Gegensatz zur „welsen Frau“ spielte die Magie bei der Hebammme eine untergeordnete Rolle. Die Hebammme arbeitete primär mit Kräuter-Arzneien und mit mechanischen Instrumenten (Gebärmutterspiegel, Zangen). Die Tätigkeiten der Hebammme bestanden in der Durchführung von Geburten, Herstellung von Arzneien, Empfängnisverhütung, Abtreibung und chirurgischen Eingriffen. „Zu ihrer Geburshilfe gehörten jedoch nicht nur Instrumente, wie Garn, Schere, Salbenfläschchen, sondern sie berücksichtigten auch die psychische Situation der werdenden Mutter, sprachen ihr Mut zu und beruhigten sie durch streicheln“ (Becker, S. 110). Kaiserschnitt und Dammnaht waren Bestandteil ihrer Geburshilfe. Entsprechend dem Verlauf der Geburt ordneten die Hebammen bestimmte Gebärstellungen und Bewegungen an; später wurde der Gebärstuhl benutzt. Operative gynäkologische Eingriffe waren ihr vertraut: „Entfernung von nekrotischen Partien an der Portio und harmlosen Korrekturen an den äußeren Genitalien“ (Diepgen, S. 225). Erst durch städtische Hebammenverordnungen Ende des 14. Jahrhunderts wurde die Autonomie der Hebammme erheblich eingeschränkt. Die von der Obrigkeit initiierte Veränderung der Bevölkerungspolitik bweckte, mehr Kinder als zukünftige Arbeitskräfte zur Verfügung zu haben. Diese Veränderung war durch die Entstehung des Frühkapitalismus bedingt. Das Ziel war, „die Austreibung zweckrationalen Verhaltens aus der Fortpflanzung... die weitgehende Verschüttung jenes biologisch, physikalisch-chemischen Wissens, welches Schwangerschaft zu verhindern, Fötus abzutreiben und Neugeborene einem sanften Tode anheimzusehen erlaubte.“ (Heilssohn u. a., S. 60) So war es das Ziel der Obrigkeit, die Kontrolle über die Gebärfähigkeit nicht mehr den Frauen zu überlassen; die Reformation lieferte dafür den ideologischen Hintergrund.

Die städtischen Hebammenverordnungen schränkten die Hebammen so weit ein, daß sie schließlich nur noch Handlangerdienste unter ärztlicher Kontrolle durchführen durften und sich nach christlichen Normen, d. h. keine Empfängnisverhütung, keine Abtreibung, Nottaufe u. s. w., zu richten hatten. (vgl: Birkelbach, S. 83–98)

3. Studierte Ärztinnen und Buchmedizin

Zu Beginn der Entstehung der Ärzteschaft gab es zunächst noch studierte Ärztinnen bzw. Laienärztinnen. Die Entwicklung einer neuen weltlichen Kultur ermöglichte es auch Laien, medizinische Werke zu lesen. Die erste medizinische Hochschule war in Salerno, in der die Erfahrungen der Volksmedizin mit einbezogen waren. Hier wurden auch Frauen zum Studium zugelassen. Der Bereich der Gynäkologie war bzw. blieb in Salerno, im Gegensatz zu späteren Hochschulen, den Frauen überlassen, da sich die Männer für diesen Bereich noch nicht inter-

essierten. Ob deutsche Frauen in Salerno studiert haben ist nicht bekannt.

Durch Frankfurter Steuerlisten konnte nachgewiesen werden, daß in den entstehenden deutschen Städten zunächst relativ viele Frauen als Ärztinnen tätig waren: In den Jahren 1423, 1427, 1428, 1431, 1436 und 1446 werden weibliche Augenärzte erwähnt, die teils Juden, teils Christen waren. Im 14. Jh. gab es in Frankfurt vierzehn Ärztinnen, darunter drei Augenärztinnen. Die Tochter des ersten Frankfurter Stadtarztes „küretierte“ im Jahre 1393 selbstständig die Verwundeten. Man vermutet, daß die praktizierenden Ärztinnen ihr Wissen vom Vater erworben hatten, wenn dieser einen ärztlichen Beruf ausübte, oder daß sie es von KurpfuscherInnen bzw. autodidaktisch erwarben (nach Wachendorf, S. 27 ff.). Soweit es die Quellen erkennen lassen, sind unter diesen Ärztinnen Frauen, die aufgrund ihrer Tätigkeit hohes Ansehen bei den Bürgern besaßen.



Hexen am Bett einer Kranken, Guaccio, 'Compendium Maleficarum', Mailand 1626.

Es gab auch Frauen, die durch ihr medizinisches Wissen bekannt wurden, so Cunigundis durch ihr Wissen über Kräuter, Phillipine, Freiin von Zinnensbrück, durch eine reich ausgestattete Apotheke. Die bekannteste dieser Frauen war Hildegard von Bingen (1098–1179), die im Kloster Ruppertsberg bei Bingen lebte. Durch ihre Ausbildung war es ihr möglich, ihre detaillierten medizinischen Kenntnisse in Büchern festzuhalten. Diesen Werken lag eine mystische Weltsicht zugrunde. Um sich von ihr heilen zu lassen, kamen Bürger und hohe Adlige von weit her. Ihr drohte keine Verketzerung, obwohl sie dem christlichen Weltbild, das Krankheiten für Strafen Gottes hielt, widersprach, da die sie ihre magischen und seherischen Kräfte im Schutz der Kirche ausübte. Sie mußte sich jedoch mehrfach gegen den Vorwurf der Häresie zu Wehr setzen. Ihr hohes Ansehen erlaubte es, dem negativen Frauenbild der Kirche ein anderes entgegenzusetzen: „Breite dich also im überließen den Quell aus und ströme aus in mystischer Belehrung, damit jene von dieser Ausgießung und Bewässerung erschüttert werden, die dich wegen Evas Übertretung für verächtlich halten“ (Hexenkatalog, S. 29).

4. Die Verdrängung der Frau aus der Medizin und die Hexenverfolgung

„Niemand schadet dem katholischen Glauben mehr als die Hebammen!“ (Spenger/Institoris, 1. Teil, S. 159). Durch diesen Satz der Autoren des Hexenhammers, dem Grundlagenbuch der Hexenverfolgung, wird deutlich, daß die Hebammen gezielt zum ersten Opfer der Hexenverfolgung gemacht wurden, ihr folgten die „welsen Frauen“ und Ärztinnen. Da die Dominanz der Frauen im mittelalterlichen Gesundheitswesen über Rechtsvorschriften nicht gebrochen wer-

den konnte, machte die Hexenverfolgung alle im Gesundheitswesen autonomen weiblichen Personen zu ihren ersten Opfern. Die Hexenverfolgung dehnte sich später auf alle Frauen aus, sie forderte 1 bis 6 Millionen Opfer, darunter mindestens drei Viertel Frauen. Die Hexenverfolgung lief parallel zur Etablierung des studierten Ärztestandes und parallel zu „Aufklärung/Humanismus“, wie dieses Kapitel in unseren Geschichtsbüchern genannt wird. Der mystischen Volksmedizin wurde scheinbar rationales Handeln und die sogenannte „Wissenschaft“ entgegengesetzt. Der Begriff „Wissenschaft“ ist hier paradox, da die aufkommende Buchmedizin mit Mitteln wie Harmbeschauung und Aderlaß die Volksmedizin als „unwissenschaftlich“ entlarven wollte. Die medizinische Forschung war zu Beginn der Neuzeit aufgrund des christlichen Weltbildes erheblich eingeschränkt. In der Buchmedizin wurde die Heilkundige als unliebsame Konkurrentin angesehen, die bekämpft werden mußte; die Buchmedizin warf die medizinischen Kenntnisse um Jahre zurück. So kam durch die Umstrukturierung des Gesundheitswesens der männliche studierte Ärztestand, der eng an die jeweilige gesellschaftliche Machtkonstruktion gebunden war, letztlich durch die neben der Judenverfolgung größte Massenvernichtung in der Geschichte zu seiner gesellschaftlichen Machtposition. Die Hexenverfolgung gehörte zu den „Geburtswehen“ der Neuzeit. Von diesem Zeitpunkt an sind die Rollenverteilungen im Gesundheitswesen festgelegt, die Männer besetzen die gehobenen Positionen, die Frauen machen schlechtbezahlte Hilfsdienste, wie Krankenschwester, Arzthelferin, Pflegerin u. s. w. Der Mann prägt das Gesundheitswesen sowohl ideologisch als auch heilmethodisch.

Literatur:

- Becker, Bovenschen, Brackert u. a.: Aus der Zeit der Verzweiflung, Frankfurt am Main 1977, 4. Auflage
- Birkelbach, Dagmar u. a.: Zur Entwicklung des Hebammenwesens vom 14. bis zum 16. Jahrhundert am Beispiel der Regensburger Hebammenordnung, in: Beiträge 5 Zur feministischen Theorie und Praxis, München 1981
- Diepgen, Paul: Frau und Frauenheilkunde in der Kultur des Mittelalters, Stuttgart 1963
- Heilssohn, Gunar u. a.: Menschenproduktion. Allgemeine Bevölkerungstheorie der Neuzeit, Frankfurt am Main 1976
- Hexenkatalog, zusammengestellt von Hauschild/Staschen/Troschke, Hamburg 1979
- Sprenger, J./Institoris, H.: Malleus Malificarum. Der Hexenhammer. Zum ersten Male ins Deutsche übertragen und eingeleitet von J. W. R. Schmidt, Berlin 1906. – Nachdruck 1974, 2. Bd.
- Wachendorf, H.: Die wirtschaftliche Stellung der Frau in den deutschen Städten des Mittelalters, Phil. Diss. Hamburg 1934



In Memoriam

100 Jahre Tuberkelbazillus – und kein bißchen weiter?



Von Helmut Koch

„Am 24. März 1882 hielt Robert Koch (1843–1910) vor der Berliner Physiologischen Gesellschaft den Vortrag: „Über Tuberkulose“. Die Entdeckung des Tuberkelbacterium erregte ungeheures Aufsehen in der wissenschaftlichen Welt und im Kreise der Öffentlichkeit. Koch hatte mit einem Schlag Weltruhm erlangt und die Leistungsfähigkeit der Bakteriologie, dieser noch jungen medizinischen Disziplin, endgültig bewiesen . . .“. Doch – wichtige Aspekte seiner wissenschaftlichen Erkenntnisse bleiben bis heute zum Leidwesen von Millionen Menschen ungenutzt, ja unterdrückt.

„Aus den Originalarbeiten geht hervor, daß Koch die Ursache-Wirkungsbeziehungen in der Ätiologie und Epidemiologie (der Tuberkulose, H. K.) bereits sehr komplex und differenziert gesehen und mindestens vier Faktoren – Erreger, Wirt, Übertragungsweise und Umwelt – in die Betrachtungsweise einbezogen hat“ (L. Mecklinger). Er „wies auf die Bedeutung der Lebensverhältnisse der Menschen und auf die Problematik der ererbten und erworbenen Dispositionen hin. Ohne ihre Berücksichtigung sei nicht verstehbar, daß nicht alle Menschen an Tuberkulose erkranken, da doch (. . . seinerzeit, der Autor) alle mit Tuberkelbazillen in Berührung kommen.“ (R. Löther). „Als vollständig richtig erwies sich Kochs aus wissenschaftlicher Erkenntnis gewonnene Überzeugung, daß der Kampf gegen eine Krankheit nicht nur medizinisch geführt, sondern durch soziale Maßnahmen komplettiert werden muß. Am Beispiel der Erfordernisse der Tuberkulosebekämpfung hat er dies immer wieder und insbesondere in seinen letzten Lebensjahren herausgestellt. In seinem Vortrag auf dem Londoner Tuberkulosekongress 1901 verwies er darauf, daß es die schlechten Wohnverhältnisse sind, die überfüllten

Wohnungen der Armen, welche als die eigentlichen Brutstätten der Tuberkulose anzusehen sind. Auch im Vortrag „Über den derzeitigen Stand der Tuberkulosebekämpfung“, 1905 anlässlich der Entgegnahme des Nobelpreises in Stockholm gehalten, brachte Koch diese Ansicht der medizinisch und sozial zu führenden Bekämpfung der Tuberkulose überzeugend zum Ausdruck.“ (L. Mecklinger).

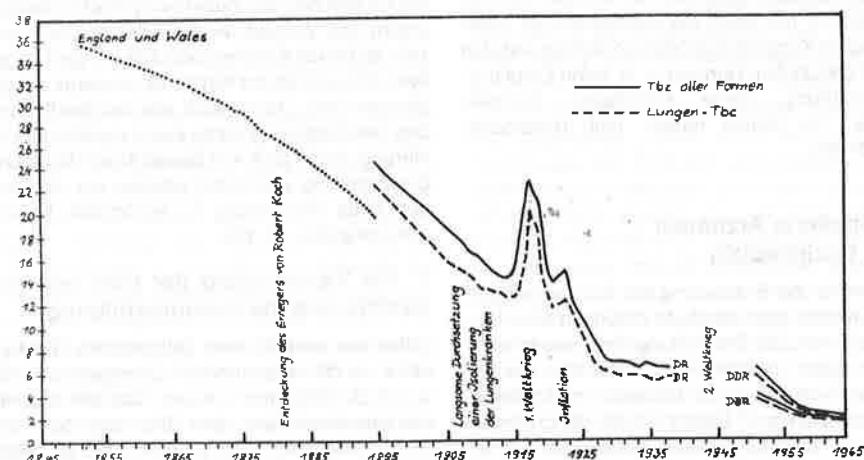
Tbc – eine „Soziale Krankheit“

Die soziale Lage großer Teile der breiten Bevölkerung auch des Deutschen Reiches zur Zeit Robert Kochs war schlecht: Zum Beispiel „in Berlin und anderen Städten wohnten bis 14 Prozent der Bürger zu fünf in einem Zimmer. Zille hat dies in seinen

Zeichnungen sehr drastisch dargestellt. 40 % der in dieser Zeit an Tuberkulose Verstorbenen hatten mit ihren Familien in Einzimmerwohnungen gelebt. 1882 (dem Jahr der Tuberkelbazillus-Entdeckung, H. K.) verstarben – bezogen auf 100 000 Einwohner – 315 Patienten“ an Tuberkulose (L. Mecklinger). „Fast ein Drittel aller Sterbefälle waren damals durch Tuberkulose verursacht. Daran änderte die Klärung der Tuberkuloseätiologie vorerst nichts. Es wirkte sensationell und war der nächste große Fortschritt, als Alfred Grotjahn 1904 die Tuberkulose zur sozialen Krankheit erklärte.“ (K. Winter).

Falsch ist die These der Bundesregierung, daß durch die Entdeckung des Tuberkelbazillus durch R. Koch die Voraussetzung für die effektive Bekämpfung der Tuberkulosesterblichkeit geschaffen wurde. Dies

Schaubild I: Tuberkulosesterblichkeit seit 1851 auf 10 000 Lebende (Bevölkerung)



Quelle: Beyer/Winter, Lehrbuch der Sozialhygiene, 5. Aufl., VEB, Berlin 1970, S. 306; Thomas McKeown, Medicine in Modern Society, Allen & Unwin, London 1965, S. 44.

beweist die schnelle Abnahme der Tbc-Sterblichkeit (Schaubild 1) unabhängig von der Entdeckung des Erregers in den 80er Jahren des 19. Jahrhunderts und unabhängig von der Einführung von Lungenheilstätten mit Liegekuren unter günstigen klimatischen Bedingungen, deren Erfolg hinsichtlich Heilung und Prophylaxe von R. Koch . . . zwei Jahrzehnte nach seiner Entdeckung des Tbc-Bazillus für fragwürdig gehalten wird. . . Der Vergleich der Entwicklungen der präventiven und kurativen Medizin mit dem Verlauf der Tbc-Sterblichkeit seit 1850 bis zum 1. Weltkrieg zeigt, daß die Medizin als Hauptursache für die sinkende Tbc-Sterblichkeit (. . . in Europa, der Autor) nicht in Frage kommt. Die starke Zunahme der Tbc-Sterblichkeit während der beiden Weltkriege und der Weltwirtschaftskrise in den 20er Jahren (siehe Schaubild 1) zeigt, daß die Entwicklung der Tbc-Sterblichkeit mit den damals vorhandenen medizinischen Mitteln nicht unter Kontrolle gebracht werden konnte. Erst in den 20er Jahren (. . . Weimarer Republik, der Autor) begann man mit dem systematischen Aufbau einer Organisation zur Bekämpfung der Tuberkulose. In diese Zeit fällt auch die Entwicklung der Lungenchirurgie, die jedoch erst nach dem 2. Weltkrieg zusammen mit der Chemotherapie (Tbc-wachstumshemmende Medikamente, der Autor) einen nennenswerten Erfolg als Heilmethode zeitigte; in dieser Zeit war die Tuberkulosesterblichkeit als Kriegsfolge nochmals stark in den Vordergrund gerückt (s. Schaubild 1).

Eine ökologische Studie über die Verbreitung der Tbc in Westberlin weist auf die Grenzen der Medizin selbst in einer Zeit entwickelter Chemotherapie und Lungenchirurgie hin. Offensichtlich ist auch ein hoher Stand der kurativen Medizin kein Ersatz für eine Bekämpfung dieser Krankheiten durch Bekämpfung ihrer Ursachen". (H. Kaupen-Haas).

Diesen sozialen Aspekt der Tuberkulose und seine Erkenntnis teilweise schon

durch Robert Koch unterschlägt die den herrschenden Verhältnissen verpflichtete Presse – so auch das Deutsche Ärzteblatt – tunlichst. Konsequenterweise erfährt der interessierte Leser dort auch so gut wie nichts über die sich ständig noch verschlechternde Lebens- und Gesundheitssituation in den sog. Entwicklungsländern nicht zuletzt auch bezüglich der Tuberkulose.

Tbc-Seuche in der 3. Welt – Erbe des Kolonialismus

Dabei muß festgestellt werden, daß „International (. . .) die Lage in den Entwicklungsländern der epidemischen Situation um die Jahrhundertwende (. . . in Mitteleuropa, der Autor) gleichzusetzen“ ist (L. Mecklinger). „Bekanntlich ist diese Lage eine Folge der kolonialen Ausbeutung und Unterdrückung jener Länder durch den Imperialismus und ihre Veränderung primär eine Aufgabe der wirtschaftlichen Entwicklung und des sozialen Kampfes und nicht primär ein Problem des biomedizinischen Fortschritts. Das verweist nachdrücklich auf die konkrete gesellschaftliche Bedingtheit seines Wirksamwerdens und der ärztlichen Tätigkeit“ (Thom, Weise).

„Die Weltgesundheitsorganisation und andere internationale Organisationen, z. B. die Internationale Union gegen die Tuberkulose, schätzen ein, daß die Gesundheitssituation in der Welt gerade bei den übertragbaren Krankheiten noch außerordentlich unbefriedigend ist. Aktuelle Analysen weisen aus, daß unter den 10 gesundheitlichen Hauptproblemen der jungen Nationalstaaten Asiens, Afrikas sowie der Länder Lateinamerikas Infektionskrankheiten die größte Rolle spielen: Malaria und andere parasitäre Erkrankungen, Geschlechtskrankheiten, Masern, Poliomyelitis, Tetanus (. . . insbesondere bei Neugeborenen, hier ausgehend vom Nabel, der Autor). In vielen Ländern werden Diphtherie und Keuchhusten ebenfalls

vorrangig genannt. 100 Jahre nach Kochs Entdeckung steigt, obwohl hochwirksame Arzneimittel und Impfstoffe, sichere Methoden der bakteriologischen und Röntgen-Diagnostik sowie integrierende und Erfolge sichernde Orientierungen für die Überwachung, Verhütung und Bekämpfung zur Verfügung stehen, die Zahl der an Tbc Erkrankten in der Welt von Jahr zu Jahr an, werden alljährlich 4 bis 5 Millionen ansteckende Lungentuberkulose erfaßt, mit der gleichen Zahl nichtansteckender Neuerkrankungen ist zu rechnen, und erliegen jährlich 3 Millionen Menschen dieser Seuche. Selbst in sog. hochentwickelten kapitalistischen Ländern besteht für die Angehörigen der sozial am meisten benachteiligten Schichten noch immer ein hohes Erkrankungsrisiko. . . Die in der Weltgesundheitsorganisation (WHO) vereinten Staaten haben spezielle Programme zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten beschlossen.“ (L. Mecklinger).

Man wird davon ausgehen müssen, „daß diese anspruchsvollen Spezialprogramme . . . nur, der Autor) dann zur Wirksamkeit gebracht werden können, wenn sie als nationale Programme konkretisiert, in Verbindung mit der ständigen Erhöhung des materiellen und kulturellen Lebensniveaus des Volkes unter entsprechenden sozial-ökonomischen Bedingungen in Angriff genommen und in die Gesamtaufgabe einer leistungsfähigen medizinischen Grundbetreuung der Bevölkerung eingeordnet werden. Die Sozialistische Republik Kuba sei als jüngstes Beispiel dafür genannt, was unter den Bedingungen eines sog. Entwicklungslandes im ‚Armenhaus Amerikas‘ (gemeint ist Lateinamerika, der Autor) möglich ist, wenn die dargestellten Grundvoraussetzungen auf sozialökonomischem und medizinischem Gebiet geschaffen werden“ (L. Mecklinger). ■

Siehe auch Dokumentartikel S. XII



Organisierte Mitbestimmungsansprüche

Ein Streifzug durch die französische Gesundheitsbewegung



Von Alf Trojan

Ein 3monatiger Lehr- und Forschungsaufenthalt in Paris bot mir Gelegenheit, die französische Gesundheitsbewegung kennenzulernen. Neben zahlreichen Ähnlichkeiten zur Entwicklung in der Bundesrepublik gibt es in Frankreich auch unterschiedliche Ansätze, von denen wir vielleicht lernen können. Zugang zu den jüngsten „Bewegungen“ im Gesundheitsbereich fand ich durch meine Suche nach Selbsthilfegruppen in Frankreich und durch mein Interesse für Gesundheitsläden (Boutiques de Santé), die es in mehreren Pariser Stadtteilen gibt bzw. gab. Im folgenden versuche ich, die wichtigsten Gruppen und Ereignisse zu beschreiben, die die Gesundheitsbewegung ausmachen. Der Zeitraum, den ich überblicke, erstreckt sich auf etwa die letzten 10 Jahre. Von den davor liegenden Initiativen sei lediglich die aus den Mai-Ereignissen von 1968 hervorgegangene „Groupe Information Santé (GIS)“ erwähnt. Diese Gruppe wird in einem Artikel des Magazins „Autrement“ (1977, S. 86) als „Ziehmutter der späteren Protestbewegungen“ bezeichnet.

Die Zeitschrift „L'Impatient“

1974 erschienen zwei wichtige Bücher zur Kritik der Pharmaindustrie. Diese Bücher waren Ausdruck einer durch die Ereignisse vom Mai 1968 erstarkten Konsumentenbewegung. Die beiden auflagenstärksten Konsumenten-Zeitschriften („Que Choisir?“ und „50 millions“) haben in der Vergangenheit wiederholt die Qualität der medizinischen Versorgung getestet und damit die Kritik medizinischer Dienste und Leistungen in eine breite Öffentlichkeit getragen. In der letzten

derartigen Aktion („Que Choisir?“ vom Juni 1982) wurde das Vorgehen von 26 Ärzten bei Patienten, die abmagern wollen, untersucht. Die Ergebnisse wurden anhand von 20 Qualitätskriterien mit vollem Namen und Adresse der Ärzte, Dauer der Beratung (zwischen 5 und 57 Minuten) und Preis der Konsultation (zwischen 27 und 450 Francs) veröffentlicht.

Aus der Konsumentenbewegung ist die Zeitschrift „L'Impatient“ hervorgegangen (Untertitel: „Zeitschrift für die Verteidigung und Information der Konsumenten medizinischer Dien-

L'impatient

Mensuel de défense et d'information des consommateurs de soins médicaux

MEDECINES NATURELLES : se réapproprier le savoir



CANCER : L'hypothèse du centriole

34

ste“). Gegründet wurde sie 1977 u. a. von einem der Pharmaindustrie-Kritiker, Dr. Pradal, der seinerseits durch einen von Pharma-Konzernen angestrebten Prozeß um sein Buch in Frankreich bekannt geworden war.

Das Editorial der 1. Ausgabe des „L'Impatient“ nennt als erstes Ziel: „die vorhandenen Vereini-

gungen der Selbstverteidigung und ihre Aktionen bekanntzumachen“. Als weitere Ziele werden die Informationsverbreitung über Konsumentenrechte, Kunstfehlerskandale, verschiedene Therapieformen einschließlich aller alternativen Heilmethoden sowie praktische Hinweise für Selbst-Hilfe genannt. Die Arbeit der Zeitschrift wird ausdrücklich als Unterstützung für diejenigen „mutigen Ärzte“ verstanden, die dem medizinischen Establishment kritisch gegenüberstehen, „aber zu wenige sind, um tatsächlich etwas zu verändern“. Inzwischen sind mehr als 50 Nummern der Zeitschrift erschienen. Neben dem Verkauf in Buchläden stützt sich die Zeitschrift finanziell auf einen Kreis von ca. 16 000 festen Abonnenten. In der Bundesrepublik gibt es bisher keine vergleichbare Zeitschrift.

Ärztliche Vereinigungen

1975 wurde das „Syndicat de la Médecine Généraliste“ (ca. 500 Allgemeinpraktiker) gegründet. Von all den „Kindern der Bewegung von 1968“ (vgl. Autrement 1977) hat diese Gruppe am kontinuierlichsten gearbeitet. Ihr Hauptziel ist die Verwirklichung von „Einheiten der Basis-Gesundheitsversorgung“ („Unités sanitaires de base“). Dieses Konzept, das durch kanadische Vorbilder in Quebec inspiriert wurde, gleicht in seinen Grundzügen dem WHO-Konzept der „primary health care“, der „gemeindebezogenen Gesundheitssicherung“ (vgl. z. B. Trojan/Waller, 1980). Für die Nutzer der Gesundheitsdienste sieht das französische Konzept nicht nur Partizipation, sondern sogar „Kontrolle“ vor. Im Anschluß an die Jahrestagung des SMG von 1977 ist in zahlreichen Gruppenpraxen und Gesundheitszentren versucht worden, die Nutzer systematisch einzubeziehen und mit ihnen zusammen auf lokaler Ebene präventive und gesundheitserzieherische Aktionen zu organisieren. In einer Ausgabe der monatlichen Zeitschrift des „Syndicat de la Médecine Généraliste“ (No 33, Sept. 1977) werden die Erfahrungen von 2 Jahren resümiert. Bei vielen der ca. 40–50 Gruppenpraxen von SMG-Mitgliedern ist es zur Bildung von „Asso-

cations d'usagers" gekommen, was in etwa den „Patientenkomitees“ entspricht, die es in einzelnen Fällen für Gesundheitszentren in England und Deutschland gibt. Dieser Ansatz ist sehr schwer zu beurteilen: Es bedarf offenbar eines erheblichen Aufwands und Einsatzes der Professionellen, um die lokale Klientel für so allgemeine Ziele wie Prävention und Gesundheitserziehung zu interessieren oder gar zu mobilisieren. Andererseits sind an einigen Orten auch wirklich autonome Gruppen (Groupes de Santé) entstanden, in denen sich die Nutzer der Gesundheitsdienste zusammengestellt haben. Sie organisieren öffentliche Informationsveranstaltungen zu Gesundheitsfragen oder melden Forderungen an zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung auf politischer Ebene. Die Bildung solcher Gruppen ist im allgemeinen durch konkrete Ziele oder Aktionen zustandegekommen; mehrfach haben sich z. B. die Nutzer mit „ihren“ Ärzten solidarisiert, wenn diese die Beiträge an Ihre Standesorganisationen verweigert hatten und deswegen vor Gericht verklagt wurden. In der allgemeinen Zielsetzung und Arbeitsweise sind die „Groupes de Santé“ den deutschen Gesundheitsläden ähnlicher als etwa den meist sehr problemspezifisch arbeitenden Selbsthilfegruppen von Patienten. Von den Nutzern der Gesundheitsdienste wie auch von den Ärzten wird Ihr Verhältnis zueinander als eines gesehen, das durch gegenseitige Hilfe und gegenseitige Wissensvermittlung (éducation) gekennzeichnet ist.

Auf die „Gesundheitsgruppen“, die sich auf nationaler Ebene zusammengeschlossen haben, werde ich später zurückkommen. Zunächst möchte ich einen Zusammenschluß der kritischen Ärztegruppen erwähnen: „l'Union Syndicale de la Médecine“. Diese Vereinigung ist aus dem Unbehagen entstanden, das viele im Versorgungssystem verstreu arbeitende Ärzte empfanden: ihre Ansätze zur Verbesserung der

Gesundheitsversorgung waren den realen Einflußmöglichkeiten zu schlecht angepaßt. Die Union umfaßt z. Zt. als weitere Zusammenschlüsse neben den Allgemeinärzten: Krankenhausärzte, Arbeitsmediziner, Ärzte für Prävention und öffentlichen Gesundheitsdienst, Fachärzte, Psychiater. Erst durch den Zusammenschluß vieler und unterschiedlicher Ärztegruppen wird es Frankreich möglich, daß die kritischen Ärzte neben den etablierten Standesorganisationen in Verhandlungen mit den Institutionen der Sozialversicherung Sitz, Stimme und Einflußmöglichkeiten bekommen.

Dieses Ziel war z. Zt. meines Aufenthaltes noch nicht erreicht – u. a. deswegen, weil die in der „Union Syndicale de la Médecine“ zusammengefaßten Ärzte den beiden etablierten Ärzteorganisationen quantitativ weit unterlegen sind.

Gesundheitsläden

Um den strafrechtlich und politisch Verfolgten der 1968iger Bewegung zu helfen, entstanden Anfang der 70er Jahre „Rechtsläden“ (boutiques de droit). An diese Einrichtung und Ihren Namen anknüpfend wurde – von Professionellen – 1977 der erste Gesundheitsladen in Tours eröffnet. Hauptziele: das traditionelle Helfer-Klienten-Verhältnis zu verändern und die Nutzer der Versorgungsdienste zu befähigen, selbst wieder mehr Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen. Weil vermieden werden sollte, durch bestimmte Angebote „Bedürfnisse“ zu erzeugen, boten die Aktiven des Gesundheitsladens lediglich feste Beratungszeiten an. Das Projekt war nach ca. 1 Jahr zu Ende, weil die Resonanz in der Bevölkerung zu gering war. Diese Erfahrung war auch eines der Hauptprobleme bei weiteren in Paris entstehenden Gesundheitsläden, zuerst im 10., dann im 9. und 13. Arrondissement, später in einigen weiteren Bezirken. Die meisten dieser Experimente (von engagierten Professionellen getragen) existieren

nicht mehr oder befinden sich in einer Phase der Neuorientierung. In sehr allgemeiner Weise Gesundheitsinformationen anzubieten und darüber die Bevölkerung für Fragen der Prävention und Gesundheitserziehung zu mobilisieren, hat sich im allgemeinen als zu wenig erfolgreich erwiesen.

Eine Ausnahme stellt die „Groupe de Santé“ des 9. Arrondissements dar: diese Gruppe basiert auf nichtprofessionellen Mitgliedern; die wöchentlichen Vortrags- und Diskussionsabende sind gut besucht und haben mehrfach zur Bildung unabhängiger Selbsthilfegruppen geführt (z. B. Krebs-, Asthmapatienten). Es ist schwierig, den auffällig erfolgreicher Verlauf dieser Gruppenarbeit zu erklären: Ein Punkt ist wahrscheinlich die größere Unabhängigkeit von Professionellen und deren Zielvorstellungen. Ein zweiter Punkt ist sicher der intensive Einsatz der Mitbegründerin und „Animatrice“ Liliane Leflaive, einer früheren Rot-Kreuz-Schwester, die einen sehr großen Teil ihrer Zeit, Arbeitskraft und Fähigkeiten dieser Gruppe gewidmet hat. Ebenfalls positiv scheint sich ausgewirkt zu haben, daß die Groupe de Santé ein Laden-Büro zusammen mit anderen Stadtteilgruppen des 9. Bezirks hat (Ökologiegruppen, Amnesty International, Konsumentengruppe, Frauen etc.). Seit 1979 ist diese Gruppe – wie auch fast alle anderen Groupes de Santé – als Verein eingetragen und strebt die Finanzierung zumindest einer Halbtagskraft an.

Alternative Projekte

Glaubt man den Franzosen, dann gibt es in Frankreich keine Alternativbewegung. Nach meinem Eindruck muß diese Ansicht jedoch stark relativiert werden: Einige besonders „mediänwirksame“ Erscheinungsformen der Alternativbewegung fehlen fast völlig (z. B. Wohngemeinschaften und Hausbesetzer), wahrscheinlich gibt es auch wirklich weniger von

Sexualpädagogik und Familienplanung

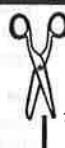
Zeitschrift der Pro Familia

Schwerpunktthema in
Heft 6/82 (November): **MÄNNER**



Schwerpunktthemen 1983

- | | |
|------------------------------------|--|
| Heft 1/83
(8. Januar) | Familie und
Bevölkerungspolitik |
| Heft 2/83
(11. März) | Sexuelle
Gewalt |
| Heft 3/83
(13. Mai) | Neue Wege in
der Beratung |
| Heft 4/83
(8. Juli) | Sexualität im
Gesundheitssystem |
| Heft 5/83
(5. September) | Sexualerziehung
und kein Ende |
| Heft 6/83
(11. November) | Kinder
kriegen |



Bis 22. Oktober einsenden!

An: Gerd J. Holtzmeyer Verlag,
Weizenbleek 77, 3300 Braunschweig.

Bitte, schicken Sie mir das MÄNNER-Heft (DM 6,- + 0,70 Versand) gegen Rechnung. Wenn ich dann nach Erhalt innerhalb von 3 Wochen die Zeitschrift für 1983 abonneiere, brauche ich die Rechnung nicht zu bezahlen.

Bitte, schicken Sie mir den Jahrgang 1981 (5 Ausgaben) zum Kennenlernpreis von DM 10,- (liegt als Schein oder Scheck bei).

Bitte, schicken Sie mir drei der bisher in 1982 erschienenen Ausgaben zum Kennenlernpreis von DM 10,- (liegt als Schein oder Scheck bei). Das MÄNNER-Heft ist nicht darunter.

Hiermit abonneiere ich die Zeitschrift „Sexualpädagogik und Familienplanung“ ab 1. 1. 1983 zu einem Abo-Preis von DM 36,- (Ausland 39,-). Das MÄNNER-Heft bekomme ich umsonst geschickt.

Name _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

dem, was bei uns im weitesten Sinne „alternativ“ heißt. Der Hauptgrund für das vermeintliche Fehlen scheint mir jedoch darin zu liegen, daß die zahlreich vorhandenen Gruppen mit „alternativen“ Wertvorstellungen und Zielen Parteien, Gewerkschaften und Staat nicht in dem Maße abgeschrieben haben wie in der Bundesrepublik. Dadurch haben sie viel stärker den Charakter von seit jeher bekannten Interessengruppen.

Die infrastrukturellen Möglichkeiten dieser Bewegung sind exzellent: zahlreiche Stadtteilzeitungen, freie Radios, die Tageszeitung „Libération“ (deren Kleinanzeigen u.a. auch für die Suche nach Selbsthilfegruppen dienen und die über Gruppen und deren Aktionen aus allen Bereichen informiert), die „Editions Alternatives et Parallèles“ und anderes mehr.

Besonders hervorzuheben für die Entwicklung der Gesundheitsbewegung ist das Projekt „Autrement“ (= „anders“). Dies Projekt entstand 1975 mit dem Ziel „sozialen Wandel zu beobachten und zu initiieren“. Es publiziert ein monatisches Informationsblatt, „Dossiers“ zu bestimmten Themen, alternative Stadtführer etc. und organisiert Vorträge und Konferenzen, um „neue soziokulturelle Trends bzw. soziale Experimente zu analysieren und Gruppen und Individuen mit alternativen Erfahrungen aufzufinden und in Verbindung zu bringen“. 1977 erschien ein Heft über neue Ansätze (wie z.B. Gesundheitszentren) der fortschrittlicheren Professionellen in der Gesundheitsversorgung. Im September 1980 wurde ein weiteres „Dossier“ über den Gesundheitsbereich herausgegeben, diesmal über die Patienten, die Nutzer der Gesundheitsdienste. Dem Heft folgten öffentliche Diskussionen und später eine 2tägige Konferenz über „Nutzer und Gesundheit“ in Rennes. Der Bericht über diese Tagung vermerkt, daß sich die ca. 150 Teilnehmer – trotz ihrer Verschiedenartigkeit – als Teile ein- und derselben Bewegung verstehen.

Die „Nationale Vereinigung von Gesundheitsgruppen“

Aus dem Treffen in Rennes gingen direkt 2 weitere hervor: Beim 1. Treffen (organisiert von der Groupe de Santé des 9. Bezirks) wurde beschlossen, eine Vereinigung auf nationaler Ebene zu gründen und eine Charta aufzusetzen; beim 2. Treffen im Oktober 1981 in Chambéry wurde dies in die Tat umgesetzt. Ziele der „Fédération Nationale des Groupes d’Usagers de la Santé (FeNGUS)“ sind:

- „ein Bindeglied zwischen den Gruppen zu sein,
- neue Gruppen zu initiieren und zu unterstützen,
- deren Möglichkeiten für Aktionen und Aufklärung zu fördern,
- sie auf nationaler und internationaler Ebene zu vertreten
- eine anerkannte und repräsentative Kraft von Nutzern der Gesundheitsdienste zu werden, ohne jedoch die lokale Autonomie, Einzigartigkeit, Entscheidungsfreiheit oder Gruppenarbeit anzutasten.“

Die Resonanz auf die Verteilung und Versendung von ca. 2000 Kopien der Charta war überwältigend (trotz bisher völligen Desinteresses der Presse an der Vereinigung): mehrere hundert Nachfragen nach der Charta, ca. 300 Interessenten für lokale Gruppen, 100 Personen, die eine Gruppe in ihrer Gegend gründen wollen, sowie mengenweise weitere Anfragen und Anregungen.

Obwohl die Vereinigung noch sehr mit der Aufbauarbeit beschäftigt ist, zeichnet sich doch

schnell ab, in welcher Richtung die politische Einflußnahme gehen wird: die unmittelbaren Mitbestimmungsmöglichkeiten der Nutzer sollen verstärkt und institutionalisiert werden. Ein Beispiel: Zur Zeit kursiert ein Gesetzentwurf, der die bisher vorhandene Arbeitgeber-Arbeitnehmer-Parität in Verhandlungen der Sozialversicherung mit Ärzten und Krankenhäusern zugunsten des Arbeitnehmeranteils verändern soll. Der Regierungsentwurf sieht vor, daß statt 50 % jetzt eine Zweidrittel-Mehrheit von Arbeitnehmern von den Gewerkschaften ernannt werden soll. Die FeNGUS wird fordern, daß auch ca. ein Drittel Nutzer vertreten sein sollen, weil die von den Gewerkschaften vertretenen „Beschäftigten“ ja längst nicht alle Versicherten repräsentieren (Alte, Hausfrauen, Studenten, Arbeitslose etc.). Darüber hinaus möchte sie erreichen, daß die Vertreter in solchen Gremien nicht ernannt, sondern gewählt werden.

„La Vie Associative“

Dieser sehr gebräuchliche Ausdruck ist nicht recht übersetzbbar. Man spricht auch vom „mouvement associatif“. Es ist damit die immer rascher anwachsende Zahl von (1980: zwischen 300 000 und 500 000) eingetragenen Vereinen gemeint. Während dieser Sektor früher vor allem die karitative Wohlfahrtspflege umfaßte, änderte sich der Charakter der Organisationen immer mehr in Richtung selbstorganisierter Projekte oder Selbsthilfevereinigungen für den unmittelbaren Lebensbereich.

Auch hier gibt es überregionale Dachverbände, die problemübergreifend die gemeinsamen Interessen der sonst sehr heterogenen Einzelvereinigungen vertraten sollen. Früher war das die DAP (Association pour le développement des Associations des Progrès), heute ist es deren Nachfolgeorganisation „Fondation pour la vie associative“ (FONDA).

Ein Wochenendseminar der FONDA galt kürzlich der Kritik eines Gesetzentwurfs, der das seit 1901 unveränderte Gesetz über die Anerkennung von gemeinnützigen Vereinen (und – wie sollte es auch anders sein – gleichzeitig die soziale Kontrolle dieser Vereine) verbessern will.

Die Notwendigkeit organisierter Interessenvertretung gegenüber dem Staat führte hier u.a. zusammen: Elternvereinigungen von Behinderten; Vereine von chronisch Kranken; den Trägerverein des Gesundheitszentrums von Grenoble; ALDEA, eine dem Netzwerk Selbsthilfe nachgebildete Organisation zur Förderung alternativer Projekte und viele andere Vereinigungen, die allenfalls indirekt etwas mit Gesundheit zu tun haben.



Auf welchem Weg sich bewegen?

Die Wurzeln der professionell und nichtprofessionell getragenen Gesundheitsbewegung in Frankreich sind in 3 verschiedenen Traditionen angesiedelt: der 68iger Bewegung, einer allgemeinen Konsumenten-Bewegung und einer Tradition von Wohlfahrts- und Freiwilligen-Vereinigungen. Nach meinem – auch von Franzosen bestätigten – Eindruck vermischen sich diese Traditionen zunehmend – besonders deutlich zu sehen an den Beispielen der Groupe de Santé des 9. Bezirks und der Zeitschrift „L’Impatient“. Die Chance einer solchen Vermischung besteht ganz offensichtlich in einer Stär-

kung der französischen Gesundheitsbewegung; Kehrseite davon ist die Gefahr einer Verwässerung eines politischen Anspruchs. Eine ähnliche Mischung von Professionell- und Laien- bzw. Patientengruppen, die im System, daneben oder gegen das System arbeiten, hat es auf den Gesundheitstag in Berlin und Hamburg gegeben. Ich sehe in diesen „Mischbewegungen“ gewisse Parallelen der Entwicklung in Frankreich und Deutschland.

Unterschiede sehe ich vor allem in folgenden Erscheinungen:

- die „Angst“, sich als eingetragener Verein zu etablieren und Einflußmöglichkeiten und finanzielle Unterstützung vom Staat zu fordern, ist geringer als in Deutschland,
- das Interesse von kritischen Professionellen sowie Laien- und Freiwilligen-Helfern, sich in überregionalen Dachverbänden zusammenzuschließen, ist größer als in Deutschland. Die Dachverbände haben einen – meist in Form einer „Charta“ – definierten Konsens über die gemeinsamen politischen Ziele.

Die insgesamt größere Bereitschaft, sich auf lokaler und nationaler Ebene in formellen Vereinigungen zusammenzuschließen, geschieht durchaus mit klarem Bewußtsein für die Gefahren eines solchen Vorgehens. Die meisten Gruppen verstehen sich primär als Interessenvertretung gegenüber politischen Instanzen. Dieses Vertrauen in politische Instanzen ist in Deutschland in weiten Bereichen – aus verständlichen Gründen – verlorengegangen. Daher werden die Gefahren formell organisierter Mitbestimmungsansprüche oft als größer angesehen als deren möglicher Nutzen. Der „französische Weg“ führt im Extrem dazu, daß die Akteure der Basis die Veränderung des Gesundheitswesens an etablierte Instanzen wie Paten, Staat und Regierung – sozusagen als Auftragsarbeit – abgeben möchten. Der „alternative“ (deutsche) Weg gipfelt im Extrem in dem Glauben, daß eine Veränderung des Gesundheitswesens an der Macht dieser etablierten politischen Instanzen vorbei zu erreichen ist.

Anschrift des Verfassers:

PD Dr. Dr. Alf Trojan, Projekt Gesundheitselfhilfegruppen, Pavillon 11, Martinistraße 52, 2000 Hamburg 20

Literatur

- Autrement (Ed.): Usagers et Santé. Rapport du colloque de Rennes. Les 27/29, Novembre 1980
- Autrement (Ed.): La santé à bras le corps. De l’assistance à l’autonomie, voyages au bout de la maladie. Dossier No. 26, Paris Sept. 1980
- Autrement (Ed.): Francs-tireurs de la Médecine. Dossier No. 9, Paris 1977
- Bloch-Lainé, F.: Le renouveau du mouvement associatif. In: Reynaud, J. D./Grafmeyer, Y. (Ed.): Français, qui êtes-vous? La Documentation Française, Paris 1981
- Des docteurs sans cravate – Le syndicat de la médecine générale. L’Impatient No. 16, 1979, p. 22–28
- Deyon, A. C. (Ed.): Les usagers comment se portent-ils? Pratiques ou les cahiers de la médecine utopique No. 33, Sept. 1979, p. 11–80
- Dupuy, J. P./Karsenty, S.: L’Invasion Pharmaceutique. Seuil, Paris 1974
- Groupes Santé: Voilà les GUS. L’Impatient No. 50, 1982, p. 10–11
- Multiples Visages du Volontariat: Les groupes d’aide mutuelle. Volontariat, No. 11/12, 1980, p. 3–6
- Perthus, C.: Boutiques de Santé: l’autogestion à tâtons. In: Autrement (Ed.): La santé... 1980, p. 81–83
- Pradal, H.: Guide des médicaments les plus courants. Seuil, Paris 1974
- Pratiques nouvelles: Rêves et Réalités. Pratiques ou les cahiers de la médecine utopique No. 48/49, 1981
- Trojan, A./Waller, H. (Hg.): Gemeindebezogene Gesundheitssicherung. Urban und Schwarzenberg, München 1980

Private Hochschule Herdecke – wohin?

Von Uli Menges

Anfang dieses Jahres wurde ich durch Presseveröffentlichungen erstmals aufmerksam auf den Universitätsverein Witte Herdecke e. V. Ausgehend vom Gemeinnützigen Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke, hatte sich der Verein mit dem Ziel konstituiert, eine private Hochschule zu gründen.

Schneller als erwartet gab am 13. Juli die NRW-Landesregierung ihre Zustimmung zu dem Projekt. Sie hätte es auch kaum ablehnen können: Im NRW-Hochschulgesetz ist die Möglichkeit zur Errichtung privater Hochschulen nämlich ausdrücklich vorgesehen.

Ist sie auch nicht, wie in vielen Pressemeldungen fälschlich berichtet, die erste deutsche private Hochschule – man denke nur an die in kirchlicher Trägerschaft –, so doch die erste, die zumindest vorläufig nicht aus staatlichen Mitteln finanziert werden soll. Klar also, daß diesem Projekt in der Zeit leerer öffentlicher Kassen Pilotfunktion zu kommt. Es stellt sich in diesem Zusammenhang die Frage, ob inhaltlich in den geplanten Studiengängen, vor allem in der Medizin, Impulse auf die staatlichen Unis ausgehen können.

Die anthroposophische Ausrichtung

Keimzelle der Hochschule ist das Gemeinnützige Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke/Ruhr. Es wurde 1969 von Ärzten, Schwestern und Pflegern gegründet, die sich an der anthroposophischen Lehre Rudolf Steiners orientierten. Mitbegründer Gerhard Kienle hatte die Idee eines Gemeinschaftskrankenhauses bereits 1960 in einer Schrift propagiert.

Steiners Lehre stellt das Geistige in den Mittelpunkt des menschlichen Lebens. Er lehnt sich dabei an die Lehre Platons, indische Kulturen und Religionen, aber auch an das Christentum an. Hauptziel der Anthroposophie ist es, daß der einzelne Mensch durch sein Leben eine Läuterung zum reinen Geistigen durchmacht. Dazu gehört das Bemühen um Wahrheit, Schönheit und Humanität.



Foto: dpa

Auf der Basis dieser Lehre wurden in der Weimarer Zeit die „Freien Waldorfschulen“ als Privatschulen mit staatlich anerkannten Abschlüssen gegründet. Anders als in herkömmlichen Schulen steht hier nicht die Ausbildung des einzelnen Schülers in „Fächern“ im Vordergrund, sondern das Lernen auf musischer und spielerischer Grundlage.

Bekannt ist allerdings, daß für diese Schulen hohe Schulgebühren erhoben werden, so daß hauptsächlich eine privilegierte Minderheit die Möglichkeit zum Besuch dieser Schulen erhält.

Als „klassenloses“ Krankenhaus ausgegeben, machte Herdecke bald von sich reden . . . Das hierarchische Chefarztprinzip fand von vornherein keine Anwendung, die Einnahmen aus privatärztlicher Tätigkeit werden jedoch auch dort kassiert. Sie kommen allerdings dem Krankenhaus selber zugute.

Wegbereitend war Herdecke in der Geburtshilfe, als Schlagworte seien nur „rooming in“ und „sanfte Geburt“ genannt,

Methoden, die in den letzten Jahren sich auch in anderen Kliniken durchsetzen. Der Mensch als Ganzes soll im Mittelpunkt ärztlicher und pflegerischer Bemühungen stehen, nicht der Patient, bzw. seine jeweilige Krankheit, als Objekt. Technik und Medikamente sind nicht, wie sonst in Kliniken üblich, alleiniger Inhalt der Therapie. Andere therapeutische Konzepte, wie z. B. die Musiktherapie, finden ebenfalls Anwendung. Der todkranke Mensch hat Anspruch auf ein würdiges Sterben, er wird nicht stillschweigend abgeschoben. Aufklärung und Gespräch mit dem Patienten genießen höchste Priorität. Ergebnis dieser so orientierten Medizin: trotz anfänglicher Widerstände hohe Belegquoten und niedrigere Pflegesätze als andere Krankenhäuser.

Praxisorientierte Ausbildung

Nachdem sich das Projekt des Gemeinschaftskrankenhauses in mehr als zehn Jahren als erfolgreich erwiesen hatte, gingen seine Gründer einen Schritt weiter.

Gerade in der Medizin wurde aufgrund der neuen Approbationsordnung in den letzten Jahren eine Ausbildung betrieben, die das Studium auf das Einpauken von Faktenwissen und das Einsortieren in Schubladen reduzierte. Warum also nicht auch die ärztliche Ausbildung in Herdecke in die eigenen Hände nehmen? So oder ähnlich mag die Motivation zunächst gewesen sein. Von Anfang an plante man jedoch neben Medizin weitere Studiengänge, nämlich Biologie, Mathematik, Jura und Orientalistik, letztere auch wegen der wachsenden Zahl türkischer Mitbürger.

Es wurde also der eingetragene Universitätsverein gegründet. Auf staatliche Zuschüsse wollte man verzichten und suchte deshalb nach privaten Geldgebern. Die spendeten reichlich, und so kamen 15 Millionen Mark zusammen. Über die großzügigen Spender schweigt man sich aus und natürlich erst recht über deren Motivation. „Vor allem aus dem Mittelstand“, heißt es lapidar. Doch werden auch Namen aus der Großindustrie, z. B. Bosch, als potentielle Geldgeber genannt. Das läßt allerdings Skepsis aufkommen.

Geplant ist ein menschlicheres und praxisnäheres Studium. Allen Studiengängen vorausgehend und sie begleitend soll ein „Studium fundamentale“ aus zwei Sprachen, Geschichte und Soziologie sein. Beim Medizinstudium soll es so aussehen,

praxisorientierter Ausbildung. Beim näheren Hinsehen stellen sich jedoch noch Zweifel ein:

Zunächst bleibt unklar, welche Aufnahmekriterien angewandt werden, wenn mehr Bewerber als Studienplätze vorhanden sind. Derzeitig liegen allein für das Medizinstudium ca. 4000 Bewerbungen bei einer geplanten Anfangskapazität von 20 Studienplätzen im Frühjahr 1983 vor. Als „gerechteste“ Lösung bleibt nur der Losentscheid.

Die Möglichkeit zum Hochschulwechsel scheint von vornherein ausgeschlossen.

Nicht zuletzt birgt die anthroposophische Ausrichtung der Hochschule für den Studenten die Gefahr des Verkennens politischer und sozialer Zusammenhänge, nicht trotz, sondern gerade wegen eines begleitenden „Studium fundamentale“. Es bleibt auf jeden Fall der fade Beigeschmack, daß hier nicht nur besonders gut ausgebildet werden soll – was zu begrüßen wäre –, sondern auch eine besondere weltanschaulich konfirmierte „Elite“ herangebildet wird. In dieses Bild paßt es auch, daß studentische Mitbestimmung nicht vorgesehen ist, insbesondere nicht bei der Berufung der Professoren. „Das können sie nicht überblicken“, lautet das Argument der Hochschulgründer. Bürokratismus sei an dieser Hochschule unnötig, wird an-

Große Koalition der Zustimmung

So wundert einen letztlich auch nicht die breite Koalition der Zustimmung für Herdecke:

Sie reicht im rechten Spektrum von der Bundesvereinigung der Arbeitgeberverbände (Freude über die Anwendung „marktwirtschaftlichen Prinzips im Bildungsbereich“) über die CDU (nach „billigeren und besserem“ Privatschulen endlich eine Privat-Uni) bis zur FDP, ohnehin Vorreiter der Privatisierungsmasche. Aber auch die Grünen und Teile der SPD, hier vor allem NRW-Wissenschaftsminister Schwier, scheinen dieses „Pilotprojekt“ vorbehaltlos zu unterstützen. Erstaunlich widersprüchlich sind allerdings die Stellungnahmen der beiden letztgenannten Parteien: die Grünen befürworten in Schule und Hochschule die Einrichtung „freier und unabhängiger“ Einrichtungen wegen ihrer Impulse auf staatliche „konventionelle“ Einrichtungen, da diese solche Impulse wegen staatlicher Kontrolle und Einflußnahme von außen nicht selbst hervorbringen könnten. Besser hätte es die CDU auch nicht ausdrücken können!

Gerade, was die Einflußnahme von außen betrifft, scheint Herdecke wegen der Abhängigkeit von seinen Geldgebern (s. o.) seine Unabhängigkeit nicht bewahren zu können. In der SPD gab es zunächst Widerstände gegen Wissenschaftsminister Schwier, den Protagonisten des Projekts. Man fürchtete die Schaffung eines Präzedenzfalles. Schließlich steht der Hartmannbund mit seiner „Freien Medizinischen Hochschule“ in den Startlöchern, und auch die Pharmaindustrie wird nicht lange auf sich warten lassen. Daß es sich dann um einen „Wettstreit der Ideen im Freiraum politischer Kräfte“ handelt, wird niemand ernstlich behaupten können.

Verhindern möchte das Herdecker Projekt letztlich aber niemand. Rechtlich hatte man 1979 selber die Möglichkeit geschaffen. Und politisch siegten die Befürworter mit dem Hinweis auf die leeren Kassen.

„Dagegen sind nur die Gewerkschaften“, bemerkte süffisant die FAZ. Doch erst als das Projekt schon entscheidungsfähig war, kamen – viel zu spät – die Widerstände von gewerkschaftlicher Seite. Nun, da die Privat-Uni Konturen annimmt – mit den ersten Studenten im Fach Orientalistik rechnet man bereits im kommenden Wintersemester –, kommt es darauf an, daß DGB, ÖTV, und GEW sich nicht in den Schmollwinkel zurückziehen. Jetzt gilt es, aufzupassen und die Einrichtung weiterer privater Hochschulen zu verhindern.

Wir werden die Entwicklung weiter im Auge behalten. Praxisorientierte Ausbildung und Begrenzung der Professorengehälter finden Zustimmung, einseitige weltanschauliche Ausrichtung und Unterbindung studentischer Mitbestimmung bleiben Gegenstand der Kritik.



Foto: dpa

daß eine einjährige Krankenpflegeausbildung Eingangsvoraussetzung ist. Während des gesamten Studiums soll eine Ausbildung am Krankenbett stattfinden, somit die herkömmliche unsinnige Trennung in „Vorklinik“ (naturwissenschaftliches Studium) und „Klinik“ aufgehoben werden. Hierfür soll einem Studenten jeweils ein „Dozent“ zugeordnet werden. Vom Ansatz her jedenfalls eine hervorragende Idee und auf den ersten Blick eine Erfüllung langjähriger studentischer und gewerkschaftlicher Forderungen nach

derer Stelle gesagt. Der Student habe im Studium selber genügend Möglichkeit zum persönlichen Engagement.

Mag dies auch gegeben sein, so erscheint mir obiges Zitat doch als der Versuch, unliebsame Kritik von Beginn an abzublocken. Und somit würde diese Hochschule sich, was die Hochschulpolitik betrifft, nicht gerade von den herkömmlichen unterscheiden, die sich immerhin noch mit dem demokratischen Mäntelchen unparitätischer Mitbestimmung schmücken.

buch Kritik buch



Chemie in Lebensmitteln

Katalyse-Umweltgruppe Köln, Palmstr. 17, 5000 Köln 1, (PSchKto 7475-500), 1981, 274 S., 20 DM

Der Titel des Buches „Chemie in Lebensmitteln“ wirkt ähnlich erschreckend wie die darin aufgeführte Vielfalt der Schadstoffe in Lebens- und Genussmitteln, die unsere Gesundheit täglich bedrohen. Recht übersichtlich werden mit Hilfe eines Registers und mehrerer Fotos und Zeichnungen 26 gebräuchliche Nahrungsmittel (von Fleisch über Brot und Obst bis Bier, Wein, Tee und Porzellan) auf mögliche Schadstoffe durchleuchtet. Dabei finden sich in fast jedem unserer Nahrungsmittel anorganische sowie organische, ja teilweise hochmolekulare organische Anteile schädigender Substanzen.

Nach der Lektüre bleibt selbst dem Robustesten unter uns der Bissen im Hals stecken, sei dies ein begonnener Salatteller oder aber eine Walnuß. Zu kritisieren ist, daß die aufgezeigten Schadstoffmengen pauschal auf jedes Nahrungsmittel bezogen sind. Einem unbefangenen Leser erscheint es nun so, als sei jedes der im Buch behandelten Produkte mit den aufgeführten Rückstandsmengen belastet. Um eine bewertende Aussage über die Schadstoffbelastung einzelner Nahrungsmittel zu treffen, muß die Thematik der Art und Menge jedoch sehr viel differenzierter gesehen werden. Bedenke man doch, daß die Wahl und Menge chemischer Pflanzenbehandlungsmittel vom Anbauort, der Gebietsstruktur (Mischkultur, Monokultur) und sogar von den Praktiken einzelner Anwender abhängig sind.

Notwendigerweise werden recht viele Fachausdrücke benutzt, die einem chemischen Laien trotz Nachschlaganhang etwas schwierig gestalten durchzublicken, und damit wird die Unsicherheit leider noch erhöht. Dem kritischen Leser aber wird mit diesem Buch ein überaus interessantes Werk an die Hand gegeben, bezüglich Art und Umfang der möglichen Gefahren, die von Nahrungsmitteln aus behandelten Kulturständen ausgehen können, jedoch nicht müssen.

Leider werden die notwendigen weltpolitischen Konsequenzen nur sehr wenig angesprochen,

sie würden wahrscheinlich aber auch den Rahmen des Buches sprengen.

Resümierend bleibt die Handlungsfreiheit des Konsumenten weitgehend darauf beschränkt, ein meist sehr viel teureres, rein biologisch gezogenes und nicht behandeltes und somit ein physiologisch unbedenkliches Nahrungsmittel zu erwerben.

Übertreibungen machen anschaulich!!

Das Buch ist entweder direkt bei der Katalyse-Umweltgruppe in Köln zu beziehen oder beim 2001-Verlag.

Hans Verhasselt

Seite, die zwischen den Stühlen sitzt, die Gewerkschaft der Polizei, mit einem Abriß ihrer Sicht gewürdigt wurde, und schließlich auch praktische Tips und Erste-Hilfe-Anweisungen bei Verletzungen mit erwähnten Kapfstoffen von der Sanitätergruppe Chamissoladen (Berlin) eingebaut wurden.

Insgesamt ist der Band außerordentlich lesenswert und mehr als seinen Preis wert: Eventuelle Überschüsse sollen zur Erforschung der Langzeitfolgen des chemischen Krieges an das Viet-Duc-Hospital in Hanoi überwiesen werden. Auch darum hoffe ich, daß es viel gekauft wird.

Ulli Raupp

Ruhe oder Chaos

– Technologie politischer Unterdrückung –

Eine erweiterte Dokumentation zum Gesundheitstag. Herausgegeben vom Gesundheitsladen Hamburg. 135 S., 7,50 DM. Vertrieb: BI-Umweltschutz Unterelbe, Barleststr. 26, 2000 Hamburg 6 (+1 DM Porto)

Entstanden ist dieser Band eigentlich schon auf dem Gesundheitstag '82 in Hamburg. Wesentliche Beiträge, wie die des Hamburger Arztes und stellvertretenden Vorsitzenden der Freundschaftsgesellschaft BRD – SR Vietnam über die chemische Kriegsführung der USA oder die Übersicht über chemische Kampfstoffe vom Leiter des Münchner „Institutes für Internationale Friedensforschung“ Dr. chem. Alfred Schrempp wurden dort gehalten.

In dem vorliegenden Band sind die Referate erweitert worden, die Palette der Autoren ist groß und bunt, macht dieses Buch aber durchaus leserwetter. Anhand von eindrucksvollen Fotos, die den Text noch ein gutes Stück näherbringen, werden geschilderte Tatsachen erschreckend verdeutlicht. Vom historischen Abriß der zunehmenden kriegsmäßigen Ausrüstung der Polizei, über die Wertung der begleitenden Rechtsverordnungen, die das Demonstrationsrecht zunehmend kastrieren, bis hin zur Detaildarstellung moderner Polizeiwaffen (CS/CN/Gummigeschosse) und Erfahrungen über den Einsatz im Ausland (Schweiz/Irland/Niederlande), vermittelt dieser Band ein solides Grundwissen über diesen Teil unseres „Rechts“staates. Gefallen hat mir, daß auch die

Das Risiko, geboren zu werden – Chancen und Grenzen der Perinatalmedizin

Justin Westhoff, Kiepenheuer & Witsch 1980, 320 S., 29,80 DM

Die Statistik läßt eine Beschönigung nicht zu: Im Jahre 1978 wurden in der Bundesrepublik Deutschland rund 580 000 Kinder geboren; davon kamen über 3600 tot zur Welt. Rechnet man jene Säuglinge hinzu, die im ersten Lebensjahr verstarben, beträgt die Todesziffer sogar etwa 13 000. Diese Zahlen sind ein medizinischer und politischer Skandal.

„Nach dem Prinzip des Schwarzen Peter picken sich . . . die Standesvertreter und Politiker eine einzige Ursache für diesen Mißstand heraus, nämlich die, die tatsächlich oder angeblich nicht ihren Einflußmöglichkeiten unterliegt: das (Vorsorge-)Verhalten der werdenden Mutter selbst“, schreibt der Berliner Wissenschaftsjournalist Justin Westhoff in seinem Buchreport. „Und weil die Höhe der Mutter- und Säuglingssterblichkeit allgemein als Maßstab dafür herangezogen wird, wie gut ein medizinisches Versorgungssystem funktioniert, wird die Beruhigungsdevise ausgegeben, die Statistiken der einzelnen Staaten seien nicht miteinander vergleichbar.“

Mit solcherlei leicht zu widerlegenden Argumenten räumt Westhoff in seinem Buch gründlich auf. Sein Bericht ist die erste umfassende, schonungslose und längst überfällige Analyse der bundesdeutschen Mißstände auf dem Gebiet der medizinischen Neugeborenen-Versorgung. Westhoff macht deutlich, daß die Säuglingssterblichkeit weit weniger die Schuld von werdenden Müttern ist, die die Schwangerschaft auf die leichte Schulter und die angebotenen Vorsorgeuntersuchungen nicht in Anspruch nehmen.

Es handele sich vielmehr um eklatante Fehler im System der perinatalen und kinderärztlichen Versorgung, um eine fehlende oder falsche Organisation der Neugeborenen-Medizin (Neonatalogie). Und da müßten bundesdeutsche Standes- und Gesundheitspolitiker auch einmal den Mut haben, sich nach jenen Ländern zu orientieren, denen man ansonsten in deutscher Gründlichkeit stets etwas vormachen wolle.



Ein Blick auf die Statistik der Säuglingssterblichkeit im europäischen Vergleich offenbart, daß die Bundesrepublik in der EG an drittletzter Stelle steht; nur in Irland und Italien sterben noch mehr Säuglinge als bei uns.

Im Vergleich mit den skandinavischen Ländern, vor allem Schweden und Finnland, liegen die bundesdeutschen Zahlen fast doppelt so hoch.

Ob sich überhaupt in absehbarer Zeit etwas ändern wird, hängt nicht zuletzt von dem Ausmaß der öffentlichen Empörung, dem öffentlichen Druck, ab, ohne den sich das Risiko, geboren zu

werden, in der Bundesrepublik kaum verringern dürfte.

Protest an den Mißständen setzt detaillierte Informationen voraus. Westhoff hat sie in seinem Report in einer allgemein verständlichen Sprache geliefert. Er schrieb ein aufrüttelndes, dabei sachlich-nüchternes Buch. Und eine Anklageschrift gegen die Gesundheitspolitiker, die immer noch das Bild eines beneidenswerten Sozialstaates Bundesrepublik mit einer vorbildlichen medizinischen Versorgung zeichnen.

Denn gerade der Erfolg oder Mißerfolg bei der

Senkung der Mütter- und Säuglingssterblichkeit gelte als Maßstab und zugleich Paradebeispiel für die Qualität und das Niveau der medizinischen Entwicklung eines Staates.

Bleibt zu hoffen, daß Westhoff mit seinem Buch auch die Verantwortlichen erreicht, jene, die auf immer denselben Festtagsreden mit immer denselben Lippenbekennissen der Säuglingssterblichkeit den Kampf ansagen.

Egmont R. Koch

aus „Bild der Wissenschaft“, Heft 8/80 (von der Redaktion gekürzt)

KONGRESSBERICHTE

Vereinigung Demokratische Zahnmedizin (VDZ)

Kostendämpfung und/oder Strukturreform

Zu der Veranstaltung im Juni 1982 im Frankfurter DGB-Haus e. V. hatten u. a. Gesundheits-Senator Brückner aus Bremen sowie Alfred Schmidt vom DGB/BdO zugesagt. Daß beide nicht erschienen (Schmidt entschuldigte sich wegen Krankheit und ließ sich von Dr. Wekel vom Bundesverband der Ortskrankenkassen (BdO) vertreten, Brückner sagte 2 Tage vorher ohne Begründung ab), nährte die Vermutung, daß es derzeit nicht opportun erschien, sich mit dem sogenannten Mittelstand anzulegen. Denn im Thema lag und liegt Zündstoff. In seinem Einleitungssreferat skizzierte Wolfgang Kirchhoff noch einmal kurz das Spannungsfeld der sozialen Demontage, in dem bei real sinkenden Einkünften bis hin zur Arbeitslosigkeit der sogenannte kleine Mann an den Kosten seiner Krankheit „selbst“ beteiligt wird, die Einkommen der „Gesundheitsanbieter“ aber weiterhin unangetastet Spitzenpositionen einnehmen. Durch die Erschöpfung der Krankenkassenfinanzen scheint der Auflösung der Solidargemeinschaft und der Wiedereinführung einer Zweiklassenversorgung nichts mehr im Wege zu stehen.

Vor diesem Hintergrund hat der Gesetzgeber 1981 das Kostendämpfungsgegesetz erlassen. Hierdurch wurde erstmals die Zahntechnik ins Kassenarztrecht eingebunden.

Dr. Wekel vom BdO sieht derzeit drei Ansatzmöglichkeiten, das soziale Netz zu erhalten ohne die Mitgliedsbeiträge zu erhöhen:

1. Durch die sogenannte Globalsteuerung, d. h.: a) Zusammenfassung der Höchstpreislisten für zahntechnische Leistungen zu einem bundeseinheitlichen Leistungsverzeichnis bei gleichzeitiger Verringerung auf 120 Einzelpositionen, b) Absenkung der Zahntechnikerpreise um 5 %.
2. Durch die Verstärkung der Wirtschaftlichkeitsprüfung, was durch die Umwandlung des Zahnersatzes in Sachleistungen möglich geworden ist.

3. Durch die Ausgrenzung nicht notwendiger Leistungen aus dem Leistungskatalog. Ein Ansatz hierzu bieten die Modellbeschreibungen typischer Zahnersatzversorgungen, wobei man sich bewußt ist, daß ein hohes Niveau der kassenärztlichen Versorgung zu keiner Kostenersparnis führen wird. Ein niedriges Niveau ließ den Freien Verband Deutscher Zahnärzte aber „jubilieren“, da dann alles darüber hinausgehende wieder abgedungen werden könnte.

Dr. Hey vom Deutschen Arbeitskreis für Zahnheilkunde, der zum Thema „Disproportionalitäten im Abrechnungswesen“ sprach, wies auf die offensichtlichen Diskrepanzen hin, was die Häufigkeit und Bewertung einzelner Gebührenpositionen anbelangt. So weisen etwa 80 % unserer Bevölkerung eine Erkrankung des Parodontiums (Zahnfleisch) auf, aber nur 1 % wird dagegen behandelt. Als Ursache sieht er die überhöhte Bewertung prothetischer Maßnahmen und zu niedrige Bewertung konservierender Leistungen an. So kann ein prothetisch tätiger Zahnarzt einen Stundenlohn von ca. 300 DM erreichen, während sein konservierend tätiger Kollege vergleichsweise für nur 40 DM arbeitet. Dies zu nivellieren und zusätzlich Positionen für die Prophylaxebehandlung einzuführen, müßte das Ziel einer Umstrukturierung des Bewertungsmaßstabes sein. Eine Veränderung des zahnärztlichen Therapieverhaltens, deutliche Qualitätssteigerungen können aber kurzfristig nur durch eine Veränderung der Wirtschaftlichkeitsprüfung und des Gutachterwesens erfolgen. Die praktizierte Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Durchschnittswerten wird zunehmend durch den Einsatz von Praxiscomputern unterlaufen.

Wie Rolf Bücken von der BDZ ausführte, müßte der sinnvolle Ansatz zur Reform darin bestehen, daß eine Zeit-Leistungs-Studie für alle zahnärztlichen Leistungen erstellt wird unter Maßgabe eines genau definierten Leistungsstandards. Die Verlängerung der Frist für Reklama-



tionen auf mindestens eineinhalb Jahre wäre ein weiterer Punkt. Komplexhonorare und Abschaffung unsinniger Schwierigkeitsabstufungen würden zu einer größeren Transparenz beitragen.

Transparenz aber wird gefürchtet. Bisherige Ansätze zu Zeitsstudien sind am massiven Widerstand der Zahnärzteschaft gescheitert, erlaubten sie doch den Kassen die Rückrechnung von der Anzahl der erbrachten Leistungen auf die Arbeit des Zahnarztes. Bei krassem Mißverhältnis könnten nämlich folgende Konstellationen denkbar sein:

1. Der Leistungserbringer produziert minderwertige Qualität,
2. der Leistungserbringer erzielt durch den Einsatz neuer Technologien einen Produktionsfortschritt,
3. Der Leistungserbringer delegiert die Ausführungen ärztlicher Tätigkeiten an das Hilfspersonal.

Punkt 2 und 3 wurden am Beispiel der KFO erläutert, wo durch den Einsatz neuer Techniken (Multiband, Klebetechnik) eine kürzere Behandlungszeit und durch Delegation dieser Arbeit an Helferinnen Stundenlöhne von über 1000 DM erst ermöglicht wurden. Zur Kostendämpfung würde auch die Ausweitung und Reform des Gutachterwesens (Stichwort: Entprofessionalisierung) auf Vor- und Nachbegutachtung beitragen. Wie dies für die einzelnen Bereiche aussen könnte, zeigten die Ergebnisse einer Arbeitsgruppe der VDZ. Eine echte Strukturreform aber, und dies wurde in der abschließenden Diskussion noch einmal von allen Parteien betont, ist nur durch die Einführung einer kollektiven Prophylaxe möglich, zu leisten durch den Neuaufbau und die Reform des zahnärztlichen öffentlichen Gesundheitsdienstes in Zusammenarbeit mit den Krankenkassen.

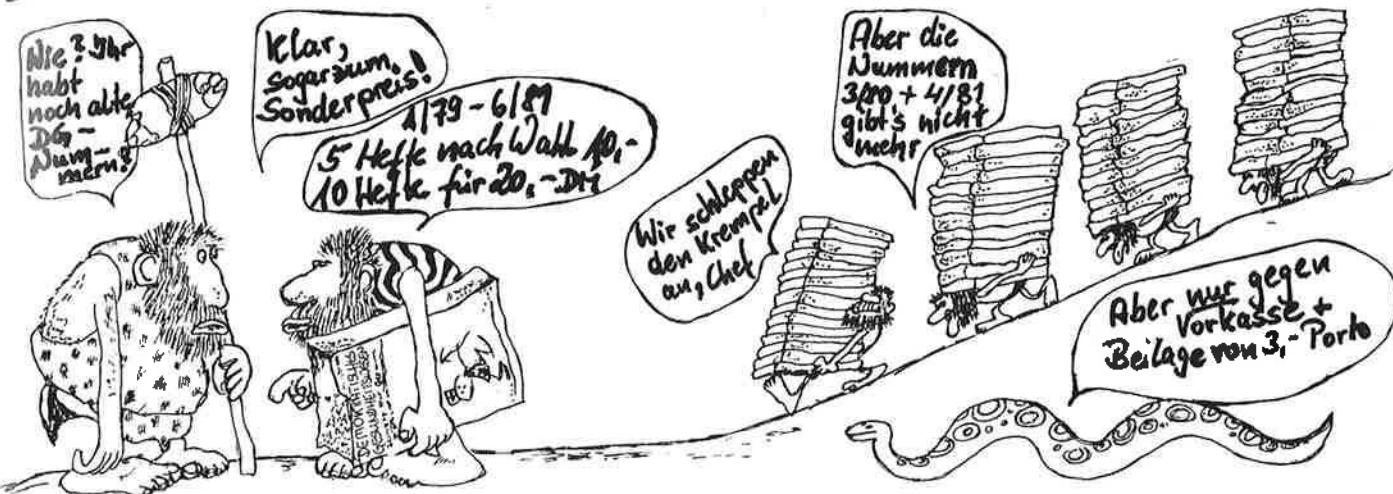
(Eine ausführliche Darstellung der Veranstaltung mit dem Abdruck der Referate erscheint im Herbst in „der artikulator“ Nr. 9, 1982 und ist zu beziehen über: Vereinigung Demokratische Zahnmedizin, Postfach 53, 3550 Marburg 7). ■

ALTE DG's

Bestellungen nur gegen Vorkasse und Portobellage!

Demokratisches Gesundheitswesen, Postfach 101041, 4100 Duisburg

Einzelheft: 3 DM (in Briefmarken inkl. Porto)



Vorschau auf die Ausgabe 6/82

Schwerpunkt: Alte Menschen

- Berichte von Heiminsassen
- Soziale Demontage bei den Schwächsten
- Alte werden selbst aktiv
- Geriatrica
- Alte Menschen und Arbeit

Nr. 1/83: Militärmedizin

DG-Kontakte

Ansbach: Birgitta Eschenbacher, Am Heimweg 17, 8900

Ansbach, Tel. (0981) 14444; Berlin: Hermann Dittrich, Grunewaldstr. 28, 1 Berlin 41, Tel. (030) 8226338; Bonn: Edi Erken, Rötgerner Str. 12, 53 Bonn 1, Tel. (0228)

284621; Bremen: Cornelia Selke, Clausewitzstr. 25, 28 Bremen 1, Tel. (0421) 354442; Darmstadt: Jürgen Frohner, Liebfrauenstr. 110, 61 Darmstadt 1, Tel. (06151)

74551; Düsseldorf: Gunar Stempel, Aachener Str. 19, 4 Düsseldorf, Tel. (0211) 151187; Dülzburg: Felix Richter-Hebel, Hochfeldstr. 19, 41 Dülzburg 17, Tel. (02136)

5120; Essen: Uwe Schmitz, Rüttelskamp 35, 43 Essen 1, Tel. (0201) 42697; Frankfurt: Klaus Priester, Schloßstr. 96, 6 Frankfurt 90, Tel. (0611) 705449; Gießen: Claudia Lehner, Bismarckstr. 6, 63 Gießen, Tel. (0641) 75245;

Göttingen: Barbara Wille, Ostlandweg 23, 34 Göttingen, Tel. (0511) 33710; Hamburg: Robert Pfeiffer, Kurfürstestr. 45, 2 Hamburg 70, Tel. (040) 6564845; Hanau:

Hans See, Gustav Hochstr. 37, 645 Hanau, Tel. (06181) 83981; Hannover: Martin Walz, Tiestestr. 19, 3000 Hannover 1, Tel. d. (05132) 906557/p: (0511) 818868; Heidelberg:

Michael Gerster, Burgstr. 44, 69 Heidelberg, Tel. (06221) 474101; Kassel: Matthias Dippel, Waltzstr. 2d, 3500 Kassel, Tel. (0561) 54925; Kiel: Ralf Coppers, Saarbrückener Str. 176B, 23 Kiel 1, Tel. (0431) 686397;

Kleve: Ulla Funke, Steinbergen 33, 4182 Uedem, Tel. (02825) 8424; Köln: Peter Liebermann, Lessingstr. 59, 5 Köln 30, Tel. (0221) 5501079; Lengerich: Jan Hendrik Herdtlass, Niederringel 3, 4540 Lengerich; Linz/Rhein:

Richard Beitzen, Magdalena Daemenstr., 5480 Linz, Tel. (02644) 551; Lübeck: Angela Schürmann, Geministr. 44, 24 Lübeck, Tel. (0451) 56586; Mannheim: Werner Weindorf, Maxstr. 5a, 68 Mannheim, Tel. (0621) 855405; Minden:

Susanne Steuber, Artilleriestr. 12, 495 Minden, Tel. (0571) 28967; München: Margret Lambrecht, Pommernstr. 15, 8 München 40, Tel. (089) 352935; Münster:

Helmut Copek, Gelststr. 67a, 44 Münster, Tel. (0251) 794688; Oldenburg: Helmut Koch, Saarstr. 11, 2900 Oldenburg, Tel. (0441) 83856; Recklinghausen: Petra Voss, Am Lohor 4, 4350 Recklinghausen, Tel. (02361)

15453; Remscheid-Lüttringhausen, Tel. (02191) 55279; Riedstadt: Harald Skrobies, Freit.-v.-Stein-Str. 9, 6086

Riedstadt, Tel. (06158) 6161; Siegen: Michael Regus, Zur Zinsenbach 9, 59 Siegen, Tel. (0271) 76860; Sprockhövel:

Wolfgang Münster, Hohe Egge Unterweg 17, 4322 Sprockhövel 1, Tel. (02324) 72358; Tübingen: Elke Schön, Jacobsgasse 19, 7400 Tübingen, Tel. (07071) 212798; Ulm: Wolf Schleinzer, Ringstr. 22, 79 Ulm-Lehr,

Tel. (0731) 66544; Viersen: Sebastian Stierl, Hermann-Ehlers-Str. 5, 4060 Viersen 12, Tel. (02162) 77694.

In eigener Sache

Post: Teurer und schlechter

Am eigenen Leibe erfuhren wir, daß die vielgerühmte Deutsche Bundespost auch nicht mehr das ist, was sie vor der Gebührenerhöhung schon zu sein vorgab: pünktlich und sicher. Alle Fotos zur letzten Ausgabe – per Wertbrief an die Druckerei gesandt – gingen auf dem Postweg verloren. Erst nach ca. einer Woche, für uns mit viel Stress, teuren Neubestellungen und Zeitverlust verbunden, fanden sie sich wieder. Deshalb die Verspätung von DG 4/82.

Abschied

Mit zwei weinenden Augen (und höchstens einem lachenden Hühnerauge) haben wir Harald Kamps und Unni Kristiansen Kamps aus der Redaktion und aus der Bundesrepublik verabschiedet. Ab dem 1.10. werden sie sich in Bjogn, einem Städtchen auf einer Halbinsel nahe Trondheim (Norwegen), eine Distriktsarztstelle teilen, mit Arbeitsbedingungen, die wir hier hoffentlich

auch mal erkämpfen werden (darüber mehr später in DG). Das lächelnde Hühnerauge bezieht sich eigentlich für uns nur darauf, daß wir jetzt ein Urlaubsziel mehr haben. Das Weinen überwiegt aber bei weitem, besonders für die, die in Kleve über 3 Jahre mit Ihnen zusammengewohnt haben.

Auch in der Redaktion reißt ihr Fortgang Lücken, die noch nicht gestopft werden konnten. Zwar macht Ulla Funke das Frauenressort weiter, möchte aber auf jeden Fall noch Unterstützung durch ein oder zwei tatkräftige MitarbeiterInnen.

Das Ressort „Pharma- und Geräteindustrie“, in DG besonders durch die Spalten „Werbung und Wahrheit“ aufgefallen, würde Norbert Altaner gerne übernehmen, aber eben auch nicht allein.

Wer also Interesse und Lust hat, hier fest mitzuarbeiten, vielleicht auch schon mit Ideen für die '83er Ausgaben, meldet sich bitte ganz schnell bei

Ulla Funke, Steinbergen 33, 4182 Uedem, Tel. (02825) 8424

Norbert Altaner, Clemens-Hofbauer-Str. 33, 5300 Bonn, Tel. (0288) 674910

Planung für DG '83

Zur Zeit planen unsere Redaktionsressorts ihre Arbeit für 1983. Auf der Herausgeberkreissitzung im Oktober soll über die Heftschwerpunkte diskutiert werden. Gerade jetzt sind wir für Anregungen und Kritik besonders dankbar! Darum die Postkarte: Schreibt auf, was euch paßt, nicht paßt, passen würde – Ideen, Schnacks und Richtungweisendes . . . und abschicken nicht vergessen . . . bis zum 2.10. soll sie bei uns sein!

Redaktionskarte

Das finde ich gut:

Das finde ich schlecht:

Das fehlt:

ÄRZTE WARNEN VOR DEM ATOMKRIEG



05-394711-07-01

BOEKER

KARL

577

RESSE!

TARPENBECKSTR. 125

2000 HAMBURG 20

edensinitiativen im Ge-
21./22. 5. 1982 in Mün-
ing in einen ständisch-
rufsübergreifenden Teil
ler auch endgültig) per-
n zwei Kongresse mit
einer gemeinsam stattfinden:

• Am 20./21. November wird im repräsentati-
ven Internationalen Kongresszentrum (kurz ICC)
in West-Berlin der 2. Medizinische Kongreß
„Ärzte warnen vor dem Atomkrieg“ abgehalten
(siehe nebenstehende Ankündigung).

• Am 23./24. April 1983 wird in München ein
Kongreß für alle Beschäftigten im Gesund-
heitswesen mit zum Teil ähnlichen Themen or-
ganisiert.

Die Begründung für einen „reinen“ Ärztekongreß in Berlin liest sich in einem Bericht über das o.g. Münchner Treffen im 2. Rundbrief (S. 12) „Ärzte warnen vor dem Atomkrieg“ wie folgt: „Es wurde im Plenum als eine notwen-
dige Entwicklung in der Sache dargestellt, daß jetzt
für die Beschäftigten im Gesundheitswe-
sen ein Kongreß gemacht werden sollte. We-
itere Ärzte zu mobilisieren oder sich dafür stark
zu machen, daß sich weitere Ärzte für den Frieden
engagieren, wurde als rücksichtlich ange-
funden. Überhaupt habe die Öffentlichkeits-
arbeit weniger mit Ärzten oder deren Vertre-
tung zu tun, möglicherweise seien Ärzte keine
politische Kraft, auf die es sich zu setzen
lohnt.“

Daß von den 30 anwesenden Friedensinitiativen im Gesundheitswesen 28 (gegen die Stimmen der Hamburger und Berliner Ärzteinitiativen) schließlich für einen Kongreß aller Be-
schäftigten plädierten, hatte ganz andere Gründe. Diese lagen hauptsächlich in den In-
halten des geplanten Kongresses. Es wurde
vorgebracht, daß man sich nicht nur auf die
Darstellung der Folgen eines Atomkrieges be-
schränken könne, sondern auch die Folgen ei-
nes bakteriologischen, chemischen und kon-
ventionellen Krieges für die Bevölkerung auf-
zeigen müsse, von den bereits vorhandenen
Gefahren in Friedenszeiten ganz zu schweigen.
Welterhin müsse der Zusammenhang zwis-
chen Rüstung und Sozialabbau (dort insbe-
sondere der Abbau von Leistungen im Ge-
sundheitswesen) aufgezeigt werden. Dazu sei
es auch notwendig, insbesondere mit den Ge-
werkschaften zusammenzuarbeiten (z. B.
Klage des DGB Rheinland gegen die Lagerung von Giftgas in der BRD. Sozialabbau, etc.). Dies
würde letztendlich auch eine Politisierung die-
ses Kongresses bedeuten, was eben auf den
Widerstand der o. g. Ärzteinitiativen stieß, die
die Politik möglichst ganz aus dem Kongreß
raus halten und sich darauf beschränken woll-
ten, „wissenschaftlich exakt“ die Folgen eines
Atomkrieges für die Bevölkerung zu beschrei-
ben.

Als die oben beschriebenen Vorstellungen mehrheitlich beschlossen worden waren, kam die Berliner Ärzteinitiative mit dem Clou her-
aus, bereits vorsorglich Räume für einen Ärz-
tekongreß entsprechend ihren Vorstellungen
angemietet zu haben. Trotzdem kamen die übri-
gen Initiativen den beiden Ärzteinitiativen entgegen, indem sie beschlossen, auch den
Berliner Kongreß nach besten Kräften zu un-
terstützen (siehe auch Abdruck der Ankündi-
gung durch die Redaktion). Das endgültige
Programm für den Münchner Kongreß wird auf
einem Treffen am 2./3. Oktober in Frankfurt vor
allen Initiativen diskutiert und beschlossen
(siehe Terminkalender in diesem Heft). Viel-
leicht wird dabei die Gelegenheit genutzt, wie-
der auf einen gemeinsamen Nenner zu kom-
men.

Gunar Stempel

2. Medizinischer Kongreß

am 20. und 21. November 1982 in Berlin

Auf diesem Kongreß sollen die Ergebnisse seit dem ersten Hamburger Kongreß im letzten Jahr zusammengetragen, und die Möglichkeiten der zukünftigen medizinischen Arbeit gegen die atomare Bedrohung entwickelt werden:
zum Beispiel ■ Verweigerung als notwendiger Schritt zur Erfüllung des ärztlichen Auftrages ■ die Pervertierung ärztlicher Ethik in der Katastrophenmedizin ■ die Illusion katastrophenmedizinischer Fortbildungsveranstaltungen der Ärztekammern ■ biologische Folgen radioaktiver Strahlung ■ Atomkrieg aus Versehen ■ Zusammenhänge zwischen sogenannter friedlicher Nutzung der Atomenergie und nuklearer Rüstung ■ Bedeutung der sogenannten konventionellen Waffen an Hand ihres heutigen Entwicklungsstandes.

Zur Deckung der Kongreßkosten beträgt die abzugsfähige Teilnehmergebühr DM 50,- pro Person. Wer nicht kommen kann, den Kongreß aber finanziell unterstützen möchte, spende (abzugsfähig) bitte auf:

Konto: Gesundheitsladen e.V., Sonderkonto: Ärzte warnen vor dem Atomkrieg, Nr. 315 92-108, Postscheckamt Berlin West, Bankleitzahl: 100 100 10.

Weitere Informationen und Kongreßunterlagen erhältlich über:

Kontakt- und Organisationsadresse: Dr. Barbara Hövener / Michael Roelen, Auguststraße 16A, 1000 Berlin 45, Tel. 030 - 772 50 45.



Davon möchte ich mehr:

Sonderfrage: Welches Schwerpunkt-thema soll DG bringen?

Bitte
freimachen

An die
Redaktion
Demokratisches Gesundheitswesen
Postfach 101 041

4100 Duisburg 1

Absender:

Name

Straße

Postleitzahl / Ort