

DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN

ZEITSCHRIFT FÜR GESUNDHEITS- UND SOZIALBERUFE

Dr. med. M. Thiele - Laufberg
praktische Ärztin

Mo. Fr. 10.00-12.00 Uhr und 15.00-17.30 Uhr
außer Mittwoch und Freitag (nach Vereinbarung)
und nach Vereinbarung

Privat und alle Kassen

Dr. med. Helmut Huppertz
Arzt
für Allgemeinmedizin
Alle Kassen

Sprechstunden:
8.00-10.00 Uhr und 15.00-18.00 Uhr
außer Mittwoch und Samstag

Dr. med. Klaus P. Bach
Facharzt für innere Medizin

Sprechzeiten: 9.00-12.00 Uhr
Montag bis Freitag

Privat- und Ersatzkassen

Dr. med. Rainer Bauhaus
Facharzt für Urologie

Sprechstunden:
8.30-10.00 Uhr und 15.00-18.00 Uhr
Mittwoch nur nach Vereinbarung

Privat und alle Kassen

Dr. med. Jürgen Jeschke
Arzt für Frauenkrankheiten und
Geburthilfe

Mo. Fr. 9.00-12.00 Uhr und 15.00-18.00 Uhr
außer Mittwoch und Freitag (nach Vereinbarung)

Alle Kassen

Dr. med. Martin Deimer
Facharzt für
Nase-, Nasen- und Ohrenkrankheiten

Sprechstunden:
Mo. Fr. 9.00-12.00 Uhr und 15.00-18.00 Uhr
außer Mittwoch und Freitag (nach Vereinbarung)

Alle Kassen

**Chronisch Kranke
Zomax
Selbsthilfe
Faschismus
Krebsregister**

3/83

„Hoff-Roche“

Allional
Bactrim
Bepanthen
Dalmadorm
Konakion
Lexotanil
Librium
Limbatriil

Marcumar
Mestanon
Mogadan
Protovita
Rivotril
Rohypnol
Valium



Der ungesunde Umgang mit chronisch Kranken

von Uli Menges

Den meisten wird es ähnlich ergehen wie mir: hören wir das Attribut „chronisch“ bei einer Krankheitsbezeichnung, stellt sich ein ungutes Gefühl ein. Allzu schnell ist die Verbindung mit anderen Attributen wie „langwierig“, „unbefriedigender Verlauf“, „Unzuverlässigkeit des Patienten“, „frustrierend“ hergestellt. Woher kommt dieser miese Beigeschmack? Liegt es am jeweiligen Krankheitsbild, am Patienten oder vielleicht an uns selber? Sind wir aufgrund vieler schlechter Erfahrungen abgestumpft? Können wir dem Patienten, der zum x-ten Male mit der gleichen Krankheit in die Praxis oder in die Klinik kommt, überhaupt noch vorurteilsfrei gegenüber treten? Lasten wir uns eine Verantwortung auf, die uns gar nicht zusteht?

Viele Fragen, und je mehr ich sie mir stelle, umso schwerer fallen mit die Antworten. Und ich merke, daß manche Fragen einfach offen bleiben müssen. Die Beiträge dieses Heftes bieten einige Beispiele dafür.

Es zeigt sich, daß wir als medizinisch Tätige nur allzu schnell das Krankheitsbild isoliert betrachten. Der Bluthochdruck muß eben medikamentös gut eingestellt werden. **Das Schema ist ja vorgegeben:** Gewichtsreduktion, kochsalzarme Diät, dann ein Diuretikum, dann ein Vasodilatator usw. Der Kranke, sein familiäres und soziales Umfeld interessieren uns erst dann, wenn er trotz unserer gut gemeinten Ratschläge an Gewicht zunimmt, wenn wir merken, daß er seine Medikamente nicht einnimmt, obwohl er doch einen Verordnungszettel mitbekommen hatte. „Schlechte Compliance“ heißt es dann vornehm wissenschaftlich oder „Dem ist einfach nicht zu helfen“ in einer verständlichen Sprache. Das Problem bleibt; wir wollten ja helfen, aber...

Ähnlich beim Diabetiker: Hauptsache, der Blutzucker ist normal. Wie der Patient das hinkommt, ist gleichgültig. Sind die Werte zu hoch, liegt es eben daran, daß er seine Diät nicht eingehalten hat. Er war doch schließlich von uns „gut eingestellt“. Basta! **Wir brauchen den genormten Patienten:** jeden Tag die gleichen Broteinheiten, jeden Tag um die gleiche Zeit die gleichen Einheiten Insulin, möglichst noch immer den gleichen Tagesablauf. Doch diese Gleichung geht nicht auf.

Eine „gute Einstellung“? Ich meine, nein. Zur Einstellung gehören eben nicht nur Diät nach Schema (meistens anhand der schönen bunten Heftchen der Pharmaindustrie) und Medikamente.

Einstellung des Kranken selber, zu sich zu seiner Krankheit sollte das erste sein. **Einstellung der medizinisch Tätigen** bedeutet nicht nur, das Krankheitsbild nach einem vorgelegten Behandlungsschema zu sehen, sondern den kranken Menschen mit seinen Ängsten und Problemen, seinen Freuden und Wünschen.

Doch die Realität sieht anders aus: Überfüllte Wartezimmer, Fünfminutenmedizin, durch Nachtdienst gestreßte Klinikärzte, viel zu schlecht bezahlte Pfleger und Schwestern, ein Kompetenzgerangel der einzelnen Versicherungsträger, eine Pharmaindustrie, die mit Erfolg den Ärzten suggeriert, daß „Therapie“ gleichbedeutend ist mit „Medikamenteneinnahme“. Und der chronisch Kranke wird zwischen all diesen Realitäten unseres Gesundheitssystems oft genug aufgerieben.

Die Hauptwurzel des Übels sehe ich in der ambulanten Versorgung. Nach erfolgloser medikamentöser „Polypragmasie“ in der Praxis folgen Überweisung zum „Spezialisten“ oder Klinikeinweisung. Dieser Drang zum Spezialistentum ist in den meisten Fällen unnötig, kostenträchtig und auf Dauer genauso erfolglos. Das Problem wird verschoben, aber nicht gelöst.

Solange bei uns keine Pflicht zur Fortbildung besteht, bleibt der Hausarzt ein williger Befehlsempfänger der „Spezialisten“ und der Pharmaindustrie.

Solange das ökologische Fachgebiet in der Ausbildung des Medizinstudenten ein Stiefkind bleibt, werden die ausgebildeten Ärzte an vielen Ursachen chronischer Erkrankungen vorbeisehen.

Solange ein Kompetenzstreit zwischen Krankenversicherung und Rentenversicherung um die Kostenübernahme der Rehabilitation chronisch Kranker besteht, verblassen die Reha-Einrichtungen als Makulatur, da sie nicht von allen gleichermaßen in Anspruch genommen werden können.

Als Wesentlichstes erscheint mir aber:

Solange wir alle, die wir mit einem chronisch Kranken zu tun haben, diesen nur als Objekt unserer wohl gemeinten Bemühungen verstehen und nicht als Partner akzeptieren, der unsere Hilfe braucht, solange wird er hilf- und sprachlos bleiben. Mit den Beiträgen dieses Heftes wollen wir etwas zum Abbau der Sprachlosigkeit beitragen.

IMPRESSUM

Herausgeber

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

Redaktion Cvd: Norbert Mappes

Koordinierende Redaktion und Anzeigenverwaltung: Norbert Mappes, c/o Demokratisches Gesundheitswesen, Siegburger Str. 26, 5300 Bonn 3, Tel.: 0228/46 36 82 (8.30 Uhr bis 12.30 Uhr).

Aktuelle Gesundheitspolitik: Detlev Uhlenbrock, Peter Walger; **Gesundheitsversorgung:** Gregor Weinrich, Uli Menges, Joachim Gill; **Arbeits- und Lebensverhältnisse:** Norbert Andersch; **Pharma- und Geräteindustrie:** Ulli Raupp; **Umwelt:** Uwe Schmitz; **Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen:** Matthias Albrecht, Edl Erken; **Ausbildung:** Eckard Müller, Peter Liebermann; **Internationales:** Gunar Stempel, Felix Richter; **Frauenprobleme:** Ulla Funke; **Pflegeberufe:** Peter Liebermann; **Historisches:** Helmut Koch; **Kultur und Subkultur:** Helmut Copak

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

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

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

Nachdruck nur nach Zustimmung der Redaktion.

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

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

Die Zeitschrift „DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN“ erscheint zweimonatlich bei:

Pahl-Rugenstein Verlag, Göttesweg 54, 5000 Köln 61, Tel. (02 21) 36 40 51, Konten: Postcheckamt Köln 85 14-503, Stadtparkasse Köln 108 522 38 (für Abo-Gebühren).

Abonnementsrechnungen sind innerhalb von zwei Wochen nach ihrer Ausstellung zu begleichen. Das Abonnement verlängert sich jeweils um ein weiteres Jahr, wenn nicht bis zum 30. September des laufenden Jahres eine Kündigung zum Jahresende beim Vertrieb eingegangen ist.

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

Redaktions- und Anzeigenschluß für 4/83: 4.6.83, 5/83: 6.8.83.

Graphik: Christian Paulsen

Layout: Edl Erken, Uli Menges, Ulli Raupp, Helmut Copak, Gregor Weinrich

Umschlagentwurf: Uli Menges

Satz und Druck: Farbo Druck + Grafik Team GmbH, Bonner Wall 47, 5000 Köln 1

JSSN: Nr. 0172-7091

Dieser Ausgabe liegen Werbekarten für die „DEUTSCHE VOLKSZEITUNG“ bei. Wir bitten unsere Leser/innen um Beachtung.



Die Notwendigkeit ‚ganzheitlicher Medizin‘ wird selten deutlicher als im Bereich chronischer Erkrankungen. Die Hilflosigkeit der Helfer sowie der Dschungel verschachtelter bürokratischer Zuständigkeiten wird hier sichtbar als anderswo in der Medizin. In unserem Schwerpunkt beschreiben Patienten, Pfleger, Psychologen, Ärzte und Soziologen exemplarisch die Krise und weisen Auswege.



In jedem Lehrbuch steht es: der Zusammenhang zwischen der lebensbedrohlichen Kinderkrankheit ‚Pseudokrups‘ und Luftverschmutzung. Der Arzt, der dies in der täglichen Praxis bemerkt und Alarm schlägt wird ... bedroht und denunziert. Dr. Mersmann aus Essen-Borbeck zog aus, das Fürchten zu lernen. S. 26

Zomax

Die Vielfalt der Vorteile

- Mono-Analgetikum
- für die vielen Dimensionen der Schmerzen unterschiedlicher Intensität und Genese
- hemmt die Schmerzmediatoren am Ort des Geschehens und in den schmerzleitenden Bahnen des Rückenmarks
- wird hervorragend toleriert
- wirkt oral rasch und langanhaltend
- keine Hinweise auf Gewöhnung und Abhängigkeitspotential
- patientengerechte Dosierung: je nach Bedarf alle 4–6 Stunden 1 Tablette
- unverwechselbare Tablettenform: für Arzt und Patient leicht zu identifizieren

Die Pharmaindustrie schließt ein Elgentor nach dem anderen. Coxigon, Zomax, Lomoxatam, Dioxin ... (liegt's am X?). Axel Seefeld kennt sich in der Branche sehr gut aus. Er zeigt Hintergründe zum ZOMAX-Rückzug auf. S. 36

DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN

ZEITSCHRIFT FÜR GESUNDHEITS- UND SOZIALBERUFE

Inhalt

3/83

Chronisch Kranke ... und wie wir mit ihnen umgehen

Dat Is en Job	
Eine Schwester und ein Pfleger berichten aus der Praxis	8
Schlecht einstellbarer Bluthochdruck	10
Lernen, mit dem Diabetes gesund zu leben	12
Ich habe es mir nicht aussuchen können	
Leben an der künstlichen Niere	14
Leben mit der Maschine	16
Grabenkrieg unter Gifteinsatz	
Elterngruppe onkologisch und hämatologisch behandelnder Kinder in Hamburg	17
Ich habe Schmerzen... mit dieser Medizin	19
Medikamente auf's Rezept und einiges Biabla	20
Operation '83: Einbau gelungen — Selbsthilfe tot?	21

Aktuelle Gesundheitspolitik

Für eine andere Wende —	
Die ‚Grünen‘ zur Gesundheitspolitik	2
„Reform“ des § 218 — kommt die Wende?	39

Umwelt

Von einem, der auszog, das Fürchten zu lernen (in Essen Borbeck stinks zum/vom Himmel)	26
--	----

Demokratie

Zustände wie im Mittelalter	
Arbeitgeber Kirche bricht kirchliches Recht	24

In Memoriam

Ärzte gegen Sozialabbau — Teil I	
Zur Gründungsgeschichte des Sozialdemokratischen Ärztevereins vor 70 Jahren	28

Psychiatrie

10 Jahre gemeindenahe Psychiatrie in Mönchengladbach	30
--	----

Faschismus

Dr. med. R. Brickenstein — Weißer Kittel, brauner Titel	33
---	----

Ausbildung

Aufwiegelung zu kleinen Schritten	25
-----------------------------------	----

Pharmaindustrie

Zoom, Wromm, Kracks — ZOMAX	36
-----------------------------	----

Standespolitik

Kammerwahlen Berlin — der Stand tobt	38
--------------------------------------	----

Datenschutz

Interview mit Prof. H. P. Bull über Datenschutz und Krebsregister	40
---	----

Dokumente

Rechts- und Verwaltungsvorschriften über die soziale Beratung im Zusammenhang mit den Vorschriften über den Schwangerschaftsabbruch	I
Dienste der Bundesarbeitsgemeinschaft „Hilfe für Behinderte“	I
Mitgliedsverbände der Bundes AG „Hilfe für Behinderte“	I
Die Aufgabe des Sozialstaates und seine Netze der sozialen Sicherung (§§ 1-11 SGBI)	I
Leserumfrage — bitte gleich ausfüllen	III

Rubriken

Leserbriefe	3
Aktuelles / Nachrichten	5
Kongreßbericht	35
Bücherkritik	41

„Die Grünen“ zur Gesundheitspolitik

Für eine andere Wende!

von Michael Opielka

Zwischen der Wunschregierung von Kapital- und Industriesystem und dem abgedankten politischen Konjunktiv nahmen nun 28 Frauen und Männer Platz: DIE GRÜNEN IM BUNDESTAG. Trotz Wende rückwärts also ein wenig Hoffnung? Was haben sie angesichts der sozial- und gesundheitspolitischen Desaster der nächsten Jahre zu bieten?

Die ökonomischen Aussichten sind trotz allgemeiner Wachstumsgesundbetelei ziemlich trübe: Selbst wenn die Wirtschaft alljährlich um 2,5% wachsen würde (was immer noch unwahrscheinlich und noch weniger zu wünschen ist) bedeutet das Anfang der 90er-Jahre für über 4 Millionen Mitbürger die Arbeitslosigkeit. Zumindest, wenn die bisherige Politik fortgeschrieben wird und keine nennenswerten Arbeitszeitumverteilungen stattfinden. Zu erwarten scheint aber eher der gewohnte Gang und damit auch eine unabsehbare Finanzkrise der öffentlichen Haushalte, die wiederum das bisherige soziale Sicherungssystem grundsätzlich in Frage stellt. Die Sozial- und Gesundheitspolitik wird zum Cash- und Carrymarkt der Haushaltsentscheidungen.

Sollen DIE GRÜNEN in Bonn nun in den Chor derjenigen einstimmen, die heftig den „Sozialabbau“ anprangern und empört den Erhalt des erreichten Niveaus einklagen?

Sie werden es sich hoffentlich nicht so einfach machen!

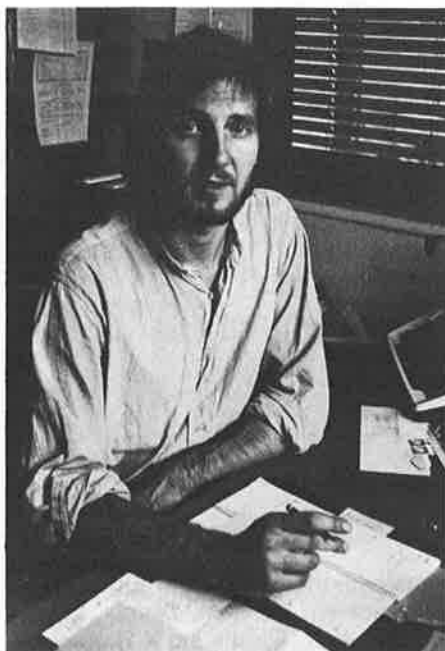
Denn weder war das „erreichte Niveau“ befriedigend (gewesen), noch wäre das zur Fortschreibung der bisherigen Sozialpolitik nötige Wachstum ökologisch und auch sozial verantwortbar. Allein ein tiefgreifender, radikaler **Umbau** des Sozialstaats schafft deshalb wirkliche soziale Sicherheit!

Zum bedrohten sozial- und gesundheitspolitischen „Niveau“ gehören nämlich bspw. die in den vergangenen 10 Jahren um fast 45% auf 4% der Gesamtbevölkerung vermehrten Sozialhilfeabhängigen, die nur die Spitze des Eisberges einer sich ausbreitenden blanken, materiellen Armut sind. Dazu gehören psychosoziale Verelendung, Süchte, Ängste und Einsamkeit, gehören ein desorganisiertes und ungerechtes Rentensystem, das die eh benachteiligten Frauen auch im Alter auf den zweiten Rang verweist; verschärfte Krankheitsrisiken durch Um-

weltbelastungen, Stress und inhumane Arbeitsplätze und ein gleichzeitig unternehmerfreundlicher Krankenstand, der so niedrig ist, daß die Volksgesundheit langfristig bedroht gilt; Profitschneiderei bei Ärzten und Gesundheitsindustrie; Ausgrenzung von behinderten, alten und psychisch kranken Menschen. Das alles und noch mehr kann man nicht einfach verteidigen, vor allem, weil ein beträchtlicher Teil dieser Mängel zur Struktur des Sozialsystems gehört.

Die „Grenzen des Sozialstaats“ sind auch die Grenzen jenes sozialdemokratischen „Modells Deutschland“, das Sozialpolitik als Ersatz klassenkämpferischer Politik ansah und sich immer tiefer in den Widersprüchen der Kapital- und Industrielogik verstrickte: Soziale Sicherheit reduzierte man auf Rechtsansprüche, die zudem um Reparatur und Erhalt der Arbeitskraft als Zentrum gruppiert wurden – je weniger arbeits- und leistungsfähig der Mensch ist, desto unsicherer wird seine soziale Sicherheit. Zum zweiten Grundprinzip erhob man biblisches: Die individuelle „Schuld“ bestimmt die Leistungen der Wohlfahrt – und nicht die Bedürftigkeit.

Dieses Kausalprinzip, die verrechtlichte Form konditionaler Regelungen und die institutionalisierte soziale Ungleichheit



Michael Opielka, Tübingen
(Sprecher des Landesfachausschusses Soziales und Gesundheit der GRÜNEN Baden-Württemberg)



gälte es eigentlich aufzuknacken, wenn soziale Sicherheit **für alle** gewünscht wird!

Die aktuelle, konservativ-liberale Privatisierungs- und Vermarktungspolitik hat mit einem derartigen Sozialstaatsumbau selbstverständlich nichts im Sinn. Sie redet zwar von „neuen Strukturen“ – und manches werden die Herz-Jesu-Sozialisten um Blüm und Geißler sogar halbrichtig formulieren – aber auch sie hängen an der St. Florians-Perspektive; wenn gleich die von ihnen profitierenden Klientel auf der Seite der Privilegierten zu finden sind und diejenigen, die eigentlich Ziel sozialer Politik sein sollten, die Schwachen und Benachteiligten, noch als „Trittbrettfahrer“ und „Mißbraucher“ diffamiert werden.

Den GRÜNEN kommt sozialpolitisch somit eine historische Verantwortung zu: sie müssen zwischen Skylla und Charydis eine soziale Gesellschaftspolitik fordern, die die Ursachen sozialer und Gesundheitsprobleme nachhaltig beeinflusst und grundsätzlich Alternativen für die Abdeckung unvermeidlicher Lebensrisiken bietet.

Vor allem ist der Grundgedanke der **Solidarität** zu retten, zumindest, was davon noch übrig ist. Denn Verrechtlichung, Zentralisierung, Bürokratisierung und sinnvoll wahrnehmbare Ineffizienzen lassen viele Mitbürger zurecht zweifeln, ob die hohen Abzüge von Löhnen und Gehältern denn angemessen sind.

So werden die GRÜNEN – in Zusammenarbeit mit fortschrittlichen gesellschaftlichen Kräften – die weitgehend tabuisierten Vorstellungen einer **einheitlichen**, aber dezentral und demokratisch organisierten **Renten- und Krankenversicherung** entwickeln helfen und öffentlich diskutieren. Die Vielfalt der Versicherungsträger hat nur wenig mit Freiheit, jedoch viel mit Partikularinteressen zu tun und ist ein gewaltiger Hemmschuh für eine effiziente, zuständigkeitsklare und bedürfnisorientierte Sozial- und Gesundheitspolitik.

So werden die GRÜNEN ihren Schwerpunkt auch auf die Förderung einer allgemeinen **Sozialentwicklung** setzen, die den Verfall traditioneller Lebens- und Hilferformen neue Modelle „besseren Lebens“ entgegengesetzt. Darunter fallen ganz verschiedene, praktische Dinge wie bspw. die Förderung neuer, gemein-

schaftlicher Lebens- und Arbeitsformen, eine alternative Wohnungs- und Raumordnungspolitik, Integrationsstrukturen für behinderte, alte und ungewöhnliche Menschen oder die Förderung nach bezahltem Urlaub zur Pflege kranker Angehöriger. Dazu gehören aber auch neue Werte und Haltungen, die bspw. Gesundheit als immateriellen Wert begreifen, die sozialen Bedürfnissen den Vorrang vor käuflichem Ersatzleben lassen und die Leistung nicht mehr als Götzen anbeten.

So werden die GRÜNEN deshalb zwar alles tun, um den derzeitigen sozialen Raubbau zu entlarven; gleichzeitig aber deutlich machen, daß nur mit staatlichen und rechtlichen Garantien kein zukunftsweisender Sozialstaat zu machen ist. Erst ein sozial entwickeltes Gemeinwesen, in dem emanzipierte und nicht rückwärtsgewandt-patriarchalische Gemeinschaftsformen wachsen, bietet bspw. die Voraussetzung für eine primäre Gesundheitsversorgung, wie sie die WHO vorgeschlagen hat, für eine echte Präventionspolitik, die allein die drohende „Gesundheitskrise“ des Jahres 2000 abwenden kann.

Der von manchem Linken und Gewerkschafter herbeigeredete Gegensatz von „alternativer“ und „kritischer“ Medizin oder Sozialpolitik ist letztlich nur ein interessiertes Phantom, um die fortschrittlichen Kräfte auseinanderzudividieren: Die GRÜNEN werden deshalb alles daransetzen (müssen), um die Verbindung der „neuen“ mit der „alten“ sozialen Bewegung herzustellen. Positive Beispiele vor Ort gibt es und muß es noch mehr geben.

Eine ganz andere Frage wird sein, ob die GRÜNEN mit der parlamentarischen Arbeit in Bonn zurechtkommen. Desillusionierungsprozesse sind unvermeidlich. Wer ist bspw. die „Basis“ der Basisdemokratie? Sinds die Wähler, die Aktivisten mit dem harten Hintern oder die außerparlamentarischen Initiativen, deren Arm zu sein die GRÜNEN angetreten sind? Der Ausgang des Parlamentarisierungsprozesses ist noch nicht gewiß. Wenn die GRÜNEN der sozialen, ökologischen und linken Bewegung nutzen sollen, so müssen sie auch benützt werden!

Im Bundestag sind folgende grüne Abgeordnete, bzw. „Nachrücker“ für den Sozial- und Gesundheitsbereich zuständig: Willi Hoss, Gaby Potthast, Waltraut Schoppe sowie Eberhard Bueb, Christa Nickels und Udo Tischer.
Zu erreichen über:
DIE GRÜNEN IM BUNDESTAG,
Abgeordnetenhaus im Tulpenfeld,
5300 Bonn 1,
Telefon (02 28) 16 48 45

Michael Opielka, Tübingen
(Sprecher des Landesfachausschusses Soziales und Gesundheit der GRÜNEN Baden-Württemberg)

Versicherungsagenten Wo gelogen und betrogen wird

Der Behauptung man könne als Versicherungsagent auf „saubere“ Weise seine Brötchen verdienen und gleichzeitig auch noch gesellschaftliches Bewußtsein entwickeln, möchte ich aus eigener Erfahrung widersprechen.

Nach dem Abschluß meines Studiums habe ich (notgedrungen) 4 Jahre lang in diesem Job „Klinken geputzt“. Wenn man es wirklich ehrlich meint, dann sind es verdammt kleine Brötchen, die man da bäckt.

Viel schlimmer als derart materielle Erwägungen sind jedoch die psychischen Auswirkungen. Ob bewußt oder unbewußt, man verändert bei dieser tagtäglichen Prostitution seine Persönlichkeit. Alles dreht sich nur noch um Versicherungen. Und da man monatlich bestimmte Sollzahlen erfüllen muß, kann es vorkommen, daß man sogar noch abends in der Stammkneipe krampfhaft versucht, das Gespräch auf das Thema „Versicherungen“ zu lenken; in der Hoffnung, vielleicht auf diese Weise noch zu einem zusätzlichen Abschluß zu gelangen.

Ich habe meine Erlebnisse und Erfahrungen dann in einem Buch niedergeschrieben:

Versicherungen unter der Lupe
Schmidt-Reble Verlag
Clemensstraße 36a, 5300 Bonn 3
118 Seiten, DM 9,80

Aber leider ist es mit den Büchern über Versicherungskritik das Gleiche wie mit dem Abschluß von Versicherungen. Man interessiert sich meistens erst dann für dieses Thema, wenn es bereits zu spät ist. D.h. wenn der Schadensfall eingetreten ist bzw. wenn man betuppt worden ist und dies merkt (was keinesfalls selbstverständlich ist).

Bezeichnend für das allgemeine Desinteresse ist im übrigen auch, daß im DG bis heute keine Buchkritik erschienen ist. So muß ich leider aus der ZEITSCHRIFT FÜR VERSICHERUNGSWESEN zitieren. Aber wer August Bebel verstanden hat – „wenn deine Feinde dich kritisieren, dann bist du auf dem richtigen Weg“ – wird sicherlich auch die folgende Kritik zu würdigen wissen:

Leser- Briefe

„Das ist neu für die Versicherungswirtschaft, Sie hat in den letzten Jahren vieles von den Verbraucherschützern erdulden müssen, Schwarzbücher und Ratgeber, aber ein Versicherungsbuch, das sich vordergründig mit der Beratung und Aufklärung des Kunden abgibt, indirekt aber eine Systemveränderung im östlichen Sinne im Auge hat, das hat es noch nicht gegeben. (...) Verfasser und Verlag hätten ihre systemverändernden Intentionen besser verwirklichen können, wenn sie darauf geachtet hätten, daß der böse Pferdefuß nicht auf jeder zweiten Seite zum Vorschein gekommen wäre. Schon die Wortwahl verrät enge Nachbarschaft zur DDR. Da ist die Rede von millionenschweren Großaktionären der Protz- und Marmor-AG, es wird die Preisfrage gestellt, in welchem Gesellschaftssystem es mehr Krankenversicherungsmitarbeiter als Ärzte gibt. Den teuren und unnützen Wettbewerb will der Autor durch Zusammenfassung der konkurrierenden Einzelgesellschaften zu einem Staatsmonopol beenden und an unseriösen Praktiken im Außendienst sind die Bosse in den oberen Etagen schuld, die derartige Vertriebssysteme ausüben bzw. in letzter Instanz des kapitalistischen System des Fressen oder Gefressenwerdens.“

Dem ist nichts mehr hinzuzufügen.

Bruno Redlich, Bonn

regenbogen buchvertrieb
seeLingstr. 47 • 1000 Berlin 19
telefon 030 / 322 50 17

Der große Wie-lebst-Du-denn

Gruppen und Einzelne berichten, welche Erlebnisse sie zur Selbsthilfe greifen ließen und welche Erfahrungen sie seither gemacht haben zu Themen wie Medikamente, Drogen, Alkohol, Patientenrecht, Kunstfehler, Hausbesetzung, Umweltschutz, Frieden, Krebs, Rheuma, Schwangerschaft, Homosexualität u.a. mit über 800 Adressen von Initiativgruppen.
384 Seiten
32,- DM



SIE NENNEN ES FÜRSORGE
Behinderte zwischen Vernichtung und Widerstand
Dokumente aus dem Nationalsozialismus. Was geschieht heute in den Anstalten für geistig und körperlich Behinderte? Erfahrungsberichte von Behinderten und Nichtbehinderten miteinander. Standpunkte und Forderungen der Krüppelbewegung.
256 Seiten
19.80 DM



ALTERNATIVEN ZUM IRRENHAUS

Auf der Suche nach einer veränderten Praxis
196 Seiten, DM 12.80

Aus dem Inhalt dieses Readers:
Wem kann die Auflösung psychiatrischer Anstalten zugute kommen?
Reform und Versorgungs-Technokratie.
Ein Blick in die gefährliche Welt der Anstalt.
Wage zur veränderten Praxis

GEGEN DIE LOGIK DER AUSSONDERUNG
Psychiatrisches Leiden und Behinderung zwischen Ausschuß und Befreiung
„Ein Erfahrungsaustausch mit Vertretern der Demokratischen Psychiatrie in Italien“
200 Seiten
19.50 DM

Peter Suchanek: DIE NOT DER TUGEND
Arbeit, Sexualität und Umgang mit Konflikten in sozialpsychiatrischen Anstalten - untersucht anhand der Praxis von kirchlichen, anthroposophischen und am Marxismus orientierten Einrichtungen
184 Seiten
14.80 DM

Zu den Preisen kommen noch 2,-DM für Porto und Verpackung. Wir liefern gegen Vorausüberweisung auf unser Postscheckkonto 1912 - 107 Bln.W. oder beigelegten Schecks, Scheinen, Briefmarken. Gesamtverzeichnis anfordern!!!

Leser- Briefe

Zur Buchrezension „Der große Wie-lebst-Du-denn“

Das Heft 1/83 des „Demokratischen Gesundheitswesens“ enthält eine von N. Andersch verfaßte Rezension des von der Verlagsgesellschaft Gesundheit, Berlin, herausgegebenen Buches „Der große Wie-lebst-Du-denn“, ein Buch für Selbsthilfe, Selbstorganisation und Patientenrecht mit über 800 Adressen und Selbstdarstellungen.

Zur gleichen Zeit veröffentlichte die Berliner Stadt-Zeitschrift „Zitty“ in Heft 5/83 ebenfalls eine Besprechung dieses Buches, die vom Berliner Senator für Gesundheit, Soziales und Familie, Ulf Fink (CDU), verfaßt wurde.

Als für den „Wie-lebst-Du-denn“ redaktionell verantwortlich Zeichnender verfolge ich die Besprechungen dieses Buches mit besonderem Interesse. Ich finde es dabei besonders interessant zu beobachten, was von den unterschiedlichen politischen und persönlichen Positionen ausgehend zur Selbsthilfe gedacht und geäußert wird.

Der CDU-Senator behauptet: „Anders als die Protestbewegung der sechziger Jahre verfolgt die neue (alternative) Bewegung nicht mehr das Ziel, die Gesellschaft insgesamt zu verändern, sondern bemüht sich, durch Eigeninitiative die unmittelbaren Lebensverhältnisse zu verbessern.“ Entsprechend diesem Wunschenken gerät seine Einschätzung dieses Buches und zur Selbsthilfe überhaupt: „So herausfordernd die Frage im Buchtitel 'Wie-lebst Du denn?' ist, so vielfältig sind die Bereiche, in die sie hineingefragt wird. Mit der Frage wird vordergründig zwar der einzelne Leser angesprochen und zur Überprüfung seiner Lebensweise aufgefordert, gleichzeitig wird ihm aber eine ganz bestimmte gesellschaftliche Zielsetzung zur Beantwortung an die Hand gegeben. Mit dem Buch wird keinesfalls nur die Hilfe zur Selbsthilfe propagiert, sondern gleichzeitig das ganze bestehende Gesundheitswesen in der Bundesrepublik Deutschland stark in Frage gestellt. Selbsthilfegruppen können aber das vorhandene Gesundheitswesen nicht in toto ersetzen. Sie können vielmehr eine wichtige und sinnvolle Ergänzung zu diesem Angebot sein. Hier scheiden sich die Geister und hier wird sich entscheiden, ob die Selbsthilfebewegung langfristig erfolgreich sein wird oder nicht.“ Soweit der CDU-Senator. In der Rezension im „Demokratischen Gesundheitswesen“ heißt es: „... auch bei den Autoren, die die problematischen Seiten der Selbsthilfebewegung ansprechen, fällt immer noch eine ärgerliche Undifferenziertheit im Umgang mit allem Organisierten und Institutionalisierten auf. (...) Es wird viel aus dem Stegreif geredet oder geschrieben, wobei in meinen Augen Unüberlegtheit noch längst nicht spontan und 'Freiheit' noch längst kein Gegensatz zu analytischem Denken darstellt. Manche der Ausführungen klingen nicht unsympathisch, aber für diejenigen Kreise, die die Umwelt zerstören oder die die politische Macht besitzen, sind solche Ausführungen reichlich wenig gefährlich. Wissenschaftliches und organisiertes Herangehen, auch an medizinische und politische Fragen, sind ein Schlüssel zur Freiheit und 'Eigenart'. (...) So wird auf die Inbesitznahme von Kampfpositionen in der gesellschaftlichen Auseinandersetzung verzichtet. Dieser Verzicht auf die Auseinandersetzung mit einem benannten politischen Gegner zieht sich aber auch wie ein roter Faden durch das ganze Buch. Es wird zuviel 'Gegenkultur' propagiert. (...) Nicht nur Häuser, sondern Organisationen, Verbände und Institutionen können instandbesetzt werden.“

Was der eine sieht, fürchtet und aus dem Selbsthilfebereich heraushalten möchte, empfindet der andere als zu wenig ausgeprägt. Wo der eine die Selbsthilfe zur Unterstützung und Festigung bestehender Organisationen, Verbände und Institutionen einsetzen will, kritisiert der andere, daß diese zu sehr ignoriert werden, d.h. ihres Inhaltes entleert werden, statt sie zu unterwandern und zu übernehmen.

Aber die Selbsthilfe steht nicht zwischen diesen Positionen. Ich will hier nur einen Aspekt herausgreifen, der für mich aber einen Kernpunkt darstellt:

Beide Ansichten lassen deutlich für Professionelle wohl oder übel notwendige Haltung erkennen, wenn sie nicht verhungern wollen. Ich unterscheide dabei zwischen Experten und Professionellen: Professionelle sind Experten oder geben vor, welche zu sein, die auch noch von ihren speziellen Kenntnissen und Fertigkeiten leben müssen. Und wer müßte das heute nicht in irgendeiner Form? Marx würde dabei verständnisvoll nicken: „Das Sein bestimmt das Bewußtsein“. Oder im Volksmund ähnlich, aber drastischer ausgedrückt: „Wes Brot ich ess, des Lied ich sing“.

Dabei offenbart sich die Tragik unseres Erziehungs und Bildungssystems innerhalb eines hoch arbeitsteiligen Fabriksystems: Von Kindesbeinen an erfahren wir eine Beschränkung unserer Fähigkeiten auf wenige Fertigkeiten, mit denen wir unseren Lebensunterhalt innerhalb einer eingegrenzten Lebensform verdienen sollen. Die Probleme und Krankheiten, die daraus entstehen, hat jeder von uns bereits am eigenen Leibe erfahren. Menschen werden heute nicht mehr als von Natur aus 'daseinsmächtig' begriffen mit der Möglichkeit, eigenständig zu denken und zu handeln, sondern als bedürftige Mängelwesen. Wo wir solche Eigenschaften durch Bildung und Erziehung als planmäßig formende Belehrung und Führung verloren haben, lassen sich jedenfalls durch die Anwendung gleicher fremdbestimmter Mechanismen — das behaupte ich in Erwartung heftiger Kritik — solche Fähigkeiten nicht wieder zurückgewinnen.

Hier, so meine ich, setzt die Selbsthilfe an: Selbständige und direkte kollektive Bewertung von Lebensbedingungen durch Gruppen, die gleichen oder ähnlichen Bedingungen ausgesetzt sind. Selbsthilfe als Versuch des Ausbruchs zu neuer Lebendigkeit. Ich kenne da nichts anderes.

Und hier soll „Der große Wie-lebst-Du-denn“ Mut geben. Ängstliche Pessimisten gibt es schon so viele. Deshalb ist dieses Buch auch kein Werk über Selbsthilfe, sondern es handelt von Selbsthilfe. Eigene Betroffenheit ist mit Absicht großgeschrieben worden.

Viele Grüße
Thomas Dersée

Holzschutzmittelgeschädigte

Liebe Freunde
vom Demokratischen Gesundheitswesen,

In der letzten Ausgabe von DG, die mir zufällig bei einem befreundeten Arzt in die Hände fiel, las ich einen interessanten Bericht über Schäden durch Holzschutzmittel. Im Rahmen der BBU organisiert sich gerade eine Gruppe von Holzschutzmittelgeschädigten. Ein erstes Treffen von Geschädigten fand Anfang März statt und es waren über 50 Leute da.

Ich fände es gut, wenn ihr etwas über die Initiative berichten könntet mit Hinweisen auf die Anschriften. Wir bereiten derzeit gemeinsam mit der Gruppe ein Faltblatt zu dem Thema vor und wollen eine Dokumentation erstellen.

Die Gruppe selbst braucht noch Kontakte zu Wissenschaftlern und Medizinern, weil das BGA in der Sache mauert. Solange es keinen Nachweis von Schädigungen und Mitteln gibt, sind Musterprozesse aussichtslos.

Deshalb wäre es gut, wir könnten mit Euch in dieser Frage zusammenarbeiten.

Mit schönen Grüßen
Gerd Billen
BBU-Geschäftsstelle

Appell Gesundheitswesen für den Frieden

Mit Befremden haben wir in der letzten Ausgabe des DG (Nr. 2/83) einen offenen Brief an die Regierung der BRD zur Kenntnis genommen, der im Namen der 7000 Unterzeichner des „Appell Gesundheitswesen für den Frieden“ verfaßt worden ist (Zitat: „Die bisher etwa 7000 Unterzeichner des Appell Gesundheitswesen für den Frieden wären für eine möglichst umgehende Stellungnahme dankbar.“).

Zu diesen 7000 Unterzeichnern gehören auch wir, und wir möchten auf diesem Wege klipp und klar sagen, daß damals keine Blankounterschrift gegeben wurde!!!

Im ursprünglichen „Appell Gesundheitswesen für den Frieden“ wird die Militär- und Außenpolitik der Sowjetunion nicht erwähnt, und es ist ein ausgesprochen mieser Stil, wenn jetzt in unserem Namen von einem „wichtigen Schritt zu einer tatsächlichen Abrüstung“ seitens der Sowjetunion und „positiven Beitrag“ des Warschauer Paktes gesprochen wird. Solange sich die Sowjetunion im übrigen weigert, internationale Kontrollen ihrer Armee zuzulassen, um Truppen- und Waffenreduzierungen auch nachprüfbar zu machen, reagieren wir auf alle Verhandlungsangebote skeptisch.

Davon unbenommen lehnen wir die derzeitigen Hoch-, Nach- und sonstigen Rüstungsmaßnahmen der NATO ab, und **allein** das haben wir durch unsere Unterschrift ausdrücken wollen.

Mit ärgerlichen Grüßen
Michael Kleppe
Hannelore Richert
Hans-Jörg Klende
Bremen

Sexualpädagogik und Familienplanung Zeitschrift der Pro Familia

Schwerpunkthemen 83/84

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)	Pro Familia Praxis
Heft 6/83 11. November	Sexualerziehung und kein Ende
Heft 1/84 7. Januar	Kinder kriegen
Heft 2/84 10. März	Sexualität und Lebensalter

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

☐ Bitte, schicken Sie mir das „Kennenlernen-Päckchen“ der Zeitschrift „Sexualpädagogik und Familienplanung“ (je 3 Ausgaben aus 1981 und 1982) zum Preis von DM 10,- (Schein/Scheck beigelegt).

☐ Bitte, schicken Sie mir das oben angekreuzte Heft (6,20 + 0,80 DM Versand) gegen Rechnung. Wenn ich dann nach Erhalt innerhalb von 3 Wochen die Zeitschrift abonniere, brauche ich die Rechnung nicht zu bezahlen.

Name

Straße

PLZ, Ort

Schopfheim, den 11.8.83

Fa.
Hoffmann-La Roche AG
- Vorstand -
Emil-Barell-Strasse 1
7999 Grenzach

Die
niedergelassenen Ärzte
von Schopfheim und
Umgebung
Hauptstr. 17
7850 Schopfheim

Betr.: Verhalten von Hoffmann-La Roche bei Seveso-Müllskandal.

Sehr geehrte Herren,

wir möchten Ihnen hiermit unsere Meinung mitteilen:

Die niedergelassenen Schopfheimer Ärzte verordnen ab sofort keine pharmazeutischen Präparate der Firma Hoffmann-La Roche, wenn es sich medizinisch vertreten läßt. Dies soll gelten bis der Skandal mit den Giftfässern aus Seveso für die Öffentlichkeit geklärt ist.

Die Schopfheimer Ärzte bitten ihre Patienten hierfür um Verständnis und weisen daraufhin, daß die meisten Präparate durch identische oder ähnliche Fabrikate anderer Hersteller ersetzt werden können.

Die Schopfheimer Ärzte begründen ihren Schritt damit, daß ihr Vertrauen in die Firma Hoffmann-La Roche durch deren Verhalten beim Giftmüllskandal erschüttert ist.

Nach einem Unglück wie in Seveso darf sich eine seriöse Firma nicht in dieser Form aus der Verantwortung stehlen. Ingeachtet davon, daß der Verursacher andere Firmen mit der Entsorgung des grauenhaften Giftes beauftragen kann, ist nach Meinung der Schopfheimer Ärzte der Verursacher immer moralisch verpflichtet, sich selbst und die Öffentlichkeit von einer gefahrlosen Endlagerung zu überzeugen und den Lagerungsort zu nennen.

Mit freundlichen Grüßen
Im Namen der Schopfheimer Ärzteschaft

Dr. med. [Signature]



Die vollständige Merkliste für jede Station, jede Praxis, jede Apotheke!

Airol Roche	Marcumar
Allional	Menrium
Alloferin	Mestion
Ancotil	Mogadan
Arovit	Mydriaticum Roche
Bactrim Roche	Natulan
Beflavin	Nipride
Benadon	Nobrium
Benerva	Noludar
Benexol	Pantopon
Bepanthen Roche	Pentrium
Berolase	Persedon
'BKV' Roche	Prostigmin
Cal-C-Vita	Protamin Roche
Cedoxon	Protovita
Dalmadorm	Rivotril
D-Cycloserin	Rocaltron
Dromoran Roche	Rohypnol
Efudix	Ronicol
Ephynal	Rovigon
Epsilon-Aminocapronsäure Roche	Saridon
Fansidar	Sirolin retard
Fluoro-uracil Roche	Somnifen
Fluprim	Supradyn
Gantrisin	Taractan
Glutril	Temetex Roche
Konakion	Tiberal Roche
Larodopa	Tibirox
Laroxyl	Topostasin
Lexotanil	TRF Roche
Librax	Valium Roche
Librium	
Limbatriel	
Liquemin	
Litrison	
Lorfan	
Madopar	
Madribon	

Anschrift für Protestbriefe:
Hoffmann La Roche AG
Emil-Barell-Str. 1,
Postfach 1380
7889 Grenzach Wyhlen
Tel.: (07624) 14-1

Widerstand im Wendland

Grünes Licht für die atomare Wiederaufbereitungsanlage im Landkreis Lüchow-Danenberg vom niedersächsischen Ministerpräsidenten Ernst Albrecht (CDU). Der Antrag der Deutschen Gesellschaft für Wiederaufbereitung von Kernbrennstoffen zur Errichtung einer solchen Anlage im Karwitzer Ortsteil Dragahn wird jetzt von der Landesregierung entsprechend den gesetzlichen Vorschriften geprüft. „Wortbruch“ wirft die Bürgerinitiative Lüchow-Danenberg dem CDU-Politiker vor, der vor zwei Jahren den Bau einer solchen Anlage im Landkreis ausgeschlossen hatte. Zusammen mit anderen Organisationen organisiert die Ärzte-Initiative Uelzen den lokalen Widerstand. Anzeigen-Serien in den lokalen Zeitungen sind geplant. Um sie finanzieren zu können sind Spenden dringend erforderlich.

Kontakt: Dr. Henatsch, Rlestedt 10, 3110 Uelzen 12, Bankverbindung: Ärzte-Initiative Uelzen, Kreissparkasse Uelzen, Kto.-Nr. 503300

Heilen & Vernichten im Nationalsozialismus

Seit dem 30.1.83, dem 50. Geburtstag der Machtübergabe an die Nationalsozialisten, zieht eine Wanderausstellung durch die BRD, die das Verhältnis von Medizin und Gesundheitspropaganda zum nationalsozialistischen Staatssystem aufarbeiten will. Zum ersten Mal war sie Anfang 1982 in Tübingen im Ludwig-Uhland-Institut für empirische Kulturwissenschaft der Universität zu sehen. 17 000 Besucher setzten sich in 9 Wochen mit dem auseinander, was eine Projektgruppe unter der Leitung von Walter Wuttke-Groneberg nach 2-jähriger Vorarbeit zur Diskussion gestellt hatte. Dann wurde die Ausstellung auf Initiative der bundesdeutschen Gesundheitsläden zur Wanderausstellung umgearbeitet und am 30.1.83 in Berlin eröffnet. Der ausführliche Begleitband ist zu bestellen bei der Tübinger Vereinigung für Volkskunde e.V., Schloß, 74 Tübingen.

• Die Ausstellung
„Volk & GESUNDHEIT“
ist voraussichtlich in folgenden
Orten zu sehen:

10.04.-06.05. Bremen
08.05.-11.06. Frankfurt
14.06.-01.07. Aachen
03.07.-24.07. Karlsruhe

28.07.-28.08. KZ-Museum
Dachau
02.09.-02.10. Dulsburg oder
Düsseldorf
05.10.-31.10. Schwäblach Hall
02.11.-18.11. Bonn
17.11.-30.11. Bochum
02.12.-18.12. Münster
Weitere Informationen über die
Gesundheitsläden und Presse.

Stellenausschreibung

medico international sucht
Mitarbeiterin (Ärztin, Krankenpflegerin, oder
anderer Gesundheitsberuf)

für den Gesundheitsbereich, in dem bereits ein Arzt tätig ist. Der Aufgabenbereich (Inlandstätigkeit) umfaßt die Planung und Betreuung von Gesundheitsprojekten in Ländern der „3. Welt“, Dokumentation und Erarbeitung von fachspezifischen Publikationen sowie Öffentlichkeitsarbeit.

Wir suchen eine Frau, die bereits längere Zeit in einem Gesundheitsprojekt in der „3. Welt“ gearbeitet hat, englisch und spanisch spricht und sich vorstellen kann, mit einer „Übermacht“ an männlichen Mitarbeitern zurecht zu kommen.

Bewerbungen bis Mitte Juni bitte an:
medico international, Hanauer Landstraße 147-149,
6000 Frankfurt/Main 1, Telefon (0611) 490350

„Weg mit dem Grauschleier“ — Waschzettel unter der Lupe

Im Dezember 1982 stellte die Fachgruppe Apotheken in der ÖTV Berlin in einer öffentlichen Mitgliederversammlung eine Informationschrift zum Thema „Arzneimittelgebrauchsinformation“ mit obigem Thema vor.¹⁾

Die Veröffentlichung fällt in eine Zeit, in der heftig über Form und Inhalt von Arzneimittelinformation für Laien und Fachleute diskutiert wird. Die Bundesregierung hat in ihrem Erfahrungsbericht zum 2. Arzneimittelgesetz den Vorschlag der Pharmazeutischen Industrie zu getrennten Informationen für Patienten einerseits und Ärzte bzw. Apotheker andererseits aufgegriffen und als sinnvoll begrüßt. Um die Diskussion über die zukünftige Gebrauchsinformation für Verbraucher nicht allein der Pharma-Industrie zu überlassen (weil dabei für den Patienten nichts Gutes herauskommen kann), hat die Fachgruppe Apotheker in ihrer Broschüre auf der Basis gewerkschaftlicher Forderungen und Programme ihrerseits Vorstellungen und Forderungen zur Packungsbeilage entwickelt. Den Forderungen vorangestellt sind eine Einführung in die Problematik, ein geschichtlicher Rückblick und eine Dokumentation des derzeitigen Zustandes an ausgewählten Beispielen.

1) Erhältlich bei der ÖTV Berlin, Abt. Gesundheitswesen, Joachimstaler Straße 20, 1000 Berlin 15

Bayerischer Gesundheitstag:

Der Gesundheitsladen München e.V. veranstaltet vom 16. bis 19. Juni 1983 einen Bayerischen Gesundheitstag. Der Bayerische Gesundheitstag knüpft an die beiden großen Gesundheitstage 1980 in Berlin (mit ca. 11.000 Teilnehmern) und 1981 in Hamburg (mit ca. 16.000 Teilnehmern) an, nimmt aber ganz bewußt

eine Eingrenzung auf den bayrischen Raum vor, um eine Auseinandersetzung über die spezifische Situation der Gesundheitsversorgung in Bayern zu führen.

Es werden Modelle, Projekte und Initiativen aus Bayern in der ambulanten und stationären Versorgung, im Pharma- und Präventions-Bereich vorgestellt, die Perspektiven einer zukünftigen Gesundheitsversorgung aufzeigt. Außerdem werden Veranstaltungen zu Themen wie: „Alternativen in der kommunalen Gesundheitspolitik“, „Gesundheit am Arbeitsplatz“, „Großkrankenhäuser“, „Gruppenpraxen als Modell“, „Selbsthilfegruppen“, etc. angeboten.

Kontakt:
Gesundheitsladen München
Reisingerstr. 13 Rgb
8000 München 2

Gewerkschafter in der Apothekerkammer Berlin

Zu der am 19.3.83 stattgefundenen Wahl zur 6. Delegiertenversammlung der Apothekerkammer Berlin kandidierte erstmals eine gewerkschaftlich orientierte Liste „Kollegen für Kollegen“. Sie errang 10 der 55 Delegiertensitze. Die 10 Kollegen, die alle der Fachgruppe Apotheken in der ÖTV Berlin angehören, sehen den Schwerpunkt ihrer künftigen Arbeit in der Kammer in den 3 Bereichen Überwachung der Einhaltung der Berufspflichten, Aus-, Fort- und Weiterbildung und Öffentlichkeitsarbeit (hier besonders: Gesundheitserziehung, Informationsveranstaltungen für Laien u.s.w.)

In ihrem Wahlauftritt machten die ÖTV-Apotheker deutlich, daß sie nicht vorhaben, Standespolitik im herkömmlichen Sinne zu betreiben. Sie sehen in der Kammer ein Instrument, daß der ausschließlichen Durchsetzung von Unternehmerinteressen dienen soll. Da die der Apothekerkammer heute (noch) überlassenen Rechte und Pflichten für die Berufspraxis der Kollegen von großer Bedeutung

sind, wollen sie deren Wahrnehmung und praktische Umsetzung nicht länger den rechten Kräften überlassen.

Die Beutelschneider und Kurpfuscher haben getagt:

Vom 29.4. bis 1.5. fand in Hamburg der 8. Deutsche Zelltherapietag statt. Der Zulauf zur dubiosen Zelltherapie hält weiter an, denn — einzig das ist an diesem „Naturheilverfahren“ unbestritten — es bringt Geld. Die Liste der angeblich mit Frischzellen behandelbaren Krankheiten wird deshalb auch immer länger. Selbst Depressionen, Alkoholismus und unerfüllter Kinderwunsch gehören inzwischen dazu.

Wann endlich wird den Quacksalbern ein Riegel vorgeschoben, denen die weiterhin Tumorkranke, Alterspatienten und psychisch Kranke schamlos ausbeuten; die sich nicht einmal scheuen, die Eltern behinderter Kinder durch falsche Versprechen zur Kasse zu bitten? Und schließlich sollte man auch den „Medizin-Journalisten“ der Boulevard-Presse mal ordentlich auf die Füße treten, die ständig weiter durch entsprechende Berichte den Wunderglauben anheizen! (Siehe auch DG 5/82)

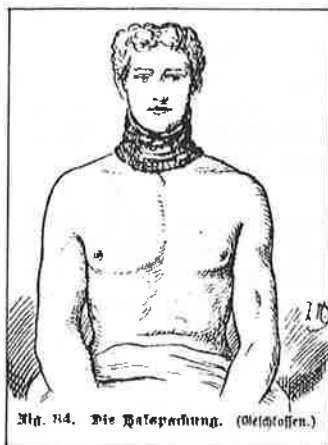
Der „Entbindungspfleger“ kommt.

Die „männliche Hebamme“ — im Beamtendeutsch „Entbindungspfleger“ genannt — soll eine gesetzliche Grundlage bekommen. In Bonn wurde der Gesetzentwurf des Bundesgesundheitsministeriums über den Beruf der Hebamme und des Entbindungspflegers bekannt, der jetzt von den Bundesländern begutachtet werden soll. Der Einbruch des Mannes in diese berufliche Domäne der Frau hatte bereits vorher stattgefunden: Seit 1. Januar ist die neue Ausbildungs-

und Prüfungsordnung für Hebammen in Kraft, die nicht nur die Verlängerung der Ausbildungszeit von zwei auf drei Jahre, sondern auch männliche Anwärter auf diesen Beruf vorsieht. Nach Informationen aus dem Gesundheitsministerium haben sich bislang allerdings nur „ganz ganz vereinzelt“ männliche Bewerber bei den Hebammenschulen angemeldet. Im übrigen trägt der Entwurf, der ein noch aus dem Jahre 1938 stammendes Gesetz ablösen soll, der Tatsache Rechnung, daß das Berufsbild der Hebamme sich gewandelt hat. So ist der Anteil der Klinikentbindungen von 30 Prozent im Jahre 1950 auf 99,3 Prozent 1980 gestiegen. Erst in letzter Zeit geht der Trend wieder leicht zurück in Richtung Hausentbindung. Der Gesetzentwurf unterscheidet nicht mehr zwischen einer freiberuflichen und angestellten Hebamme. Damit fällt auch die Niederlassungserlaubnis als Voraussetzung für eine freiberufliche Tätigkeit fort.

Zu hohe Bleiwerte im Blut: Kündigung statt Veränderung der Arbeitsbedingungen

Bei einer arbeitsmedizinischen Untersuchung wurde bei vier Arbeiterinnen der Mosbacher Keramikfabrik Nerb, die alle Anfang 20 sind, ein überhöhter Bleigehalt im Blut festgestellt. Seit langem ist es jedoch verboten, Frauen in gebärfähigem Alter an bleibelasteten Arbeitsplätzen zu beschäftigen, da es dadurch zu Mißbildungen bei Schwangerschaften kommen kann. Die Symptome akuter gesundheitlicher Schädigung wie auch das Beschäftigungsverbot nahm der Unternehmer zum Anlaß, die Arbeiterinnen zu entlassen, obwohl (mit reichlichem Zeitverzug) die Berufsgenossenschaft die Firma aufgefordert hatte, die Frauen an andere Arbeitsplätze zu versetzen. Als Grund wurde angegeben, daß keine Arbeitsplätze ohne Bleibelastung zur Verfügung stünden.



z.B. vor 1945



z.B. nach 1945

Wichtige Mitteilung für krankenversicherte Patienten

Der Gesetzgeber hat beschlossen, daß ab 1. April 1983 von den Kassen- und Vertragsärzten aus Gründen der Kostenersparnis bestimmte Arzneimittel nicht mehr auf einem Kassenrezept verordnet werden dürfen.

Dies gilt:

- für Arzneimittel bei Ernährungskrankheiten und grippeähnlichen Infekten, die sich als Blinderkrankungen darstellen (z.B. Grippemittel, Schmerzmittel, Hustenmittel und Schnupfenmittel) — Ihr Arzt wird in diesen Fällen insbesondere den Einsatz von bewährten Hausmitteln prüfen und Sie entsprechend beraten.
- für Mund- und Rachenheilmittel (die sind lokal anzuwendende Arzneimittel von leichtem bis mittlerem Wirkstoffgehalt gegen Halsschmerzen oder Läsionen zum Gurgeln).
- für Abführmittel.
- für Arzneimittel gegen Reisekrankheit.

Wir bitten Sie um Ihr Verständnis, daß Ihr Arzt Ihnen diese Arzneimittel künftig nur auf Privatrezept verordnen kann.

Die Krankenkasse zahlt in jedem Fall weiterhin die Untersuchung und die Behandlung bei Ihrem Arzt.

Für Kinder unter 16 Jahren werden die oben genannten Arzneimittel weiterhin auf Kassenrezept verordnet.

Die Krankenkassen in Westfalen, Lippe
Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe

1.4.1983



z.B. nach 1.4.83

Vor dem Arbeitsgericht kam lediglich eine im Vergleich geringe Abfindung für die Arbeitnehmerinnen heraus, während die Frage nach der Schuld der Firma an den Bleiwerten und eine entsprechende Erzwungung von Maßnahmen zur Beseitigung der Ursache der Belastung in den Arbeitsbedingungen unbeantwortet blieb. Der DGB führt jetzt einen Prozeß darum, ob die gesundheitlichen Schädigungen der Frauen durch Blei als Berufskrankheit anerkannt werden.

Termine:

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

- 30. 5.—3. 6.

Springe

Seminar „Unser täglich Brot...“ Zusammenhänge zwischen Nahrungsmittelproduktion — Ernährung — Gesundheit

Kontakt: VHS Hannover, Friedrichswall 13, 3000 Hannover

- 28. 5.—2. 6.

Stuttgart

Pro Sanita, Internationale Fachausstellung für Gesundheit und Natur

Kontakt: Stuttgarter Messe und Kongreß-GmbH, Postfach 990, 7000 Stuttgart 1

- 17.—19. 6.

München

Bayerischer Gesundheitstag 1983

Kontakt: GL München, Reisinger Str. 13, 8000 München 2, Tel. (089) 2 60 72 23

- 20.—23. 5.

Berlin

Volksuni Berlin 1983

Kontakt: Volksuni e.V., Muthesiusstraße 38, 1000 Berlin 41

- 3.—5. 6.

Frankfurt

Überregionales Treffen der Gesundheitsläden

Kontakt: GL Frankfurt, Arnburger Straße 68, 6000 Frankfurt 60, Tel. (0611) 49 04 30

- 17.—18. 6.

Dortmund

„Bewußtsein für den Frieden“

1. Friedenskongreß der psychosozialen Berufe
Kontakt: Anne Börner, Warendorfer Straße 13, 4400 Münster, Tel. (0251) 5 63 22

- 2.—3. 6.

Mainz

„Verantwortung für den Frieden“

Naturwissenschaftler warnen vor neuer Atomrüstung
Kontakt: Prof. Dr. Peter Starlinger, Institut für Genetik, Weyeratal 121, 5000 Köln 41

- 12.—15. 5.

Remscheid

„Pflegen, Erziehen, Behandeln in der Psychiatrie“

Kontakt: DGSP, Postf. 1353, 3050 Wunsdorf 1

Verschiedenes

Kleinanzeigenmarkt

Preis: 5 Zeilen à 25 Anschläge nur 5 DM. Jede Zeile mehr (25 Anschläge) 1 DM. Postkarte an: „Demokratisches Gesundheitswesen“, Siegburger Straße 26, 5300 Bonn 3

Suche demokratische Leute aus gesamten **Zahnmedizinischen** Bereichen, die Interesse an der Gründung einer **Gemeinschafts-Praxis** haben. Wünsche mir zunächst theoretische Auseinandersetzung zur Erarbeitung eines gemeinschaftlichen Arbeitskonzeptes.

Großraum: Düsseldorf — Essen — Wuppertal — Mettmann erwünscht.

Kathrin Eckhardt, (02102) 519 06, Gut Auger, 5628 Heiligenhaus.

Bestehende **Gruppenpraxis** in **Bremen** (zwei Arzthelferinnen, zwei Ärzte und ein Sozialpädagoge) sucht **Gynäkologin**, die Lust hat, in 1—2 Jahren bei uns einzusteigen. Niedrige Bezahlung wird zugesichert. Freudige Anfragen an Ria oder Ronda.

Telefon (abends) (0421) 70 31 60 oder 59 35 45

Mit freundlichen Grüßen

Studienreise zum Gesundheitswesen Cuba 83

Rundreise: Havanna — Santiago — Camaguey — Holguin — Cienfuegos — Varadero — Havanna.

11.9. — 1.10.1983

Preis: ca. 3.100,— DM

Näheres bei: A. Henn, Theodor-Heide-Straße 62
7 Stuttgart 50, oder: Freundschaftsgesellschaft
BRD-Cuba, Sternburgstraße 73, 5300 Bonn 1

GESUNDHEIT auf der VOLKSUNI Berlin 1983

Das ist nicht nur etwas für Gesundheitsfanatiker! Die VOLKSUNI, die in diesem Jahr zum vierten Mal in Berlin stattfindet, will zur Entwicklung einer politischen Kultur beitragen, welche die unterschiedlichen Linkskräfte verbindet. Auf der VOLKSUNI treffen sich sonst eher Getrennte: Frauenbewegung und Arbeiterbewegung, Wissenschaft und Kultur, Ökologie- und Friedensbewegung, Christen und Gesundheitsbewegung. Unsere Gesundheitsveranstaltungen verstehen sich als Teil des Gesamtprojekts:

- Die somatische Kultur der Frauen und die staatliche Gebärpolitik (Marianne Rodenstein)
- Brille-nein-danke! Gesundheitsfanatismus oder Weg zum besseren Sehen? (Dieter Borgers)
- Was wir von BILD lernen können — Arbeit und Gesundheit als Bildungsthemen (Berliner Infoladen für Arbeits und Gesundheit = BILAG)
- Rheuma-Selbsthilfe: Wege aus der Bewegungslosigkeit (Rheuma-Börse im Gesundheitsladen Berlin)

— Programmierinnen / Programmierer — ein Arbeitsverhältnis, das kaputt macht (Barbara Nemitz)

Wir hoffen daher, daß Ihr die hier angesprochenen Fragen in den anderen Veranstaltungen auf der VOLKSUNI weiterverfolgt und mit den dort entwickelten Problemsichten konfrontiert. Auf diese Weise könnt Ihr ein Netz von aufeinander verweisenden Problembereichen knüpfen, in dem Ihr Euch nicht verheddert, sondern dessen Struktur klarer macht, wie eins mit dem anderen zusammenhängt: So können die Netze der Herrschaft in Netze der Befreiung umgeknüpft werden. Das vollständige **Programmbuch** gibt's für 5,— DM an 1. Mai. Es ist ebenso wie die **Gesamt-Eintrittskarte** (25,— DM für Nichtverdienende bzw. 40,— DM für Leute mit ein bißchen Geld) und die VOLKSUNI-Briefe erhältlich beim: VOLKSUNI-Büro, Muthesiusstr. 38, 1000 Berlin 41, Tel.: 030 / 792 89 20. Konto: Volksuni e.V., Bank für Gemeinwirtschaft Berlin, Konto-Nr.: 111 564 2100 (BLZ 10010111). Schreibt uns, was Ihr wollt, und überweist das Geld (beim Programmbuch bitte 1,50 DM Porto zusätzlich, fragt aber auch bei linken Buchhandlungen und bei der Büchergilde danach!) — uns finanziert niemand außer Euch!



Themen in AIB 3/1983:

Vor dem Delhi-Gipfel der **Nichtpaktgebundenen** • Reportage aus **Nikaragua**: „No Pasaran!“ — Sie kommen nicht durch! • Der Fall der **Miskito-Indianer** • **El Salvador**: Die Befreiungsbewegung auf dem Vormarsch • **Mittelamerika**: 2 Millionen auf der Flucht • **Israel** — Waffengehilfe der USA in Mittelamerika • **Argentinien**: Der „Marsch für die Demokratie“ • Neue Trends in **Chinas Außenpolitik** • **Südkorea** wird auferüstet • **Moçambique**: Innerer Wandel unter äußerem Druck • **Kultur**: „Yo!“ — der rebellische Weg des Yilmaz Güney • Wahlprüfsteine Entwicklungspolitik • Karl Marx und die Dritte Welt • Neuerscheinungen zum **Südlichen Afrika** • Infodienst • Kurzinformationen • **Kommentar**: Von wegen chemischer Krieg

Einzelheft 2,50; Jahresabo 25,— DM; bei Abnahme von 10 und mehr Exemplaren 33% Rabatt.

- ☐ Ich möchte ein Probeexemplar
☐ Ich bestelle AIB, Nr. 3/1983
☐ Ich abonniere das AIB ab Nr.

Name:

Adresse:

Datum/Unterschrift:

Bitte einsenden an:

AIB

LIEBIGSTR. 46. 3550 MARBURG

Dat is en Job

von Astrid und Ludger (Bonn)

Zur Einleitung wollen wir uns und unsere Tätigkeit kurz vorstellen. Wir sind Krankenschwester und Krankenpfleger in einem Neurologischen Rehabilitationszentrum. Auf unserer Station arbeiten wir mit einem guten Personal/Patienten-Schlüssel, 7/13, davon 5 Examierte und 2 Zivis. Gegenüber den meisten Akutkrankenhäusern sind wir in der glücklichen Lage, unseren Patienten eine umfassende Versorgung zu geben. Medizinisch, therapeutisch und z.T. auch nachsorgereich.

Unsere „Opfer“ kommen aus allen Bevölkerungsschichten, haben alle Arten neurologischer Krankheiten und werden meist direkt aus dem Akutkrankenhause zu uns überwiesen. Einen großen Prozentsatz unserer Patienten können wir, zwar behindert, aber doch gesundheitlich und seelisch stabil entlassen. Diese Patienten lassen sich schon während der Behandlung gut in den Therapieablauf integrieren.

Wesentlich mehr Kopfzerbrechen bereiten uns die chronisch kranken Patienten. Das sind für unsere Arbeit: MS-Kranke, Epileptiker, Apoplektiker, Behinderte – durch Verschleiß (Berufskrankheiten), nach Intoxikationen, oder zur Nachsorge bei Patienten mit länger zurückliegenden Schädel-Hirn-Trauma.

Schöne Stinkerei

„Können Sie dem Herrn K. nicht mal die Fingernägel säubern und schneiden, es ist doch sehr unappetitlich, mit diesem Patienten zu arbeiten.“ „Tja, Fr. Dr., wenn er mitmacht, gerne, uns stinkt ja auch, wie der immer rumläuft. Aber mit Zwang läuft bei ihm rein gar nichts, dann wird er aggressiv, und was sollen wir machen, wenn er so gern in seinem Kot popelt? Selbst die Psychologen haben resigniert.“

Jeden Tag die gleichen Lappalien, die da auf den Tisch kommen. Aber wer sagt denn, daß K. mittlerweile redet, ißt und seine Anfallsmedikamente freiwillig nimmt. Daß er läuft und mittlerweile wieder lacht? Er bezieht ja sogar sein Bett wieder frisch, wenn er eingekotet oder uriniert hat. Offensichtlich braucht er die Schweinerei. Hätte was mit Gefühlen und Befriedigung zu tun, sagen die Experten. – Schöne Stinkerei. –

K.-Zustand nach schwerer Kopfverletzung mit schwerem organischen Psychosyndrom, Halbsseitenlähmung rechts, Aphasie, totale Verweigerung und 3/4-jähriger Psychatrieaufenthalt (Festbinden, Zwangsernährung) mit dementsprechenden Hospitalismusschäden.

Und dann fragen die Eltern auch noch, wann er denn sein Studium fortführen kann. Ich glaube, die leben auf dem Mars. Denken, jetzt haben sie ihren Säugling wieder und können ihn nochmal durch's

System ziehen. Als wenn der nicht die Schnauze davon voll hat, und sich, vor die Alternative gestellt, lieber in sich selbst zurückzieht, um so die Alten mit ihren Normen zu ignorieren.

Irgendwie gehören wir ja auch zum System. Executive!? Ergo ignoriert er auch uns, jedenfalls in Bezug auf Sauberkeit und Kleidung. Wie willst'e denn da raus? Auch in die Hose scheißen, um ihm so die Absurdität und Hoffnungslosigkeit seines Selbststreiks klarzumachen? – Auch keine Lösung. – Patentrezepte gibt es nicht. Politik der kleinen Schritte; tricksen, reden, tricksen, dann wird's schon werden.

Ohne Wille kein Erfolg

Da schreit sie schon wieder: Schwester, Schwester, Schwester... wie ein Tonband. Daß an ihrem Bett eine Klingel hängt, die auch funktioniert, wird sie wohl nie begreifen; will sie auch gar nicht. Die hört sich halt selbst so gerne. War früher Verkäuferin in der Damenoberbekleidungsbranche. Da muß man auch reden, bis der Mund in Fransen hängt.

Ein Decubitalgeschwür hat sie am Steiß, daß man eine Faust reinlegen könnte. Da trifft sich Proteus aus München mit Staphylokokkus aus Hamburg und lästern über den lächerlichen Strepto aus Köln, der einen verzweiferten Frontkrieg gegen das quecksilbrige Metall aus der Flasche führt.

Jeden Katheter reißt sie raus, und wenn das Bett so richtig schön naß ist, dann fühlt sie sich für 10 Minuten glücklich. 2 Zentner wiegt die Lady. Als sie zu uns kam, lag sie flach auf dem Rücken. Alle Gliedmaßen von sich gestreckt und mangels Bewegung kontrahiert. Da hatten wir noch Kontrolle über ihr Gewicht. Bei strenger Reduktionskost kein Wunder. Es ging ja auch ganz gut runter das Gewicht. Jetzt haben wir sie so weit, daß sie alleine im Rollstuhl fährt, – wenn sie will. Abervon Wille keine Spur. Total verlangsamt und völlig antriebsarm ist sie. Ihr großes Geschäft erledigt sie jetzt zwischen Station und Krankengymnastik. Die hat sie dann auch geschwänzt und wird wieder hochgeschickt. – Weil sie so unangenehm riecht, findet sich immer ein Patient oder Besucher, der sie wieder auf Station schiebt, uns vorwurfsvoll anguckt und auch noch fragt, ob wir die Leute denn nicht sauber halten können.



Kontinent ist sie ja – theoretisch. Aber in der Praxis ist es viel bequemer in die Hose zu machen. Die Krankengymnastinnen sagen, eigentlich müsse sie jetzt laufen können, nur zu dick sei sie.

Alleine, also aus eigenem Antrieb, fährt sie nur, um Schokolade oder Sirup zu organisieren, sagen böse Zungen. Da ist auch was dran. Das Schild „Bitte keine Süßigkeiten geben“, das hinten am Rollstuhl befestigt werden sollte, haben wir dann doch verhindert. Die Dame ist eine gestandene 40-er-in. Wir sind doch nicht im Zoo.

Hauptsache von der Straße

Doch wenn man sich am Wochenende die Besucher anguckt, kann man sich manchmal des Eindrucks nicht erwehren, daß da manch einer kommt, sich 'ne Gänsehaut zu holen, bei all den „exotischen Wesen“. Den mit der Lochplatte als Stirnbein oder den kleinen Spanier, der durch's Haus geht wie ein Zombie. Die Arme weit vorgestreckt und so richtig schön stereotyp staksend.

Die Gesunden da draußen verstehen nicht, was wir hier tun. Fragen nach wertigem und minderwertigem Leben kommen da beim Sonntagnachmittagskaffee raus. Und: lohnt sich das denn? Oder: Sind die später nicht eine Belastung? Und: Was kostet UNS das denn alles? Sie sehen, verstehen aber nicht, daß wir eine Minderheit unterstützen und versuchen, den Opfern ihrer Leistungs- und Konsumgesellschaft ein weitgehend selbständiges Leben wieder zu ermöglichen. Anders ist die Umverteilung der Kosten zu Lasten der Betroffenen nicht zu verstehen (Gesetzesnovelle vom 1.1.83). Das Selbstverständnis, mit dem in den Bettenburgen operiert und experimentiert wird, hört da auf, wo es bei der Bewilligung von Hilfsmitteln für die Behandlung und Pflege chronisch kranker Menschen notwendig wäre. Da werden Rollstühle, Gehstöcke, Lagerungskissen, Eß- und Lesehilfen, Umbauten verweigert, wo eine berufliche Eingliederung fraglich ist. Beantragte ambulante Pflege wird abgelehnt – eine Unterbringung in einem Pflegeheim befürwortet. Behinderte finden nur sehr schwer eine passende Wohnung. Oft denkt man: Hauptsachen von der Straße.

Gesunde Aggression und fester Wille sind Grundvoraussetzung für die Wiedereingliederung.

Jeder Mensch hat ein Recht auf Leben und Öffentlichkeit. Jeder will für voll genommen werden. Chronisch Kranke, für unsere Klinik Behinderte, haben im Laufe ihrer Krankheit ein sehr feines Gespür dafür entwickelt, wann etwas über ihren Kopf weg entschieden wird. Sie antworten dann mit resignativer Wut und Unruhe. Sie sind unausgeglichen und mutlos. Wir aber brauchen beim Patienten eine

gesunde Aggressivität und einen festen Willen, innere Ruhe und vor allem sein volles Vertrauen.

Wie zum Beispiel bei Herrn E. Herr E.: Apoplektiker mit spastischer Halbseitenlähmung rechts, totaler Aphasie und anfangs völlig hilflos. Aber eine Anspruchshaltung wie ein Kaiser. Wenn nicht alles nach seiner Pfeife tanzte, war der Teufel los. Anfangs brauchte er eine Pflegeperson für sich allein. Bei ihm ging es dann darum, die Aggression und das Selbstmitleid in Wille, Ausdauer und Kraft umzuformen. Sich Zeit lassen, auf ihn eingehen wo es notwendig und sinnvoll war, die unzusammenhängenden Silben der Aphasikersprache durch die Gestik zu verstehen. Ihm ein erreichbares Ziel vor Augen zu stellen und den Weg über Selbstdisziplin aufzuzeigen. Daß hieß: loben, loben, loben. Für jeden kleinen Schritt, den er wieder geschafft hatte, und wehe wir hatten einen übersehen. Das hieß aber auch, hartnäckig sein im Verweigern von Hilfeleistungen, geschicktem Taktieren, der Zusammenarbeit aller Bereiche, der Unterweisung der Ehefrau in die Problematik, vor allem aber seinem



willensstarken Charakter war es zu verdanken, daß wir den Patienten zu Fuß nach Hause entlassen konnten: Vollgepackt mit Körben, Tablets, Schnitzereien, – alles selbst produziert, mit einer Hand. Den Rollstuhl wird er wohl noch für eine Weile für größere Strecken brauchen, aber Jahre spielen bei der Rehabilitation keine große Rolle.

Unkenntnis und Mitleid, die großen Feinde der Behinderten.

Eben ruft eine Ärztin an und fragt nach ihrem Patienten, den sie vor 3 Wochen zu uns überwiesen hat. „Die Schwestern hätten sich so rührend um ihn gekümmert und ins Herz geschlossen. Man frage sich, was er denn wohl mache. Er habe doch so schlimme Kontrakturen und offene Stellen gehabt. Ob er denn schon wieder laufen könne, zu reden habe er ja schon bei ihnen angefangen.“

Wir haben herzlich gelacht. Die mangelnde Praxis sei dieser Ärztin gut geschrieben. Aber im Ernst: Was soll man Angehörigen auf diese verständliche Frage antworten?

Noch so ein Fall: Da kommen Eltern eines jungen Griechen, der nach einem schwe-

ren Betriebsunfall zu uns kam, jedes Wochenende und fragen, wann ihr Sohn denn wieder laufen kann. Sie stopfen ihn voll mit Süßigkeiten, so daß er montags 3 Kilo zugenommen hat. 3 Kilo, die seine Beine mehr tragen müssen. Mütter haben ja ein ganz besonderes Verhältnis zu ihren Söhnen, aber muß sie 48 Stunden an seinem Bett sitzen und heulen wie ein Schloßhund? – Reaktion – Besuchsverbot für 4 Wochen und danach auch nur noch ohne Tränen. Anordnung des Stationsarztes.

Ein hartes Geschütz, aber das Vorgehen trägt Früchte. Der Junge läßt sich nicht mehr so „hängen“. Er gewöhnt sich mit der Zeit an bestimmte Zeiten zur Darmentleerung, meldet sich zum Urinieren, geht freiwillig zu den Therapien, zieht sich alleine an und aus, wäscht sich alleine, und nach 51 Wochen können wir ihm eine Tragetasche in die linke, seine Mutter in die rechte Hand geben und zum Taxi schicken. Aufrecht gehend, lachend, nach allen Seiten grüßend, ganz Kavalier. Da kommen selbst mir die Tränen. Auch wenn ich weiß, daß er immer noch total vergeblich ist und nie allein wird leben können.

Grenzenlose Flexibilität

Aufenthaltsdauer der Patienten bis zu einem Jahr bedeutet für uns Konfrontation mit allen Belangen des Patienten (Behinderung, Familie, Kostenträger, Sexualität, Hilfsmittel etc.). Nur wenige Krankenpflegeschulen bereiten ihre Schüler genügend auf diese Problematik vor. Da hält ein Psychologe Vorträge zu diesem Thema oder eine Schwester gibt Unterricht im Umgang mit sterbenden Kranken. Viel mehr kann man wohl von einer Schulmedizin, die immer noch symptomatisch, nicht aber ursächlich lehrt, kaum erwarten. Die oft geistige Behinderung chronisch Kranker fordert Mitdenken, kein Bevormunden. Also volles Engagement. Feste Pausen können wir vergessen; Kleidervorschriften gehören der Vergangenheit an – nur kochfest und leger muß sie sein. Gemeinsames Essen und Gesellschaftsspiele mit den Patienten in der Teeküche sind ein tägliches Muß. Chronisch Kranke brauchen einen festen Rhythmus. Dieser Tagesablauf, der im individuellen Therapieplan festgelegt ist, ist notwendige Voraussetzung für die Erreichung des Therapieziels. Der Plan und das Ziel werden vom Arzt festgelegt und vom Team bearbeitet. Am Team liegt es, dem Patienten ein möglichst humanes Umfeld zu geben. Ein Umfeld, auf das er sich im Bedarfsfalle stützen kann, an dem er seine Wut und seinen Frust ablassen, mit dem er aber auch seine Freunde über erzielte Fortschritte teilen kann. Von uns wird grenzenlose Flexibilität erwartet. Das fordert immer wieder heraus, führt zu einer Solidarisierung mit eben jenen Minderheiten, deren Tatkraft und Wille auch uns immer wieder aufrichtet, und gibt uns an jedem Arbeitstag das Gefühl etwas wirklich Sinnvolles zu tun...



Schlecht einstellbarer Bluthochdruck

Von Peter Walger

»Schlecht einstellbarer Bluthochdruck« stand auf dem Überweisungsschein. Im Herbst 1981 sah ich Frau H. aus einem Dorf im nordwestlichen Münsterland zum ersten Mal. Ihr Hausarzt hatte sie auf ihr Drängen hin in die Poliklinik der Uni Münster überwiesen.

Die Medikamente würden nicht wirken, die meisten könnte sie nicht vertragen, es seien schon so viele ausprobiert worden, sie sei fertig mit den Nerven.

Frau H. machte einen abgeschlagenen Eindruck, sie war stark übergewichtig, wirkte auf mich eher depressiv. Zu Hause sei alles in Ordnung, sie habe 4 Kinder und einen Mann. Öfter habe sie schon mal versucht, abzunehmen, aber es hätte noch nie geklappt.

Den Bluthochdruck habe sie seit mehr als 10 Jahren, auch ihre Mutter habe hohen Blutdruck gehabt.

Erst 'zig Medikamente. . .

Über 15 verschiedene Medikamente zur Blutdrucksenkung hätten die Ärzte schon ausprobiert, nichts würde helfen.

Vor 6 Monaten hätte sie ihr Hausarzt zum Psychiater überwiesen, der habe 2 Medikamente verrieben, die sie seitdem einnehme. Geholfen hätten sie nicht, nur müde sei sie davon. Nachts kämen aber immer die Kopfschmerzen, mit Schlafen sei es dann nichts mehr.

. . . dann zum Psychiater

Als ich sie untersucht hatte, und als die Ergebnisse der Labor- und technischen Untersuchungen vorlagen, schrieb ich dem Hausarzt im klinischen üblichen Stil: »... handelt es sich bei Frau H. um eine 52jährige Pat. mit essentieller Hypertonie bei Adipositas und beginnendem sek. Nieren- und

Herzschaden. . . Therapeutisch empfehlen wir Gewichtsreduktion bei kochsalzreicher Kost und zusätzliche Verordnung eines Diuretikums. Weiter eingenommen werden sollten der β -Blocker und der Vasodilatator. Alle übrigen Medikamente sollten abgesetzt werden. Wir bitten um Wiedervorstellung in 14 Tagen. Mit freundlichem Gruß. . .«

In einem ersten Gespräch hatte ich Frau H. die Untersuchungsergebnisse erläutert und die Behandlung erklärt. Gewichtsabnahme, regelmäßige Tabletteneinnahme, Kochsalzeinschränkung, Bedeutung von Entspannung, mögliche Nebenwirkungen; sie hatte nur genickt. Als sie ging, vereinbarten wir einen neuen Termin.

Für einen Moment kam mir der Gedanke, daß alles ein bißchen zu glatt, zu lehrbuchhaft verlaufen war. »Sie müssen Gewicht abnehmen«. . . wie oft mag ihr das schon jemand gesagt haben. »Sie müssen die Medikamente regelmäßig einnehmen«. . . den Satz dürfte sie schon auswendig kennen.



Als ich sie das nächste Mal sah, hatte sich gar nichts geändert. Die gleichen Beschwerden, die gleichen Argumente. Der Blutdruck war weiterhin hoch, sogar zugenommen hatte sie.

Ich sprach sie noch einmal auf ihre familiären Verhältnisse an. Nein, da sei alles in Ordnung. Sie hätte zwar viel Arbeit, das Geld würde nicht langen, deshalb gehe sie dreimal in der Woche Putzen, aber ansonsten gäb' es nur die üblichen Probleme.

Die Antworten kamen zu schnell, sie wirkten ausweichend, immer wieder kam Frau H. auf die Medikamente zu sprechen. Selbstverständlich hätte sie sie regelmäßig eingenommen. Ich wiederholte mich, erklärte noch einmal das Risiko des hohen Blutdrucks und die Wichtigkeit der Behandlung. Sie nickte wieder nur.

Als am anderen Tag die Urinprobe den Nachweis erbrachte, daß die Medikamente nicht eingenommen worden waren, hatte ich zwar einen möglichen Grund für die weiterhin erhöhten Blutdruckwerte, aber eine Erklärung, warum sie genau das Gegenteil behauptet hatte, noch lange nicht.

Zweifel am Behandlungskonzept

Ich bekam Zweifel an meinem Vorgehen der Patientin gegenüber. Ich merkte, daß ich einfach zu wenig über die tatsächlichen Verhältnisse bei ihr zuhause wußte.

Schließlich sind wir keine Hausärzte in Münster, versuchte ich mir einzureden. Die Universitätsversorgung erfüllt eine Spezialistenfunktion. Wir können den Hausärzten nur diagnostische Hilfestellung geben und Therapievorschlüsse machen. Anspruch und Wirklichkeit stimmten nicht überein. Die hausärztliche Versorgung bei Frau H. bestand in einer Überschüttung mit Medikamenten und einer zunehmenden Psychiatrisierung.

Schlechte Basisversorgung. . .

Aus diesem Defizit heraus entstehen bei ihr der Wunsch nach einer Expertenversorgung, »in Münster wird mir hoffentlich geholfen. . .«, die Hoffnung auf ein Wundermittel oder ein anderes Allheilmittel.

Da es dies nicht gibt, schließt sich der Kreis; Münster kann offensichtlich nicht helfen; weil wichtige Voraussetzungen fehlen. Diese müßten eigentlich vom Hausarzt erfüllt werden.

. . . kann nicht durch Experten ersetzt werden

Als mir zunehmend klar wurde, daß hier die eigentlichen Schwierigkeiten lagen, rief ich den Hausarzt von Frau H. an. Es lohnt sich nicht, das Gespräch im einzelnen wiederzugeben. Es spiegelte schlaglichtartig den momentanen Zustand der kassenärztlichen ambulanten Versorgung in der Bun-

desrepublik wider. — Überfüllte Wartezimmer, Zwei-Minuten-Medizin, Massenverschreibung von Medikamenten, keine Zeit für Gespräche, Unkenntnis über die familiären und sozialen Lebensverhältnisse der Patienten. Der Hausarzt kannte Frau H., er hatte sie gegen seinen Wunsch nach Münster geschickt, sie sei unzuverlässig, das sähe man ja schon am Gewicht, ansonsten könne er nur auf die bisherigen Untersuchungsergebnisse verweisen.

Als ich Frau H. das nächste Mal sah, konfrontierte ich sie mit dem Ergebnis der Urinprobe. Ich äußerte meine Zweifel über ihre »normalen« familiären Verhältnisse. Ich brauchte gar nicht nachzufragen, es brach nur so aus ihr heraus — Koch-, Putz- und Nähfrau für den Mann und die 4 Kinder, von denen 3 schon über 18 Jahre alt waren, bereits arbeiteten, aber immer noch zuhause wohnten, zugeteiltes Haushaltsgeld, das selbstverdiente Geld durch Putzarbeit mußte abgegeben werden, nie Urlaub, häufige Gewaltanwendung durch den Ehemann. Bis auf die Tochter keinerlei Unterstützung durch die Kinder, erst recht nicht durch den Mann, kein Verständnis für die chronische Krankheit und die damit zusammenhängenden Beschwerden. Das Gefühl des völligen Ausgeliefertseins an diese Verhältnisse, keine Alternative zu haben, nur auf sich selbst gestellt zu sein, mache sie fertig. Oft würde sie daran denken, Schluß zu machen, Medikamente dazu hätte sie genug gesammelt. Wenn sie

nach Münster führe, müsse sie vorkochen, sie stünde dann bis spät abends in der Küche. Sie führe aber gerne zur Poliklinik, das sei das einzige Mal, daß sie rauskäme. Hierfür würde ihr Mann ihr auch die Wagenschlüssel geben. Essen sei ihre einzige Freude.

Das medizinische Vokabular verschleiert die Verhältnisse

Ich mußte an unseren ersten Brief an den Hausarzt denken: »... handelt es sich um eine essentielle Hypertonie bei Adipositas... Therapeutisch empfehlen wir Gewichtsreduktion bei kochsalzreicher Kost und zusätzliche Verordnung von...«.

Mir erschien der Brief fast wie ein Hohn auf die tatsächlichen Verhältnisse, unter denen die Patientin lebte.

... zugunsten der miserablen Versorgung

»Schlecht einstellbarer Bluthochdruck«. Das medizinische Vokabular bringt die Verhältnisse auf den Begriff. Eine Funktion des menschlichen Organismus, der Blutdruck, ist nicht normal und durch die bisherigen Korrekturversuche noch nicht wieder normal. »Schlecht einstellbarer Bluthochdruck« — mehr darf das medizinische Vokabular nicht beschreiben, andere Verhältnisse dürfen nicht auf den Begriff gebracht werden. Man stelle sich nur vor, es gäbe eine medizinische Diagnose, die

die tatsächlichen Verhältnisse von Frau H. erfaßt, z. B.:

- Sozial bedingter Bluthochdruck bei Gewalt und Unterdrückung in der Ehe oder
- Erworbener Bluthochdruck mit Verschlechterungstendenz bei Expertenversorgung oder
- Frauenbluthochdruck bei psychosozial bedingter Ausweglosigkeit der Lebenssituation.

Es ergäben sich ja eine Fülle von Änderungsideen bezüglich möglicher Behandlungsalternativen. Zumindest aber käme man auf die Idee, daß die bestehende medizinische Versorgung chronisch Bluthochdruckkranker erhebliche Mängel aufweise.

Im Falle von Frau H. war der Kontakt zum Hausarzt eine Sackgasse. Der Versuch, ein Gespräch mit der Familie herzustellen schlug fehl, auch bei Einschalten des örtlichen Pfarrers. Eine Diätbetreuung gab es am Heimatort nicht, ebenso eine Initiative ähnlich betroffener Frauen nicht. Außerdem fürchtete sich Frau H. vor solchen Schritten, sie hatte Angst vor Reaktionen aus dem Dorf.

Sie kommt weiterhin regelmäßig nach Münster.

Der beschriebene Fall ist authentisch. Die Initialie des Namens sowie Angaben über den Wohnort wurden geändert.



JEDER KANN ES SCHAFFEN. MIT DER ZEIT UND MIT DEM BHW.

Das eigene Heim – wer davon träumt, der sollte jetzt etwas dafür tun: Bausparen.

Bausparen ist fast die einzige Möglichkeit, an günstiges Baugeld zu kommen.

Bausparen ist die am höchsten vom Staat geförderte Sparform.

Bausparen beim BHW ist jetzt noch attraktiver: zum Beispiel durch 4% Guthabenzinsen

im BHW/Vermögensbildungs-Tarif.

Sprechen Sie deshalb gleich mit Ihrem BHW-Berater, oder rufen Sie ihn an. Das BHW steht in jedem örtlichen Telefonbuch.

BHW

Bausparkasse
für den öffentlichen Dienst.

Gute Diabeteseinstellung – wozu?



Lernen, mit dem Diabetes gesund zu leben

von Heike Lange-Antonin

Zu mir: Ich bin ein Mensch – von Beruf: Diplom-Pädagogin; meine Tätigkeit: Diabetikerschulung und Schulung über Diabetes und Diabetikerschulung; ich bin seit 18 Jahren auch Diabetikerin.

Menschen, die mit der Zuckerkrankheit leben und arbeiten, sind zunächst die Diabetiker! An diesem Leben nehmen mehr oder weniger teil: die Familie – die Lebenspartner – Freunde – die Krankenschwester – Diätassistentin – MTA – Ärzte.

Jede dieser Gruppen ist unterschiedlich betroffen: Diabetiker müssen mit ihrem Diabetes leben, können ihn nicht ablegen, nicht vergessen, können sich seiner nicht entledigen, müssen ihn in jeder Lebenssituation bedenken, sie müssen versuchen, ihren Diabetes zu bewältigen, in ihre Lebenszusammenhänge zu integrieren. Die Fachleute sehen weniger die zu bewältigende Lebenssituation; sie sehen den Diabetes als Krankheit, die man (der Fachmann und der Diabetiker) beherrschen muß.

Aus diesen legitim unterschiedlichen Sichtweisen und Standpunkten ergeben sich mannigfaltige Schwierigkeiten auf beiden Seiten.

Ich werde versuchen, einige davon aus der Sicht des Diabetikers, also des direkt Betroffenen zu schildern, Erfahrungen, die in ähnlicher Form von jedem Diabetiker gemacht werden. Die Schilderung ist also keine persönliche, sie faßt das Erleben von Diabetikern, mit denen ich lebe, arbeite und lerne und mit denen ich in einer Selbsthilfe-

gruppe Erfahrungen austausche, diskutiere, praktikable Lösungen suche, zusammen.

Das (Er-)Leben eines an Diabetes Erkrankten kann in etwa drei Phasen eingeteilt werden:

1. Phase: Ich werde Diabetiker

In der Regel kennt der Diabetiker zu Beginn seiner Erkrankung nichts oder wenig von Diabetes (schlimm, kein Zucker essen). Sein primäres Interesse ist es, alles über den Diabetes zu erfahren, Hilfen für seine Lebenspraxis zu bekommen, die notwendigen, sofort einsetzenden Maßnahmen zu verstehen.

Im Krankenhaus erfährt er meistens nichts!!

Er weiß nicht, daß er Insulin bekommt, was ein normaler Blutzuckerwert ist, wie er „eingestellt“ wird, welche Behandlungs- und Ernährungsprinzipien gelten. Erst am letzten Tag bekommt er einen Diätplan und das Spritzen beigebracht. Anweisungen und Verbote, die meist an ihm vorübergehen, weil er sich auf zu Hause freut und keine Einsicht in bestimmte Notwendigkeiten hat. Häufig weiß er nicht, was eine Unterzuckerung ist, (der nächste Krankenhausaufenthalt ist vorprogrammiert) usw.

Zu Hause kommt er mit dem Diätplan nicht zurecht, spritzt, geht zum Hausarzt. Der Hausarzt hat kaum Zeit, hört oder versteht die Fragen des Diabetikers nicht, weiß selber wenig von Diabetes. Der Diabetiker ist völlig auf sich gestellt, isoliert und abhängig und – mogelt sich so durch.

Er hält sich zunächst an einige Regeln, läßt sie bald fallen, weil er dadurch keine Beeinträchtigungen bemerkt, geht alle 4 Wochen nüchtern zum Hausarzt, freut sich über gute Werte, ist traurig über

schlechte Werte, kann sich wenig erklären, hat ein schlechtes Gewissen und gibt seine Bemühungen – mangels Wissen und Motivation – auf.

Exkurs:

Dabei ist Diabetes im Prinzip einfach zu behandeln. Einziger Parameter ist der Blutzucker, der so normal wie möglich sein soll, und dies wird erreicht durch tägliche Kontrolle und Anpassung des Essens, der Insulindosis, der körperlichen Tätigkeit.

Alles was der Diabetiker braucht, ist die Anregung und Motivation (nicht die Erlaubnis!) sich selber, seinen Körper, sein Blutzuckerverhalten zu erforschen. Er braucht gute Urin- und Blutzuckerselbstkontrollmethoden, ein gutes Insulin (d.h. möglichst physiologisch, mit passendem Wirkprofil), Ernährungsempfehlungen. Außerdem partner-schaftlichen Rat und Unterstützung durch den Fachmann. Diese Unterstützung ist gleichzeitig eine Motivationshilfe. So kann der Diabetiker gleich zu Anfang Verantwortung für seine Erkrankung übernehmen und Erfahrungen sammeln und macht sich nicht, bzw. wird nicht abhängig gemacht von einem mehr oder (leider meist) weniger kompetenten Arztes.

Lernt der Diabetiker von Anfang an, selbstständig bei der Behandlung seines Diabetes mitzuarbeiten, so lernt er auch begründete Entscheidungen über seine Therapie zu fällen, wird in seinen Bemühungen ernst genommen und kann Fehlentscheidungen und Verhalten wider bessere Einsicht richtig beurteilen. Er erntet keinen erhobenen Zeigefinger, sondern sucht gemeinsam mit dem Arzt interessiert Begründungen und Lösungen. (Es gibt dann keine „Diätsünden“ mehr, sondern nur mehr oder weniger einsichtiges Fehlverhalten, das geändert

werden kann.)

2. Phase: Ich versuche mit meinem Diabetes zu leben

Das erste, was ein Diabetiker lernt, ist leider nicht sachgemäßer Umgang mit seiner Erkrankung, sondern: sich unauffällig zu verhalten, nicht auffallen, weder beim Arzt, noch in der Familie, noch in der Schule/Beruf.

Dies erreicht er etwa so: Vor jedem Arztbesuch wird der Blutzucker „frisiert“, indem sich der Diabetiker genau an seine Anweisungen hält, oder einfach weniger ißt (wenn er nämlich seinen Diätplan gar nicht versteht – woher soll er auch wissen, was die Buchstaben BE bedeuten und wie sie in Lebensmittel umzusetzen sind, wenn er dies nie gelernt, geschweigen denn geübt hat).

Oder spritzt einfach mehr, als ihm erlaubt ist. (Was zeigt, daß er das Grundprinzip der Behandlung ja schon verstanden hat!) Dies verursacht zwar Gewissensbisse, weil er gegen ein Verbot (nie die Insulindosis ändern!) verstößt, aber so bekommt er alle vier Wochen einmal gute Blutzuckerwerte hin. Nach dem Test (oft werden nur die Nüchternwerte überprüft), geht er erstmal gut frühstücken, um sich für den Streß zu belohnen und um Unterzuckerungen vorzubeugen. Der Arzt ist zufrieden, verschreibt alles und entläßt den Diabetiker wohlwollend.

Dieser geht nach Hause und ist bemüht, seine Blutzuckerwerte so hoch zu halten, daß er keine Unterzuckerungen bekommt; diese sind sehr unangenehm; vor allem in Situationen, in denen man nicht auffallen, d. h. nichts essen will. So lebt er mit seinem Diabetes, schadet täglich seiner Gesundheit, verkürzt seine Lebenserwartung und – weiß es nicht. Denn er fühlt sich sehr wohl mit Blutzuckerwerten bei 200 – 300 mg %.

Die Familie beteiligt sich an diesem Leben mit Fragen: Wie hoch ist denn der Zucker? (Je höher desto schlimmer!) Darfst Du das? Mußt Du nicht? Das Stückchen kannst Du doch essen? Darfst Du Dich denn anstrengen? usw.

Auf jeden Fall wird der Diabetiker in eine Sonderstellung gedrängt. Er stößt auf Mitleid, Neugier und Ablehnung; entwickelt dadurch selber Selbstmitleid, Egoismus und Auflehnung gegen „seine Behandlung“. (Er wird immer behandelt und darf nie selbst handeln!) Zusätzlich zu seinen Alltagsproblemen kommen die Probleme in außergewöhnlichen Lebenssituationen, wie Urlaub, Einladungen zum Essen, Freundeskreis, Freizeitgestaltung und ähnliches.

Jede dieser Situationen wird zu einem Problem oder führt zu Gewissensbissen. Der Diabetiker kennt seine Anweisungen, hält sich aber nicht daran, weil er nicht weiß, worauf es ankommt und wie er die Probleme lösen soll.

Er muß erst verstehen und dann begreifen, daß das Wichtigste der normale Blutzucker ist (und nicht die Diät an sich) und daß auf dem Weg dahin eine angepaßte,

diabetesgerechte Lebensweise hilfreich ist. Er muß erst verstehen, daß Insulin, Ernährung und Bewegung täglich in ein Gleichgewicht gebracht werden müssen und können und das er selbst, bei ausreichendem Wissen, diese drei Komponenten seinem Tagesablauf entsprechend variieren kann.

Das lernt er nur mühsam im Laufe von Jahren, weil es ihm keiner zutraut, weil er niemand fragen kann, wenn er ihn braucht, weil ihm niemand weiterhilft auf dem Weg, Wissen um den Diabetes in praktische Lebensgewohnheiten umzusetzen. Er lernt deshalb auch nur langsam seine Gewohnheiten anzupassen und zu verändern.

Exkurs:

Dies kann jeder verstehen, wenn er sich vor Augen führt, wie schwer es ist, sich das Rauchen abzugewöhnen oder sich regelmäßig körperlich zu betätigen.

Versuchen Sie einmal, jeden Tag um 7.00 Uhr zu spritzen und dann zu genau festgelegten Zeiten ganz bestimmte Mengen zu essen!

Und stellen Sie sich die Situation vor, jeden Tag ihren Urin zu testen, aber nicht die „Erlaubnis“ zu haben, bei zu hohen Werten selbst einzugreifen, sondern immer erst fragen müssen (den Arzt), und dann vielleicht eine Anweisung zu bekommen, die wider all ihre eigenen Erfahrungen spricht.

Der Arzt wird zum alleinigen Machthaber, er bestimmt, was der Diabetiker zu tun und zu lassen hat, und damit bestimmt er, wie der Diabetiker leben soll. Wie dieser leben will und welche Kompromisse gemacht werden können, wird nicht diskutiert. Viele Diabetiker bleiben in dieser Phase stecken, erleben die ständige Abhängigkeit. Sowohl sie wie der Arzt arrangieren sich mit dem Diabetes.

Der Arzt erlebt dann: Der Patient will nicht, tut nicht, was man ihm sagt, versteht ja nichts, also darf man ihm nichts erlauben. Mancher Diabetiker hat sich schon gefragt, versteht der Arzt überhaupt etwas vom Diabetes, etwa wenn dieser darauf besteht, die Nachmittagsmahlzeiten einzuhalten, obwohl der Blutzucker hoch ist; wenn er keine Kontrollmöglichkeiten verschreibt; wenn er kein Altinsulin verordnet. Zitat: „Wenn sie Altinsulin brauchen, gehören sie in eine Klinik.“

3. Phase: Wirklich mit dem Diabetes leben.

Wirklich mit dem Diabetes leben bedeutet: Selbstbestimmt und selbständig, in partnerschaftlicher Zusammenarbeit mit dem Arzt, seinen Diabetes selbst zu behandeln! Das bedeutet auch, den Arzt in Frage zu stellen und das stellt den Diabetiker vor die größten Probleme. Sich soviel Wissen über sich und seinen Diabetes anzueignen, daß er dem Arzt gegenüber begründet argumentieren kann oder diesen wechselt, weil er merkt, daß dieser Arzt ihm nicht helfen kann. Wo findet er den Arzt, der sich die Zeit für ein partnerschaftliches, hilfreiches Gespräch nimmt,

der Erfahrung mit Diabetikern hat oder zumindest willens ist, gemeinsam mit dem Diabetiker diese Erfahrungen zu sammeln?

Mit Glück, Initiative und Selbstvertrauen sucht sich der Diabetiker „Leidensgenossen“, die ihn unterstützen, verstärken, Tips geben; die ihn, weil selbst betroffen, verstehen und ihn erst einmal akzeptieren, mit denen er gemeinsam versucht, gesund mit seinem Diabetes zu leben. Das Gespräch, die Freizeitgestaltung, das Leben mit Gleichbetroffenen hilft dem Diabetiker aus seiner Isolation; zeigt ihm neue Wege und Möglichkeiten; er gewinnt neue Orientierungspunkte und darf endlich auch zugeben, daß er nicht so perfekt ist, wie man es von ihm verlangt und er es sich selber auch wünscht.

Ein Mitglied der Gruppe oder ein nach Bedarf hinzugezogener Fachmann, der medizinische und diätetische Auskünfte gibt, ohne Verhalten zu bewerten, kann sehr hilfreich sein. Er kann der Gefahr, aus einer Selbsthilfegruppe eine Selbstmitleidgruppe zu machen, die gemeinsam zum Kaffeeklatsch Verbote überschreitet, vorbeugen. Der Sinn der Gruppe ist die Bewältigung und Integration des Diabetes bei jedem Betroffenen!

Fazit:

Was sich der Diabetiker im Grunde seines Herzens wünscht, ist Lernen, mit dem Diabetes gesund zu leben.

Dazu gehören:

1. Grundlegende Schulung und Wissen über alle den Diabetes betreffende Zusammenhänge (am besten im Krankenhaus unter der Ruhe klinischer Bedingungen, im Vertrauen auf die Medizin).
2. Von Anfang an: möglichst viel Unabhängigkeit und Selbstbestimmung, sowohl bei der Therapie, als auch bei der Bestimmung des Lerntempos und der Lernziele! (d. h. von Anfang an Selbstkontrolle und Mitsprache bei der Bestimmung der Insulindosis und der Diät!)
3. Berücksichtigung und Einbezug der Lebenssituation des Diabetikers. Der Diabetiker selbst ist das Ziel aller therapeutischen Bemühungen, nicht der Diabetes!!!
4. Erfahrungsaustausch in einer ehrlichen, vorurteilsfreien Atmosphäre, mit Gleichbetroffenen aber auch Fachleuten. Wohl jeder Diabetiker hat diese Wünsche, da er ja lebens- und leistungsfähig sein will. Nur wenige Diabetiker sind in der Lage, ihre Ansprüche auch zu formulieren. Aufgabe eines Fachmannes ist es also auch, ihm die Gelegenheit dazu zu geben.

Dies kann nicht von heute auf morgen geschehen, Leben mit dem Diabetes ist ein ständiger Lernprozeß für den Diabetiker wie für seine „professionellen Helfer“. Der eigenverantwortliche Umgang mit dem Diabetes muß erst gelernt werden, das bedeutet aber nicht, daß der Diabetiker „entmündigt“ und abhängig gemacht werden muß. Denn dann wird er gezwungen, sich der Abhängigkeit zu entziehen und verhält sich – mangels Verständnis – unsachgemäß.

Ich habe es mir ja nicht a

Von Birgit (15 Jahre)

Manchmal wird mir meine ganze Krankheit zuviel. Wenn ich anfangs, darüber nachzudenken, dann kommt dies alles über mich. Dann frage ich mich immer, warum gerade ich? Oft gehe ich morgens schon mit einem großen Bammel aus dem Haus. Und dann gehen mir immer wieder die Gedanken durch den Kopf, wie wird heute das Stechen gehen, müssen sie noch ein paar Mal stechen, bis es klappt? Und hoffentlich geht die Maschine nicht kaputt. Wenn ich dann zur Dialyse komme, suche ich mir all die Sachen, die ich brauche, um die Maschine vorzubereiten. Dabei denke ich dann meistens, hoffentlich vergißt du nichts, sonst sind alle durcheinander. Wenn ich dann soweit bin, sage ich Bescheid, daß ich fertig bin und setze mich in meinen Liegestuhl. Manchmal dauert es ein bißchen, bis eine Schwester kommt, dann sitze ich da und habe starkes Herzklopfen und denke, wenn die doch endlich kämen, daß ich es hinter mich bekäme. Wenn dann endlich eine Schwester kommt, ist es ausgerechnet eine, die bei mir nicht besonders gut stechen kann, dann fange ich schon an zu zittern und denke, hoffentlich geht das gut. Wenn die Schwester dann die Kappe von der Nadel nimmt, dann merke ich schon, wie meine Spannung immer mehr zunimmt.

Wenn sie dann mit der Nadel in den Arm sticht, muß ich wegschauen, denn das kann ich nicht sehen. Sie hat die eine Nadel gestochen und macht die Klemme auf, aber es kommt nichts. Sie versucht, die Nadel ein Stück herauszuziehen, schiebt sie dann wieder in den Arm und dreht die Nadel dann. Meistens klappt es dann auch. Jetzt ist da noch die arterielle Nadel, die ist auch ein wenig schwierig zu stechen, da ich in der Arterie eine Engstelle habe. Wenn die dann auch sitzt und ich angeschlossen bin, wird mir vor lauter Aufregung immer ganz heiß. Ich merke, wie ich immer weniger Luft bekomme.

Da ich soviel zugenommen habe, muß ich fünfeinhalb Stunden an der Dialyse hängen. Dann muß das Ultra an der Maschine so hoch gestellt werden, daß mir nach ca. drei Stunden der Blutdruck auf achtzig und noch weniger absackt. Ich sehe dann lauter bunte Pünktchen vor den Augen. Und wenn der Blutdruck noch weiter fällt, dann wird mir ganz schwarz vor den Augen, ich sehe fast nichts mehr. Dazu bekomme ich auch noch solch einen Druck auf meine Ohren, daß ich fast nichts mehr höre. Dann drehen die Schwestern das Ultra ab und lassen mir meistens zwei Beutel Kochsalz nachlaufen, aber das ist ja auch wieder Flüssigkeit und die soll, wenn es mir wieder ein wenig besser geht, alle wieder heraus. Aber das dauert noch keine fünf

Minuten, dann marschiert mein Blutdruck wieder in den Keller.

Und das Ultra muß wieder ausgedreht werden. Die restlichen Stunden liege ich dann da mit einem Schwindelgefühl, als ob ich sterben würde. Manchmal fährt sogar der ganze Raum mit mir Karussell. Wenn ich dann endlich meine fünfeinhalb Stun-



den geschafft habe und abgeschlossen bin, denke ich, Gottseidank, für heute hätte ich es geschafft. Aber so im Hinterstübchen denke ich, der nächste Dialysetag kommt bestimmt. Wenn ich dann abgedrückt habe, kann ich meistens noch nicht gerade aufstehen, ich bleibe dann meistens noch

Leben an der künstlichen Niere

Von Claudia Lehner

In der BRD werden jährlich etwa 1 000 Patienten niereninsuffizient und bedürfen einer Behandlung an der künstlichen Niere oder einer Nierentransplantation. Inzwischen sind 10 Jahre und mehr Lebensverlängerung durch die Dialysebehandlung möglich. Leben an der künstlichen Niere heißt aber nicht nur, 3 mal wöchentlich 3-6 Stunden zu dialysieren, „lebenslänglich“ auf eine Maschine angewiesen zu sein, harte Einschränkungen beim Trinken und Essen in Kauf nehmen zu müssen und als einzige Hoffnung die Nierentransplantation zu haben. Während auf diesen Gebieten noch medizinische Hilfe angeboten wird, sind die Patienten aber mit den psychosozialen Folgen ihrer Erkrankung überwiegend auf sich alleine gestellt.

Birgit, 15 Jahre alt, Autorin des nebenstehenden Berichts, hat nach drei Jahren Dialysebehandlung immer noch Angst davor. Körperliche Beschwerden stehen in ihrem Bericht im Vordergrund. Viele Untersuchungen weisen jedoch einen Zusammenhang von psychosozialen Faktoren und körperlichem Befinden an der Hämodialyse nach. Auch konnte gezeigt werden, daß etwa die berufliche Rehabilitation nur gering vom körperlichen Status bei Dialysepatienten abhängt. Sowohl das Befinden an der Dialyse als auch das Ausmaß der Rehabilitation werden stark vom sozio-ökonomischen Status geprägt. Offenbar sind eher psychosoziale Faktoren von Bedeutung für die Fähigkeit von Dialysepatienten, mit den vielen Belastungen und Einschränkungen ihrer Erkrankung erfolgreich umzugehen.

Das Erleben vermindelter Leistungsfähigkeit spielt für das psychische und körperliche Befinden eine große Rolle. Auch durch körperliche Trainingsprogramme können Ängste und Depressionen vermindert wer-

den. Für die berufliche Rehabilitation ist eine krankheitsspezifische Balance von Anforderung und Rücksichtnahme wichtig. Die Situation am Arbeitsplatz erfüllt diese Bedingung aber keineswegs. Oft gehen mit Erkrankungsbeginn starke Einkommenseinbußen einher. Arbeitslosigkeit bedeuten für Dialysepatienten wie für die meisten Behinderten besonders häufig das endgültige Ausscheiden aus dem Berufsleben. Dadurch verschärfen sich bereits bestehende Probleme der chronischen Erkrankung. Die entscheidenden Hilfen für diese Patienten müßten im Arbeits- und Sozialpolitischen Bereich gegeben werden. So müßte durch Gesetze sichergestellt werden, daß z.B. Teilzeitarbeitsplätze für Dialysepatienten geschaffen werden oder Umsetzungen auf körperlich weniger anstrengende Tätigkeiten möglich sind. In der Realität aber — mit über 2 Millionen Arbeitslosen — sind jedoch eher Bestrebungen im Gange, die Bestimmungen des Behindertengesetzes aufzuweichen. Das rauher gewordene Klima in bundesrepublikanischen Betrieben läßt rücksichtsvolle

ussuchen können

so fünf Minuten sitzen. Aber wenn ich dann aufstehe, bin ich noch ganz wackelig auf den Beinen. Wenn ich mich gewogen habe, gehe ich hinunter zum Auto. Bis ich unten bin und im Auto sitze, ist es mir wieder so schwindelig, daß ich mich auf der ganzen Fahrt hinlegen muß. Zu Hause muß ich mich gleich wieder hinlegen, damit mein Blutdruck sich erholt, dabei lege ich auch meine Beine hoch, damit das ganze Blut wieder in den Kopf zurückläuft.

Meine Eltern und Großeltern wissen, daß die Dialyse mir zwar hilft, aber irgendwie bedeutet es doch nichts Gutes für sie, sie sind irgendwie betroffen darüber, daß ich zur Dialyse muß. Meine Eltern mögen es vielleicht ein wenig besser verstehen als meine Großeltern, weil sie näher dabei waren. Sie sind immer mit mir gefahren, wenn ich zur Dialyse gemuß habe. Aber manchmal habe ich das Gefühl, daß sie die Dialyse, meine Krankheit und mich nicht ganz verstehen. Das merke ich dann, wenn ich von der Dialyse nach Hause komme und erzähle, wie es mir so ergangen ist während der Dialyse. Meine Mutter ist zwar betroffen, aber sie kann es sich nicht so richtig vorstellen, weil ihr ja auch noch nie so schwindelig war wie mir.

Und meine Schwester versteht es ja nun gar nicht, sie ist noch zu klein. Sie war zwar schon mit an der Dialyse, hat dies al-

les gesehen, kann sich aber kein richtiges Bild darüber machen. Wie schon gesagt, wenn ich von der Dialyse nach Hause komme und meine Mutter ist dann immer ein bißchen um mich herum, oder wenn etwas zu Hause zu machen ist, wie z.B. Fensterputzen oder Bügeln, was ich sehr gerne mache und sie auch. Wenn meine Mutter mir die Arbeit zuteilt, weil meine Schwester ja auch so manches noch nicht richtig kann, sagt sie immer: „Du meinst auch, nur weil du krank bist, darfst du alles tun.“ Daran sehe ich dann, daß sie es gar nicht versteht. Ich gebe ihr dann zur Antwort: „Ich habe es mir ja nicht aussuchen können.“ Und die Leute aus dem Dorf, die haben die erste Zeit immer gefragt, was ich denn nun hätte. Wenn man es ihnen dann erklärt hat, sagen sie „ach sooo“ und tun, als hätten sie alles verstanden und wüßten alles. Aber in ihren Gesichtern sieht man, daß sie gar nichts verstanden haben, und im nächsten Moment haben sie es auch schon wieder vergessen. Denn es ist schon vorgekommen, daß sie zweimal fragten, was ich denn eigentlich hätte. Manchmal verstehe ich nicht, wie ein Mensch so krank werden kann. Doch ich weiß, daß es auch noch schlimmere Schicksale auf der Welt gibt. Jeder, der ein Kreuz zu tragen hat, glaubt, es sei für ihn das schlimmste, was es gibt. Wer sagt, er hätte kein Leid, der macht sich selbst eins.

Schutzbestimmungen immer weniger zu. Wenn jetzt schon Gesunden bei häufigem Kranksein die Entlassung droht, welche Chance haben da noch chronisch Kranke?

Am Problem der Diät werden die Zusammenhänge von körperlichem Befinden und psychosozialer Lage besonders häufig deutlich. Einschränkungen beim Essen und vor allem beim Trinken führen oft zum Rückzug von gesellschaftlichen Kontakten. Aufklärung der Öffentlichkeit könnte hier der Isolierung vorbeugen. Sich häufende, oft lebensbedrohliche Diätfehler können Folge dieses Unverständnisses der Umwelt sein; zunehmende „Undiszipliniertheit“ des Trink- und Essverhaltens können jedoch auch Ausdruck einer Gleichgültigkeit dem eigenen Leben gegenüber sein, ein chronischer Selbstmord. Die Ursachen dieses suizidalen Verhaltens sind meist im psychosozialen Umfeld und weniger im medizinischen Bereich zu suchen.

Auch die häufigen Beschwerden der Dialysepatienten sind zu einem erheblichen Teil funktionell. Hierzu gehören Kopfschmerzen, Schlafstörungen, Nervosität oder Müdigkeit. Oft ist eine Depression Ursache für Müdigkeit. Eine mögliche Konsequenz wäre die volle Einbeziehung psychosomatisch ausgerichteter Therapien in das Behandlungsprogramm. Dies ist jedoch nur selten möglich, da etwa die Beteiligung von Psychologen an der Betreuung von Dialysepatienten in der Regel an den Sparmaßnahmen im Sozial- und Gesundheitsbereich scheitert. Diese psychische Betreuung wäre nicht nur für die Patienten selbst, sondern auch für deren Partner und Familien und natürlich auch für das gesamte Pflegepersonal wichtig.

Aufruf zur Hilfe für den Libanon

Die Hilfe für die palästinensischen und libanesischen Flüchtlinge muß weitergehen —

medico international bittet um Unterstützung für Soforthilfe und langfristige Projektarbeit. Für:

- Sozialmedizinische Basisstrukturen in Süd-Beirut
- Soforthilfe für die Krankenhäuser Ghaza und Akka in den Lagern Sabra und Chatila
- Langfristige Hilfe für ein Frauengesundheitsprojekt an der Bir Zeit Universität im israelisch besetzten Palästina.

SPENDEN

Stadtparkasse Frankfurt

Konto 1800

Stichwort: Libanon/Palästina



Dias, eine Fotoausstellung und informative Faltblätter können bestellt werden.

**medico
international**

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

Leben mit der Maschine

Von R.W. (Bonn)

Seit fünf Jahren bin ich Dialysepatient. Ich bin verheiratet, habe zwei Kinder von 14 und 2 Jahren und bin noch voll berufstätig.

Vor fünf Jahren also begann mein Leben mit der Maschine. Man muß sich das einmal vorstellen — mit dreißig Jahren, voller Pläne für die Zukunft, mitten in der Techniker- und Ausbildung, sagt einem der Arzt: „Sie sind dialysepflichtig, ab sofort müssen Sie dreimal in der Woche für sechs Stunden in die Klinik an eine Maschine! Es war ein böser Schock! Man kann sich einbilden, man wäre darauf vorbereitet, es bleibt ein Schock!

Am ersten Tag der Dialyse wollte ich alles hinwerfen, die Schmerzen bei der Punktion, Herstellen eines Shunts (künstl. Verbindung einer Arterie und Vene), die Zukunft weg, die Vorstellung, daß es so nun den Rest des Lebens so weitergehen soll. Dreimal die Woche, unvorstellbar! In diesem Moment war für mich die intakte Familie ein Rettungsanker. Ich wurde in die Pflicht genommen, und das hat wohl über den ersten Schock hinweggeholfen. Nun sind schon fünf Jahre Dialyseerfahrung vorbei. Was bedeutet das für mich noch heute?

Auf der anderen Seite weiß ich aber, daß ich die Arbeit brauche. Der Kontakt mit Kollegen, aus dem Haus zu kommen, das Gefühl gebraucht zu werden, ist mir unheimlich wichtig. Ansonsten sieht meine freie Zeit recht trübe aus: Sport geht nicht, die Belastung für meinen hochdruckge-

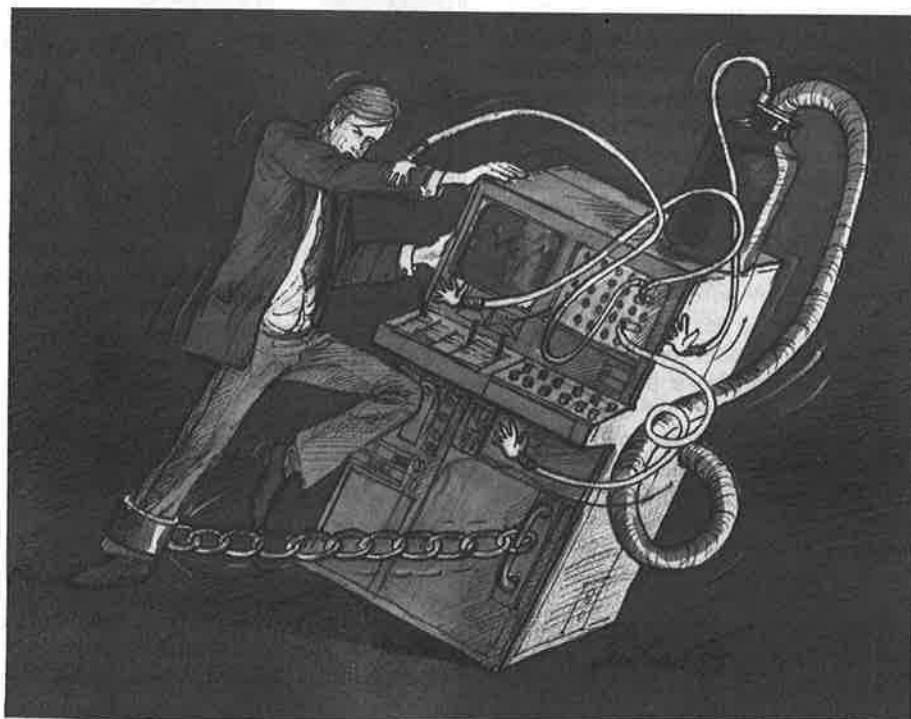
plagten Kreislauf ist zuviel, Freizeitbeschäftigung außer Hause fällt weg, weil ich sowieso schon dauernd von zu Hause weg bin, Theater oder Kino usw. ginge schon, nur eben nicht Montags, Mittwochs und Freitags. Was mich hart trifft, ist, daß ich Reparaturen im Haus oder Ähnliches kaum schaffe, früher habe ich alles selber gemacht. Diät halte ich kaum ein, ich komme einigermaßen zurecht, wenn ich begreife, daß es einige Dinge gibt, die ich eben nicht essen darf. Aber das Trinken! Das ist ein ganzes Thema für sich! Vor der Dialyse mußte ich täglich zwei bis drei Liter weggutten, damit die angegriffenen Nieren ihre Arbeit noch schafften. Die Umstellung auf max. 1 Liter ist mir bis heute nicht gelungen. Meistens nehme ich bis zur Dialyse nur 2 Kilo zu, aber manchmal habe ich den Zwang, ganze Wasserleitungen leerzutrinken, wie eine Sucht. Dann nehme ich zuviel zu, mein Blutdruck steigt usw.

Immer noch muß ich dreimal in der Woche für mindestens 6 Stunden aus dem Haus und an die Dialyse. Und das nach einem Achtstundentag an meiner Arbeitsstelle. Darunter leidet in besonderem Maße meine Familie. Wenn mich die Große mal braucht, bin ich nicht da, ein zweijähriges Kind braucht einen sowieso ununterbrochen. Und die Ehefrau? Die restlichen Tage, an denen ich zu Hause bin, geht es mir meistens nicht besonders gut. Das ist ein ganz großes Problem, es belastet mich und meine ganze Umgebung. Immer ist ir-

gendetwas, mal habe ich Kreuzschmerzen, mal ist mir schlecht, ich friere, die Beine tun mir weh usw. Es geht einfach nicht, das immer runterzuschlucken. Ich will mich mitteilen, und das nervt irgendwann meine Umgebung. Fünf Jahre lang jeden Tag irgendein Wehwehchen, jeden Tag und jeden Tag! Das belastet! Es geht mir dabei trotzdem körperlich noch einigermaßen gut, ich schaffe noch einen ganzen Arbeitstag, auch wenn es manchmal schwer fällt. Vor allem nach Dialysenächten. Dann werden doch schon mal die Beine schwer, manchmal möchte ich ganz einfach zu Hause bleiben. Weil das die Woche über aus „Pflichterfüllung“ nicht geht, versuche ich am Wochenende faul zu sein, liegen zu bleiben. Doch auch die Familie fordert ihr Recht, sie ist schließlich nicht nur zu meiner Pflege und Erholung da. So bin ich manchmal ganz schön fertig.

Nicht zuletzt will ich noch ein etwas heikles Thema ansprechen. Bei der Dialyse bin ich ja eigentlich ganz gut versorgt. Ich habe das Gefühl, trotz Klinik wie in einem Heimdialysezentrum zu dialysieren, habe ein Zimmer für mich mit Fernseher, wir haben nettes und gut ausgebildetes Pflegepersonal. Und dem ist man ausgeliefert! Das ist nicht eben böse oder scharf gemeint, das ist einfach so. Dreimal die Woche für gut 5 Stunden bin ich völlig abhängig von den Schwestern. Dann können die Schwestern noch so nett sein, sich noch so sehr bemühen, noch soviel Sicherheit ausstrahlen, es bleibt die Abhängigkeit. Das belastet nicht nur die Patienten, sondern auch die Schwestern. Da ich in der Dialysezeit niemanden habe, der in meiner Nähe ist, verinnahme ich, ohne es zu wollen, das Pflegepersonal ganz für mich. Dieses Abhängigkeitsgefühl, die Tatsache, daß man sich seit Jahren kennt, daß die Schwestern oft fast alles von mir wissen. Daß sie es sind, die mir oft den Kopf halten, wenn es mir mal nicht so gut geht, daß ich mich vollkommen auf sie verlassen muß, das schafft eine besondere Atmosphäre. Und damit müssen beide Seiten fertig werden.

Es gäbe noch so viel zu schreiben, worüber ich jetzt nachdenke. Ich jedenfalls habe mich für die Transplantation angemeldet. Fünf Jahre Dialyse haben alle Bedenken weggeräumt. Noch einmal für eine Zeit, und sei sie noch so kurz, wie ein normaler oder fast normaler Mensch leben! Mal wieder ohne Angst Treppen steigen können, mal wieder ganz impulsiv in Urlaub fahren können ohne lange Planung, mal wieder einfach zu Hause sein, von der Abhängigkeit von der Maschine weg, das ist mir das Risiko schon wert.



Grabenkrieg unter Gifteinsatz

Elterngruppe onkologisch und hämatologisch behandelter Kinder in Hamburg

Von Ralf Itzwerth

In Hamburg werden derzeit ca. 600 Kinder und Jugendliche an der onkologischen und hämatologischen Klinik behandelt. Jährlich treten etwa 200 Neuerkrankungen auf, insgesamt wird die Zahl der erkrankten Kinder auf ca. 8 700 geschätzt. Die Heilungschancen bei Leukämie werden in optimistischen Schätzungen mit 40% - 70% angegeben, über Tumoren findet man Angaben, wonach unter optimalen Bedingungen derzeit jedes zweite krebskranke Kind geheilt werden kann. Wenn ich im folgenden die Elterngruppe onkologisch und hämatologisch behandelter Kinder in Hamburg näher vorstelle und kommentiere, so fließt in diese Aussagen auch das vergleichende Wissen über die anderen uns bekannten Gruppen ein.

Es geht darum, die *nicht* im Blickfeld der Institution (z.B. des Krankenhauses) liegenden Anteile des Krankseins zu sehen und zu verstehen.

Welches ist die typische Lebenssituation, die mit einer Krankheit einhergeht? Welche beratenden und unterstützenden Systeme (social support) hat der Erkrankte bzw. seine Angehörigen und wie werden sie wirksam? Die traditionelle Medizin fraktioniert den Körper und behandelt den schadhafte Körperteil, den sozialen Leib weist sie mitsamt der psychosozialen Dimension von Krankheit von sich, aber wohin?

In der Elterngruppe „onkologisch und hämatologisch behandelter Kinder“ treffen sich 14 Elternpaare monatlich. Sie versuchen mit ihrem langen Titel vor allem eins: **nicht** abschrecken. Die Bezeichnungen „Krebs“ oder „Tumor“ fallen auch in den Sitzungen dieser Gruppe kaum. Weit wichtiger ist der Gruppe, Hoffnungen nicht sofort zu zerstören, die neue Mitglieder vielleicht haben, obwohl sie in der ersten Sitzung bei der allgemeinen Vorstellungsrunde erfahren müssen, daß bei der Hälfte der anwesenden Eltern die Kinder bereits verstorben sind.

Die Eltern erklären, daß die Mitgliedschaft in der Gruppe nicht enden muß, weil das erkrankte Kind verstorben ist. Außerdem könnten die Eltern der Lebenden aus den Erfahrungen der anderen für sich lernen und Hoffnungen schöpfen, daß auch mit dem am meisten bedrohlichen und Angst erregenden Ereignis umgegangen werden kann.

Daß damit zwei deutlich unterscheidbare Untergruppen bestehen, tritt auch bei den immer wieder kehrenden Auseinandersetzungen über die Haltung zum professionellen Versorgungssystem zutage: die schwerkranken Kinder befinden sich permanent in einer sehr intensiven pharmakologischen und strahlenmedizinischen Behandlung mit erheblichen Auswirkungen auf ihren physischen und psychischen Allgemeinzustand.

— Die Behandlungen erfolgen regelmäßig nach striktem Plan (häufige Fahrt zur Klinik, Restriktionen in Bezug auf Urlaub/Freizeit +).

— erhebliche Investitionen,

— Folgen der chemotherapeutischen Behandlung: Glatzenbildung, Erbrechen,

Nahrungsunverträglichkeit, Schleimhautentzündung, erhöhte Infektionsgefahr, geschwächter Allgemeinzustand.

— Die Geschwisterkinder sind regelmäßig erheblich benachteiligt, weil die erkrankten Kinder in Bezug auf Zeit und Zuwendung bevorzugt werden müssen;

— zwischen den (Ehe)partnern kommt es zu Spannungen, die nicht ausgetragen werden können;

— die familiäre geschlechterspezifische **Arbeitsteilung** ist ausgeprägter: Frauen geben eher den Beruf auf, denn die Behandlung erfordert, daß ein Elternteil mit in die Klinik kommt, tageweise dort auch ständig anwesend sein muß. In der Regel sind dies die Mütter, da die Väter den Lebensunterhalt verdienen.

Wer das nicht selbst erlebt hat...

Eltern, deren Kind am Leben ist, sind sich der aktuellen Abhängigkeit vom gegebenen Versorgungsapparat und seiner Gesetzmäßigkeit insofern bewußt, als sie vor allem mit der Parole „mehr desselben“ eine Optimierung der Versorgung und daraus auch mehr emotionale Sicherheit für sich erhoffen.

Eltern, deren Kind bereits verstorben ist, sprechen sich explizit **gegen** zumindest spezielle Aspekte der **Klinikbehandlung** aus („Ich würde das meinem Kind nicht nochmal zumuten“).

Dazu gehört eine wiederholt vorgebrachte **Kritik** am umfangreichen lebensverlängernden Maßnahmen im Klinikbetrieb, die ein menschenwürdiges, den Tod akzeptie-

rendes Sterben nicht erlauben und vor allem auch, daß in der Klinik nach einem festen Behandlungsschema verfahren wird, das sich an den Gepflogenheiten einer **technisch-naturwissenschaftlich** ausgerichteten Medizin so einseitig orientiere, daß für andere **Formen der Behandlung** kein Raum gegeben ist. Einige Eltern unterlaufen dieses Schema, indem sie eigenständig anthroposophisch bzw. homöopathisch orientierte Mediziner aufsuchen resp. ihr Kind zum Sterben nach Hause nehmen und dort z.B. eine musiktherapeutische Sterbegleitung im Familienverband für sich und ihr Kind einrichten. Die Konfrontation mit dem **Sterben** führt zu einer latenten, alles bestimmenden Angst. Folgen hieraus sind z.B. eine veränderte **Einstellung zu Beruf** und dem Sinn von Arbeit, ein oftmals vollständiger **Wechsel der bisherigen Bezugspersonen** — Bekannte, Freunde, Gesprächspartner — und der in diesen Beziehungen verhandelten Inhalte. Das geschieht zum einen aktiv („was die reden, interessiert uns nicht mehr“), zum anderen passiv („die hatten einfach Angst, mit uns zu sprechen und wußten auch nicht, wie sie sich verhalten sollten“), zum Teil aus einer Resignation/Isolation heraus („wer das nicht selbst erlebt, versteht das einfach nicht“), die damit der eigenen Lage den Nimbus des Elitären verleihen kann, eine Wendung, die aus dem ausgegrenzt werden ein aktives Ausgrenzen konstruiert.



Hoffnung und Bedrohung

So eigenartig es scheinen mag: die medizinisch **möglich** gewordene Behandlung von Leukämie/Tumoren schafft den erheblichen Anteil der in der Gesamtfamilie sich niederschlagenden Schwierigkeiten. Wohl gemerkt: die Möglichkeit, d.h. die an einer ungewissen Statistik sich orientierende **Hoffnung** der Eltern. Diese ist in hohem Maße abhängig zum einen vom **Informationsstand** und zum anderen von der **Bereitschaft und Fähigkeit**, sich einem gewissen Maß an Ungewißheit überhaupt zu stellen. Das erkrankte Kind konfrontiert seine Eltern nicht nur mit ihrer eigenen **Hilflosigkeit**, sondern direkt mit ihrer eigenen **Sterblichkeit** und damit mit einer Thematik, die in Industriegesellschaften nachgerade tabuisiert ist (vgl. ARIES).

Eng damit zusammen hängt ein weiteres zentrales Problem, mit dem sich die Eltern auseinandersetzen müssen, das Verhalten der professionellen Mitarbeiter der Kliniken ihnen gegenüber und in Beziehung zu den Kindern.

Die Professionellen, insbesondere die Ärzte, sehen sich der Anspruchshaltung der Patienten und ihrer Angehörigen ausgesetzt, zielstrebig, optimistisch, erfolgreich und omnipotent zu sein (vgl. auch die Ergebnisse von STEFFEN/KELLY). In ihrem Selbstverständnis retten sie Leben und „bekämpfen“ den Tod.

Diese Haltung wird bei den von der Klinik initiierten Elternabenden, an denen etwa 60 Eltern aller behandelten Kinder erscheinen, immer wieder von den behandelnden Ärzten vertreten.

Es liegt wohl auch an den verbreiteten Verdrängungsleistungen anlässlich des Themas Krebs, daß über die psycho-sozialen Auswirkungen einer lebenslangen Behandlung, der beständigen Todesdrohung, des vollkommen reduzierten Lebens- und Erlebenstraumes kaum genauere Informationen verbreitet sind. So ist es auch nicht verwunderlich, wenn die Vorstellung, daß nicht nur ein einzelnes Individuum erkrankt sein kann, sondern mit ihm **seine ganze Familie**, in Institutionen des Gesundheits- und Sozialwesens weitgehend unbekannt ist. Als die Elterngruppe Vertretern verschiedener Kur- und Rehabilitationseinrichtungen (u.a. Müttergenesungswerk) dies darlegte, stellte man fest, daß es „für diesen Personenkreis keine Einrichtungen für Erholungs- oder Kuraufenthalte gibt“. Eine institutionalisierte Trägerschaft gibt es ebenfalls nicht, so daß Mutter und erkranktes Kind von einem Träger finanziert und nur bestimmte Einrichtungen (Heime) für sie vorgesehen sind, während der Vater allenfalls im Rahmen einer Kur den notwendigen Mehrurlaub ohne Einkommensausfall erhalten kann — in einer anderen Einrichtung. Das — vermeintlich gesunde — Geschwisterkind kann schließlich auf Kosten der Sozialbehörde in ein Schullandheim reise. Ob all dieser Möglichkeiten an einem Ort tatsächlich gegeben sind, ist von vielen Zufälligkeiten abhängig.

Verquickung der Interessen

An diesem Beispiel ist sehr bemerkenswert, daß die Selbsthilfegruppe eine fundierte Selbst„diagnose“ über sich leistet (die ganze Familie ist krank), gezielt Überlegungen anstellt, welche Beiträge zu einer Linderung möglich sind und die dafür zuständigen professionellen Instanzen aufmerksam machen und zum Handeln bringen kann, mithin eine **Redefinition des Problems** leistet.

Mittlerweile wurden bereits Eltern, deren Kinder verstorben sind, zu Kuren geschickt.

Wir hatten am Beispiel der Herzoperierten auf die mögliche Interessenvertretungs-Lobbyfunktion der Selbsthilfegruppen hingewiesen. Am Beispiel der Elterngruppen krebskranker Kinder läßt sich ebenfalls zeigen, daß es zu Verquickungen der Interessen der Eltern mit denen der beteiligten Professionellen kommen kann.

So wird ein Teil der **Spenden**, die die Elterngruppen aus eigenen Reihen wie als Reaktion auf Pressemeldungen erhält, direkt für instrumentelle Verbesserungen der Klinik ausgegeben. Weiter konnten Spender gewonnen werden, die ganze Etats für Planstellen finanzieren. Aber auch ein anderer Effekt ist zu sehen: die Elterngruppe vermag mittlerweile auf die Klinikleitung so viel Druck auch öffentlich via Massenmedien auszuüben, daß das allgemeine Planstellendefizit der gesamten Kritik zugunsten der onkologischen Kinderabteilung verschoben wurde: an den anderen Abteilungen gab es keinen Gegendruck.



Ein weiteres Thema wird in diesem Zusammenhang in den Sitzungen behandelt: die Frage nach dem Sinn und Nutzen einer sich verselbständigenden Technisierung von Medizin und ärztlicher Verrichtung am Menschen, die sich auf industriell abarbeitbare, organisierte Leiden spezialisieren mußte, weil sie dem betriebswirtschaftlichen Kosten-Nutzen-Denken unterliegt. Sterbensranke Kinder (aber auch Erwachsene) stellen für den Medizinbetrieb eine Mischung aus Provokation für die Leistungsfähigkeit der Apparatur und Probierfeld für noch nicht bekannte Maßnahmen dar. Die Brille des naturwissenschaftlich blickenden Mediziners führt oft genug zu einer Sichtweise dieser Problematik, die treffend von einem Hamburger Arzt der onkologischen Abteilung als „Grabenkrieg unter Giftinsatz“ beschrieben wurde.

Der Mythos einer Medizin als Wissenschaft von der Beherrschung des Todes i.S. seines Abwehrens steht in dieser „vordersten Schützenlinie“ (Zitat eines Arztes) auf dem Spiel. In den Diskussionen der Eltern zeichnet sich eine Tendenz ab, diesen Mythos allen daran geknüpften Hoffnungen zum Trotz zunehmend und radikal zu zerstören. Sie bewegen sich im Wechselbad des Widerspruchs, der darin besteht, einerseits von der „Medizin“ Hilfe zu erhalten und andererseits ebendiese Medizin als hilflos zu erleben, als auf der Stelle stehend nichts ausrichten könnend. Dabei schwankt die Bereitschaft zur Kritik sehr stark. Einige Eltern verfügen nach jahrelanger Behandlung des Kindes über einen Informationsstand, den die meisten erst kurz auf der Station sich aufhaltenden Ärzte nicht haben. Entsprechend verlaufen die Begegnungen: die wechselseitigen Erwartungen entsprechen nicht der Wirklichkeit, Laien sind über die „Unwissenheit“ der Ärzte erstaunt und reagieren, da sie sonst eher unverhohlene Überlegenheit erleben, mit Geringschätzung und Spott.

„Dem hab ich aber was erzählt! Der hat doch keine Ahnung! Wie der das Kind schon angefaßt hat ...!“

Hilflosigkeit der Helfer

Die ohnehin unsicheren Ärzte, bei denen das extreme Ausmaß von verwehrten kleinen Körpern in dieser Abteilung erhebliche Ängste und Abwehr mobilisiert, sehen sich unerwartet ungewöhnlich kompetenten Laien gegenüber, die nicht nur Fragen stellen, sondern auch selbst konkrete Forderungen oder Hinweise bezüglich eindeutig klinischer Abläufe und Verrichtungen vorbringen.

Konflikte sind daher zunächst unausweichlich und bestimmen regelmäßig einen Teil der Berichterstattung der Eltern in der Selbsthilfegruppe.

Kombinieren wir diese Schlußfolgerungen mit den durch die Thematik Tod und Sterben gegebenen Bedingungen, so können wir zusammenfassen:

Institutionen und die in ihnen Arbeitenden stehen den Angehörigen von todkranken und verstorbenen Kindern oft hilflos gegenüber.

Die Ursachen liegen einerseits in der gesellschaftlichen Tabuisierung des Themas, andererseits im Konflikt der Gesundheitsarbeiter, als Lebensretter gleichsam zu „versagen“. Will man nun die Betroffenen an der notwendigen Auseinandersetzung mit dem Schicksal des Kindes beteiligen, so muß man sich dem zunächst selbst stellen: was bedeutet Tod und Sterben für mich als Professioneller?

Man muß aber auch die Frage stellen, kann ich Laien gegenüber die Grenzen meiner Kompetenz eingestehen? Wollen die Laien mich als Experten erleben, der gleichsam omnipotent für alles „Lösungen“ bereithält?

Ich habe Schmerzen . . .

von Reinhard Kestermann

Herr G. klagt seit 11 Jahren über Stirnkopfschmerzen. Beratung und Behandlungsversuche diverser Fachärzte haben nichts genutzt. Die bohrenden Schmerzen setzen bereits am Morgen ein und halten den ganzen Tag über an. In den letzten zwei Jahren sind die Schmerzzustände immer häufiger und heftiger geworden. Auch höhere Dosen von Schmerztabletten bringen nur für kurze Zeit Linderung. Gleichzeitig mit zunehmenden Schmerzen stellen sich auch Konzentrationsstörungen ein. Obwohl Herr G. sehr lange schläft, fühlt er sich nicht erholt sondern mehr und mehr müde und abgeschlagen.

Frau D. hat Gebärmutterkrebs und weiß, daß sich bereits Metastasen gebildet haben. Nach langem Krankenhausaufenthalt möchte sie, obwohl sie starke Schmerzen verspürt, nicht mehr in die Klinik zurück. Ihr Hausarzt spritzt ihr zweimal täglich ein starkes Mittel. Trotzdem fühlt sie nur stundenweise Besserung. Eingehende Gespräche mit der Frau und besonders die Aufklärung der Familie haben — zusammen mit der Umstellung auf ein Schmerzmittel in Tropfenform — dazu beigetragen, daß Frau D. weitgehend schmerzfrei wurde.

Zwei Fälle, die für meine Arbeit in einer Schmerzzambulanz typisch sind. Ich möchte einige weiterführende Überlegungen an diesen, oft zur 'Befindlichkeitsstörung' eher herabgewürdigten Zustand knüpfen, der mehr als alles andere den Betroffenen große Angst macht.

Wir werden täglich, sei es auf der Station, in der Praxis oder privat mit Schmerzen konfrontiert. Stärkere, akute Schmerzen führen meist zu weitergehenden Untersuchungen und sprechen dann oft auf eine Behandlung an. Bei Kopfschmerzen, zumindest wenn sie über einen kürzeren Zeitraum auftreten, wissen wir noch aus eigener Erfahrung: ein paar Schmerztabletten und du bist wieder 'voll da'. Mit diesen Erfahrungen werden dann auch die Patienten bei ähnlichen 'Bagatellschmerzen' versorgt. Bleiben aber die Schmerzen bestehen, womöglich auch nach Beratung durch mehrere Fachärzte und verschiedenen klassischen Medikamentenversuchen, so ist die Überraschung und Ratlosigkeit groß. Gerne wird dann der Schwarze Peter des chronifizierten Schmerzes an eine der Schmerzzambulanzen abgetreten, die in den letzten Jahren an einigen Kliniken eingerichtet worden sind. So findet sich dann hier auch ein Klientel mit durchweg jahrelangen Schmerzzuständen. Eindeutig führend ist der chronische Kopfschmerz/Gesichtsschmerz, gefolgt vom postoperativen bzw.

posttraumatischen Schmerz, dem Extremitätenschmerz und dem Tumorschmerz.

Nach verschiedenen Schätzungen suchen etwa 5 — 6% der Bevölkerung den Arzt wegen länger anhaltender Kopfschmerzen auf. Meist haben die 'einfachen' Mittel versagt. Chronisch ist dann nicht nur der Schmerz sondern auch die Verschreibepaxis der Behandelnden. Führend sind Mischpräparate mit zum Teil völlig widersinnigen Kombinationen von zentralsedierenden (z. B. Barbiturate) und anregenden (z. B. Coffein) Wirkstoffen: Dolviran, Spasmo-Cibalgine, Optalidon, Optalidon spezial, um nur einige der häufigen zu nennen.

Wesentliche Ursache der Chronifizierung ist aber auch die völlig ungenügende Beachtung der Vorgeschichte des Betroffenen, Fahrlässigkeiten bei Untersuchung

und weitergehender Diagnostik sowie die ständige Einnahme von kritiklos verordneten oder selbstverschriebenen Pharmaziepräparaten. Nicht zuletzt die reißerische und verheißungsvolle Aufmachung der Schmerzmittelwerbung (siehe auch Artikel zu ZOMAX in dieser Ausgabe! die Red.) in Fach- und besonders auch Laienpresse, trägt viel zu unsachgemäßer Behandlung und damit — gerade bei chronischen Zuständen — zur Verschlimmerung bei!

Übereinstimmend haben Schmerztherapeuten festgestellt, daß bereits ab dem 3. — 6. Monat nach Bestehen eines Schmerzbildes mit weitergehenden Konsequenzen gerechnet werden muß: Der Schmerz führt zu somatopsychischen Veränderungen — er verselbständigt sich. Durch zentralnervöse und besonders auch soziale Wirkungen und Reaktionen (z. B. besondere Rücksichtnahme in Ehe, Fami-

. . . mit dieser Medizin!

Operation 83:

Einbau gelungen – Selbsthilfe tot?

Das ambivalente Interesse der politischen Parteien an Selbsthilfegruppen und -initiativen

Von Wolfgang Thiel

Die Selbsthilfe ist ins Gerede gekommen. Gerät sie dabei in Gefahr, erdrückt oder funktionalisiert zu werden?

„Die Medizin ist in Bewegung, das Gesundheitswesen verändert sich. Die Gesundheitsbewegung weckt Hoffnung und entwickelt neue Wege der praktischen Gesundheitsarbeit“, hieß es in der Einladung zum „Ersten Berliner Selbsthilfetag“ im Dezember 1982.

Wer bewegt was, in welche Richtung und unter welchen Bedingungen geschieht die angesprochene Veränderung, welche Wege sind gangbar, damit nicht aus Auswegen Abwege werden? Mitte der siebziger Jahre, als noch nicht unbedingt von einem Einbruch der ökonomischen Wachstumsraten ausgegangen wurde, der heute erst die Selbsthilfe zu einem so attraktiven Partner der etablierten Sozial- und Gesundheitsversorgung macht, waren die berufsständischen und politischen Vorbehalte den Selbsthilfegruppen gegenüber außerordentlich hoch. Vor Dilettantismus, Krankheitsverschlimmerung, querulatorischer Expertenkritik und der Gefahr politischen Radikalismus wurde damals gewarnt. Hat sich die Selbsthilfeidee mit breiter werdender Praxis nun auch in den Chargen der Planer und ihrer politischen Moderatoren durchgesetzt?

Angesichts der Regierungserklärung von Bundeskanzler Kohl, des Unterstützungsauffells der 50. Gesundheitsministerkonferenz und anderer zurückhaltender bis offensiver Statements von Politikern unterschiedlicher Provenienz, sollte man mit dem Berliner Gesundheitssenator Ulf Fink meinen, daß demnächst viele Blumen blühen werden. Das Klima für gesellschaftliche und politische Anerkennung der Selbsthilfe scheint günstig wie nie.

Laßt viele Blumen blühen!

Die Realität sieht aber schon etwas bescheidener aus, wie das Berliner Beispiel der Nutzung eines Teiles der Räume des geschlossenen Albrecht-Achilles-Krankenhauses im Bezirk Wilmersdorf als Zentrum einer integrierten bürgernahen Gesundheitsarbeit zeigt. Hier sollten medizinische, psychosoziale, Selbst- und Nachbarschaftshilfe zum ersten Mal in einer gemeinsamen Einrichtung verbunden werden. Diesem Projekt ist der Berliner Senat jedoch nicht so offenherzig entgegengekommen, wie es manche CDU-Außerung zu verheißen schien. Beginnt die praktische Umsetzung eines Konzeptes, stellen sich die Grabenkämpfe um Selbst- und Fremdkontrolle, um den Träger und das Zertifikat „staatlich anerkannte Selbsthilfegruppe“ ein. Marina Schnurre von der „Selbsthilfegruppe Krebs“, eine der „anerkannten“, beschrieb die Situation folgendermaßen: „Wir haben einen Blumenstrauß von Aktivitäten entwickelt, von dem nur drei Blumen übriggeblieben sind.“ (Siehe Berliner Volksblatt vom 10.12.1982.) Diese drei Blumen verlieren sich nun in dem leerstehenden Teil des in Frage kommenden Krankenhauses.

Selbsthilfeförderung, Umverteilung in welche Töpfe?

Ulf Finks Richtschnur in Sachen Selbsthilfe wird auch dadurch nicht entwirreter und widerspruchsfreier, wenn man sich die im neuen Etat aufgenommenen sieben Millionen DM für Selbsthilfegruppen betrachtet. „Leistungen müssen humaner und wirtschaftlicher organisiert werden“, hatte er eine gesundheitspolitische Wende anzukündigen versucht. Mit diesen sieben Millionen könnte man gerade 75 Krankenhausbetten ein

Jahr lang betreiben. Berlin hat 30.000 Krankenhausbetten, der Senat hat 750 davon abgebaut. So gesehen nehmen sich die öffentlichen Mittel für die Selbsthilfe eher spärlich aus. Wohin fließt der große Rest des eingesparten Geldes? Nicht vielleicht doch wieder in die Bereitstellung aufwendiger medizinischer Technologie? Bedeutet die Kombination „humaner und wirtschaftlicher“ nicht letzten Endes billige Selbsthilfe unter einem unveränderten sozial- und gesundheits-technischen Leistungsbegriff? Eine schleichende Umverteilung, wo die „menschlichen“ Dienste möglichst kostenlos, die technischen Apparaturen möglichst aufwendig zu gestalten sind?

Erweist sich die Umarmung der Selbsthilfe – die ja von Politikerseite immer in der

Wendung Selbsthilfe – Nachbarschaftshilfe – Laienhilfe auftaucht – letztlich nicht als Ausdruck eines Etikettenschwindels, wobei der gewünschte Inhalt aus einem breiten Netz ehrenamtlicher Helfer besteht?

Selbsthilfe ist gut, mit Kontrolle noch besser.

Die neue Offensive zu einer subsidiären Bewältigung menschlicher Krisensituationen und Notlagen ist höchst ambivalent. Nicht nur, daß Laien- und Selbsthilfe des öfteren verwechselt und damit deren qualitative Unterschiede verwischt werden. Auch das fortgesetzte Kosten-Nutzen-Denken ist Ausdruck eines Modells staatlich zugeteilter und kontrollierter Selbstverantwortung des Bürgers.



Der Sozialexperte der SPD-Bundestagsfraktion Eugen Glombig stellte in seinem Grundsatzreferat „Sozialdemokratische Wertvorstellungen zur Sozialpolitik“ heraus, „daß eine – wie auch immer geartete – **bessere Selbsthilfe** (Hervorhebung d. Verf.) nicht das sozialstaatliche Sicherungssystem ersetzen kann“ (Siehe Frankfurter Rundschau 2. 2. 1983). Die sozialdemokratische Sicherungsabsicht des errungenen Standes sozialer Gerechtigkeit in Ehren – die Formel, die „Selbsthilfe für den Sozialstaat nutzbar machen“ hält jedoch im Vergleich zu konservativen Nutzungskonzepten ähnliche Fallgruben bereit: Eine „verantwortliche Sozialpolitik“ (also die Politiker, d. Verf.) müsse **festlegen**, so Glombig, wann ein Problem ein soziales Risiko und mithin in der solidarischen Sicherung des Sozialstaates, und wann ein Problem in Eigenverantwortung und Selbsthilfe, also privat bewältigt werden „müsse“. Wo bleibt hier die Selbstbestimmung und die Selbstindikation der Benutzer sozialer Leistungen, d. h. die freie Wahl des für jeden seiner Ansicht nach besseren und hoffnungsvolleren Weges der Problembewältigung?

Ambivalent sind Glombigs Vorstellungen auch dann, wenn er davon spricht, „diese Projekte im Rahmen von Modellversuchen in das System des Sozialstaates einzubauen, **ohne deren Autonomie und Identität zu untergraben** (Hervorhebung d. Verf.), aus der sie ihre Leistungsfähigkeit schöpfen“. Vertrauensvorschuß und mehr Risikobereitschaft der „offiziellen Sozialpolitiker“ in Rechnung gestellt, „kann natürlich nicht auf **Erfolgskontrolle** (Hervorhebung d. Verf.) verzichtet werden“.

Selbsthilfe kein Lückenbüßer

Die Vereinnahmung der Selbsthilfetätigkeit Betroffener ins System der Sozial- und Gesundheitsversorgung – so der Bremer Gesundheitssenator Brückner (SPD) – enthält die Gefahr, die „humane

Umgestaltung auch der professionellen Medizin“ und „notwenige Reformen der Gesundheitspolitik . . . auf den Sankt-Nimmerleinstag zu verschieben“. Erwartet vor der Aufspaltung in technische Medizin bei den Spezialisten und patientenorientierte Versorgung in der Selbsthilfe. Die Selbsthilfe hat sich bisher parallel zum offiziellen Versorgungssystem entwickelt. Als krankheits-, lebensproblem- oder versorgungsproblembezogene Zusammenschlüsse haben die Selbsthilfegruppen Schäden bzw. Lücken der Versorgung auszugleichen versucht oder in Abgrenzung zum Versorgungssystem eigenständige Konzepte entwickelt und damit Erfahrungen gemacht. Eine kategorische Unterscheidung der verschiedenen Selbsthilfeinitiativen ist nicht einfach und auch nicht unbedingt sinnvoll.

Ilona Kickbusch hält zur Charakterisierung der Selbsthilfe „den Blick fürs Ganze“ für förderlicher: „Die Mitglieder der Selbsthilfegruppen helfen einander auf der Grundlage gemeinsamer Erfahrungen, sie haben etwas, was sie sich gegenseitig geben können und geben wollen“. Dieses Prinzip der Wechselseitigkeit und der ihr notwendig entsprechenden Gleichgestelltheit der Selbsthilfegruppenmitglieder gilt es zu bewahren, damit Selbsthilfe nicht zu einem Netzfüller mit dem Apostrophen Eigenverantwortlichkeit und Subsidiarität für das offizielle Versorgungssystem wird.

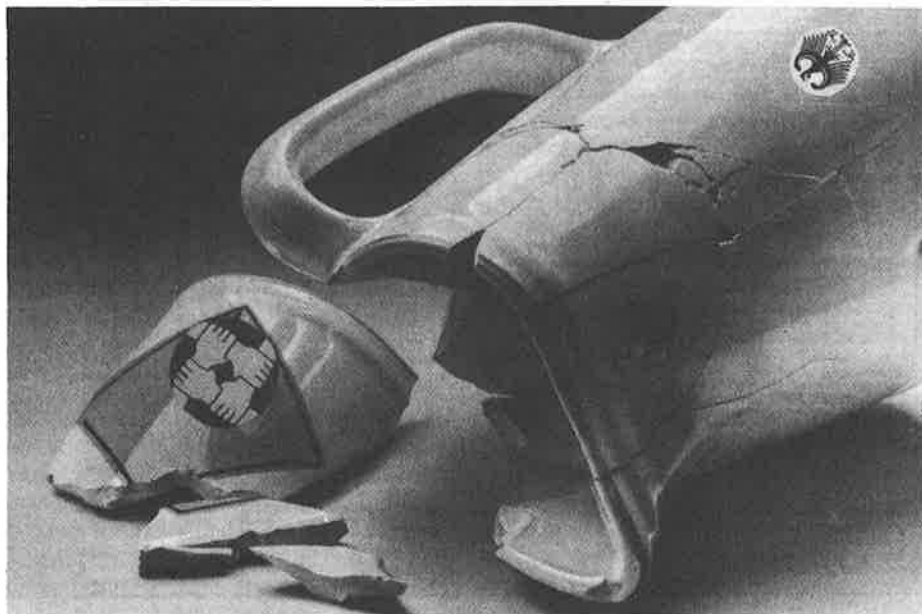
Selbsthilfeorganisationen – Motor zur Fremdhilfe?

Am ehesten in ein solches Konzept sozialstaatsentlastender Subsidiarität scheinen heute die großen Selbsthilfeverbände, wie z. B. die Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft e.V. oder die Deutsche Krebshilfe e.V. zu passen. Sie übernehmen eine quasi staatliche Versorgungsfunktion. In ihrem Organisations- und Betreuungsmodell tragen sie nicht grundlegend dem Bedürfnis nach einer – sei es auf den Verband, sei es auf die einzelnen Gruppen bezogenen – demokrati-

schen Gleichstellung und Mitbestimmung Rechnung. Traditionelle Beziehungsmuster überwiegen: die formaldemokratische Regelung der Mitwirkung, die Expertengläubigkeit oder die Aufspaltung des Helfens in einen aktiven und einen passiven Teil, nur daß die Hilfeleistung zu einem großen Teil von selbst Betroffenen erbracht wird. Diese Muster entstehen in diesen Organisationen umso leichter, als sie ihre Hauptaufgabe in einem Bereich sehen, den man, im Gegensatz zur inneren, auf persönlichen Austausch gerichteten Selbsthilfe, äußere Selbsthilfe nennen kann. Die Betroffenen bewerkstelligen Aufklärung über die Krankheit und professionelle Behandlungsmethoden, beraten bei Rechts- und Sozialproblemen, organisieren Fahrdienste, gemeinsame Reisen und Veranstaltungen. Im strengen Sinne ist diese Form keine Selbsthilfeaktivität, sondern eine Hilfstätigkeit im Dienst am Nächsten. Alle mal ist diese Aktivität für die selbst Betroffenen eine neue Möglichkeit, ihrem Leben, ihrer Behinderung, ihrer Krankheit einen Sinn zu geben, und für die, denen geholfen wird, ein Ausbruch aus der Isolation und ein Licht im trostlosen Alltag des Abgeschobenseins.

Es wiederholen sich aber in diesen Akten hilfsreicher „Nächstenliebe“ die gleichen Begrenzungen, wie sie in der Hilflosigkeit der professionellen Helfer zum Ausdruck kommen: man braucht den schwächeren Anderen für die Aufrechterhaltung der eigenen, meist nur scheinbaren Stärke; man entwickelt Routinen und Abwehrfasaden, um den emotionalen und praktischen Anforderungen überhaupt gewachsen zu sein und kann dem einzelnen Hilfebedürftigen gar nicht mehr gerecht werden; man erlebt die dauerhafte Helfertätigkeit als eine Überforderung und versucht, diesem Kreislauf durch Rückzug zu entrinnen. Spätestens auf dieser Ebene ist es dann auch für Helfer nicht mehr einsichtig, warum nicht die öffentliche Gesundheitsversicherung diese Aufgaben übernimmt oder warum der eigene Aufwand an Zeit und Kraft nicht finanziell honoriert werden soll.

Es ist zu fragen, ob sich in der verbandsmäßig organisierten Selbsthilfe nicht eine neuerliche Professionalisierung verbirgt. Sie wäre unter dem Kriterium sozialer Innovationen (Glombig) eher eine Anachronismus: Denn auch professionelle Helfer selbst haben in letzter Zeit den Zug zur Selbsthilfe entdeckt. Sie sehen in ihr nicht selten die Möglichkeit, aus ihrer Überforderung und Hilflosigkeit herauszukommen. Problematische „Fälle“ etwa landen auf dem Abschiebebahnhof Selbsthilfe. Ein solches Überweisungsmuster steht im strikten Gegensatz zu einer selbstbestimmten Entscheidung Betroffener für die Bildung und Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe. Es ist eher ein Indiz für die Notwendigkeit der eigenverantwortlichen Bearbeitung der Überforderungsprobleme auf Seiten der Experten.



DOKUMENTE

Rechts- und Verwaltungsvorschriften über die soziale Beratung im Zusammenhang mit den Vorschriften über den Schwangerschaftsabbruch

I. Vorschriften des Bundes Straßengesetzbuch

§ 218 b

Abbruch der Schwangerschaft ohne Beratung der Schwangeren

(1) Wer eine Schwangerschaft abbricht, ohne das die Schwangere

1. sich mindestens drei Tage vor dem Eingriff wegen der Frage des Abbruchs ihrer Schwangerschaft an einen Berater (Absatz 2) gewandt hat und dort über die zur Verfügung stehenden öffentlichen und privaten Hilfen für Schwangere, Mütter und Kinder beraten worden ist, insbesondere über solche Hilfen, die die Fortsetzung der Schwangerschaft und die Lage von Mutter und Kind erleichtern, und

2. von einem Arzt über die ärztliche bedeutsamen Gesichtspunkte beraten worden ist, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft, wenn die Tat nicht in § 218 mit Strafe bedroht ist. Die Schwangere ist nicht nach Satz 1 strafbar.

(2) Berater im Sinne des Absatzes 1 Nr. 1 ist

1. eine von einer Behörde oder Körperschaft, Anstalt oder Stiftung des öffentlichen Rechts

anerkannte Beratungsstelle oder

2. ein Arzt, der nicht selbst den Schwangerschaftsabbruch vornimmt und

a) als Mitglied einer anerkannten Beratungsstelle (Nummer 1) mit der Beratung im Sinne des Absatzes 1 Nr. 1 betraut ist,

b) von einer Behörde oder Körperschaft, Anstalt oder Stiftung des öffentlichen Rechts als Berater anerkannt ist oder

c) sich durch Beratung mit einem Mitglied einer anerkannten Beratungsstelle (Nummer 1), das mit der Beratung im Sinne des Absatzes 1 Nr. 1 betraut ist, oder mit einer Sozialbehörde oder auf andere geeignete Weise über die im Einzelfall zur Verfügung stehenden Hilfen unterrichtet hat.

(3) Absatz 1 Nr. 1 ist nicht anzuwenden, wenn der Schwangerschaftsabbruch angezeigt ist, um von der Schwangeren eine durch körperliche Krankheit oder Körperschaden begründete Gefahr für ihr Leben oder ihre Gesundheit abzuwenden.

Fünftes Gesetz zur Reform des Strafrechts (5. StrRG) vom 18. 6. 1974 (BGBl. I Seiten 1297 ff.)

Artikel 5

Verletzung der Geheimhaltungspflicht
(1) Wer ein fremdes Geheimnis, das ihm in seiner Eigenschaft als Mitglied oder Beauftragter einer ermächtigten Beratungsstelle nach § 218 c des Strafgesetzbuches oder einer zur Begutachtung nach § 219 Strafgesetzbuches zuständigen Stelle bekanntgeworden ist, unbefugt offenbart, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Den in Absatz 1 Genannten stehen ihre berufsmäßig tätigen Gehilfen und die Personen gleich, die bei ihnen zur Vorbereitung auf den Beruf tätig sind.

(3) Die Tat wird nur auf Antrag verfolgt.

Strafprozeßordnung

§ 53 (Zeugnisverweigerungsrecht aus beruflichen Gründen)

(1) Zur Verweigerung des Zeugnisses sind ferner berechtigt

1. Geistliche über das, was ihnen in ihrer Eigenschaft als Seelsorger anvertraut worden oder bekanntgeworden ist;

2. Verteidiger des Beschuldigten über das, was ihnen in dieser Eigenschaft anvertraut worden oder bekanntgeworden ist;

3. Rechtsanwälte, Patentanwälte, Notare, Wirtschaftsprüfer, vereidigte Buchprüfer, Steuerberater und Steuerbevollmächtigte, Ärzte, Zahnärzte, Apotheker und Hebammen über das, was ihnen in dieser Eigenschaft anvertraut worden oder bekanntgeworden ist;

a) Mitglieder oder Beauftragte einer ermächtigten Beratungsstelle nach § 218 c des Strafgesetzbuches oder einer zur Begutachtung nach § 218 des Strafgesetzbuches zuständigen Stelle über das, was ihnen in dieser Eigenschaft anvertraut worden oder bekanntgeworden ist;

(2) Die in Absatz 1 Nr. 2 bis 3 a Genannten dürfen das Zeugnis nicht verweigern, wenn sie von der Verpflichtung zur Verschwiegenheit entbunden sind.

aus: „Schwangerschafts-Konfliktberatung“ – Verzeichnis der anerkannten Beratungsstellen nach § 218 b StGB; Broschüre von der Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung, Postfach 93 01 03, 5000 Köln 91.

Kostenlos

Welche Dienste bietet die Bundesarbeitsgemeinschaft „Hilfe für Behinderte“

Rundbrief- und Informationsdienst

In Zusammenarbeit mit ihrem Rechtsausschuß, dem erfahrenen Juristen aus Verwaltung, Justiz und Wohlfahrtspflege angehören, bemüht sich der BAG „Hilfe für Behinderte“ um die rechtliche Besserstellung des behinderten Mitmenschen in Staat und Gesellschaft, indem sie Vorschläge für die Gesetzgebung erarbeitet und an Gesetzesänderungen mitwirkt. Es ist daneben auch ihre Aufgabe, die Betroffenen und deren Angehörige über ihre gesetzlich verankerten Rehabilitationsmöglichkeiten zu informieren. Diese Aufgabe realisiert sie vornehmlich durch die Herausgabe ihres Rundbrief- und Informationsdienstes.

Literaturdienst

Dieser umfaßt Veröffentlichungen zu verschiedenen Themen aus dem Gesamtbereich der Rehabilitation.

Filmdienst

Mit der Einrichtung der Ausleihe von guten Filmen zu Problemen von behinderten Mitmenschen möchte die BAG vielfältiges Anschauungsmaterial zur Verfügung stellen, um Anregungen und Anleitungen für eine intensive Aufklärungsarbeit an der Basis zu geben.

Tagungen, Seminare

Die BAG führt jährlich Tagungen und Seminare zu besonderen aktuellen Themen durch, um Betroffenen und Rehabilitationsfachkräften notwendige Hilfen für ihre tägliche Praxis zu geben.

Nähere Auskünfte erteilt:

Bundesarbeitsgemeinschaft „Hilfe für Behinderte“ e.V., Kirchfeldstraße 149, 4000 Düsseldorf, Telefon (0211) 34 00 85.

Spendenkonto:

PSchA Essen 1878 75-435 (BLZ 360 100 43).

Mitgliedsverbände der Bundesarbeitsgemeinschaft „Hilfe für Behinderte“

Allergiker- und Asthmatikerbund e.V.

Arbeitsgemeinschaft **Allergiekranke Kind** e.V.

Arbeitsgemeinschaft **Spina bifida** und **Hydrocephalus** (ASBH) e.V.

Bundesvereinigung für **anthroposophische Heilpädagogik** und Sozialtherapie e.V.

Bundesverband der Eltern körpergeschädigter Kinder e.V. – **Contergankinder-Hilfswerk** –

Bundesverband der **Herz- und Kreislaufbehinderten** e.V.

Bundesverband der **Kehlkopflosen** der Bundesrepublik Deutschland

Bundesverband für die Rehabilitation der **Apasiker** e.V.

Bundesverband für **spastisch Gelähmte** und andere Körperbehinderte e.V.

Bundesverband „Hilfe für das **autistische Kind**“ e.V.

Bundesverband **Legasthenie** e.V.

Bundesverband Selbsthilfe **Körperbehinderter** e.V.

Bundesverband zur Förderung **Lernbehinderter** e.V.

Bundesvereinigung „Lebenshilfe“ für **geistig Behinderte** e.V.

Bundesvereinigung **Stotterer Selbsthilfe** e.V.

Bund zur Förderung **Sehbehinderter** e.V.

Dachverband **Psychosozialer Hilfsvereinigungen** in der BRD e.V.

Deutsche Gesellschaft „Bekämpfung der **Muskelkrankheiten**“ e.V.

Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der **Mucoviscidose** e.V.

Deutsche Gesellschaft zur Förderung der **Gehörlosen und Schwerhörigen** e.V.

Deutsche **Hämophiliegesellschaft** zur Bekämpfung von **Blutungskrankheiten** e.V.

Deutsche **Ileostomie-Kolostomie-Urostomie-Vereinigung** e.V.

Deutsche Interessengemeinschaft **Phenylketonurie** (PKU) und verwandter angeborener **Stoffwechselerkrankungen** e.V.

Deutsche **Multiple Sklerose** Gesellschaft e.V.

Deutsche **Rheuma-Liga** e.V.

Deutsche Sektion der Internationalen Liga gegen **Epilepsie** e.V.

Deutsche **Zöliakie-Gesellschaft** e.V.

Deutscher **Blindenverband** e.V.

Deutscher **Diabetiker-Bund** e.V.

Deutscher **Psoriasis-Bund** e.V.

Frauenselbsthilfe nach **Krebs** e.V.

Freundeskreis **Camphill** e.V.

Hilfsbund für **Skoliose** kranke e.V.

Interessenverband der **Dialysepatienten** Deutschlands (Künstliche Niere) e.V.

Schutzverband für **Impfgeschädigte** e.V.

Verein der **blinden Geistesarbeiter** Deutschlands e.V.

1. Die Aufgaben des Sozialstaats und seine Netze der sozialen Sicherung (§§ 1–11 SGB I)

1.1

Der Sozialstaat bietet Schutz gegen eine Vielzahl von **Lebensrisiken**, die sich überwiegend als Beeinträchtigung oder Verlust der Fähigkeit darstellen, sich selbst und die Seinen zu erhalten. Die drei zentralen Aufgaben eines Sozialstaats bestehen daher in:

a) **Sicherung der (menschenswürdigen) Existenz durch**

● Leistungen zur Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit und/oder

● Lohnersatz oder -ausgleich und/oder

● Hilfe zum Lebensunterhalt

b) **Entschädigung für Sonderopfer durch**

● Leistungen zur Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit und/oder

● Lohnersatz oder -ausgleich

● Schadenersatz

c) **Ausgleich sozialer Belastungen, Herstellung von Chancengleichheit durch**

● Geldleistungen

- Ermäßigungen/Vergünstigungen
- Sonderrechte

Dazu bedient er sich folgender Mittel:

- Geldleistungen** = Überweisung oder Auszahlung von Bargeld, dessen bestimmungsgemäße Verwendung nicht kontrolliert wird bzw. werden kann. Es sind dies hauptsächlich die unter Nr. 8 aufgeführten Leistungen
- Sachleistungen** = Unmittelbare Deckung eines Bedarfs durch direkte Verschaffung einer „Naturalleistung“, wodurch die bestimmungsgemäße Verwendung gesichert ist.
- Dienstleistungen** = Sonderform der Sachleistung, deren Qualität stark von persönlichen Gegebenheiten seitens des Leistungsempfängers und des -erbringers abhängt. Sie ist personalintensiv, also teuer, und kaum zu rationalisieren.

Bei b) und c) handelt es sich hauptsächlich um die unter den Nrn. 3.2, 4.2 und 5-7 genannten Leistungen.

1.2

Als **Netze der sozialen Sicherung** bezeichnet man die **Sozialleistungsträger**, deren sich der Sozialstaat zur Erfüllung seiner Aufgaben bedient. Das umseitige Schema macht deutlich, daß wir ein „**gegliedertes System**“ haben, wo zum Auffangen der in ihren Auswirkungen vielfach **gleichen Lebensrisiken** **verschiedene** Leistungsträger zuständig sind. Dieser Umstand beruht auf einer historisch gewachsenen Entwicklung in deren Verlauf die Träger seit 1881 unkoordiniert teils neben-, teils nacheinander entstanden. Dieses gegliederte System wird von zwei wesentlichen Prinzipien beherrscht:

- das **Kausalitätsprinzip** fragt nach der **Ursache** eines eingetretenen Risikofalles und ist maßgebend für die **Zuständigkeit** eines Leistungsträgers
- das **Finalitätsprinzip** führt zum Einsatz sozialstaatlicher Leistungen, **weil** ein Risikofall eingetreten ist, und gewährt allen unabhängig von der Ursache **gleiche** Leistungen.

Erläuterungen zum Schema

In den ersten 4 Spalten befinden sich die **Sozialversicherungsträger**

- **Krankenversicherung**: Orts-, Betriebs-, Innungs-, Seekrankenkassen; Ersatzkassen, Bundesknappschaft, landwirtschaftliche Krankenkassen
- **Rentenversicherung**: Landesversicherungsanstalten; Bundesversicherungsanstalt, landwirtschaftliche Alterskassen

stalten; Bundesversicherungsanstalt, landwirtschaftliche Alterskassen

- **Unfallversicherung**: Berufsgenossenschaften; Eigenunfallversicherungen von Bund, Ländern und Gemeinden

Die Unfallversicherung ist eine **unechte** Versicherung, weil jeder Arbeitnehmer **ohne** Beitragsleistung gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten versichert ist. Darüber hinaus erfaßt sie eine Fülle von Gesundheitsschäden, die in **ursächlichem Zusammenhang** mit Besuch von Kindergärten, Schulen und Hochschulen stehen oder beim Bau eines Eigenheimes, bei Hilfeleistung in Notfällen, beim Blutspenden u. a. m. entstehen (§ 539 RVO).

- **Arbeitslosenversicherung**: (Landes-)Arbeitsämter; Bundesanstalt für Arbeit

Sie leisten dann, wenn eine **Mitgliedschaft** bei ihnen besteht bzw. **Beiträge** gezahlt wurden. Persönliche Verhältnisse des Leistungsempfängers sind meist (aber nicht immer) unerheblich (= Versicherungsprinzip).

In der Spalte 5 steht die **Versorgungsverwaltung**, bestehend aus Kriegssopierfürsorge- und Hauptfürsorgestellen sowie (Landes-)Versorgungsämtern. Leistungsvoraussetzungen sind hier sog. „**Sonderopfer**“ für den Staat, das sind Gesundheitsschäden infolge Kriegs-, Wehr-/Zivildienst, staatlich empfohlener oder angeordneter Impfung oder Gewalttaten. Auch hier sind die Höhe der Vorleistung (Sonderopfer) und seltener die persönlichen Verhältnisse maßgebend (= Versorgungsprinzip).

(In der Zeichnung sind die in diesen Netzen aufgefangenen Personen symbolisch mit einem „Päckchen“ aus Beiträgen oder Sonderopfern gekennzeichnet, das den „Durchgefallenen“ fehlt.)

In die Spalte 6 gehört eine Fülle von Behörden, angefangen von Arbeitsämtern (Kindergeld) über Finanzämter bis zu Straßenverkehrsbehörden. (Die hierher gehörenden Leistungen sind unter Nr. 9 zu finden.)

Das letzte Netz der sozialen Sicherung, die **Sozialhilfe**, gehört rechtssystematisch zwar zur Spalte 6, nimmt jedoch eine Sonderstellung ein, die in der Zeichnung durch folgende Symbole verdeutlicht wird:

- Die übergeordneten Sicherungsnetze lassen eine Reihe von Menschen durchfallen, sei es, daß Leistungsvoraussetzungen fehlen (z. B. zu kurze

Betragszeiten) oder die Leistungen zu niedrig sind, um „ein der Würde des Menschen entsprechendes Leben“ zu führen (§ 1 BSHG).

- Eine Reihe der „Durchgefallenen“ verfügt jedoch über Möglichkeiten zur Selbsthilfe: Grund- oder größeren Hausbesitz, Bargeld, vermögende Eltern oder Kinder.
- Nur wer nichts Nennenswertes davon hat, kann durch den engen „Flaschenhals“ der Sozialhilfe eintreten,
- aber er erhält dann auch Hilfe, ohne daß er Vorleistungen (in Form von Beiträgen oder Sonderopfern) erbracht hat (= Fürsorgeprinzip).

Daraus lassen sich die **drei Leitgedanken** der Sozialhilfe ableiten:

- Nachrangigkeitsprinzip** (§ 2 BSHG). Dieses besagt, daß Hilfe nur der erhält, der keine
 - Selbsthilfe leisten kann (Einsatz der Arbeitskraft, Einkommen, Vermögen)
 - unterhaltspflichtigen Angehörigen 1. Grades (Eltern/Kinder) oder Ehegatten hat
 - Hilfe von allen (in der Zeichnung) übergeordneten Leistungsträgern erhält.
 (Dies erklärt aber auch die Kompliziertheit der Antragsformulare, in denen alle vorrangigen Hilfsmöglichkeiten durchgeprüft werden müssen).

- Individualisierungsprinzip** (§ 3 BSHG): Art, Form und Maß der Hilfe richten sich nach der Person des Hilfesuchenden. (Dieses Prinzip des Hilfesuchenden. (Dieses Prinzip wird bei den verschiedenen Hilfeformen unterschiedlich angewandt.)

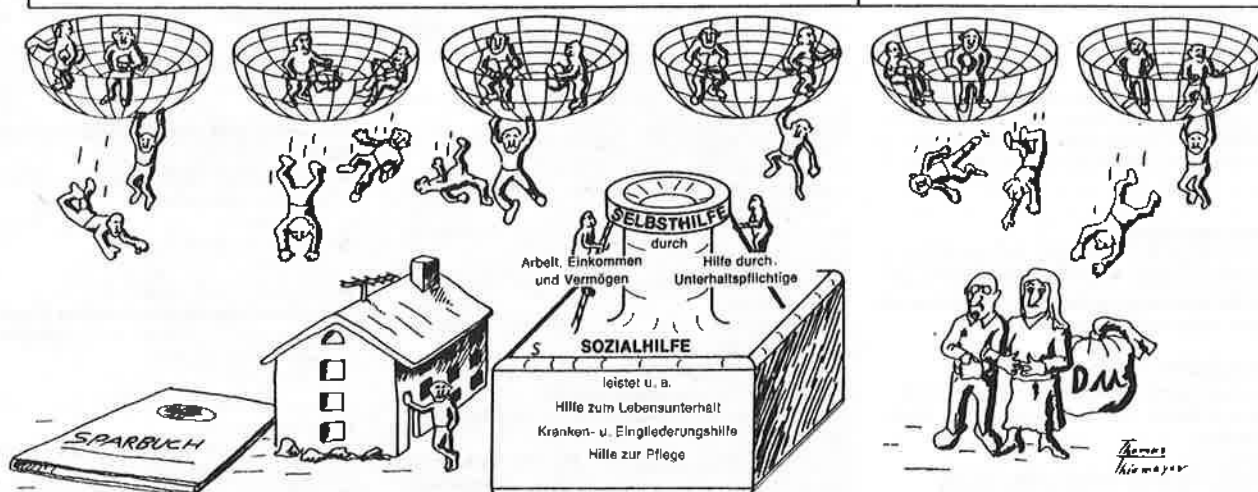
- Bedarfsdeckungsprinzip** (§ 5 BSHG): Sozialhilfe wird nur **bei gegenwärtig vorliegendem Bedarf** geleistet. Sie wird deshalb
 - nicht für die Vergangenheit gewährt (Nachzahlungen sind nur in Ausnahmefällen möglich),
 - ist keine rentenähnliche Dauerleistung (weil Widersprüche gegen den Entzug von Leistungen keine aufhebende Wirkung haben)
 - und kann weder übertragen noch ge- oder verpfändet werden.

aus: **Kostenlose Broschüre: „Die Rechte behinderter Menschen und ihrer Angehörigen“ (1982), Hrsg. Bundesarbeitsgemeinschaft „Hilfe für Behinderte“.**

Zu bestellen bei: Bundesarbeitsgemeinschaft „Hilfe für Behinderte“, Kirchfeldstr. 149, 4000 Düsseldorf 1, Telefon (0211) 34 00 85.

DIE NETZE DER SOZIALEN SICHERUNG

DIE LEBENSRISENEN ...					
Krankheit, Arbeitsunfähigkeit und andere	Alter, Erwerbsunfähigkeit Berufsunfähigkeit	Beruflich bedingte Gesundheitsschäden	Arbeitslosigkeit	Gesundheitsschäden durch Sonderopfer	Besondere Belastungen
WERDEN GEDECKT VON ...					
Krankenversicherung	Rentenversicherung	Unfallversicherung	Arbeitslosenversicherung	Versorgung	Ausgleichssysteme
MIT LEISTUNGEN ...					
Früherkennung, Behandlung, Medizin, Rehabilitation Krankengeld und andere	Medizinische und berufliche Rehabilitation, Übergangsgeld, Renten	Medizinische und berufliche Rehabilitation, Verletzten- u. Übergangsgeld, Renten, Pflege	Berufli. Rehabilitation, Ausb.- u. Übergangsgeld, Arbeitslosengeld u. -hilfe, Arbeitsvermittlung	Med. u. berufli. ggf. soziale Rehabilitation, Versorgungskranken- u. Übergangsgeld, Renten, Pflege	Geldleistungen: z. B. Kinder- u. Wohnungsgeld u. a. - Beihilfen; z. B. unentgeltliche Beförderung im Nahverkehr - Sonderrechte; z. B. Kündigungsschutz
DIE FINANZIERT WERDEN ...					
DURCH BEITRÄGE UND STEUERN				NUR DURCH STEUERN	



LESERUMFRAGE

Bitte sofort ausfüllen und senden an: 'Demokratisches Gesundheitswesen', Slegburger Str. 26, 5300 Bonn 3

Liebe Leserin, lieber Leser,

Unsere erste Leserumfrage seit DG's Zeiten hat mit der Volkszählung wirklich nichts gemeinsam. Eher schon damit, daß Zimmermann immer noch im Innenministerium sitzt und die Regierung mehr denn je den Armen in die Tasche lu(e)gt. Wir wollen jedoch weder die Hände in den Schoß noch den Kopf in den Sand stecken! Im letzten Jahr, dem „Flautenjahr“ fortschrittlicher Journale, haben wir immerhin über 400 Abonnenten (nach Abzug der Abbesteller) dazugewonnen, gut 10% Zunahme. Redaktion und Mitarbeiter sind inzwischen gut eingespielt. Wir glauben, daß wir mehr schaffen können und meinen, daß es notwendig ist, mehr zu tun! Wenn die Bilanz auch 1983 positiv wird – und es sieht danach aus – wollen wir ab 1984 noch häufiger erscheinen.

Wir glauben, daß es gerade jetzt wichtig ist, mehr Leute öfter zu erreichen; aktueller und schneller Informationen, Berichte und Meinungen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich weiterzugeben für die tägliche Auseinandersetzung und Diskussionen zu entfalten. Wir haben vor, offensiv zu reagieren, Stimmung zu machen für fortschrittliche Gesundheitspolitik gegen die Übermacht der konservativen Standesblätter, gerade jetzt!

Unser Optimismus gründet sich nicht zuletzt auch darauf, daß es uns möglich ist, eine hauptamtliche Stelle mit Bürogemeinschaft – gemeinsam mit der Vereinigung Demokratischer Zahnmediziner – zu finanzieren. Für DG haben wir einen versierten Freund und Kollegen gefunden (siehe auch „In eigener Sache“) der sich langfristig für uns engagieren will.

Natürlich wollen wir uns nicht übernehmen. Jede Umstellung beinhaltet ein nicht geringes Risiko, da wir keine Abonnenten verlieren wollen, sondern dazugewinnen müssen. Die Leserumfrage soll uns helfen, das Risiko besser abschätzen zu können.

Als Redaktionsmeinung zur Umstellung kristallisieren sich, nach ersten, noch nicht abgeschlossenen Diskussionen, folgende Punkte heraus:

- monatliche Erscheinungsweise – 1984 evtl. noch alle 6 Wochen
- Inhaltlich: mehr Reportagen und aktuelle Artikel, weniger Analysen zu vorher festgelegten Schwerpunkten. Mehr Hintergrundinformationen zu aktuellen Themen!
- Erhaltung des Doku-Teiles, jedoch in verkürzter Form
- Kürzung des Heftumfanges um 16 auf 36 Seiten, um das Abo nicht zu teuer zu machen und aus arbeitsmäßigen Gründen.
- Preisvorstellung für das Jahresabo (berechnet auf 12 Hefte bei Verminderung der Heft-Einzelkosten und Verdoppelung der Versand-Ausgaben) ca. 45,- DM

Unterstützt bitte unsere Anonyme Umfrage! Helft, das Risiko zu verkleinern

Alter: _____ Geschlecht: _____ Beruf/Ausbildung: _____

Fachrichtung zur Zeit: _____ Arbeitslos: _____

Abonnent seit Heft: _____ Einzelkäufer: _____

Inhalt

	gut	geht so	muß anders werden
Ich finde DG insgesamt:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aktuelle Berichte:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwerpunktteil:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magazinteil/Reportagen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doku-Teil:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INHALTLICHE BEREICHE:			
Aktuelle Gesundheitspolitik:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitsbedingungen im Ges. wes:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheit am Arbeitsplatz:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychosoziale Versorgung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umweltmedizin:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebensbedingungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pharma-/Geräteindustrie:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aus-/Weiterbildung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frauen und Gesundheitswesen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internationales:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Friedensarbeit:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alternativmedizin:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Historisches:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kultur/Subkultur:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Standesideologien:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Was fehlt?

(Ein) DG-Artikel, den du besonders gut fandest:

(Ein) DG-Artikel, den du besonders schlecht fandest:

DG hat 52 Seiten. Wieviele liest du durchschnittlich:

Was hat Vorrang (Bitte unterstreichen):

Wie oft nimmst du DG durchschnittlich zur Hand:

Wieviel Leute lesen dein DG mit:

Hast du schon mal einen neuen Abonnenten für DG geworben?

Würdest du das tun?

Fällt es dir auf, wenn DG zu spät kommt?

Wie hast du DG kennengelernt (bitte unterstreichen):

Kannst du DG-Artikel/Informationen/Dokumente für die tägliche (Gewerkschafts-/Initiativen-/Gesundheitsladen-) Arbeit nützen:

Lay-out:

Fotos:

Karikaturen + Wiesel:

Titelseiten:

Seitenaufteilung (bitte unterstreichen):

Aktuelles / Verschiedenes / Kleinanzeigen / Termine / Schwerpunkt / Magazinteil / Dokumente / In eigener Sache / Titelkommentar

_____ mal

☐ ja ☐ nein
☐ ja ☐ nein
☐ ja ☐ nein

Buchladen / Freunde / Arbeitskollegen / Inserat / Handverkauf vor Veranstaltungen, Kongressen / Gesundheitstag(e)

☐ ja ☐ nein

Form

meist gut, ideenreich

☐
☐
☐
☐

mittelmäßig

☐
☐
☐
☐

eintönig, lahm

☐
☐
☐
☐

gut so / Relation von Überschrift, Text und Bildern oft nicht gut / Bleiwüsten / Bilder zu großflächig / Überschriften lahm / Lädt nicht zu lesen ein

Kosten

DG kostet zur Zeit 4,- DM/Heft im Abo, zuzüglich 4,20 DM Porto und Versand pro Jahr = 28,20 DM/Jahr.

☐ Muß billiger werden
☐ Ist seinen Preis wert
☐ Würde auch mehr zahlen, wenn notwendig

Ich würde ein Förderabo übernehmen, wenn es dafür möglich wäre, den Preis für Alos/Azubis/Studenten zu senken:

Wußtest du, daß die Einnahmen für Abo und Verkauf gerade die Herstellungskosten decken und alle Redakteure/Autoren nicht nur unbezahlt arbeiten, sondern ihre eigenen Auslagen auch selbst tragen müssen (z. B. Telefon, Porto, Fahrtkosten, Lay-out Material, Foto-Kosten usw.)

☐ ja ☐ nein

☐ ja ☐ nein

Perspektive

☐ ja ☐ nein

Ich halte ein häufigers Erscheinen von DG für sehr sinnvoll:

Bitte hier Kritik – oder vielleicht Lob? – eintragen, die mit unseren Fragen nicht abgedeckt sind:

Die Befürworter einer – wie ich es nennen würde – alten Subsidiarität haben wohl vor allem im Auge, die Selbsthilfe zu einem Auffangbecken für die durch das risikoreichere gewordene soziale Netz Hindurchgefallenen werden zu lassen. Vor allem den konservativen „Selbsthilfeförderern“ unterläuft jedoch ständig in ihren ethischen Begründungen des „neuen Gemeinnsinns“ eine Verwechslung von Ursache und Wirkung der Selbsthilfefähigkeit.

Sie rekurrieren dabei auf die Tragfähigkeit traditioneller Bindungen in Familie, Nachbarschaft, Gemeinde als das Reservoir, aus dem die Selbsthilfe ihre Kraft und Funktionsfähigkeit schöpfe. Gerade aber der Zusammenbruch und die Unfähigkeit dieser unmittelbarsten sozialen Institutionen, Krankheit, seelische und soziale Probleme und Krisen ihrer Mitglieder angemessen zu bewältigen, sind ausschlaggebend für die Entwicklung der jenseits der privaten Familien- und Freundschaftsbeziehungen angesiedelten Selbsthilfegruppen.

Keine Privatisierung der Lebensbewältigung

Die der Emanzipationsbewegung verbundene Selbsthilfe entwickelt eine neue Form gegenseitiger Unterstützung und Offenheit, die die Fesseln der alten Bindungen, die Verpflichtung zur Dankbarkeit und das scharfäugige Bewachen der Grenzen einer eigenständigen persönlichen Entwicklung überwinden.

Die Qualität der Selbsthilfegruppen jenseits aller Unterschiede besteht in erster Linie darin, neue Formen des Umgangs miteinander, mit körperlichem und sozialem Leid und nicht zuletzt mit den gesellschaftlichen und politischen Bedingungen, in denen sich dieses Leid entwickelte, zu finden.

Der in der Gruppe geschaffene Sinn kollidiert mit traditionellen Beziehungsformen und einer allhergebrachten Subsidiarität.

Nur unter der Gefahr, ihre eigene Kraft und Wirksamkeit zu verlieren, sind Selbsthilfegruppen und -initiativen dazu geeignet, ein kostengünstiger sozial- und gesundheitspolitischer Lückenbüsser zu werden. Die Selbsthilfebewegung macht sich aus einem überkommenen Altruismus frei und bildet aus dessen Trümmern die Fähigkeiten zu einer unabhängigen und solidarischen Lebensweise. Aus ihrer politischen Abstinenz wird sie nun durch das öffentliche Interesse an ihr zwangsläufig herausgeholt werden. Es geht um die Entwicklung von Selbstständigkeit, Entscheidungskompetenz und gemeinsamen Handelns und nicht um die bauernfängerische Wiedereinsetzung subsidiärer Privatbewältigungen. Die sozial- und gesundheitspolitische Debatte um die Selbsthilfe und ihre Förderung wird dies bedenken müssen.

Mobilmachung für die Heimatfront

Militarisierung des Gesundheitswesens
Dr. rer. Wahlenbrock (Hrsg.)



Das Gesundheitswesen sei für den Ernstfall nicht gerüstet, heißt es seit Jahren. Jetzt werden Konsequenzen gezogen. Entsprechende gesetzliche Bestimmungen, Übungen und Veranstaltungen kommen auf die im Gesundheitswesen Beschäftigten zu, um sie auf die „Katastrophe“ vorzubereiten.

Das Buch erklärt und dokumentiert die Zusammenhänge. Das Gesundheitsschutzgesetz und seine Beziehung zu den Notstandsgesetzen, der Zusammenhang zwischen NATO-Sicherheitspolitik und Ausbau des Zivilschutzes werden erläutert. Anhand zahlreicher Beispiele – Schwesternhelferinnenausbildung, Hilfskrankenhäuser, Kriegsspiele mit „Verletzten“ – wird die verstärkte Einbeziehung des Gesundheitswesens in Zivilschutzplanungen beschrieben. Die Katastrophenmedizin wird vorgestellt, der Hintergrund zahlreicher Veranstaltungen zu diesem Thema analysiert. Alle im Gesundheitswesen Tätigen sollten die zusammengestellten Fakten kennen.

prv-aktuell. Kleine Bibliothek Band 288. 160 Seiten, DM 12,-

Pahl-Rugenstein Verlag, Gottesweg 54, 5000 Köln 51



Marienhospital Bonn-Venusberg:

„Zustände wie im Mittelalter“ Arbeitgeber Kirche bricht kirchliches Recht

von Edi Erken

Das Übel ist hinlänglich bekannt, nur Gegenwehr läßt auf sich warten: Für den Arbeitgeber Kirche gilt weder das Betriebsverfassungs- noch das Personalvertretungsgesetz. Statt dessen gibt es für kirchliche Arbeitnehmer eine Mitarbeitervertretungsordnung (MAVO), die christliches Miteinander unterstellt, aber selbst die immer noch zu geringen Mitspracherechte bei privaten und staatlichen Arbeitgebern weitgehend ausklammert. Diese Sonderstellung verführt einige Herren in kirchlichen Häusern, „sich wie Großfürsten im Mittelalter zu gebärden“, so der Gewerkschaftssekretär der Bonner ÖTV, Klaus Knorr.

Der Fall einer kinderkrankenschwester, der bis ins Medium Fernsehen vordrang, macht dies besonders deutlich. Denn gegenüber Gabriele Pater ging die Verwaltung des Marienhospitals sogar soweit die minimalen kirchlichen Rechte zu brechen.

Seit über 10 Jahren arbeitet Gabriele Pater im Katholischen Kinderkrankenhaus Bonn-Dottendorf, das seit dem 1. Januar 1983 dem vom Franziskanerinnen-Orden Olpe geleiteten Marienhospital Bonn-Venusberg unterstellt ist. Am 12. Januar wurde sie fristlos entlassen, ohne schriftliche Angabe von Gründen. Mündlich eröffnete man ihr, sie sei an Wandschmierereien am Schülerinnenwohnheim, die vor allem gegen die beim gesamten Personal sehr unbeliebte Oberin Dorietta gerichtet waren, beteiligt gewesen. Ferner habe sie Anordnungen der Oberin kritisiert und in letzter Zeit Unruhe im Haus gestiftet.

Diese Anschuldigungen entbehren jeder Grundlage, denn mit den Wandschmierereien hat Gabriele Pater nichts zu tun. Und was die Kritik an der Oberin und die Unruhe im Haus angeht, heißt es in einer Presserklärung der Bonner ÖTV, die sich massiv für ihr betroffenes Mitglied einsetzte: „Die Gespräche mit Schwester Dorietta führte sie als Vorsitzende der Mitarbeitervertretung (MAV). In dieser Funktion sprach sie nicht für sich, sondern für die Interessen der Mitarbeiter.“ So ist auch

von den Mitarbeitern des Kinderkrankenhauses zu hören, daß die schwierigen Verhandlungen bei der Eingliederung des Kinderkrankenhauses ins Marienhospital „sehr wohl Unruhe erzeugten, da auch umfangreiche personelle Konsequenzen damit verbunden waren“. So sind z. B. alle Behinderten entlassen worden. Durch den Einsatz der MAV und vor allem ihrer Vorsitzenden Gabriele Pater konnten – nach Auskunft der Mitarbeiter – einige Härtefälle gemildert werden. Eine Kollegin: „Ihr Engagement trug also mehr zur Beruhigung als zur Unruhe bei.“

Mit dieser fristlosen Kündigung wollte der neue Krankenhausträger die nach dem kirchlichen Arbeitsrecht organisierte Mitarbeitervertretung unterbinden. Hatte doch Frau Pater angekündigt, auch im Marienhospital eine Wahl der Mitarbeitervertretung in die Wege zu leiten. Welche Angst man davor hat, beweist die schriftliche Untersagung des Zutritts zum Krankenhausgelände, die ihr am 13. Januar zugestellt wurde.

Frau Pater klagte mit Rechtsbeistand der ÖTV beim Arbeitsgericht auf „Wiedereinstellung“. Daneben schaltete sie den Schlichtungsausschuß der Diözese Köln ein. Denn nach Rechtsauskunft existiert die MAV des Kinderkrankenhauses heute noch, da diese „nicht vor Ablauf eines Jahres nach Zeitpunkt des Übergangs zum Nachteil des Arbeitnehmers geändert“ werden kann. Somit unterliegt die Mitarbeitervertretungs-Vorsitzende einem besonderen Kündigungsschutz. Diese und andere grundlegende Rechte werden der Kinderkrankenschwester verweigert, nur damit sie nicht auch im Marienhospital eine MAV gründet, was sie ja noch könnte, hätte man sie fristgerecht gekündigt.

Inzwischen hat der Schlichtungsausschuß getagt und Gabriele Pater voll rehabilitiert. Die Kündigungsgründe reichen weder für eine fristgerechte noch zu einer fristlosen Kündigung aus, so das Urteil dieses innerkirchlichen Gremiums. Auch eine Auflösung des Dienstverhältnisses gegen eine Abfindung hält die Schlichtungsstelle nicht für verantwortbar: „Es sei schließlich angesichts der allgemein schwierigen Situation und der großen Arbeitslosigkeit nicht zu rechtfertigen, aus Krankenkassen- bzw. kirchlichen Mitteln zusätzliche Abfindungen zu zahlen;“ die im konkreten Fall nach der arbeitsrechtlichen Übung u.U. die Höhe von 10 Monatsgehältern erreichen könnten.“

Doch leider mußte die Kinderkrankenschwester eine weitere bittere Erfahrung machen. Nämlich die, daß die Sitzung beim Schlichtungsausschuß nur ein makaberes Theaterspiel war und der Spruch der Kirchenschiedsstelle nur leere Worte, denn die Herren Keldenich und Stucke aus der Verwaltungsetage setzten sich rigoros über das Schlichtungsergeb-

nis hinweg. Am 7. Februar veröffentlichte daraufhin der ÖTV-Pressedienst die Erklärung der Marienhospital-Verwaltung, „die Entscheidung der Schlichtungsstelle des Caritasverbandes für das Erzbistum Köln nicht zu akzeptieren.“

Und dies ist nun mal Praxis: In den meisten Fällen bekommt sowieso der Arbeitgeber vor dem Schlichtungsausschuß Recht, in den restlichen Fällen kann der Arbeitgeber den „Rechts“-Spruch einfach ignorieren. Das verstehen die Kirchenfunktionäre unter kirchlicher Soziallehre, praktiziertem Christentum etc. Daß bei der Evangelischen Kirche der Spruch der Schlichtungsstelle bindend ist, sei im Luther-Gedenkjahr am Rande bemerkt.

Aber es kam noch schlimmer: Als sich weitere Medien dem Fall Pater widmeten, die Machenschaften des Arbeitgeber Kirche am Beispiel des Marienhospitals der Öffentlichkeit bekannt wurden, ließ sich die Verwaltung zu einer weiteren Unverschämtheit hinreißen: Am 16. Februar wurde der Kinderkrankenschwester erneut fristlos gekündigt. „Durch Ihre polemische und unsachliche Öffentlichkeitsarbeit haben Sie die Tendenz 'Gewerkschaft gegen Kirche' hervorgehoben“, heißt es in der Begründung, „durch die Öffentlichkeitsarbeit, zu der auch ein massiver Einsatz gewerkschaftlicher Mittel gehört (mit der eindeutigen Absicht, die Betriebsleitung des St. Marien-Hospitals unter Druck zu setzen), wurden somit nicht nur das St. Marien-Hospital und sein Träger, sondern auch die Kirche unsachlich angegriffen.“ Für Gabriele Pater ist dies unfassbar: „Wenn sich die ÖTV für mich einsetzt, sehe ich keine Tendenz 'Gewerkschaft gegen Kirche'. Dies ist für mich kein Widerspruch, höchstwahrscheinlich aber für die Herren in der Verwaltung.“

Die ÖTV hatte an allen Bonner Krankenhäusern Unterschriften zu einer Solidaritätserklärung für die betroffene Kollegin gesammelt. Von der Lokalpresse über die Katholische Nachrichtenagentur und Kirchenzeitungen hin bis zum Regionalfernsehen wurde über den Skandal berichtet. Dieser öffentliche Druck brachte die Kirchenhierarchie auf den Plan. Ein Vertreter des übergeordneten Caritas-Verbandes kam mit allen Vollmachten ausgestattet um „den Fall aus der Welt zu schaffen“.

Man bot Gabriele Pater eine Weiterführung des Arbeitsverhältnisses bis zum 30.6.1983 unter Fortzahlung der Bezüge und Freistellung vom Dienst, danach eine Abfindung in Höhe von 22.500,- Mark, an. Eingestellt würde sie auf keinen Fall, da könne passieren, was wolle. Aber man wolle Frau Pater voll rehabilitieren. Den Verdacht der Wandschmierereien würde der Arbeitgeber zurücknehmen. Man würde am Schwarzen Brett und gegenüber der Presse erklären, „daß die Vorwürfe, die zu den Kündigungen geführt

haben, nicht aufrecht erhalten werden können.“ Nicht zuletzt auch das zugesagte Zeugnis, das sich auf Führung und Leistung erstrecken solle, bewog Gabriele Pater – auch auf Anraten der ÖTV – den außergerichtlichen Vergleich zu unterschreiben.

Damit hätte dieser Fall ein Ende, aber der Terror im Marienhospital geht weiter: Die Oberin Schwester Dorieta übt weiterhin Druck auf Mitglieder der ehemaligen – rechtlich noch existierenden MAV aus. Viele Krankenschwestern haben bereits gekündigt. ■

Aufwiegelung zu kleinen Schritten

Wir sind eine Gruppe von 20 Medizinstudenten und nennen uns „Stövchen“. Der Name Stövchen bedeutet für uns Warmhalten von unseren guten Ideen, Hoffnungen und Kontakten. Auf Grund von gemeinsamer Arbeit am Fachbereich haben wir uns zusammengefunden und treffen uns viermal im Jahr für jeweils ein Wochenende.

Unsere Erwartungen sind:

1. Kontaktpflege mit Klönen und Sich-mal-wieder-sehen.
2. Hilfe und gegenseitige konstruktive Kritik bei der Bewältigung des Studiums im Sinne einer Verhinderung der Anpassung an das bestehende Gesundheitssystem; Auseinandersetzung mit Fragen und Erfahrungen während des Studiums. Praktisch sieht es so aus, daß wir zusammen famulieren und hinterher darüber reden; über Sinn und Unsinn von Dr.-Arbeiten diskutieren usw.
3. Aus der Erfahrung heraus „Alleine machen sie dich ein!“ wollen wir gemeinsame Handlungsperspektiven entwickeln: Einmal für naheliegende Abschnitte wie Praktisches Jahr und Assistenzzeit und zum anderen für eventuelle gemeinsame Arbeit in unserem Beruf (Gesundheitszentren, Gruppenpraxis, Stadtteilarbeit). Zum Beispiel haben wir in einem Planspiel die Gesundheitsversorgung für einen Stadtteil in Aachen entworfen. Dabei haben wir über Modelle für Gruppenpraxen und Gesundheitszentren diskutiert.
4. Auseinandersetzung über ethische Probleme
Wir finden es wichtig, uns Gedanken zu machen über Themen wie Tod und Sterben, Euthanasie, Arzt-Patient-Verhältnis, Grenzen der medizinischen

Forschung, Machtstrukturen im Gesundheitswesen usw., weil unsere Haltung zu diesen Fragen Grundlage unseres Handelns ist.

Wir finden es gut, daß wir oft verschiedener Meinung sind, uns kontrovers auseinandersetzen und trotzdem nicht die Lust verlieren, uns wiederzutreffen. Die Absicht dieses Artikels ist die Darstellung unserer Gruppe und eine Anregung für Leute, die ähnliche Vorstellungen haben, auch eine Gruppe in ihrer Stadt zu bilden und vielleicht mit uns in Kontakt zu treten.

Ein Beispiel für unser Arbeit ist folgendes Protokoll einer Diskussion.

Die gesellschaftliche Funktion von Ärzt(inn)en

Ärzte als Expert(Inn)en, d.h. als Leute, die

... über das vorhandene medizinische Wissen allein verfügen und wenig Interesse daran haben, Wissen weiterzugeben, in der Befürchtung, ihre Stellung dadurch zu schwächen und sich unangreifbar zu machen;
... die mit ihrem Wissen und ihrer Stellung verbundene Macht zu für sie durchaus profitablen Zwecken ausnutzen und gleichzeitig die herrschende Gesellschaftsordnung unterstützen.

Ärzte als Stellvertreter des „Medizinsystems“...

machen aus dem „Sich-unwohl-fühlen“, bzw. den Beschwerden des Patienten erst die Krankheit, indem sie die als solche bezeichnet. Dadurch erteilen sie die gesellschaftlich anerkannte Erlaubnis zum Kranksein. Sie kontrollieren, wer krank sein und dadurch in den Genuß von Behandlung, Krankschreibung, Kuren etc. kommen darf. So wird systemgefährdendes Verhalten in geregelten Bahnen gelenkt; denn Krankheit ist auch eine persönliche Revolte, ein Ventil für Probleme, deren Verschärfung und ursächliche Behebung die Ärzte durch ihre Lösungsmöglichkeiten abblocken.

Kontakt zu Stövchen über Norbert Kaspar, Düsselstr. 90, 5100 Aachen.

Von einem, der auszog, das Fürchten zu lernen.

(In Essen-Borbeck stinkts zum/vom Himmel.)



Foto: Ingrid Hebel

von Felix Richter-Hebel

Es war einmal ein freundlicher und beliebter Kinderarzt in Essen-Borbeck mit Namen Dr. Mersmann. Die verantwortungsbewußte Betreuung seiner kleinen Patienten lag ihm sehr am Herzen. Umweltschutz und Luftverschmutzung, öffentliches Rampenlicht oder politische Ambitionen hatten bisher in seinem Beruf keine Rolle gespielt. Eigentlich war es auch nur medizinisch-wissenschaftliche Neugier, die ihn dazu führte, in seiner Praxis gehäuft vorkommenden Pseudokrupp- und Bronchitiserkrankungen von Borbecker Kindern nachzugehen...

Was er dabei erlebte, erinnert an alte Gruselmärchen oder an Heinrich Kleist und ist doch schlicht ein Umweltskandal wie viele andere.

Ulli Raupp und ich haben Dr. Mersmann in seiner Praxis besucht. Schon am Telefon deutete er an, daß er von verschiedenen Seiten unter Druck stehe. Die kassenärztliche Vereinigung halte ihm sogar das schlimmste standesrechtliche Vergehen – nämlich Werbung zu betreiben – vor, und es drohe ihm der Entzug der Zulassung. In seinem kleinen Sprechzimmer schildert uns der Kinderarzt die unglaubliche Chronik der Ereignisse. Als erschreckende Einstimmung spielt er ein Tonband ab, auf dem das angstvolle Weinen und fürchterliche Husten eines Pseudokrupp-Kindes zu hören ist, das zu ersticken glaubt.

„Im Oktober 80, immer freitags zwischen 21 und 23 Uhr häuften sich die Pseudokrupp-Fälle.“ Die Eltern der Kinder schilderten oft übereinstimmend, daß die Kinder ohne Vorzeichen plötzlich nachts Husten- und Erstickungsanfälle bekamen. Dr. Mersmann begann, sich auf einem Kalender die Namen der Kinder zu notieren und erste statistische Daten über Alter und Wohngegend der Familie festzuhalten.

„Einen Freitag später hatte ich über 20 solcher Atemnotfälle. Da denke ich, muß doch was sein, es müßte eventuell aus der Luft gekommen sein oder sonstwoher, denn es konnte keinen Zusammenhang mit Schulen, Kindergärten o.ä. geben.“ Auf der Suche nach möglichen Ursachen wurde er auf eine Arbeit aus dem Raum Frankfurt aufmerksam gemacht, in der Umwelteinflüsse – besonders SO₂ und Staub – als Auslöser beschrieben waren. (Bender u.a., Deutsches Ärzteblatt 48, 1972)

„Ich hatte einfache Vorstellungen: wenn es einen gemeinsamen Verursacher gibt, dann könnte man auf einer Karte von den Wohnorten der Kinder Striche zeichnen gegen die jeweils an diesem Tag vorherrschende Windrichtung. Im Schnittpunkt der Linien müßte der oder die Verursacher zu finden sein.“

Während Dr. Mersmann sich zu einer eigenen zeitraubenden wissenschaftlichen Untersuchung entschloß, um keine unbe-

wiesenen Behauptungen zu verbreiten, griffen die verunsicherten Eltern betroffener Kinder zur Selbsthilfe und informierten die Presse. Kurz nach den ersten Veröffentlichungen gab es freitags kaum noch Pseudokrupp. Die Fälle verteilten sich nun mehr auf das Wochenende...

Infolge der Presseartikel wurde Dr. Mersmann gebeten, dem Ausschuß Umwelt und Gesundheit der Stadt Essen vorzutragen.

„Da sagte man mir: Sie wußten doch, daß Borbeck die schlechteste Luft von ganz NRW hat. Ich antwortete: Entschuldigen Sie, das weiß ich nicht.“

Erst zu diesem Zeitpunkt wurde Dr. Mersmann stutzig: *„Da bin ich erst drauf gekommen, daß hier irgendwas los ist. Eigentlich meinen alle Borbecker, es sei noch alles in Ordnung und außerdem war es früher sicher wesentlich schlechter.“*

Dann ging es Schlag auf Schlag: Es gab eine Presseerklärung der Stadt, die Borbecker hätten nichts zu befürchten, Pseudokrupp verlief in der Regel harmlos. Borbecker Ärzte würden tendenzielle Meinungsmache betreiben; genannt wurde als erster Mersmanns Name.

Dazu Dr. Mersmann: *„In der Regel verlaufen die Krupps hier harmloser, aber in der letzten Zeit sind doch 2 Kinder gestorben. Ich hatte Angst, daß die Gefahren verharmlost würden und womöglich ein*

ambulant behandeltes Kind stirbt. Ich meinte, zumindest dagegen angehen zu müssen."

Die WAZ war aber nicht bereit, die von Dr. Mersmann entworfene Gegendarstellung gegen die Presseerklärung der Stadt abzdrukken. Schließlich wurde der Widerspruch in den Borbecker Nachrichten abgedruckt: daß Pseudokrapp nicht zu verharmlosen sei und daß es sich nicht um Meinungsmache handle sondern lediglich um die Feststellung, daß es hier auffällig viele Fälle gäbe.

Zur weiteren Absicherung seiner Untersuchungen forschte Dr. Mersmann in den Akten der Essener Kinderklinik und stellte fest, daß aus Borbeck drei- bis viermal soviel Pseudokrapp-Fälle kommen wie aus anderen Stadtteilen.

In der Zwischenzeit verbreitete das Gesundheitsamt unwahre Pressemeldungen: Dr. Mersmann habe keine Zeit für Gespräche, Dr. Mersmann habe 400 Fälle mit Pseudokrapp behandelt. Im Gesundheitsausschuß wurden seine Untersuchungen angezweifelt und ihm sogar unterstellt, er habe keine Ahnung, was eigentlich Pseudokrapp sei...

„Da hatte ich mein Fett weg.“



Mittlerweile ergaben sich noch weitere unerklärliche Vorfälle: so wurden z.B. Luft-Meßstationen im Bereich der Essener Aluminiumhütte, von denen Dr. Mersmann im April 82 erfahren hatte, plötzlich mit fadenscheinigen Begründungen abgebaut. (Diese Stationen hatten SO_2 -Werte gemessen, die weit über allen zulässigen Konzentrationen lagen.)

„Es spitzte sich zu, daß die Stadt schlecht aussah, ich hatte wieder etwas an Boden gewonnen. Dann habe ich alle Parteien angesprochen. Für mich hätte es gereicht, daß mal jemand sagt: wir gehen der Sache nach. Da gehört man nicht von allen Seiten verhaßen.“

Nun schien es so, als habe die Stadt endlich ein ehrliches Interesse an der Nachforschung der Vorfälle, denn sie organisiert im Schloß Borbeck eine öffentliche Anhörung zur „schonungslosen Aufklärung“. Umweltexperten, Vertreter der Stadt, der Ärzte und Kinderärzte und sachkundige Klinik-Chefs saßen auf dem

Podium. Bald stellt sich heraus, daß das ganze ein abgekartetes Spiel war, die Beteiligten sogar ihre Rollen vorher geprobt hatten um den Eindruck abzuwehren, daß es in Borbeck eine zu hohe Schadstoffbelastung gäbe. Wortmeldungen der Zuhörer wurden erst auf massiven Druck der „Öffentlichkeit“ zugelassen. Es gab z.B. andere Kinderärzte, die allen ernstes behaupteten, auf der Zugspitze oder an der Nordsee gäbe es genauso viele Krapp-Fälle.

Bis heute ist die Stadt Essen nicht bereit, die Untersuchungen von Dr. Mersmann anzuerkennen, geschweige denn, wesentliche Schlüsse daraus zu ziehen. Der Kinderarzt selbst ist inzwischen zum Umweltexperten geworden. Z.B. fand er heraus, daß die Emissions-Meßwagen in den Stadtteilen ankündigen, wann sie messen... Außerdem gibt es vielerorts Bestrebungen, bei ungünstigen Meßwerten in einzelnen Gebieten die Grenzen der Meßgebiete so zu verändern, daß günstigere Durchschnittswerte berechnet werden. Gemessen wird sowieso nur zu Tageszeiten zwischen 9 und 16 Uhr, so daß die Luftverschmutzer eben ihren Dreck in der Nacht rauspusten.

Prof. Farthmann, ständig um Publicity bemühter Gesundheitsminister in NRW, hat als erster öffentlich die Aluminiumhütte als Verursacher der Luftverschmutzung beim Namen genannt. Ein Sanierungsprogramm aus 56 Millionen Steuergeldern ist geplant. In Zukunft wird die Kapazität der Hütte um 10% erhöht, aber nur 8% mehr SO_2 werden aus einem viel höheren Schornstein geblasen... und statt in Essen werden die Kinder in Bochum oder Dortmund ersticken.

Der Fall Mersmann ist von zahlreichen Zeitungen aufgegriffen worden und wurde durch Rundfunk und Fernsehen im ganzen Bundesgebiet bekannt. In Essen wird die Wahrheit noch immer verschleiert, wohl hauptsächlich um das Image als grüne industrielle Verwaltungsmetropole zu pflegen. Statt für die Bürger



Foto: Uli Raupp

Pseudokrapp

(auch: stenosierende Laryngitis oder Laryngitis subglottica)

Ursache in erster Linie Viren. Tritt deutlich gehäuft in der kalten Jahreszeit auf. Auch starke Luftverschmutzung führt zu einer signifikanten Erhöhung der Krupphäufigkeit. Erhebliches Wiederholungsrisiko. Meist bei Kindern vom 2. – 5. Lebensjahr, wegen der engen Verhältnisse der Atemwege unterhalb des Kehlkopfs und weil in diesem Alter die Schleimhäute besonders stark auf Infekte reagieren. Erscheinungsbild: Beginn mit Schnupfen und Halsschmerzen, evtl. Fieber. Dramatische Verschlechterung in Stunden: Zuerst Heiserkeit, bellender, trockener Husten, dann ziehende Atmung beim Einatmen mit Einziehungen im Brust-, Bauch- und Halsbereich. Ersticken, Unruhe, stärkere Erstickenzeichen mit Blaufärbung der Lippen und Gesichtshaut, später Blässe und Herzjagen: akute Lebensgefahr! Kurzfristige Beruhigungen in diesem Stadium sind als Sauerstoffmangel des Gehirns mit Bewußtseinsstrübung zu werten.

Auch beim leichten Krapp soll man Kinder unbedingt in Beobachtung halten, da sich ohne ärztliches Eingreifen ein 'leichter Krapp' in kürzester Zeit zu einem lebensbedrohlichen Krankheitsbild entwickeln kann.

Siehe auch: U. Stephan, in 'Pädiatrie in Praxis und Klinik', Hrsg. Bachmann, Ewerbeck, u.a. Band I, 6.28

Zum Zusammenhang Luftverschmutzung und Krapp siehe auch: Jacklin, R.H., S.W. Bender, F. Becker: Environmental factors in croup syndrome. Z. Kinderheilk. 111 (1971) 85

U. Raupp

zu sorgen, stellt sich die Stadt pauschal hinter die Industrie als Steuerzahler.

Doch anderswo wurde man hellhörig: In der Nachbarstadt Duisburg arbeiten in einer „konzertierten Aktion“ Kliniker, niedergelassene Kinderärzte, Gesundheitsamt und öffentliche Meßstellen zusammen, um den Ursachen des Pseudokrapp verstärkt auf den Grund zu gehen.

„Wieviel Zeit bleibt der menschlichen Lunge, wenn schon dem Wald durch SO_2 keine Zeit mehr bleibt?“ hieß es neulich in einem Ferrisehkommentar.

Wir fragen: wann endlich läuft die Zeit derjenigen ab, die die Luftverschmutzung in Arbeitervierteln billigend in Kauf nehmen, die die panische Angst der Eltern und das Ersticken der Kinder bagatellisieren, die behaupten, Umweltschutz gefährde Arbeitsplätze und damit auch noch die Gesundheit der Kinder gegen die Arbeitslosigkeit ausspielen?

Das Gruseln nimmt kein Ende.

In Memoriam

„ÄRZTE GEGEN SOZIALABBAU“, Teil I

Zur Gründungsgeschichte des ‚Sozialdemokratischen Ärztevereins‘ vor 70 Jahren.

Von Helmut Koch

„In Deutschland gehört es zu den wenig bekannten Folgeerscheinungen des NS-Regimes, daß traditionsreiche Ansätze einer demokratischen und sozialistischen Ärztopolitik ebenso gründlich vernichtet wurden wie eine innovative (= erneuernde, H.K.), die Ergebnisse der Sozialhygiene ‚umsetzende‘ Selbstverwaltungspolitik der gesetzlichen Krankenkassen in Kooperation mit den Gewerkschaften“ (Fl. Tennstedt).

Die offiziellen Ärzteverbände selbst — als erste der Berufsorganisationen nach dem ‚faschistischen Führerprinzip‘ ausgerichtet — betrieben mit einer Gründlichkeit, die alle entsprechenden Anstrengungen des faschistischen Staates noch übertraf, die ‚Säuberung‘ ihres Standes von demokratischem und sozialistischem Gedankengut (siehe Heft 2/81, D.G., „Die Kollaboration des Hartmannbundes mit dem Faschismus“).

Angesichts des 50. Jahrestages der faschistischen Machtergreifung in Deutschland, die einen beispiellosen Sozialabbau einleitete (s. Heft 1/83, D.G., „Sozialabbau im Faschismus“), und unter dem Ein-DRUCK verschärften Sozialabbaus in der BRD von heute wollen wir uns deshalb mit den Traditionen im besten Sinne SOZIAL-DEMOKRATISCHER ÄRZTEVERBÄNDE beschäftigen.

Ende des vorigen Jahrhunderts wurden die Ärzte in Deutschland vor völlig neue Aufgaben bzw. Arbeitsbedingungen gestellt: mit der rapiden Entwicklung der Industrie vollzog sich eine bis dahin nicht gekannte massenhafte Konzentrierung von Arbeitern in den Städten. Ihre medizinische Versorgung konnte nach dem herkömmlichen Prinzip des ‚alten Hausarztes‘ nicht einmal ansatzweise gewährleistet werden.

„Die niedergelassenen Ärzte betrauten als Hausärzte in der Regel einige wohlhabende Bürgerfamilien gegen eine Jahrespauschale. Sie waren gewöhnt, überwiegend den Mittelstand zu behandeln, und wenn sie im Notfall zu einer Kreißenden oder einem Kind aus einer Proletarierfamilie gerufen wurden, so sahen diese dankbar im Arzt ihren Helfer und Retter, der ihnen seine Kenntnisse und

Fähigkeiten zur Verfügung stellte, wissend, daß sie ihn nicht dementsprechend bezahlen konnten. Ansonsten wurden die Arbeiter von den Distrikts- und Armenärzten (angestellt bei der ‚öffentlichen Hand‘, H.K.) versorgt bzw. suchten Hilfe bei einem Kurpfuscher“ (B. Rohland) „Sozialversicherung + Ärzteschaft ...“ „Humanitas“/DDR, Nr. 15/82

Selbst die im Ergebnis schärfster Klassenauseinandersetzungen von der aufkommenden Arbeiterbewegung dem wilhelminischen Kaiserreich gewissermaßen abgetrotzte, von Bismarck ‚als Zuckerbrot zur Peitsche‘ des „Sozialistengesetzes“ gesetzlich eingeführte Sozial- bzw. Krankenversicherung für Arbeiter (1881/83; s. Hefte 6/81 u. 1/82, D.G.) versprach einem Teil der Arbeiterfamilien weitergehende medizinische Hilfe — zunächst wesentlich in Form finanzieller Zuwendungen. In dem Maße, wie die Honorar-Aufwendungen der neuen Gesetzlichen Krankenkassen für ärztliche Versorgung insgesamt anstiegen, in dem Maße wurde die Aufnahme kassenärztlicher Tätigkeit vom Umfang her für die Ärzteschaft zunehmend ‚interessant‘. Andererseits verdoppelte sich die Zahl der Ärzte in Deutschland im letzten Drittel des vorigen Jahrhunderts nahezu:

Jahr	Mitglieder i. Krankenkassen (in Tausend)	Ausgaben f. ärztl. Honorare (in Tausend Mark)
1885	5 168,7	8 594
1890	6 580	16 783
1895	7 525,5	23 141
1900	9 520,8	34 331
1913	13 566,5	93 941

(zitiert nach Wilhelm Thiele, Ärzteschaft und Krankenkassen, in: Das Argument AS4, 1974, S. 29)

So wurde die ‚Kassenzulassung‘ für viele Ärzte zur Existenzfrage, denn der Kreis der Privat-Patienten blieb beschränkt. Die sich damit ergebende Konkurrenz der Ärzte untereinander, nutzten die Krankenkassen dahingehend aus, daß sie (zunächst nur ganz allgemein verpflichtet, eine gewisse

ärztliche Versorgung ihrer Mitglieder zu gewährleisten) so wenig Ärzte wie möglich zu relativ geringen Honoraren unter (Einzel-) Vertrag nahmen. Diese ‚Kassenärzte‘ hatten als angestellte Ärzte also jeweils sehr viele sozialversicherte Patienten zu betreuen, während ihre Kollegen, die von der ‚Kassenärztlichen Versorgung‘ ausgeschlossen blieben und weiter in ihren Privat-Praxen arbeiteten, zunehmend Patienten an die Kassen ‚verloren‘, in dem der Kreis der Sozial-Zu-Versichernden per Gesetz stetig erweitert wurde.

„Die kranken Arbeiter, welche den von der Kasse zugewiesenen Arzt aufsuchen mußten, spürten in den überfüllten Warteräumen und der Zeitnot der Ärzte die Auswirkungen dieser Klassenmedizin sehr deutlich. Gegen die Betreuung wandten sich die Gewerkschaften. Von ihnen kamen neben Forderungen zur weiteren Ausgestaltung der Krankenversicherung und nach freier Arztwahl auch solche nach Erhöhung der Arzthonorare“ (B. Rohland).

Gründung des Hartmannbundes

Den Veränderungen in der Sozial- und Gesundheitspolitik des Deutschen Kaiserreiches standen die Ärzte „zuerst gleichgültig und dann ratlos gegenüber. Ihre Standesorganisationen, meist als Vereine zur Pflege der kollegialen Geselligkeit geschaffen und später in der Abgrenzung der akademisch gebildeten Ärzte von den nicht oder wenig ausgebildeten Wundärzten, den Quacksalbern und Kurpfuschern, bewährt, waren nicht in der Lage, ihren Mitgliedern bei der Lösung ihrer ökonomischen Fragen beizustehen. So kam es durch die Verschlechterung ihrer wirtschaftlichen Lage und den zum Teil unwürdigen Praktiken der Kassenvorstände gegenüber den Bewerbern um eine Kassenarztstelle in den 90er Jahren zur Bildung neuer lokaler wirtschaftlicher Organisationen der Ärzteschaft“ (Ärztevereinsbund, H.K.), die sich aber gegen die bald auf Reichsebene organisierten Ortskrankenkassen („Hochburgen der Sozialdemokratie“ damals, Fl. Tennstedt) nicht durchsetzen konnten.

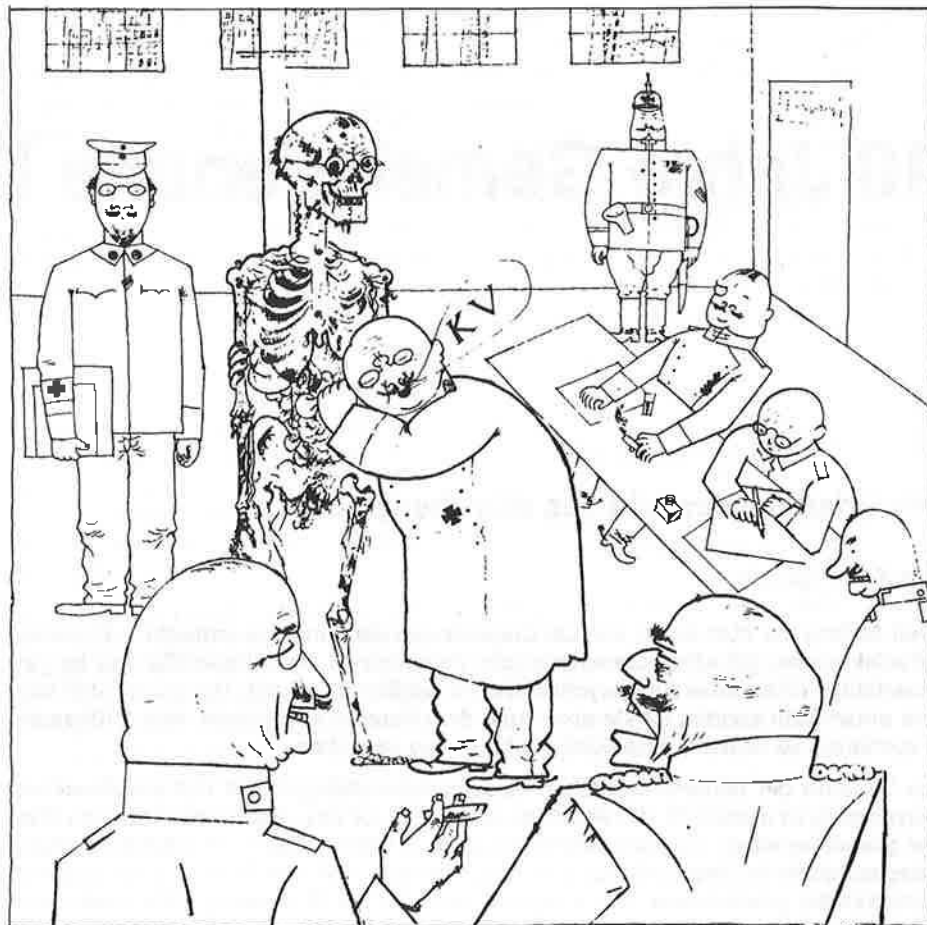
„Den Unternehmern ging es in erster Linie darum, die Arbeiter so billig wie möglich mit dem Notwendigsten an medizinischer Betreuung zu versorgen. Das hing u.a. mit dem zunehmenden Kampf der deutschen Industrie gegen die ausländische Konkurrenz zusammen (...).“

Im September 1900 kam es zur Gründung des von Dr. Hartmann (Leipzig) vorgeschlagenen Vereins mit dem ehrlichen Namen „Verband der Ärzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen“. Er wurde sofort vom Ärztevereinsbund angegriffen, indem man ihm unterstellte, er sei sozial-demokratisch beeinflusst und wolle die Ärzteschaft spalten. Dieser Vorwurf wurde wahrscheinlich deshalb laut, weil die Initiatoren auf die Anwendung gewerkschaftlicher Kampfmethoden orientierten und z.T. auch dort inhaltliche Anleihen aufnahmen. Letzteres trifft z.B. auf die Forderung nach Kollektivverträgen anstatt der Einzelverträge zu (...). Auch die gewerkschaftlichen Forderungen nach freier Arztwahl, die seinerzeit aus der Sorge um die Qualität der ärztlichen Betreuung der Versicherten erhoben wurde, nahm der „Leipziger Verband“ unter dem ökonomischen Aspekt der Zulassung aller willigen Mitglieder seiner Organisation modifiziert als Forderung nach „organisierter, freier Arztwahl“ wieder auf.

Als Kampfmethodik standen an erster Stelle Streiks gegen die Kassen, meist auf örtlicher Ebene. (...) Die Krankenkassen wehrten sich gegen diesen Druck, indem sie auswärtige Ärzte anwarben, z.T. mit recht lukrativen, langfristigen Verträgen (...).

Von Seiten der Arbeiterbewegung stießen die Auseinandersetzungen der Ärzte mit den Krankenkassen zu Beginn des Jahrhunderts auf heftige Ablehnung. Dazu muß man wissen, daß zur gleichen Zeit, als sich die Ärzte gegen ihre unwürdigen Arbeitsbedingungen zur Wehr zu setzen begannen, die herrschende Klasse eine großangelegte Kampagne gegen die „unredliche Geschäftsführung“ und angebliche Unterschlagungen der Krankenkassen startete. Damit sollte ein Schlag gegen die Selbstverwaltung der Kassen und eine verschärfte staatliche Aufsicht vorbereitet werden. Es kostete die Arbeiterbewegung „harte Kämpfe, die 1899 von den Unternehmerverbänden in das Parlament eingebracht (sogenannte, H.K.) Zuchthausvorlage zu Fall zu bringen, die u.a. darauf abzielte, ihre wenn auch ungenügenden sozialen Errungenschaften wieder zu liquidieren“ (B. Rohland).

Die herrschenden Kreise erkannten während ihrer „unmittelbaren Vorbereitung auf den I. Weltkrieg die für ihre Politik vorteilhafte Konstellation zwischen Werktätigen (bzw. ihren Gesetzlichen Krankenkassen, H.K.) und Ärzten. Anstatt diese gesellschaftlichen Kräfte, die an einer möglichst effektiven Sozialversicherung von der Sache her gemeinsam interessiert sein müßten, zusammenzuführen und so ihre Aktivitäten zu potenzieren, gehört es seit dem **Berliner Abkommen von 1913** zu ihrer Gesundheitspolitik, die Bedingungen so zu gestalten, daß bis heute ärztliche und Versicherteninteressen einander gegenüberstehen“ (B. Rohland).



Die Gesundheitsbeter.

Hartmannbund macht ‚Burgfrieden‘-Politik

Der Inhalt des Berliner Abkommens entsprach einem zunächst überraschenden Burgfriedensschluß des Hartmannbundes mit der großbürgerlich-junkerlichen Regierung des deutschen Kaiserreiches (s. Heft 1/82, D.G., „100 Jahre Sozialversicherung“). Mit der „Erlangung des Monopols der medizinischen Betreuung der Krankenversicherten“ und der Anerkennung „als kollektiver Verhandlungspartner der Krankenkassen“ (W. Thiele) konnte der ‚Leipziger Verband‘ große Erfolge für die ökonomischen Interessen der niedergelassenen Ärzte gegen die Gesetzlichen Krankenkassen erringen. In den nächsten Jahren verzichtete er auf jegliche Kampfkationen insbesondere mit weitergehenden Zielen und orientierte „die Ärzteschaft auf den Sanitätsdienst und die Betreuung der Kriegerwitwen und Waisen von Kollegen“ (B. Rohland). Soweit man also davon sprechen kann, daß der Hartmannbund in seinen ersten Jahren objektiv ein Stück um demokratische Rechte mittrug (hier z.B. für eine bessere ärztliche Betreuung der Werktätigen), „wurde diese Linie der Ärztebewegung ab 1913 vom ‚Sozialdemokratischen Ärzteverein‘ und später vom ‚Verein sozialistischer Ärzte‘ weitergeführt“ (B. Rohland):

Die wirtschaftlichen Auseinandersetzungen des Hartmannbundes waren bis 1913 von ca. 1 700 örtlichen Streiks und Boykotten gegen die gesetzl. Krankenkassen be-

gleitet, was bedeutete, daß eigentlich Sozialversicherte nur noch gegen Barzahlung d.h. als Privat-Patienten ärztlicher Behandlung zuteil wurden!

Das mußte diejenigen Ärzte, die mit der Arbeiterbewegung verbunden waren, in heftigen Zwiespalt bringen! „Einerseits hielten sie zur Krankenversicherung und ihrer Selbstverwaltung, andererseits aber wollten und konnten sie deren teilweise demütigenden und wenig sachdienlichen (ja sektiererischen, H.K.) Praktiken gegenüber den Ärzten genauso wenig zustimmen wie der offiziellen Politik des Ärzteverbandes“ (B. Rohland, „Zur Rolle des Hartmannbundes in Vergangenheit und Geschichte“, „Humanitas“/DDR, Nr. 28/80).

„1913, als der Kampf zwischen Krankenkassen und Ärzten einen Höhepunkt erreichte, gründete Ignaz Zadek mit den sozialistischen Ärzten Karl Kollwitz, Ehemann von Käthe Kollwitz, und Ernst Simmel, später auch einer der Pioniere der Psychoanalyse, den ‚Sozialdemokratischen Ärzteverein‘ in Berlin, der zum Wohle der Kranken zwischen beiden „Instanzen“ vermitteln sollte und später vor allem für die Sozialisierung des Heilwesens eintrat“ (Fl. Tennstedt, Jahrbuch f. krit. Medizin, Bd. 2, AS 17, Argument-Verl.) — seinerzeit verstanden als gewisse ‚Vertretung‘ unter mehr oder weniger demokratischer, z.B. auch gewerkschaftlicher Kontrolle.

(Fortsetzung: siehe Heft 4/83, D.G., „Ärzte gegen Sozialabbau“, Teil II, Zur Politik des ‚Sozialdemokratischen Ärztevereins‘ (1913) und des ‚Vereins sozialistischer Ärzte‘ (1924).

10 Jahre Gemeindenahe Psychiatrie —

ein Erfahrungsbericht aus Mönchengladbach

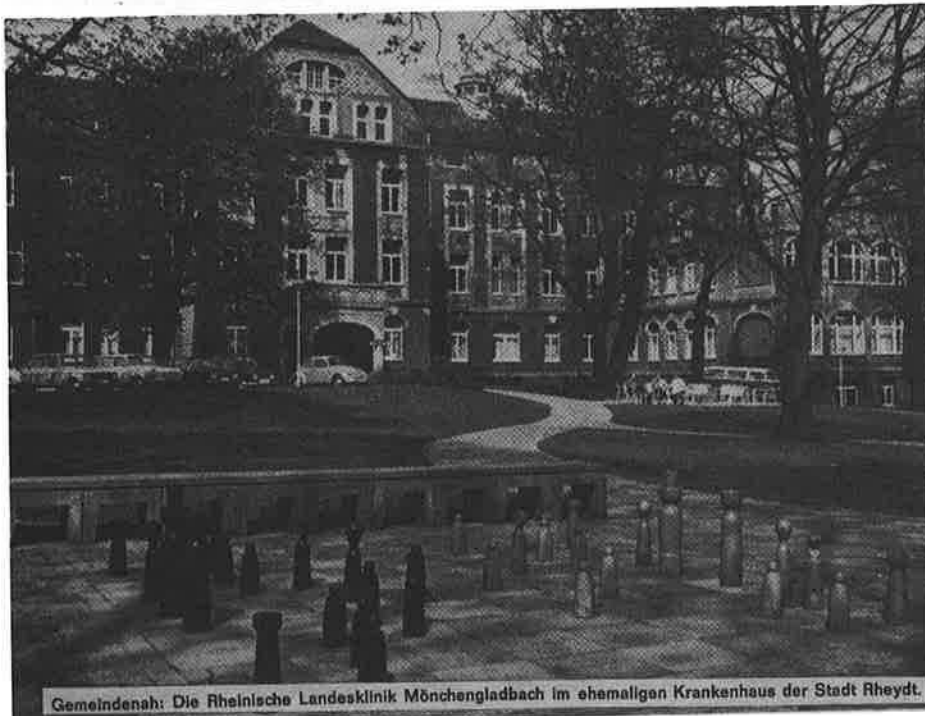
von Elmar Spancken

Seit Anfang der 70er Jahre, seit der Enquete und der durch sie entfachten Psychiatriediskussion, gilt eine »Gemeindenahe Psychiatrie« als zeitgemäße und längst überfällige Alternative zum psychiatrischen Großkrankenhaus. Da, wo sie sich bisher entwickeln konnte, ist sie aber auch dem Vorwurf ausgesetzt, eine 2-Klassen-Psychiatrie zu fördern, eine Edelpsychiatrie zu betreiben.

Im Verlaufe der leidenschaftlichen Auseinandersetzungen mit der traditionellen Psychiatrie in diesen 10-12 Jahren ist aber nicht nur das Großkrankenhaus in Frage gestellt worden. Auf dem Hintergrund der in hohem Maße belasteten Psychiatriegeschichte in Deutschland, der Vernichtungspolitik des Faschismus und der rückständig gebliebenen Anstaltspsychiatrie in der Bundesrepublik wurde die praktische Relevanz von Diagnosen wie Psychose, Schizophrenie ebenso bezweifelt wie die Notwendigkeit der Anwendung von Psychopharmaka, von Zwang, ja von stationärer Behandlung überhaupt.

Großkrankenhaus statt gemeindenahe Einrichtung, ambulante Behandlung statt stationärer Aufnahme, Irrsinn ist menschlich statt Krankheit, Psychotherapie statt Psychopharmaka. Auf diese Alternativen pflügten sich die Diskussionen oft zuzuspitzen. Aus Italien kam die Kunde, daß es auch ganz ohne Kliniken gehen könne. Wer sich für Psychiatrie engagierte, geriet zwischen extreme Positionen.

Die beste Möglichkeit, aus eigener praktischer Erfahrung eine Position zu gewinnen, zu wissen, was geht und was nicht geht, was man braucht und was man nicht braucht, konnte die Arbeit in einer neueröffneten, kleinen, gemeindenahe Einrichtung bieten, die sich die Aufgabe gestellt hatte, alle dort anfallenden psychiatrischen Probleme möglichst angemessen zu lösen: Mit nicht mehr Betten wie nötig — mit soviel Ambulanz wie möglich, mit so wenig Zwang wie möglich.



Gemeindenahe: Die Rheinische Landeslinik Mönchengladbach im ehemaligen Krankenhaus der Stadt Rheydt.

Zunächst ein kurzer Überblick über Entwicklungsgeschichte und Konzeption der Einrichtung:

Im Rahmen der durch die maßgebliche Initiative von Prof. C. Kuhlenkampff ab 1971 begonnenen Reform der psychiatrischen Versorgung im Rheinland richtete der Landschaftsverband Rheinland in den Gebäuden des ehemaligen Allgemeinkrankenhauses im Stadtzentrum von Rheydt eine psychiatrische Klinik ein. Sie bekam den Auftrag, in einer Region von 100.000 Einwohnern die psychisch kranken Erwachsenen einschließlich der Suchtkranken und der psychisch Alterskranken voll zu versorgen. Nur die forensisch untergebrachten Patienten und die Personen mit schweren Schwachsinnzuständen verblieben im Zuständigkeitsbereich des benachbarten Landeskrankenhauses.

Dr. Veltin brachte ein konsequentes Konzept für eine sozialpsychiatrisch orientierte gemeindenahe Psychiatrie mit. Die wichtigsten Merkmale waren:

- Eine in jeder Beziehung nach außen zur Gemeinde hin und für die Gemeinde offene Einrichtung, in der der Gegensatz Drinnen — Draußen, Stationär — Ambulant weitgehend überbrückt sein soll.
- Eine Klinik, die mit ihren Betten nur ein Element in einem differenzierten System von komplementären Diensten sein soll: Tagesklinik, Wohnheim, Wohngemeinschaften, Ambulanz.
- Eine flexible Kooperation dieser Elemente miteinander aber auch mit den anderen psychosozialen Diensten der Stadt.
- Eine therapeutische Grundhaltung, die die Begriffe der klassischen Psychopathologie zwar keineswegs über Bord wirft, das Hauptaugenmerk aber auf die gesunden, zum Handeln fähigen Anteile des Patienten lenkt und an seine Mitverantwortung für sich selbst und andere appelliert.
- Ein kooperativer Arbeitsstil im Team anstelle von hierarchischen Strukturen, damit Entscheidungen auf eine möglichst breite Basis gestellt werden können, die speziellen Erfahrungen jeder Berufsgruppe in die Arbeit einfließen können und damit ein Höchstmaß an Transparenz und Informationsfluß entsteht.

Was konnte nach 10 Jahren realisiert werden?

Die Klinik, versorgt mit ihren 130 Betten jetzt 180.000 statt der anfangs 100.000 Einwohner: Es stellte sich heraus, daß für das Pflichtversorgungsgebiet weniger Betten ausreichen als nach den herkömmlichen Planzahlen zu erwarten gewesen war (nämlich nur 0,7-0,8 Betten pro 1000 Einwohner statt 1,5). Somit konnte das Bettenpotential der Klinik einer größeren Bevölkerungszahl zur Verfügung gestellt werden indem das Einzugsgebiet schrittweise vergrößert wurde.

Eine Tagesklinik im Stadtzentrum mit 25 Plätzen. Sie hat sich als wertvoll und unverzichtbare Einrichtung erwiesen, sowohl als Übergang für die stationären Patienten als auch als primäre Anlaufstelle für Menschen in Krisensituationen. Die Zusammenarbeit mit den Stationen und mit dem ambulanten Bereich ist eng und flexibel. Die Platzkapazität ist in der Regel voll ausgeschöpft.

Ein Wohnheim im Vorort Odenkirchen. Es bietet für 30 psychisch und geistig Behinderte mit sehr geringer sozialer Kompetenz ein beschütztes Wohnumfeld und die Möglichkeit zum Besuch einer Werkstatt für Behinderte.

Vier in verschiedenen Stadtteilen gelegene Wohngemeinschaften. Hier leben insgesamt 19 ehemalige Patienten so selbstständig wie möglich, aber doch regelmäßig durch die Nachsorgeambulanz der Klinik betreut. Gerade für viele Langzeitpatienten haben sich die Wohngemeinschaften als eine Alternative zur sonst unvermeidlichen Dauerhospitalisierung bewährt. Wir waren überrascht, in welchem Maße auch schwer gestörte Patienten hier leben konnten, vorausgesetzt, die Klinik bildete den Sicherheit gewährenden Hintergrund.

Eine Nachsorgeambulanz, gefördert durch Modellmittel des Bundes, mit 8,5 Mitarbeitern (1,5 Ärzte, 3 Sozialarbeiter, 3 Pflegekräfte, 1 Arzthelferin). Sie bemüht sich, durch aktiv nachgehende Betreuung um jenes »Kernklientel« mit schwierigem, meist chronischem Krankheitsverlauf, großer Krisenanfälligkeit und einem meist wenig tragfähigen sozialen Hintergrund. Durch ein kontinuierliches Betreuungsangebot, in dem Hausbesuche durch Krankenpflegepersonal und Sozialarbeiter einen wichtigen Platz haben, kann Krisensituationen frühzeitig begegnet werden. Häufig läßt sich eine stationäre Aufnahme vermeiden oder aber die notwendige stationäre Behandlung rechtzeitig und auf freiwilliger Basis einleiten. Eine enge personelle und funktionelle Verknüpfung von Ambulanz und stationärem Bereich hat sich dabei als sehr sinnvoll erwiesen. Damit gerät auch für den stationär tätigen Mitarbeiter das »Leben draußen« in das Blickfeld. Daß sich der einst so akut kranke und schwer gestörte Patient jetzt wieder ganz anders verhält, daß er draußen gut

zurecht kommt, ist eine wichtige Rückmeldung und Erfahrung für alle Mitarbeiter auf der Station. Andererseits wächst das Verständnis für den Patienten und seine Angehörigen, wenn die Probleme »vor Ort« selbst erlebt bzw. durch die eigenen Mitarbeiter vermittelt werden.

Mehrere Patientenclubs stehen als Freizeitangebot zur Verfügung. Aus ihnen heraus hat sich auch ein umfangreiches Selbsthilfepotential entwickelt, das sich von professioneller Hilfe weitgehend gelöst hat. Ein Schwerpunkt bildet die Förderung des Selbsthilfepotentials vor allem im Suchtkrankenbereich. Hier sind im Laufe der Jahre insgesamt 14 Selbsthilfegruppen und Freundeskreise entstanden. Verschiedene ambulante Therapiegruppen für psychisch Kranke und Suchtkranke ergänzen das Angebot.

Die Beziehung zu anderen psychosozialen Einrichtungen wurden systematisch gepflegt und haben — in den letzten Jahren durch die psychosoziale Arbeitsgemeinschaft gefördert — zu einer zweckmäßigen Zusammenarbeit geführt. Besonders eng ist die Verbindung zum Gesundheitsamt: Der dort halbtags tätige Amtsarzt ist zugleich Oberarzt der Klinik. Die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Nervenärzten ist zumindest konfliktfrei. Hier hat sich auch bestätigt, daß eine Kliniknachsorgeambulanz und die Praxis des niedergelassenen Nervenarztes keine konkurrierenden Einrichtungen sein müssen, da sie ein unterschiedliches Klientel betreuen.

Dieses heute recht differenzierte Angebot war nicht das Ergebnis einer theoretischen Planung sondern entwickelte sich im Zuge eines organischen Wachstumsprozesses aus den praktischen Erfahrungen und deutlich werdenden Bedürfnissen. Mußten wir z.B. erkennen, daß doch eine gewisse Zahl jüngerer Patienten zu Langzeitbewohnern der klinischen Stationen zu werden drohten, haben wir die Gründung einer neuen Wohngemeinschaft in Angriff genommen. Und so haben wir auch in jüngster Zeit mit der Planung eines »Kleinheimes« mit 15 Plätzen begonnen, weil trotz aller Bemühungen wieder einige Langzeitpatienten verblieben sind, die auch in einer Wohngemeinschaft überfordert sein würden.

Als treibende Kraft für diesen Prozeß erwies sich letztlich das Prinzip der Vollversorgung der Region. Diese vom ersten Tag an eingegangene und eingehaltene Verpflichtung brachte es mit sich, daß dem entstehenden Druck nicht durch Verlegung in das benachbarte Großkrankenhaus ausgewichen werden konnte, sondern daß die schwierigen Probleme, sowohl der Akut- als auch der Langzeitpatienten selbst gelöst werden mußten. Daraus erwuchs für alle Mitarbeiter zwar eine nicht unerhebliche Belastung, andererseits aber auch der Anreiz zur Entwicklung gemeindenaher Übergangseinrichtungen. Geht eine kleine gemeindenähe Klinik des-

halb die Verpflichtung zur Vollversorgung einer Region ein, so verdient sie eigentlich nicht mehr den Vorwurf der Edel- oder 2-Klassen-Psychiatrie.

Der Aufbau hätte nicht so folgerichtig entwickelt werden können ohne den kooperativen Arbeitsstil. Ein besonderer Verdienst von Herrn Dr. Veltin ist es sicher gewesen, ein Arbeitsklima gewollt und konsequent gefördert zu haben, in dem jeder Mitarbeiter und jeder Funktionsbereich in die Diskussion und in die Entscheidungsprozesse

Recht & Psychiatrie

die neue Zeitschrift aus dem
Psychiatrie Verlag

Schwerpunktthema von Heft 1:

Akteneinsicht für psychisch Kranke

Dazu mehrere Beiträge von Juristen, Psychiatern und Sozialarbeitern sowie das umstrittene Urteil des Bundesgerichtshofs. Außerdem weitere Beiträge und eine aktuelle Übersicht zur Rechtsprechung.

Für 1983 ist eine weitere Ausgabe vorgesehen. Schwerpunkt:

Recht und Psychiatrie im Nationalsozialismus

Ab 1984 soll die Zeitschrift vierteljährlich erscheinen.

Themen aus dem Programm:

- o Maßregelvollzugsgesetz
- o Gutachten und Sachverständige
- o Suizidgefahr und Aufsichtspflicht
- o Zwangsbehandlung
- o Schweigepflicht und Zeugnisverweigerung
- o Rechte von Heimbewohnern
- o Praxis und Reform des Vormundschafts- und Pflegerechts
- o Psychisch Kranke und Arbeit
- o Sozialrecht, Verarmung und Psychiatrie

Einladung zur Mitarbeit

Der Redaktion gehören Leute mit unterschiedlichen Berufen an. Wenn auch Sie mitmachen wollen: Beiträge bitte senden an: Ingeborg Rakete, Joachim-Friedrich-Straße 53 1000 Berlin 31

Einladung zum Abonnement

Ein Heft kostet 7,50 DM, das Abonnement für ein Jahr (vier Hefte) 25,- DM. Bestellungen nimmt der Verlag entgegen:



Psychiatrie Verlag
Mühlentorstr. 28
3056 Rehburg-Loccum 1



einbezogen ist. Es ist dadurch eine Atmosphäre entstanden, in der einerseits jede Berufsgruppe ihre Eigenständigkeit bewahren, in der Teamarbeit aber ihre spezifische Betrachtungsweise einbringen konnte. Damit war das eigentliche Instrument geschaffen für die Bewältigung auch schwieriger Probleme. Die Sensibilität des »Teams« für Fehlentwicklungen und Konflikte, seine Bereitschaft und Offenheit für deren Korrektur und Bewältigung und seine Kreativität bei der Entwicklung neuer Pläne, war die beste Gewähr für die stetige Weiterentwicklung.

Daß das Erlernen der Teamarbeit, die starke Verunsicherung und Überwindung von Rollenkonfusion gerade im Anfang große Mühe machte und viel Energie verbrauchte soll dabei nicht verschwiegen werden. Da aus dieser Arbeitsweise ein Lernprozeß für alle Mitarbeiter werden konnte, der nicht ins Chaos führte, sondern zu einer »stabilen Dynamik« mit wachsender Sicherheit im Umgang mit den Patienten und den eigenen Arbeitsproblemen ist sicher auch dem Leitungsstil von Dr. Veltin zu verdanken. Er wurde von uns empfunden als eine glückliche Mischung aus Ermüdung zur Selbständigkeit und Mitverantwortung und dem sicheren Gefühl, jederzeit Rat und Unterstützung zu finden. Für ihn war es in konfliktreichen und spannungsgeladenen Situationen, die in einem so komplizierten und empfindlich reagierenden System schnell entstehen, am schwersten, besonnen auszuhalten, nicht »von oben« einzugreifen, sondern darauf zu vertrauen, daß die Diskussionen in den Teams und Gremien schließlich zu einer Lösung führen, die von allen getragen werden konnte.

Die 10 Jahre lassen sich als ein Lernprozeß beschreiben, der für alle Mitarbeiter spannend und erfahrungsreich, aber keineswegs immer leicht war. Gemeindepsychiatrische Arbeit in dieser Form empfanden wir sogar häufig als bela-

stend und mühsam. Wir erlebten auch Zeiten der Resignation und Depression. Das verbirgt sich leicht hinter der Beschreibung des äußeren Entwicklungsprozesses. Vielleicht hatten wir — im Bewußtsein mehr oder weniger die Vorstellung, es gälte hauptsächlich die »Krankheit« zu vergessen, den Patienten so schnell wie möglich aus der psychiatrischen Institution zu befreien — zu wenig bedacht und erfahren, wie schwierig oftmals die Probleme sein können, vor die uns die psychisch Kranken stellen. Je näher man dieser Problematik ist, in der Gemeinde, je näher der Wohnung, der Familie, dem Arbeitsplatz, dem Nachbarn, umso drückender spürt man sie.

Auf der anderen Seite: Es ist überdeutlich geworden, um wieviel einfacher und hilfreicher es für den Patienten, seine Angehörigen ist, die psychiatrische Klinik nahe zu wissen und den Zugang zu ihr ganz leicht. In einer Krise suchen sie oft von sich aus den »Schutzraum Psychiatrie«. Eine etwas verwirrende Erfahrung. Gingen wir nicht davon aus, daß jeder psychisch Kranke lieber draußen ist als drinnen? Aber wir fühlen uns auch in unserer Arbeit bestätigt: Erneut in eine Krise geraten, kommt der ehemalige Patient freiwillig, nicht mehr mit Zwang wie früher.

Optimismus und Mutlosigkeit wechselten rasch. Dafür mag auch unsere Anfangserwartung eine Rolle gespielt haben: Wir gingen mehr oder weniger davon aus, alle unsere Patienten würden auf dem Wege durch die therapeutische Kette — Klinik, Tagesklinik, Ambulanz, Wohngemeinschaft usw. — dauerhaft rehabilitiert werden, schließlich unserem Auge entschwinden und sich von der Psychiatrie ganz lösen. Dieser Anspruch prägte das optimistische Engagement der ersten Zeit. Es konnte dann nicht ausbleiben, daß wir erleben mußten: Viele kamen zurück, kamen und gingen immer wieder, einige verblieben ganz in der Klinik. War alle Mühe um-

sonst gewesen? Wir mußten erkennen: Gerade auf diese Widersprüchlichkeiten und zeitweisen Rückschläge mußten wir uns einstellen, auf die prinzipiell mögliche Wiederkehr psychotischer Krisen, auf die Rückfälle der Suchtkranken, auf zunehmende Pflegebedürftigkeit der psychisch Alterskranken. Nur so konnten wir selbst stabil bleiben und »trotzdem« weitermachen. Zur Einstellung des »aktiven Optimismus« der Anfangszeit mußte also die Grundhaltung der Geduld und des langen Atems kommen, das Wissen um die Vertracktheiten und die Diskontinuitäten in der Psychiatrie.

Wir mußten zwar zur Kenntnis nehmen, daß auch unter diesen Versorgungsbedingungen eine Gruppe von Langzeitpatienten entstand, jenes Klientel, das manchmal als »harter Kern« bezeichnet wird. Ermutigend oft aber erlebten wir, daß sehr viele auch dieser Patienten durch kontinuierliche Nachbetreuung mit engem Kontakt zu den Familien und durch Wohngemeinschaften »draußen« bleiben konnten, die Klinik nur in Krisensituationen brauchten. Durch diese Kontinuität der Betreuung auch in der neuen Krisensituation bekamen wir ein Gespür für das, was draußen geht und was nicht geht. Wann die angemessene Hilfe für einen Wahnkranken und seine vor kaum noch erträgliche Probleme gestellte Familie letztlich doch die stationäre Aufnahme ist. Dieser Vorgang ist dann auch kein »Abschieben« mehr, wenn Draußen und Drinnen so nah beieinander liegen, vielleicht schon bald über die Tagesklinik und die Ambulanz eine Rückkehr möglich ist, die Angehörigen täglich zu Besuch kommen können oder der Patient schon bald beurlaubt werden kann. Auch die Einstellung gegenüber den Angehörigen wandelte sich: Indem wir uns auch ihrer Not und Hilflosigkeit, z.B. bei Hausbesuchen, stellen mußten, fiel es zunehmend schwerer, sie in der Rolle der »Verursacher« oder »Abschieber« zu sehen. Erwiesen wir uns denn selbst als wesentlich klüger, wenn es darum ging, »richtig« mit ihren erkrankten, widersprüchlich handelnden Familienmitgliedern umzugehen?

Tendenzen zum »Abschieben« spürten wir auch in uns: Gab und gibt es doch auf den Stationen immer wieder einen Patienten, dessen provozierend unangepaßtes, alle unsere Bemühungen zurückweisendes Verhalten uns so verbittert, daß wir Begründungen für seine Ausgrenzung aus unserer Zuständigkeit ersinnen. Sei es über das Argument, er sei eigentlich nicht krank, also letztlich hier fehlplatziert oder über die plötzliche Gewißheit, er bedürfe einer so speziellen Behandlungsform, die nur eine andere, weit entfernte Einrichtung anbieten könne. Wir konnten darin eine neue, der Gemeindepsychiatrie eigene Tendenz zur Ausgrenzung erkennen. Der Wunsch, gerade die schwierigsten Patienten wieder möglichst weit fortzuschicken, wurde uns vertraut. Die Verpflichtung zur Vollversorgung hinderte uns, glücklicherweise daran, es zu tun.

Dr. med. Rudolf Brickenstein

Weißer Kittel – brauner Titel!

von Wolfgang Zwick

Wolfgang Zwick, Psychologe aus Karlsruhe, hat sich ausführlich mit Biographie und Historie diverser sogenannter „Wehrpsychologen“ beschäftigt. Weitere Aufsätze von ihm werden wir in den nächsten Ausgaben bringen, u.a. über Brickenstein junior und den Chef des wehrpsychologischen Dienstes der Schweizer Armee Dietegen Guggenbühl. (Die Redaktion)

Der Sohn eines kaiserlichen Oberst ist zuerst Arzt geworden und dann auch Oberst: Oberstarzt heißt das bei uns. Zwanzig Jahre lang war er Berater des Verteidigungsministeriums in psychiatrischen Angelegenheiten des Militärs, fünfzehn Jahre Chefarzt des Bundeswehrkrankenhauses Hamburg, Abteilung Neurologie/Psychiatrie, gleichzeitig Chef der Sondergruppe Neurologie/Psychiatrie beim Generalstab der Bundeswehr; Ende letzten Jahres in Ehren pensioniert. Er ist nach wie vor einer der hervorstechendsten Autoren auf dem Gebiet der sogenannten Wehr-Medizin und als Fachmann präsent auf allen nationalen und internationalen Konferenzen über Militär-Psychiatrie. Das Bundesverdienstkreuz dekoriert die Heldenbrust.

Am Beginn der Karriere wie bei jedem Arzt, die Promotion. Allerdings hatte die heute ehrenwerte Persönlichkeit das Pech, daß die Studienzeit in ein gewisses Drittes Reich fiel. Es dauerte zwar nicht ganz tausend Jahre, aber bis danach wollte unser Ehrenmann mit der Promotion nicht warten. Er dissertierte 1943 in Erlangen mit dem – schon stilistisch sehr eindrucksvoll formulierten – Thema: *„Häufigkeit und Ätiologie des Selbstmordes beim Heer und die Auswirkungen des Alkoholmißbrauchs auf diese“*. Die Dissertation wurde damals für geheim erklärt und daher auch nicht an die Bibliothek abgeliefert. Dennoch fand sich ein verstaubter Durchschlag des Werkes, das zwar kaum wissenschaftlich interessant sein dürfte, aber vielleicht historisch und politisch. Es beweist, wie sehr einer, der damals mindestens in der inneren Emigration, wenn nicht sogar im inneren Widerstand war, sich dem System an den Hals werfen mußte, um Brötchen und Promotörchen zu verdienen. Wie der Ärmste mit sich und seinem Gewissen gerungen haben muß! Die Wissenschaftlichkeit konnte er zwar gerade noch retten, was durch die Vielzahl der Statistiken, Tabellen und Kurven belegt wird. An die Ideologie aber mußte er ungeheure Zugeständnisse machen. Wer jedoch behauptet, Brickenstein habe hier seine eigenen Überzeugungen dargelegt, der muß ein Denunziant sein.

Absicht seiner Arbeit ist der Nachweis, daß beim Militär nicht mehr Selbstmorde vorkommen als in der Zivilbevölkerung. Und mit einigem statistischen Aufwand – was läßt sich mit Statistik nicht alles be-

weisen – gelingt ihm dieser Nachweis auch. Die Glaubwürdigkeit seiner Aussagen kann man kaum anzweifeln, denn er hat in seinen Tabellen sehr viel *„Menschenmaterial verarbeitet“* (S. 22). Nicht einmal die *„Gruppe der Geisteskranken“* hat er vergessen, die er zu den *„anderen Minderwertigen“* (S. 11) rechnet. Nur ein Zugeständnis an den braunen Sprachgebrauch; so mußte man doch damals schreiben! Hätte er vielleicht schreiben sollen, daß die *„Geisteskranken“* Menschen sind? Das wäre von einem angehenden Militär-Psychiater denn doch zu viel verlangt.

Anerkennenswert ist schon, daß er bei den Soldaten, die nicht zu den *„Minderwertigen“* zu rechnen sind, noch menschliche Züge sah, für die er sogar Verständnis aufbrachte: *„Durch die militärische Zeitbeschränkung unerfüllte Liebe führt auch manchmal zum Selbstmord“* (S. 20). Bei den *„militärischen Versagern“* allerdings hört sein Verständnis auf. Wer beim Exerzieren schlapp macht, bekommt ein *„ganz berechtigtes Gefühl der Minderwertigkeit, das noch gesteigert wird durch Extradienst...“* (S. 20). *„Bei dieser Gruppe der „Schlappen“, die als solche im zivilen Leben meist nicht erkannt werden, hat tatsächlich der militärische Dienst eine steigernde Wirkung auf die Selbstmordneigung. Jedoch besteht meist kein Grund, solchen Soldaten allzusehr nachzutruern. Sie wären immer lebensuntüchtig gewesen und für das Volksganze ist das Erbgut solcher Menschen nicht nur wertlos, sondern schädlich.“* (S. 21).

Das darf man nicht so eng sehen; wer wollte auch ein paar einzelnen Selbstmördern nachtrauern in einer Zeit, in der Millionen Menschen erschossen, verstümmelt, vergast und verheizt werden? Und von *„Volksschädlingen“* zu reden, war wissenschaftliches Niveau, dahinter konnte unser Doktorand doch nicht zurückbleiben, wenn er sich nicht die Note verderben wollte. Hätte er vielleicht sagen sollen, daß diese einzelnen *„Versager“* und Selbstmörder möglicherweise einen berechtigten Zweifel am systematischen und kollektiven Mord und Selbstmord hegten? Wenn die Parole lautet, heute gehört uns Deutschland und morgen die ganze Welt, kann doch beim besten Willen die Psychiatrie nicht abseits stehen und erst recht nicht die Militär-Psychiatrie. So verhöhnt unser Doktorand, dessen Arbeit ja auch vom Alkohol handelt, die *„Versager“* noch weiter; bei ihnen sei der Al-

kohol *„mehr Mittel zum Zweck. Der so wieso Schlappe muß sich auch für diesen Entschluß erst Mut antrinken.“* (S. 21)

Vergessen wir nicht: er hat das alles nicht so gemeint. Nur die erzwungene Unterwerfung unter herrschende Lehren diktierte ihm diese Worte. In wissenschaftlichem Befehlsnotstand handelte er auch, als er in die Verlegenheit kam, die sogenannte Psychopathie definieren zu müssen. Ganz auf der damaligen – noch nicht wieder erreichten – Höhe der Wissenschaft formulierte er: *„Psychopathie ist eine quantitativ verschiedenen starke Abweichung von der Norm zum Minderwertigen hin in seelisch, geistig, charakterlicher Beziehung, durch die sich das befallene Individuum ständig störend oder versagend gegenüber seiner Umgebung äußert.“* (S. 28). Und wenn diese *„Störer“* und *„Versager“* sich selbst umbringen, kann das *„Volksganze“* doch zufrieden ein; sie haben den Vollstreckern des *„Volksganzes“* die Arbeit abgenommen. Selbstheilungsprozeß der Natur nennt man das; der Eiter wird ausgeschwemmt.

Ganz entfernt und irgendwie andeutungsweise scheint unser Doktorand geahnt zu haben, daß es auch schon einmal andere Interpretationen des Menschen sogar in der Wissenschaft gegeben haben könnte, aber beruhigt sich schnell: *„Beim Militär muß zu jeder klinischen Betrachtung die Bewertung treten. Und da bedeutet Psychopathie, auf militärische Verhältnisse bezogen, eine Minderwertigkeit“* (S. 29). Also nicht lange gefackelt, weg mit den *„Schädlingen“*! Das Problem ist nur, man erkennt sie nicht sofort. Sie tragen keinen gelben Stern, sind nicht politisch organisiert, sind *„reinrassig“* und doch *„Schädlinge“*: *„Ist es doch eine Eigentümlichkeit vieler Psychopathen, daß sie es ausgezeichnet verstehen, durch ihr gutes Einfühlungsvermögen und die ihnen eigene schnelle Auffassungsgebe zu guten Leistungen zu kommen, die auf ihre Umwelt wirken sollen, aber schnell wieder nachlassen. Sie hoffen oft mit Erfolg, so ihre Minderwertigkeit verstecken zu können. Es sind die typischen Blender, die zunächst durch erstaunliche Leistungen verblüffen, dann aber umso stärker enttäuschen.“* (S. 29)

Bei den Berufssoldaten ist dieses Problem laut Brickenstein nicht so groß, denn hier handelt es sich um eine *„Auslese der Besten“* (S. 29). *„Wenn sie aber doch einmal*

eingedrungen sind, was sich wegen der schweren Erkennbarkeit der Psychopathen nie völlig vermeiden läßt, werden sie so schnell wie möglich aus der Wehrmacht wieder entfernt. Ganz anders ist der Fall bei den eingezogenen Soldaten. Es ist nicht einzusehen, warum sie für ihre allerdings nicht selbst verschuldete Minderwertigkeit noch belohnt werden sollen dadurch, daß sie gegenüber ihren gesunden Alterskameraden noch einen zeitlichen Vorsprung in der Berufsausbil-

dung durch ihr eventuelles Nichtdienen gewinnen. In vielen Fällen ist die harte aber gerade Schule des Heeresdienstes die beste Medizin für solche Psychopathen und selbst eine völlige Heilung ist hier nicht ganz ausgeschlossen." (S. 30) Heil Dir im Siegerkranz! Ohne die heilende Wirkung des Militärdienstes wären die „Psychopathen“ an ihrer eigenen Minderwertigkeit zugrunde gegangen. Und nur der heilsamen Hilfestellung der Militär-Psychiatrie haben sie es zu verdanken, daß sie vollwertig am mörderischen Krieg teilnehmen und den Heldentod sterben durften. Ewig werden sie dieser Psychiatrie zu Dank verpflichtet sein!

und zu seiner großen Zufriedenheit darf er auch heute noch feststellen, daß die sogenannte Suizidziffer (damals nannte er das noch „Selbstmordlichkeit“) in der Armee nicht höher ist als in der Zivilbevölkerung, eher sogar niedriger. Und sehr stolz verweist er darauf, daß nicht einmal zwei Prozent der Selbstmorde, wie er glaubt errechnet zu haben, auf sogenannte dienstliche Schwierigkeiten zurückzuführen sind.

Besonders aufschlußreich und geradezu tröstlich ist eine Feststellung, daß es im Krieg die wenigsten Selbstmorde gibt. Er hat diese schwerwiegenden Erkenntnis sogar in einen Kasten drucken lassen, damit sie sich wie ein Merksatz ins Hirn des Lesers brennt: „Im Krieg nimmt die Neigung, sich selbst das Leben zu nehmen, etwa im gleichen Maß ab, wie die Gefahr wächst, das Leben zu verlieren.“ (S. 451) Nur ein Genie kann soviel Wahrheit in einem Satz zusammenfassen.

Nach der altbewährten medizinischen Regel, Vorbeugen ist besser als Heilen, müssen wir also möglichst viel Krieg führen, um die Zahl der Selbstmorde zu senken. Man muß gestehen, Brickenstein ist auf der Höhe der Zeit geblieben. Oder ist die Zeit auf der Höhe Brickensteins geblieben? Jedenfalls sieht er sich dem Ziel seiner alten Träume näher denn je, besonders wenn er sich vor Augen führt, welche Wirkung die Atombomben haben. Man könnte geradezu meinen, er sehnt sich diese Bomben herbei: „Man kann sich nach den bisherigen Erfahrungen vorstellen, daß bei einer Bedrohung durch diese Waffen zunächst die empfindlichsten Menschen pathologisch reagieren, daß es später zum Auftreten der Summationsphänomene „allgemeine Unruhe, Krisenstimmung, Panikbereitschaft“ kommt und sich schließlich entweder aus der allgemeinen Hoffnungslosigkeit eine Panikstarre entwickelt, in der die Menschen schreckgelähmt ihrem Untergang entgegenvegetieren oder auch zu einem verzweifelten Paniksturm ansetzt, der sich in sinnlosen Handlungen entlädt. Sicher erscheint es, daß im Augenblick drohender Katastrophen solchen Ausmaßes nur noch wenige Menschen in der Lage sein werden, fruchtlos, vernünftig und verantwortungsvoll auf grund kühler und rationaler Überlegungen zu handeln. Am ehesten werden dazu noch die Menschen fähig sein, deren Leben ausschließlich von ethischer Gesinnung oder religiöser Überzeugung bestimmt wird.“ (S. 463/464) Endlich werden alle „Minderwertigen“ elend, wie es ihnen gebührt, verrecken und übrig bleibt allein die „Auslese der Besten“, der Vollwertigsten aller Vollwertigen. Heil Brickenstein im Siegerkranz! Auf den Knien liegen wir vor Dir und flehen Dich an, laß uns teilhaben an der Gnade Deiner ausschließlich ethischen Gesinnung, auf daß auch wir eingehen ins Vierte Reich der Vollwertigen!

„Allerdings gibt es leider auch manche Fälle von schwerer Psychopathie, in denen die davon befallenen Soldaten glauben, dieses harte Leben nicht mehr ertragen zu können und dann, oft in völliger Verkennung der Tatsachen, Selbstmord begehen.“ (S. 30) „Doch ist in seiner Gesamtheit auch der Verlust solcher Elemente für das Volksganze kein großer. Denn diese Soldaten, die sich beim Heeresdienst quasi in einer harten Vorschule des Lebens befanden, hätten wohl auch im bürgerlichen Leben früher oder später Schiffbruch erlitten, wenn es auch nicht immer gleich bis zum Selbstmord gekommen wäre.“ (S. 30) Sollte das traurig klingen, was ihnen der frischgebackene Dr. med. Brickenstein ins Grab nachruft? Er wird doch nicht etwa Mitleid haben mit diesen „Kreaturen“? Nein, er reißt die Hacken zusammen und höhnt von neuem: „Doch sind das alles keine Gründe, solche Psychopathen die Erziehungsarbeit des Heeres entbehren zu lassen.“ (S. 31)

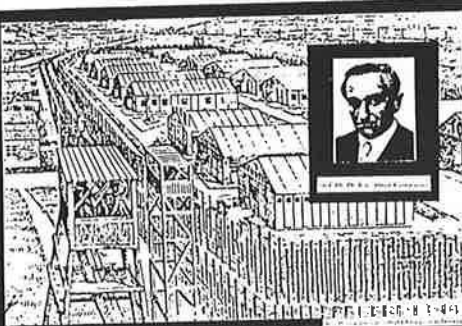
So schließt der angehende Psychiater messerscharf, entweder heilt die Armee die „Psychopathen“ und macht sie zu funktionierenden Anwendern der Tötungs-Maschinerie oder die „Psychopathen“ heilen die Armee und das „Volksganze“ durch ihren Selbstmord. Ein Problem bleibt allerdings bestehen: wie soll man den Selbstmörder bestrafen? Sein Beispiel könnte Schule machen. Wohin käme die Armee, wenn die Soldaten anfangen, sich ohne Befehl reihenweise selbst umzubringen? Da sei Gott vor: „Nach einem Führerbefehl ist der Selbstmord von Soldaten und Offizieren als Fahnenflucht anzusehen.“ (S. 39/40) Soll man zur Abschreckung die Selbstmörder am Fahnenmast aufknüpfen?

Vierzig Jahre sind vergangen, doch unser Ehrenmann ist seinem Thema treu geblieben. Ein Brickenstein weicht nicht. Er hat sich nie von seiner Promotion distanziert, im Gegenteil, er zitiert sie in seinem Beitrag zum „Handbuch der Wehrmedizin“ (Hrsg. Ernst Rebenitsch, 1980; darin Rudolf Brinckenstein, Spezielle Wehrpsychiatrie, S. 431 – 465). Er verweist auf seine damaligen fundamentalen Erkenntnisse über den Selbstmord beim Militär

Informationsblatt und Diskussionsforum für Zahnärzte (-innen), Helferinnen, zahnmedizinische Fachhelferinnen



der artikulator



Häftling im KZ Börgermoor: Alfred Kantorowicz

ZAHNMEDIZIN IM FASCHISMUS

NOCH LIEFERBARE HEFTE :

SONDERAUSGABE

KINDER- U. JUGENDZAHNHEILKUNDE IN DER KRISE

AUSGABE SEPTEMBER 1981

- Selbstbeteiligung: nein danke
- Gefährdung durch Röntgen?

AUSGABE MÄRZ 1982

- Zahnmedizin und Zuckerindustrie
- Medizin und Atomkrieg
- KFO: Wissenschaft o. Geschäft
- Zur Lage der Helferinnen

AUSGABE OKTOBER 1982

- Elterninitiative Zuckerteekaries
- Medizin ohne Menschlichkeit
- Das deutsche Zuckerkartell

SONDERAUSGABE

ZAHNMEDIZIN IM FASCHISMUS

- Standesorganisationen und Faschismus
- Wirkungen des Faschismus auf heutiges Kassenarztrecht
- Faschistischer Alltag an Hochschulen
- Zahnbehandlung im KZ

Einzelheft 5,-/Abo 10,- incl. Porto
Siegburger Straße 26, 5300 Bonn 3

VDZm

VI REINIGUNG
DEMOKRATISCHE
ZAHNMEDIZIN e.V.

Treffen der Gesundheitsläden

Ende Januar trafen sich in Berlin zum 6. Mai Vertreter der bundesdeutschen Gesundheitsläden, um sich auszutauschen und über Gemeinsamkeiten, Schwierigkeiten und zukünftige Arbeit zu sprechen. Wie immer bei diesen Treffen wurden verschiedene Themen in Arbeitsgruppen bearbeitet:

- Die Arbeitsgruppen „Spar-/Sozial-/Gesundheitspolitik“ beschäftigte sich damit, welche Forderungen die Gesundheitsläden der Sparpolitik der alten & neuen Bundesregierung entgegensetzen könnten; zu einer Beschlussfassung kam es nicht, da die Kürze der Zeit nicht zur gründlichen Einarbeitung in das Thema reichte und die Vorbereitung in den Gesundheitsläden nicht gut genug war.



- Die Arbeitsgruppe „Perspektiven der Gesundheits(laden)bewegung“ beschäftigte sich damit, „Widersprüche zu sortieren, in denen sich gesundheitspolitisches Handeln gegenwärtig bewegt“ (so die Einleitung zu dem Themenpapier, das zugrundegelegt wurde). Sie begann mit dem Fragenkomplex 'Gesundheitsbewegung und Gesundheitsläden' und will im Laufe weiterer Treffen auch Fragen zu 'Gesundheit und Gesundheitswesen' bearbeiten. Die Fragen sind dialektisch aufgebaut; ein Beispiel: „Versorgung - oder Selbstversorgung? Welche Aktivitäten, die der Erhaltung einer gesunden Existenz dienen, sollen kollektiv, welche individuell geregelt werden? Die Versorgung von Lebensmitteln ist individuell geregelt, die Beseitigung von Müll und Fäkalien dagegen kollektiv. Ist der Umgang mit Gesundheit und Krankheit eher auf der Seite des Supermarktes oder der Müllabfuhr anzusiedeln?“
- Die Arbeitsgruppe „Ambulante Versorgung“ hat sich über den Widerspruch

zwischen dem Begriff 'Versorgung' und der Forderung nach Aktivität und primärer Prävention unterhalten. Bis zum nächsten Treffen hat sich die Gruppe vorgenommen, „aus der praktischen Sicht der verschiedenen Städte heraus die Aufgaben einer 'ambulanten gemeinschaftlichen Gesundheitssicherung' für uns zu formulieren und vorzulegen, die praktisch existierenden Modelle in diesem Bereich konkret vorzustellen und zusammenzutragen, wie Finanzierungen solcher Projekte konkret möglich waren und sind.“

- Die Arbeitsgruppe „Patientenstellen“ hat ein bemerkenswertes Ergebnis erzielt: nach intensivem Austausch über die größtenteils frustrierende Arbeit (zu wenig Rückkopplung nach der Beratung; zu wenig Selbstständigkeit der Patienten; Gefahr der Stabilisierung des kaputten Gesundheitssystems) gelangte sie zu den Formulierungen: „Weg von der Patientenstelle mit Einzelberatung — Hin zur 'Initiative Patientenbewegung'!“ Wie dieses Ziel zu verwirklichen ist, werden wohl die nächsten Treffen zeigen.

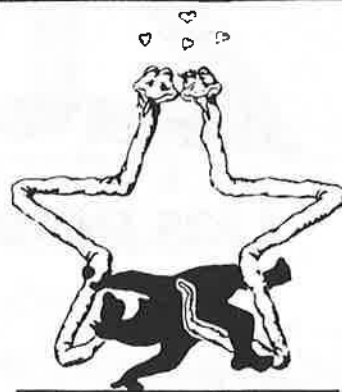
Aber auch einige Probleme wurden auf diesem Treffen der Gesundheitsläden deutlich, über die wir uns — im Interesse der Produktivität unserer 'Bewegung' — nicht hinwegsetzen sollten.

- Es ist möglich, im Plenum mit 120 Leuten zu diskutieren. Wie kann man die Zahl der GL-Vertreter begrenzen, um so ein Treffen arbeitsfähiger zu machen, ohne dadurch zu verhindern, daß jedes GL-Mitglied von der 'Basis' hinkommen kann?
- Es bringt uns nicht weiter, wenn die Mehrzahl der Leute in einer Arbeitsgruppe sich nicht auf das jeweilige Thema vorbereitet hat. So geht die Diskussion jedesmal wieder von vorne los. Ist es möglich, den „Infodienst der Gesundheitsläden“, der die Materialien zur Vorbereitung vor jedem Treffen in die Gesundheitsläden bringt, stärker zu nutzen?
- Reicht ein Wochenende, um sich gründlich über so schwierige Themen zu unterhalten wie 'Sozial- und Gesundheitspolitik', 'Gemeinschaftliche Gesundheitssicherung', 'Perspektiven der Gesundheitsbewegung'?

Das nächste überregionale Treffen der Gesundheitsläden wird Anfang Juni vom GL Frankfurt gestaltet. Als Vorbereitung dazu

erscheint Anfang Mai Infodienst Nr. 9, erhältlich bei jedem Gesundheitsladen. Wer über das Januartreffen Genaueres nachlesen will, sollte sich Infodienst Nr. 8 besorgen.

Christoph Kranich



Infodienst der Gesundheitsläden

Der Infodienst ist ein Mitteilungs- und Kommunikationsorgan der Gesundheitsläden der BRD. Er dient hauptsächlich dem Informationsaustausch der Gesundheitsläden untereinander. Durch ihn sollen die 2-3 mal jährlich stattfindenden überregionalen GL-Treffen vor- und nachbereitet, aber auch aktuelle Themen diskutiert und Nachrichten ausgetauscht werden.

Der Infodienst erscheint nicht ganz regelmäßig. Durchschnittlich ist mit 6 Ausgaben pro Jahr etwa im Abstand von 2 Monaten zu rechnen.

Der Infodienst wird z.Zt. herausgegeben vom Gesundheitsladen Hamburg.

Manche Infodienst-Nummern haben einen Themenschwerpunkt, z.B. Nr. 1 (März 82) und Nr. 2 (April 82): Gesundheitssicherstellungsgesetz, Nr. 5 (Sept/Okt 82): Patientenstellen Nr. 8 (März 83): Perspektiven der Gesundheits(laden)bewegung

Willst du den Infodienst beziehen, wende dich an den nächstgelegenen Gesundheitsladen. Dort kostet er nur DM 2,50 pro Heft.

Wer den Infodienst per Post beziehen will, wird gebeten

bei Einzelbestellungen:

Nr. 1 - 4	je	2,- DM	incl. Porto
Nr. 5 + 6	je	3,- DM	
ab Nr. 8	je	4,- DM	

für Abonnement:

Nr. 1 - 6 (1982)	14,- DM	incl.
Nr. 8 - 12 (1983)	20,- DM	Porto

zu überweisen auf das Konto

PSchA Stgt Nr. 1758 89-708
(BLZ 60010070) für Ch. Kranich

und auf dem linken Abschnitt der Zahlkarte deutlich die Adresse und deinen Wunsch zu vermerken.

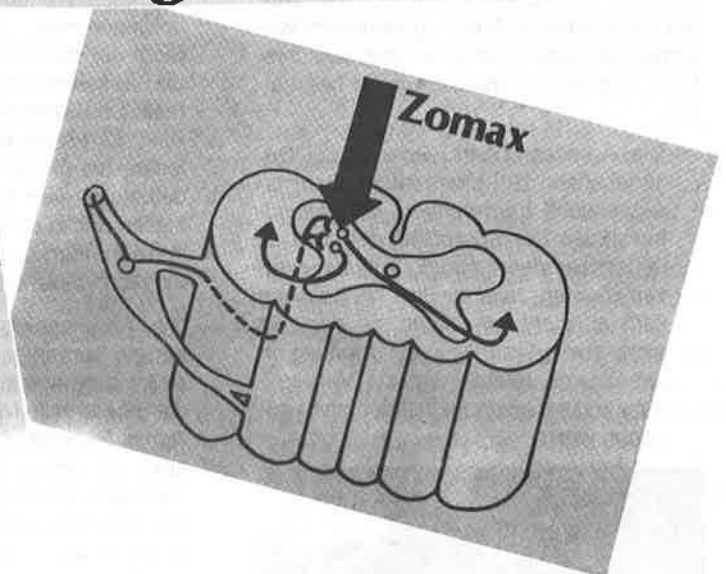
Anfragen sind zu richten an
Infodienst der Gesundheitsläden
c/o Christoph Kranich
Beckstr. 14, 2000 Hamburg 6

Zomax[®]

Zomepirac



Das neue Mono-Analgetikum ...



Zoom, Wrommm, Kracks – Zomax

Diese Lautmalereien aus der Welt der Comics fallen mir ein, wenn ich den Namen Zomax höre. Und Kracks hat's jetzt bei Zomax gemacht!

Es ist in kurzer Frist das zweite Arzneimittel (nach Coxigon 1982), das durch das Bundesgesundheitsamt nach den Vorschriften des 2. Arzneimittelgesetzes zugelassen wurde (im März 1981; Markteinführung November 1981) und dessen Vertrieb nun – nicht vom Amt, sondern vom Hersteller – vorläufig eingestellt wurde. Wieder ist es ein Arzneimittel aus der Gruppe der nichtsteroidalen Antirheumatika, die als Schmerzmittel häufig, in der Rheumabehandlung auch über längere Zeit, eingesetzt werden. Das verdient Aufmerksamkeit.

Anfang März stellte die Cilag GmbH – berühmt-berüchtigt wegen Menocil – den Vertrieb ein, vorläufig. Offenbar will die Firma den Zug der Schmerzmittel, auf dem sie bisher nur Trittbrettfahrer war, nicht ganz abfahren lassen. Vielleicht will sie, nachdem sich die Rauchwolken verzogen haben, mit neuer Aufmachung (sprich Packungsbeilage oder auch neuem Namen?) wieder mit von der Partie sein. Vielleicht auch noch ihr Zomax-Programm ausbauen!

Die Zulassung

Einerseits wirksam, weist Zomax andererseits schon auf Grund des angenommenen Wirkungsmechanismus darauf hin, daß typische, schwere Nebenwirkungen möglich sind. Das zeigen schon die Erfahrungen mit Coxigon und anderen nichtsteroidalen Antirheumatika. Von Anfang an wäre hier eine besondere Beobachtung der ersten Marktphase wegen denkbarer Nebenwirkungen notwendig gewesen. Man vergleiche die Aufklärung der Ärzte: in der „Roten Liste 1982“ findet man eine knapp 5 cm lange Spalte mit kurzen Informationen – hauptsächlich über Preise – und umständlichen Verweisen auf den Nebenwirkungskatalog. In den Physicians' Desk References (PDR) der USA gibt es auf weit über einer Seite ausführliche Informationen mit Ergebnissen aus der Entwicklung des Arzneimittels.

Die Werbung

Um in den profitträchtigen Markt der Schmerzmittel stärker einzusteigen, powert Cilag rein: 8 Seiten bunte Werbung z. B. im Deutschen Ärzteblatt 1981 (Nr. 45). Werbung: „Zomax mit dem dualen Wirkprinzip“. Die Wahrheit: Das Wirkprinzip „Prostaglandinsynthesehemmung“ ist wahrscheinlich, aber noch nicht gesi-

chert; das zweite Wirkprinzip (Hemmung der Schmerzleitung im Rückenmark) wird postuliert, aber nicht bewiesen. Werbung: „...für die vielen Dimensionen des Schmerzes“. Soll heißen: breite Anwendung bei allen Formen des Schmerzes – das wäre so recht eine Alternative zu den zu Recht kritisch bewerteten Schmerzmitteln wie Phenacetin, Pyrazolone, Benoxapronen etc. Nur so läßt sich da Gewinn rausholen, denkt Cilag. Werbung: „... wird

Was ist Zomax?

Zomax (Wirkstoff Zomepirac) ist ein wirksames Schmerzmittel aus der Gruppe der NSAR (wie Aspirin, Amuno etc.), das offensichtlich (auf Grund von in-vitro Beobachtungen) die Prostaglandinsynthese hemmt. Höhere Gaben als 600 mg pro Tag steigern die Wirkung nicht mehr, sondern führen nur zu einem vermehrten Auftreten von typischen Nebenwirkungen. In den USA wurden jetzt gehäuft, besonders Anfang des Jahres, allergische und – dosisabhängig – pseudoallergische Reaktionen mit Schockgefahr beobachtet. Dort traten fünf Todesfälle, davon 4 seit Anfang 1983, auf; in der BRD wurde bisher keiner gemeldet, allerdings 17 Fälle von allergischer Reaktion auf Zomax.

hervorragend toleriert". In der ersten Marktphase müssen solche Aussagen, besonders in diesem Falle, als unzulässig angesehen werden. Weil es Hinweise auf den Wirkungsmechanismus gab und die möglichen Nebenwirkungen nach den Erfahrungen mit Metamizol und Coxigon auf der Hand liegen, wäre nur ein vorsichtiger Gebrauch nach genauer Risikobewertung in Frage gekommen. Aber Cilag geht es natürlich darum, so schnell wie möglich die Investitionen reinzuholen, da darf schon mal verantwortungsvolle Aufklärung von Arzt und Patient zu kurz kommen.

Die Risikoabwehr

Wieder hat eine Firma die besseren und schnelleren Informationen als das BGA über Nebenwirkungen und handelt (relativ) schnell selbst – das kann für Marketing und Profit zuweilen von Vorteil sein. Wichtig ist, die Nase immer etwas vorne zu haben im Vergleich zur Kontrollbehörde. Offenbar hat aber die Aufklärung in den USA die Ärzte dazu motiviert, diesem Arzneimittel gegenüber sehr aufmerksam zu sein und Nebenwirkungen schnell und regelmäßig zu melden, so daß sich entsprechend schnell ein neuer Kenntnisstand ergab, der Sicherheitsmaßnahmen unumgänglich machte. In der BRD mit dem angeblich „sichersten Arzneimittelgesetz der Welt“ tritt man hinterher, nimmt die Maßnahmen der Cilag zur Kenntnis („Vielen Dank, Cilag!“) – ein Glück: kein Toter bei uns – und gibt sich insgesamt gelassen. Der Ausgang des Zomax-Falles ist nicht geringste Beweis für die Wirksamkeit unseres Systems der Risikoabwehr.

Fazit:

Der Zomax-Fall ist im Grunde die Normalität, ja eine notwendige Folge unseres Arzneimittelrechts: ohne Prüfung, ob für ein neues Arzneimittel ein medizinischer Bedarf besteht – der muß für Zomax zumindest im Nachhinein bezweifelt werden –, werden Arzneimittel zugelassen im Vertrauen auf die anschließend einsetzende Marktüberwachung, die aber nicht funktioniert. Die Pharmaindustrie nutzt eine Zulassung wie ein Gütesiegel schonungslos, insbesondere bei der Markteinführung, aus. Der Gewinn schnell in die Höhe, ohne daß in auch nur annäherndem Maße die weiteren Erkenntnisse über neue Arzneimittel bekannt und erfaßt werden. Außerdem steht kein Werkzeug zur Verfügung, wachsende Gefahren frühzeitig zu erkennen, geschweige denn wirksam zu bekämpfen. Der Zomax-Fall unterstreicht zum x-ten Male die Forderung nach einer Bedürfnisprüfung für neue Arzneimittel, nach einem industrieunabhängigen Arzneimittelinformationssystem und nach einem Verbot der Arzneimittelwerbung. Bis dahin ist es empfehlenswerte Praxis, neue Arzneimittel gerade dann besonders wenig einzusetzen, wenn der Werbeaufwand besonders hoch ist.

Axel Seefeld

Lübecker Ärzte machen Front gegen Pharmakonzern

Für DG sprach Angela Schürmann mit Dr. Klaus Ciba, Mit-Initiator der Aktion

DG: Herr Ciba, was hat Sie zu Ihrer Aktion – von Boykott wollen Sie ja nicht sprechen – bewegen?

K. Ciba: Ein mir durch die Umweltschutzbewegung bekannter Kollege und ich griffen die Idee eines hiesigen Apothekers auf, der vorschlug, die Produkte der Firma Hoffmann La Roche zu boykottieren. Mit der Bürgerinitiative gegen die Sondermüll-Deponie Schönberg hat unsere Aktion direkt nichts zu tun. Schönberg ist nur der Hintergrund, der aktuelle Anlaß ist das Dioxin aus Seveso, weil begründete Befürchtungen bestanden und weiterhin bestehen, daß die verschwundenen Giffässer hier abgelagert wurden.

DG: Haben Sie sich an Beispielen aus anderen Städten orientiert?

K. Ciba: Nein, es war eine ganz spontane Aktion, zu der der Anstoß wie gesagt von einem Apotheker kam. Wir haben dann telefonisch Kontakt zu uns bekannten Kollegen aufgenommen. Im Schneeballsystem kamen innerhalb eines Tages fast 100 Unterstützer der Aktion zusammen. Man hat überwiegend offene Türen eingeprallt.

DG: Wie wurde die Aktion weiter organisiert?

K. Ciba: Ausschließlich über telefonischen Rundruf wurde innerhalb von 3 Tagen eine Liste von 150 Kollegen erstellt, die sich einem offenen Brief an die Firma Hoffmann La Roche anschlossen. Der Hauptteil des Briefes lautete: Unser Vertrauen zur Firma Hoffmann La Roche ist durch die Giffässer-Affäre schwer erschüttert. Wir können daher unseren Patienten nicht mehr mit ruhigem Gewissen Ihre Präparate verordnen, solange sie sich über den Verbleib der Dioxin-Fässer in Schweigen hüllen.

DG: Wie war die Reaktion der Firma auf diesen Brief?

K. Ciba: Bereits 2 Tage nach Abschicken unseres Briefes erhielten wir eine Antwort

mit der Auskunft, daß sie ihre Verantwortung auf andere übertragen hätten und danach nicht mehr wüßten, was mit dem Gift geschehen sei. Und das ist eben die große moralische Schweinerei, daß die Leute etwas herstellen, einen Fabrikationsprozeß in Gang bringen mit hochtoxischen Nebenprodukten, die sie nicht schadlos beseitigen. Das ist für mich der Knallpunkt bei der ganzen Geschichte, daß der Erzeuger nicht seine moralische Pflicht erfüllt, schadlos zu entsorgen.

DG: Welche Reaktionen auf Ihre Aktion haben Sie sonst noch erfahren?

K. Ciba: Soweit ich weiß, hat es kaum Diskussionen mit Patienten gegeben. Gehört habe ich nur positive Reaktionen. Außerdem ist mir bekannt, daß sich in Ratzeburg und Mölln nach unserem Beispiel bereits eine weitere Initiative von ca. 36 Ärzten mit denselben Zielen gebildet hat.

DG: Was ist für Sie das Wichtigste an dieser Aktion?

K. Ciba: Es geht mir um die moralische Verantwortung des Erzeugers zur schadlosen Entsorgung. Gerade Pharmafirmen sind ja Erzeuger von besonders hochkarätigen Umweltgiften. Hoffmann La Roche steht exemplarisch für alle anderen. Irgendwo muß es ja mal anfangen. Wer sein Auto auf der Straße wäscht, kriegt möglicherweise einen Strafzettel, und diese Großfirmen können das Giftigste herstellen, was überhaupt z.Z. denkbar ist, und es gibt keine genügende gesetzliche Grundlage, um sie zu zwingen, das schadlos zu beseitigen. Diese Gesetzeslücke muß geschlossen werden. In die Lösung dieser technologischen Probleme sollten die Firmen ihre Profite und ihre Forschungsarbeit reinstecken. In diesem Zusammenhang sehe ich auch die Einrichtung von Sondermüll-Deponien, wie bei uns in Schönberg. Solche Deponien bieten den Firmen die Möglichkeit, ihre giftigen Abfallprodukte billig loszuwerden; der Anreiz zur Entwicklung von Entsorgungsmaßnahmen besteht somit nicht und unser Lebensraum wird weiter erheblich durch das abgelagerte Gift bedroht.

Ärztekammer Berlin

Der Stand tobt

„Der Präsident paktiert mit dem Teufel“, betitelt das Gesundheits-Boulevardblatt „Medical Tribune“ seine Berichterstattung über die Wahlen zum Vorstand der Ärztekammer Berlin. Die Liste 1, bestehend aus ÄTV, Gesundheitsladen und Marburger-Bund Berlin (ungeliebtes Kind seines Bundesverbandes) hatte als stärkste Liste 37 von 94 Sitzen der Delegiertenversammlung erreicht. Aufgrund der speziellen Berliner Situation kann die alte Chefarztriede um Prof. Heim, die zuvor den Kammervorstand beherrschte, abgewählt werden. Während die Standesgazette über den ehemaligen SA-Mann Krokodilstränen weint – „Prof. Heims NS-Vergangenheit hat die Kammer 8 Jahre lang toleriert – und das scheint ihr Schaden nicht gewesen zu sein“ (Med. Trib.) – wird die Wahl, ganz unstandesgemäß, als „Fiasko“, „Posse“, und „Dummheit“ gewürdigt.

Für DG fragte Detlev Uhlenbrock den neugewählten Vizepräsidenten der Ärztekammer und Mitglied der Liste 1, Helmut Becker.

Eure Liste 1 hat bei den Wahlen ein phantastisches und auch für die BRD einmaliges Ergebnis erzielt. Gegenüber den letzten Wahlen von 1978 habt ihr euch nochmal um 4,5% auf fast 39,4% steigern können. Trotz dieser starken Stellung war ja deine Wahl zum Vizepräsidenten der Kammer hart um- und bekämpft, buchstäblich bis zur letzten Minute?

Da sich die Liste 4 der Fachärzte, die 20 Sitze erreichte, und die Liste 3 der Hausärzte, die 11 Sitze erreichte, in den letzten Jahren und insbesondere auch während des Wahlkampfes sehr verkracht hatten, bestand die Möglichkeit, in koalitionsähnliche Verhandlungen mit der Hausärzte-Liste einzutreten. Eine Absprache mit der Liste 2, Öffentlicher Gesundheitsdienst, die 3 Sitze errang, wurde versucht, kam aber nicht zustande. Insbesondere aufgrund der ähnlichen Vorstellungen zur Förderung der Allgemeinmedizin war es möglich, ein Zusammengehen der Listen 1 und 3 herbeizuführen. Es wurde vereinbart, daß der Präsident von der Liste 3 und der Vizepräsident von der Liste 1 zu stellen seien. Darüber hinaus sollten von dem elfköpfigen Vorstand sechs Vertreter unserer Listen angehören und fünf Vertreter der Liste Hausärzte, die ihrerseits einen neutralen, nämlich den Medizinischen Vizepräsidenten der Freien Universität Berlin, Professor Bschor, für sich gewonnen hatten. Bei

der entscheidenden Wahl am 3. Februar 1983 erreichte unser gemeinsamer Vorschlag, Dr. P. Krein zum Präsidenten zu wählen, 47 Stimmen und erreichte wegen Abgabe einer ungültigen Stimme die absolute Mehrheit der gewählten Delegierten. Ein Delegierter der Hausärzte war nicht anwesend, weshalb es nicht zur 48 Stimmen kommen konnte.

Die große Überraschung trat ein, als auch ich mit der gleichen Stimmenzahl zum Vizepräsidenten gewählt wurde. Von den gegnerischen Listen war offenbar damit gerechnet worden, daß ich nicht gewählt würde und daß damit die Koalition schon beendet sei.

Nach erfolgreichen zwei Wahlgängen unserer Kandidaten zu Beisitzern erreichten die anderen von uns vorgeschlagenen Kandidaten keine Mehrheit mehr und da die anderen Listen keine Gegenkandidaten aufgestellt hatten, kam es zu keiner Wahl weiterer Beisitzer. Dies wurde nun eine Woche später nachgeholt und mittlerweile hatten die anderen Listen ein neues Konzept, in dem sie ebenfalls Gegenkandidaten bei der entsprechenden Beisitzerwahl vorschlugen, und da die Geschlossenheit der Liste „Hausärzte“ inzwischen abgebrockelt war, konnten wir keinen einzigen Beisitzer mehr durchbringen. Der Vorstand besteht nunmehr aus vier Personen der Listen 1 und 3 und sieben Per-

sonen der gegnerischen Listen.

Bei der ersten Vorstandssitzung ist es uns schließlich doch noch gelungen, den Schriftführer, der die Zuständigkeit auch für das Berliner Kammerblatt hat, durch ein Vorstandsmitglied der Liste 1, Herrn Dr. Karl-Friedrich Masuhr, zu besetzen. Es folgte noch die Wahl des Schatzmeisters, während die anderen Ressortbeordnungen auf der ersten Vorstandssitzung nicht erreicht wurden und für die nächste Vorstandssitzung am 7. April anhängig sind.

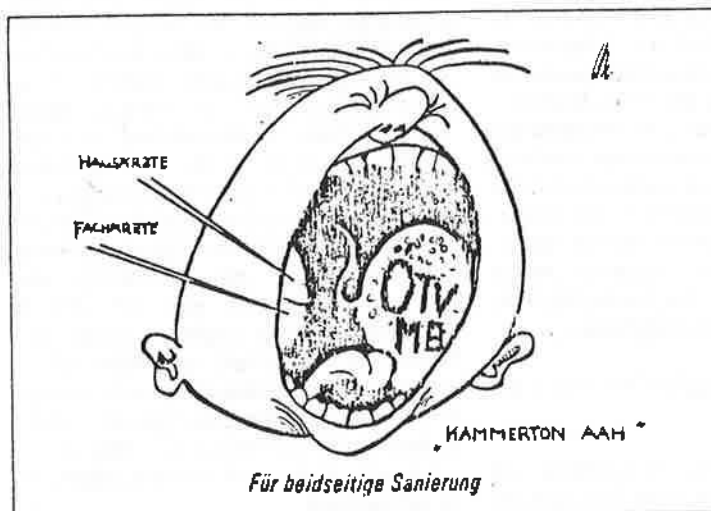
Trotz eurer Minderheitsposition habt ihr euch entschlossen, im Vorstand zu bleiben. Entscheidend wird sein, ob es euch gelingt, für eure inhaltlichen Positionen im Einzelfall Mehrheiten hinter euch zu bekommen, oder ob ihr gezwungen werden sollt und könnt selbst inhaltliche Federn zu lassen. Wie schätzt du den die Beständigkeit der Koalition ein? Werden die gegnerischen Listen diesen Vorstand so akzeptieren?

Aufgrund der 4 zu 7-Minderheitsituationen in diesem Vorstand und aufgrund der arithmetischen Mehrheit der Delegierten der Liste 4 (20 Delegierte), der Liste 5 (23 Delegierte), der Liste 2 (3 Delegierte) und der wechselnden Zahl von Abtrünnigen der Liste 3 (11 Sitze, davon wahrscheinlich drei Abtrünnige), ist die Zukunft dieses Vorstandes mehr als unsicher. Die Abwahl einzelner Vorstandsmitglieder, wie z.B. des Vizepräsidenten, wird lediglich dadurch erschwert, daß 48 der gewählten Delegierten auf einer eigens dafür einzuberufenden Delegiertenversammlung für die Abwahl stimmen müssen. Im Rahmen einer normalen Delegiertenversammlung kann eine Abwahl eines Vorstandsmitgliedes nicht erreicht werden, so daß zufällige Mehrheitsverhältnisse nicht ausgenutzt werden können. Es bleibt also abzuwarten, ob durch Sacharbeit einzelne Delegierte der anderen Listen für unsere Arbeit gewonnen werden können. Es ist aber nicht abwegig, zu vermuten, daß mindestens gegen den Vizepräsidenten in nächster Zukunft Mißtrauensanträge bzw. Abwahanträge gestellt werden. Sollte dieses Vorhaben der anderen Listen bei dem ersten Versuch mißlingen, dürfte die derzeitige Koalition einen längeren Bestand haben, d.h. bis zum Herbst wäre mindestens Ruhe.

Welche Aufgaben und Ziele habt ihr euch für die nähere Zukunft gesteckt?

Die Koalition ist insbesondere zustande gekommen, in dem die Vertreter beider Listen sich vorgenommen haben, intensiv sich für die Förderung der Allgemeinmedizin einzusetzen. Insbesondere wird daran gearbeitet, ein Institut für Allgemeinmedizin mit einer oder mehreren Modellpraxen in den verschiedenen Stadtteilen an der Freien Universität Berlin zu etablieren. Zu diesem Thema wollen wir Beschlussvorlagen in unserer Delegiertenversammlung und evtl. auch auf dem Deutschen Ärztetag in Kassel erarbeiten und einbringen.

Darüber hinaus versuchen wir, Stellen für Allgemeinmedizin an den Krankenhäusern einzurichten, in dem z.B. der Senator für Gesundheit für seinen Zuständigkeitsbereich verankert, daß ein bestimmtes Quotum von



So warb die Liste 5 des amtierenden Präsidenten Heim (die Chefarztriede) im offiziellen Berliner Ärzteblatt

Planstellen für die Ausbildung von Ärzten für Allgemeinmedizin vorbehalten werden muß. Die endgültige Art der Verankerung von Stellen für Allgemeinmedizin an den Krankenhäusern steht aber noch aus.

Weitere Schwerpunktthemen, denen ich mich als Vizepräsident besonders widmen werde, sollen der Umweltschutz und die Rolle von Umweltschadstoffen für die Entstehung oder Chronifizierung von Krankheiten sein. Sobald wir uns in unserem Vorstand über meine Vorstellung zu diesem Thema verständigt haben, kann ich nähere Details darlegen.

Als weiteren Schwerpunkt haben wir uns vorgenommen, Fortbildungsveranstaltungen im Rahmen der Ärztekammer bzw. der Akademie für ärztliche Fortbildung auch mit solchen Themen zu gestalten, die bisher zu kurz gekommen sind. Ob noch mehr möglich ist, bleibt ebenfalls abzuwarten.

Heiß diskutiert worden ist ja wohl auch ein möglicher Austritt aus der Bundesärztekammer. Wie steht deine Liste denn heute dazu?

Die Mehrheit der Mitglieder unserer Liste lehnt Initiativen zum Austritt aus der Bundesärztekammer ab. Die Einstellung mag sich insofern etwas geändert haben, als man Selbstverwaltungsorgane nicht mehr ablehnt, sondern sie mit eigenen Inhalten füllen möchte. Sollten die Aufgaben und Pflichten, die jetzt die Landesärztekammern bzw. Bundesärztekammern innehaben, den staatlichen Institutionen anvertraut werden, wäre der Einfluß und die Gestaltung von gesundheitspolitischen Absichten sicherlich nicht günstiger.

Die Berliner Initiative „Ärzte gegen den Atomkrieg“ hat zum Boykott des Beitragsanteiles aufgerufen, der an die Bundesärztekammer abgeführt wird, da die Bundesärztekammer entgegen den Ärzte-tagsbeschlüssen die Öffentlichkeit bislang nicht über die Atomkriegsgefahren aufklärt, sondern sie solche „Präventivmaßnahmen“ eher unterläuft. Beteiligt sich die ÄK-Berlin denn jetzt an dem Boykott?

Ein Beschluß der Ärztekammer Berlin in diesem Sinne ist bei diesen Mehrheitsverhältnissen in unserer Kammer nicht zu erwarten. Das gleiche trifft für einen Beschluß des Vorstandes der Ärztekammer Berlin zu. Als Vizepräsident der Ärztekammer Berlin werde ich ebenfalls zu diesem Boykott nicht aufrufen und in unserer Liste haben wir jedem einzelnen freigestellt, sich zu dem Boykott zu stellen. Ich persönlich finde die Aufklärungsarbeit, die die Ärztekammer in dieser Hinsicht betrieben hat, unzureichend und bin froh, daß diese Initiative sich zum Ziele gesetzt hat, die Bevölkerung über die Gefahren eines Atomkrieges und die Hilflosigkeit der Mediziner im Falle eines über der Bundesrepublik Deutschland stattfindenden Atomkrieges aufzuklären.

Vielen Dank, Helmut Becker.

„Reform“ des § 218 Kommt die Wende?

Die Spannung wächst: Sieben Jahre nach der Neufassung des § 218, dessen Begleitgesetz die Bezahlung des Schwangerschaftsabbruches auf Krankenschein ermöglicht, steht nun in der nächsten Zeit die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts an, ob dieses Begleitgesetz verfassungswidrig ist.

„Kinder, Küche, Kirche“ werden für die Frauen wieder aktuell! Die Kirchen, insbesondere die katholische, und die CDU/CSU haben seit einiger Zeit ihren Kampf gegen die Reform des § 218 verschärft. Den moralischen Part der Kampagne übernahm natürlich die katholische Kirche. Sie rief die sogenannte Bewegung für das Leben (pro vita) ins Leben. Der Vorsitzende der Deutschen Bischofskonferenz, Kardinal Höffner, bezeichnet seit Jahren den legalen, kostenlosen Schwangerschaftsabbruch als „Zwangsförderung von Massenmord“.

Den juristischen Part übernahm ausge-rechnet eine Frau, Mitglied des BEK und Mitarbeiterin bei der katholischen „Neuen Bildpost“. Sie klagte vor dem Sozialgericht in Dortmund, weil sie es mit ihrem Gewissen nicht vereinbaren könnte, durch ihren Krankenkassenbeitrag auch Abtreibungen zu finanzieren. Das Gericht gab ihr im September 1981 recht. Es hat die Klage als Vorlagenbeschluß an das Bundesverfassungsgericht weitergeleitet.

Auf der politischen Ebene wird taktiert, der Trend ist jedoch eindeutig: Während Herr Geißler (CDU) noch kurz vor den Wahlen behauptete, daß die neue Bundesregierung keine Änderung des § 218 plane, wird Herr Zimmermann (CSU) schon deutlicher: Er möchte möglichst noch in diesem Jahr zumindest Beamtinnen (außer Post und Bahn) zur Eigenbeteiligung zwingen. Herr Blüm (CDU) hat sich auf die Kostenfrage spezialisiert. Die Frage ist jedoch, ob es dabei wirklich um die Kosten geht. Die Diskussion um den ambulanten Schwangerschaftsabbruch z. B., die Fragen der Sexualaufklärung an den Schulen und der verantwortungsbe-wußten Verhütung werden nämlich von den entsprechenden Politikern gerne gemieden.

Es entsteht vielmehr der Eindruck, als ob wir Frauen wieder unserer „natürlichen Aufgabe“, nämlich Kinder zu gebären, mit allen Konsequenzen zugeführt werden



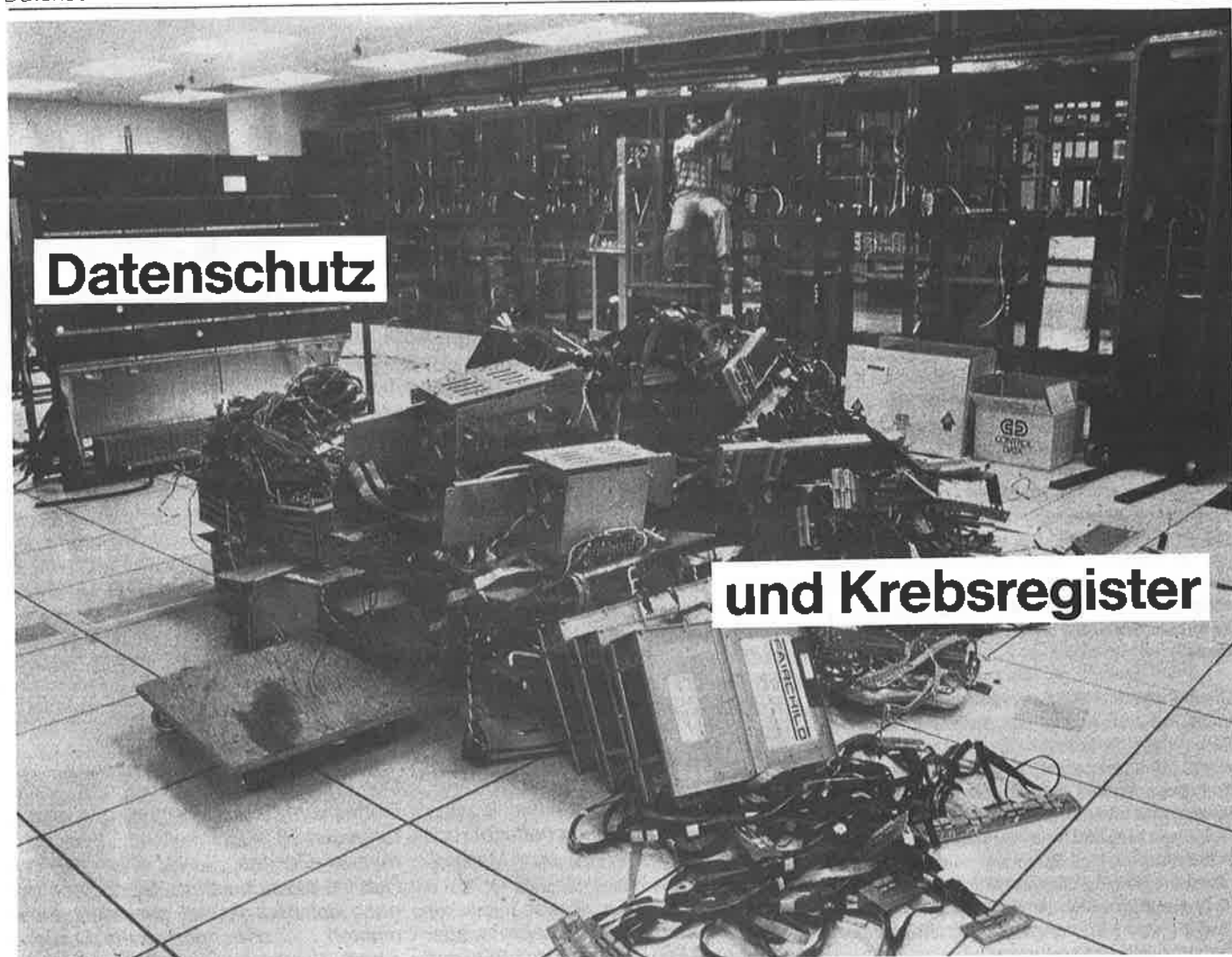
sollen. Das Selbstbestimmungsrecht der betroffenen Frauen soll erneut eingeschränkt werden. Das ist schon sehr deutlich im Urteil des Dortmunder Gerichtes formuliert: 'Ein Verfassungsschutzgut, welches die Finanzierung der nicht medizinisch indizierten Abtreibung gegenüber dem Lebensrecht des ungeborenen Kindes rechtfertigen könnte, ist nicht gegeben. Entgegen einer sehr weit verbreiteten und vielfach publizierten Meinung ist das Selbstbestimmungsrecht der Schwangeren kein derartig hochstehender Wert'.

Der Kommentar des Deutschen Ärzteblattes vom 15. April 1983 zeigt – erwartungsgemäß – Einigkeit mit dem Dortmunder Gericht: „... Vor allem die 'Pro Familia', die sich seit 1976 praktisch nur noch auf dem Gebiet der notlagenbedingten Schwangerschaftsabbrüche einen Namen gemacht hat, schlägt Alarm: den Frauen solle die Möglichkeit genommen werden, selbst ihre Lebensperspektive zu bestimmen. Mit solcherlei Argumenten bestätigt 'Pro Familia' indes den Argwohn, mit den Schwangerschaftsabbrüchen aus Notlage sei etwas nicht in Ordnung. Die Finanzierung von Lebensperspektiven ist nämlich nicht die Aufgabe der Krankenversicherung.“

Diese Aussage ist erschreckend offen! Ganz abgesehen davon, daß Pro Familia eben auch zahlreiche Beratungen zu Sexual- und Partnerschaftsproblemen durchführt, zeigt sich, daß 'die Ärzteschaft' ihren Teil der Verantwortung abschiebt. Was wäre, wenn sie sich z. B. für eine umfassende Sexualaufklärung und den Bezug von Verhütungsmitteln auf Krankenschein massiv einsetzen würde?! Könnte nicht auch so die Anzahl der Schwangerschaftsabbrüche reduziert werden?

Leider gibt die SPD dieser Entwicklung auch Vorschub. Für Nordrhein-Westfalen wurde z. B. für 1983 die Halbierung der Zuschüsse für die Landesgeschäftsstelle von Pro Familia angekündigt. Damit wäre die Schließung von 28 Pro Familia Beratungsstellen in NRW aus Geldmangel besiegt.

Wenn wir uns nicht wehren, kommt bestimmt 'die Wende'! **B.C.**



Datenschutz

und Krebsregister

Ein Gespräch mit dem scheidenden Bundesbeauftragten für den Datenschutz Prof. Dr. Hans Peter Bull

von Gregor Weinrich

Krebs hat sich in den letzten Jahrzehnten an die zweite Stelle der Todesursachenstatistik geschoben. Bis auf einzelne Tumorarten haben sich die Behandlungsergebnisse in dieser Zeit nur unwesentlich gebessert. Die Wirksamkeit der mit großem Aufwand betriebenen Vorsorgeprogramme ist keineswegs gesichert. Der Effektivitätsnachweis kann, wie auch bei der wissenschaftlichen Analyse von Behandlungsprogrammen, nur durch eine fundierte epidemiologische Forschung geführt werden. Unbestritten ist der Nutzen der epidemiologischen Forschung bei Erforschung der Krebs-Ursachen und gefährdender Umweltbedingungen. So konnte mit Hilfe des Krebsregisters Connecticut ermittelt werden, daß die Fälle von Scheidenkrebs bei jungen Frauen auf die Einnahme des Hormonpräparates Diäthylstilböstrol, das gegen eine drohende Fehlgeburt eingesetzt wurde, zurückzuführen war.

Im Gegensatz zu den meisten westeuropäischen Ländern und allen osteuropäischen Ländern fehlen in der BRD die Voraussetzungen für solche Studien, nämlich Krebs-Register, die in einer repräsentativen Stichprobe 10 bis 20% der Bevölkerung erfassen. Zwar gibt es seit 1927 in Hamburg das älteste Krebs-Register, ein weiteres wurde jedoch erst 1966 im Saarland errichtet. Eine Meldepflicht für Krebsleiden wurde nicht eingeführt, weil man auf die freiwillige Mitarbeit der Ärzte setzte. Die Personendaten werden von den medizinischen Daten sofort getrennt, so daß die Anonymität des Patienten gewährleistet bleibt.

Weiteren regionalen Krebs-Registern droht wegen der Streitigkeiten über den Datenschutz und die ärztliche Schweigepflicht das vorzeitige Aus.

So lehnte der Vorstand der Bundesärztekammer ein noch von der alten Bundesregierung vorgelegtes Mustergesetz über ein Krebs-Register wegen der im Melderecht des Arztes enthaltenen Mißachtung der Schweigepflicht ab. Ähnliche Gesetzentwürfe scheiterten in verschiedenen Bundesländern.

DG sprach mit Prof. Bull über den Datenschutz bei der Krebsregistrierung.

DG: Ein Streitpunkt bei der zentralen Registrierung von medizinischen Daten ist die Einwilligung des Patienten.

Bull: Nach dem, was ich aus Diskussionen mit Ärzten in der letzten Zeit gehört habe, gibt es eine Aufklärungsquote bis zu 90%. Man rechnet also mit mehr aufgeklärten Patienten. Man klärt heute wohl in wesentlich stärkerem Maße auf als früher und ist manchmal wohl fast brutal in der Aussage 'Sie haben Krebs'. Aber andererseits ist das auch eine Folge des Aufklärungswunsches der Patienten; mehr Menschen wollen heute wissen, woran sie erkrankt sind. Nun wird gesagt, wenn wir hier auf die Einwilligung abstellen, dann verzerrt sich das Ergebnis, dann bekommen man keine repräsentativen Aussagen. Dagegen wenden wir Datenschützer ein, wenn keine Meldepflicht des Arztes besteht, sondern nur ein Melde-recht – und auf die Meldepflicht wollen alle verzichten – dann kann man wohl auch weitere Verzerrungen oder Verluste an Repräsentativität in Kauf nehmen, die dadurch entstehen, daß man die Einwilligung verweigert. Wir sind da nach wie vor kontrovers mit dem Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit. Aber der inzwischen vorliegende Entwurf eines Hamburgischen Krebs-Registers stellt nun doch grundsätzlich auf die Einwilligung ab.

DG: Ist ein Krebs-Register für Sie nur unter dieser Voraussetzung akzeptabel?

Bull: Ich halte es für wünschenswert. Wir Datenschutzbeauftragten haben uns nie dagegen gesperrt, daß für besondere Ausnahmefälle, in denen die Aufklärung des Patienten nicht möglich ist, die Sache aber medizinisch interessant ist, der Arzt also gerne melden möchte, er das auch ohne die Einwilligung darf. So ist es auch in dem Hamburger Gesetzentwurf vorgesehen.

DG: ...so, daß also ein gewisser Ermessensspielraum den Ärzten überlassen wurde.

Bull: Ja. Dazu stehe ich, das halte ich für richtig, auch wenn andere sagen, die Ärzte müßten noch stärker kontrolliert werden. Ich glaube, diese sehr schwierige Entscheidung sollte der Arzt nach seinem Wissen und Gewissen treffen. Aber das muß die Ausnahme bleiben, das darf nicht die Regel werden.

DG: Halten Sie es für notwendig, daß auch zusätzliche Forschungsprojekte bezüglich des Datenschutzes überprüft werden müssen?

Bull: Das ist eigentlich beim Krebs-Register eine recht theoretische Frage. Denn das Krebs-Register, so wie es sich abzeichnet, ist eine Art Meldestelle, ein Melde-Register, das dann erst den Einstieg in die Forschung erlaubt – und dies ist übrigens ein zusätzliches Argument für die Einwilligungslösung; denn wenn man wirklich einen Krebspatienten genau untersuchen will, wissen will, woher beim ihm konkret die Krankheit gekommen ist, dann wird man in den allermeisten Fällen nachfragen müssen, wird man den Patienten nach seinen Lebensumständen befragen müssen. Eine noch so ausgefeilte Registermeldung kann das nicht erfassen. Das Register muß auf bestimmte Grunddaten, auf eine begrenzte Anzahl von Daten beschränkt bleiben.

DG: D. h. also, das Register muß auch personenbezogen bleiben, um Rückfragen zu ermöglichen.

Bull: Man kann die Register natürlich „zweistufig“ anlegen, die identifizierenden Daten besonders unter Verschluss halten und die Daten, mit denen man vielleicht schon forschen kann, ohne Namen, nur mit einem Schlüssel versehen, wobei der Schlüssel besonders geschützt werden müßte. Aber meine Vermutung geht eher dahin, daß man mit den Sachangaben noch relativ wenig machen kann. Vielleicht taugen sie für den Einstieg, für die erste Phase eines Forschungsprojekts.

DG: Sie hatten im Tätigkeitsbericht erwähnt, daß Sie auch zusätzliche Verschlüsselungsmodelle, von Daten die

jetzt noch entwickelt werden, für notwendig halten. Ist es tatsächlich so, daß die Sicherheit der Daten so nicht zu gewährleisten ist?

Bull: Das ist einfach eine Vorsichtsmaßnahme. Wir haben, wie schon gesagt, in dem Bereich der Statistik keine negativen Erfahrungen gemacht, aber wir wollen da vorbeugen, sichergehen, daß eben schon die Möglichkeit eingeschränkt wird.

DG: An den bisherigen Gesetzentwürfen zu Krebs-Registern gab es eine Menge Kritik...

Bull: ...der zentrale Punkt war eben: Einwilligung oder nicht.

DG: Darum ging es hauptsächlich...

Bull: Und dann Einzelpunkte: Umfang des Datenkataloges, das Verfahren, der Abgleich mit dem Melderegister, das ist nach wie vor umstritten. Krebsforscher wollen wissen, wenn jemand stirbt. Wie kann man das organisieren, ohne daß dabei die Meldebehörden von der Krankheit erfahren? Denn es wäre ja unververtretbar, den am Ort, – also sehr nahe bei den Betroffenen – tätigen öffentlichen Bediensteten eine Information zu geben, die nun wirklich äußerst sensibel ist und die Anlaß zu Klatsch und Tratsch und auch zu Benachteiligung sein könnte. Wenn jemand krank ist, könnte er dadurch schlechtere Anstellungschancen haben – oder was weiß ich, was daraus alles folgen könnte.

DG: Wie ist dieses Problem zu lösen?

Bull: Es ist auf dem Wege der Klärung. Es gibt inzwischen Verfahrensvorschläge für den Rentenabgleich und den Kindergeldabgleich, wie man die Namen soweit verkürzt und verschlüsselt, daß sie zwar für den Abgleich noch taugen, daß aber der Empfänger nichts damit anfangen kann. Dies setzt eine automatische Verarbeitung voraus, da hilft also die Technik der Datenverarbeitung. Wahrscheinlich kann diese Methode auch bei der Übermittlung der Sterbedaten von Krebskranken eingesetzt werden.

DG: Es wurde auch angeführt, daß die Sicherheit dieser Dateien gegenüber äußeren Einflüssen nicht groß ist, so daß z. B. die Möglichkeit besteht, daß der Staatsanwalt solche Dateien beschlagnahmt.

Bull: Also da gibt es eine Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts, daß ärztliche Karteikarten nur unter sehr engen Voraussetzungen überhaupt offenzulegen sind.

Im Zweifel geht das Arztgeheimnis vor. Aber unsere Sorge ist eben, daß, je mehr Forschungsregister angelegt werden, die auch nicht mehr die ärztliche Sphäre selbst betreffen, desto mehr andere Stel-

len Zugriff nehmen wollen. Deshalb haben wir die Einführung eines Forschungsgeheimnisses gefordert. Wenn Daten zu Forschungszwecken an einen Forscher oder an eine Forschungseinrichtung übermittelt werden, dann soll kein Staatsanwalt ein Beschlagnahmerecht haben, und es soll ein Zeugnisverweigerungsrecht bestehen.

...

Unser zweites Argument war und ist, daß das Krebs-Register nicht Vorreiter werden soll für andere Register. Unsere Sorge, daß es das doch werden könnte, hat Nahrung bekommen durch die Entwicklung in Baden-Württemberg. Da will man da Landesdatenschutzgesetz ändern, indem die Errichtung von Krankheitsregistern ganz allgemein erlaubt wird. Und die Position der Datenschutzbeauftragten ist: wenn es überhaupt Register geben muß, in die Angaben über den Gesundheitszustand eines einzelnen eingegeben werden, dann nur aufgrund konkreter gesetzlicher Bestimmungen für das einzelne Register. Dann ist eine parlamentarische Diskussion darüber gesichert, ob man ein Rheumaregister will oder gar ein Register der psychisch Kranken – was freilich ein kaum diskutables Vorhaben wäre, was jedoch von Psychiatern zum Teil für nötig gehalten wird. ■

Warum begehen „Halbgötter in Weiß“ vorsätzliche Körperverletzung, und warum schrecken sie auch vor fahrlässiger Tötung nicht zurück?

Till Bastian

Arzt - Helfer - Mörder

Eine Studie über die Bedingungen medizinischer Verbrechen

120 Seiten, DM 14,80
ISBN 3-87387-194-7

„Ich habe selbst viel aus Bastians Buch gelernt und wünsche dasselbe möglichst vielen Lesern. Es ist lang genug, um ein wichtiges Gegenwartsproblem einzukreisen, und kurz genug, dem Leser über den Informationskonsum hinaus Anstöße zu geben. Und es ist verständlich für Laien, aber fundiert genug für Fachfrauen und -männer.“

Wolfgang Schmidbauer
(Aus dem Vorwort)



Junfermann-Verlag
Imadstr. 40, 4790 Paderborn

Das Buch von Gerhard Amendt ist in den letzten Monaten in – meist fortschrittlichen-Zeitschriften – so vehement und kontrovers besprochen worden, daß wir uns entschlossen haben, statt einer weiteren Buchbesprechung lieber diese Stellungnahmen von zwei DG-Leserinnen abzudrucken. Unseres Erachtens geben sie sehr repräsentativ die Spannbreite der Diskussion wieder und regen – hoffentlich – zu Selberlesen an. (die Redaktion)

Gerhard Amendt: „Die Gynäkologen“, Konkret Literatur Verlag 1982, ISBN 3-922144-23-3, 20,- DM.

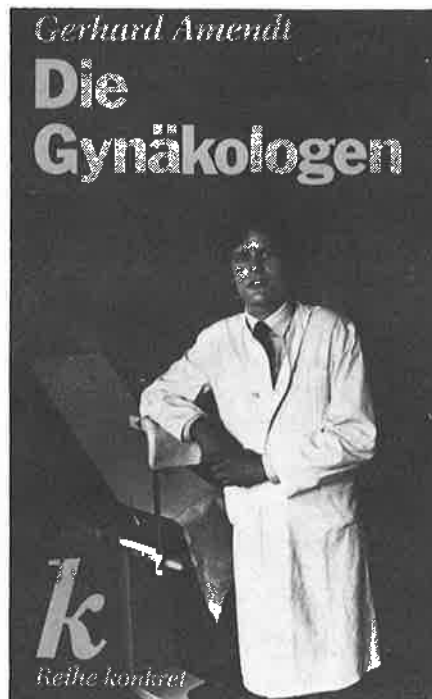
Für...

„Mich interessiert die herrschende Meinung in der Gynäkologie, das, was letztlich in der Behandlung als wissenschaftliche Meinung umgesetzt wird, als Medizin ausgegeben wird, aber Kontrolle weiblicher Sexualität ist“. Gerhard Amendt, Hochschullehrer für Sozialpädagogik und Vorsitzender des Pro-Familia-Beratungszentrums in Bremen, hat für mich in seinem Buch eindrucksvoll seinen „Eindruck“ wiedergegeben, „daß in der Gynäkologie die Verhältnisse zwischen Männern und Frauen in ein besonderes Licht getaucht verschärfter auftreten“.

Die latente Sexualität in der gynäkologischen Untersuchungssituation und ihre Abwehr durch bestimmte Verhaltensformen werden von Amendt ebenso beschrieben wie die Macht der Gynäkologen, das Sexualleben der Frauen nach eigenen Vorstellungen zu gestalten. Er zeigt zum Beispiel auf, daß die Gynäkologen Verhütungsmethoden bevorzugen (Pille und Spirale), die keine oder kaum Selbständigkeit verlangen, außerdem finanziell wegen der häufigen Kontroll- bzw. Neuverschreibungstermine attraktiver sind, und sie den Frauen eine bewußte Trennung von sexueller Lust und Kinderwunsch meist nicht zutrauen.

„Belegt“ werden seine Analysen durch Zitate von Gynäkologen (-innen) und betroffenen Frauen. Wer nach Statistik und Repräsentativität ruft, ist bei diesem Buch nicht gut aufgehoben. Wer darauf besteht und wegen des Anekdotencharakters das Buch gänzlich „verreißt“ (FR, 12. 2. 83) hat für mich Angst vor der Realität und versucht sie unter dem Deckmantel der Abwertung (z. B. „drittklassige Regenbogenpresse“) zu verbergen. Dabei hoffe ich auch, daß manche der Beschreibungen inzwischen veraltet bzw. übertrieben sind! Andererseits haben mich eben auch die unverblümten Aussagen der Gynäkologen und die Berichte der Frauen betroffen gemacht und natürlich verunsichert. Allerdings kann ich auf den Einwand einer angehenden Frauenärztin „dann kann ja keine Frau mehr ruhig zum Gynäkologen gehen“ nur sagen, na und?

In diesem Sinne hat Amendt's Buch für mich mehrere Funktionen: Die Offenlegung von obigen Strukturen mit der Aufforderung, selbstbewußter zum Frauenarzt zu gehen etc. Evtl. ist es auch ein Anstoß für Gynäkologen – falls sie es lesen (eher heimlich?) – ihre Einstellung zur Gynäkologie zu überdenken.



Abschließend möchte ich nicht unvergessen lassen, daß besonders die autonome Frauenbewegung die Gynäkologen schon seit längerem „durchschaut“ hat. Lesenswert ist das Buch aber für mich trotzdem, da Amendt als „Nicht-Gynäkologe“ eben distanziert und als „Nicht-Frau“ erstaunlich nah mit der Thematik umgehen kann.

Leider ist das Buch teuer. Vielleicht sollte man/frau es sich deshalb ausleihen!

Barbara Stünkel

...und Wider

Der Klappentext macht neugierig: „Gynäkologen fühlen sich für alles zuständig: Für Verhütung und für die Wahl der Methode, ob eine Schwangerschaft abgebrochen werden darf oder nicht, ob Geburten sanft oder schmerzhaft, zuhause oder in der Klinik stattfinden. Unter dem Deckmantel der medizinischen Wissenschaftlichkeit haben sie sich eine Machtposition geschaffen, zur Kontrolle der weiblichen Sexualität.“

G. Amendt, Professor an der Uni Bremen für Sozialpädagogik und Vorsitzender des Landesverbandes Bremen der Pro Familia, provoziert in seinem jüngsten Werk „Die Gynäkologen“. Um zu verändern? Selbst innerhalb der Pro Familia gehen die Meinungen über seine Thesen auseinander. Am Ende des Buches fragt man ratlos „Wem nützt dieses Buch?“ Das Ansehen von Pro Familia fördert es keineswegs, den betroffenen Frauen hilft es nicht weiter und engagierte und fortschrittliche Ärzte fühlen sich zu Recht brüskiert.

Besonders ärgerlich und peinlich ist die Tatsache, daß Amendt kein Mediziner ist und man deutlich das Fehlen medizinischer Praxis merkt.

Legt sich nach Lektüre des Buches der erste Ärger über die Verquickung von Wahrheit mit Halbwahrheit, Unwahrheit, Übertreibung, Unterstellung und Spekulation, läßt sich am Schluß allenfalls sagen: Gelegentlich kann auch mal ein schlechtes Buch Denkanstöße geben.

Barbara Gottwald-Grimm

buch

Lebensmittel heute – Überlebensmittel morgen?

Hrsg.: Stiftung Verbraucherinstitut, Berlin 1982, Schutzgebühr DM 12,—

Mit diesem Buch will nun auch die Stiftung Verbraucherinstitut einen Beitrag zur aktuellen Schadstoffdiskussion leisten. Eigentlich enthält die Veröffentlichung zehn einzelne Beiträge zu diesem Thema – zum großen Teil Vorträge, die anlässlich eines Seminars der Stiftung für Ernährungsberaterinnen gehalten wurden. Ihre eigene Funktion dabei sieht die Stiftung darin, als Moderator zu wirken, „der unterschiedliche Ansätze und Auffassungen an einen Tisch bringt und den Beratungskräften die Möglichkeit gibt, ihre Fragen zu stellen und die Argumente und Ergebnisse für ihre Tätigkeit zu überprüfen.“ Hinter dieser Aussage verbirgt sich wohl das Dilemma von Zuwendungsempfängern öffentlicher Gelder, die zwar gern Stellung nehmen würden, dies aber – zumindest bei so heiklen Themen wie diesem – nicht so können wie sie wollen.

Da wundert es dann auch nicht, wenn der nordrheinwestfälische Landwirtschaftsminister Hans-Otto Bäumer die Einteilung schreibt und dort den Verzicht auf „Chemie“ in der Landwirtschaft ablehnt, weil sonst die Wirtschaftsnormen infrage gestellt und der Fortschritt blockiert werde. Auch die Autorenwahl für die übrigen Beiträge ist vor diesem Hintergrund verständlicher: Themen werden „doppelt besetzt“ – nämlich von Vertretern gegensätzlicher Meinungen wie etwa Lahn/Zeschmar vom Bremer Umweltinstitut und Diehl von der Bundesforschungsanstalt für Ernährung. Auf diese Weise kann niemand den Vorwurf der Einseitigkeit erheben.



Als Leser/in muß man mit der Thematik schon gut vertraut sein, will man die oft recht feinen Unterschiede in den Aussagen herauslesen; weniger Bewanderte wird das Buch darum eher verwirren. Daß es auch für Fachleute wie die Ernährungsberater/-innen nicht leicht ist, entsprechende Schlußfolgerungen für ihre Arbeit aus den kontroversen Aussagen zu ziehen, zeigt der Beitrag von Dorothea vom Berg. In ihm wird auch sehr anschaulich dargestellt, welche Einflüsse und Abhängigkeiten die Beratungsarbeit erschweren und behindern.

Petra Niesbach

buch *Kritik* buch

Perversion der Waffentechnik.

Malvern Lumsden: Der SIPRI-Report über besonders grausame nichtnukleare Waffen. (From the Dumdum to Napalm, Stockholm 1982) rororo aktuell, März 1983, 189 S., DM 8,—

„Dieses Buch beschreibt die Entwicklung, den Einsatz und die Wirkungen konventioneller, besonders gegen Menschen gerichteter Waffen wie Gewehre und Maschinenpistolen, Granaten, Bomben, Splitterwaffen und Minen. Es wird als Beitrag zu den gegenwärtigen Bemühungen vorgelegt, den Einsatz inhumaner oder unterschiedslos gegen Menschen eingesetzter Waffen zu verbieten oder wenigstens zu begrenzen.“ (Frank Barnaby, SIPRI Direktor im Vorwort der Originalausgabe)



„Wer in der Friedensbewegung sich engagiert, wer sich aufrafft, die Art der Rüstung genauer zu besehen, mit der wir im Zweifelsfall verteidigt werden sollen, der sollte sich, um diese wenig gesehene Querdimension antimenschlicher Rüstungssteigerung zu verstehen, Lumsdens Buch zumuten. Es ist keine leichte Lektüre. Dies weniger wegen der technischen und medizinischen Einzelheiten, die der Verfasser so akribisch beschreibt. Sondern die angemessene Reaktion wäre hin und wieder schon, daß einem die buchstäblichen Haare zu Berge stehen oder das Herz stillsteht.“ (Ulrich Albrecht im Vorwort zur deutschen Ausgabe).

Ich befürchte, daß viele es garnicht lesen wollen. Auf den Büchertischen der Friedensgruppen sucht man es bisher vergebens. So weit ich weiß, ist dieses Taschenbuch seit den Vietnamkriegsjahren das einzige greifbare Sachbuch zu diesem Thema. Ich hätte mich auch nicht dafür interessiert, wenn ich nicht in einer Kommission mitgearbeitet hätte, die sich mit den Auswirkungen des Libanonkrieges auf die Zivilbevölkerung beschäftigte und damit an eine eher gelangweilte Öffentlichkeit heranging.

Es scheint so, als ob man durch die wieder ins Bewußtsein gestlegene Atomkriegsgefahr jeden Maßstab für die Beurteilung konventioneller kriegerischer Auseinandersetzungen verliert. Und wenn man von den erfolglosen Bemühungen einiger Gruppen liest, die sich um eine „Humanisierung“ des konventionellen Krieges bemühen (Genfer Abkommen, Verbot besonderer Waffen usw.) dann ist man leicht geneigt, den Sinn solcher bisherigen Völkerrechtsabkommen anzuzweifeln: Es hält sich ja doch keiner dran!

Nach der Lektüre von Lumsdens Buch, daß trotz aller Skepsis leidenschaftlich für die Durchsetzung neuer Abkommen plädiert, kann man sich jedoch kaum noch damit rausreden, daß das alles angesichts der drohenden nuklearen Endlösung Unsinn wäre oder allenfalls das Geschäft einer weltfremden Helferlobby, ist.

Wirklichkeitssinn und Völkerrecht, so meint Lumsden, schließen sich nicht gegenseitig aus.

Nur müßten die Völker besser darüber informiert sein, was, solange wir noch Kriege haben, an Vereinbarungen zwischen den kriegsführenden Parteien realistisch war und was durchsetzbar ist. Lumsdens Buch reißt einen jedenfalls nachhaltig aus der bequemen Verweigerungshaltung heraus. Und das ist auch allerhöchste Zeit! Denn es ist wirklich so, wie es im Vorwort steht: Es stehen einem die Haare zu Berge, wenn man erfährt, was sich im Schatten der Atomrüstung in den letzten Jahrzehnten auf dem Sektor der konventionellen Waffen getan hat. Und das nicht nur bei entlegenen asiatischen Völkern oder in Nahost, sondern gerade auch bei uns . . .!

Helmut Copak

Acht Stunden täglich

Schadstoffe und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz. Eine Studie des Öko-Instituts Freiburg. Fritz Kalberlah. Drusum Verlag Freiburg, 1983 (Öko 7), 172 S.

Oft erfährt die Öffentlichkeit von der Produktion giftiger Stoffe erst durch Unfälle, in deren Zusammenhang die Bewohner an Industrieanla-

gen angrenzender Gebiete in Mitleidenschaft gezogen wurden. Gewöhnlich finden solche Unfälle kurzzeitig den Weg in die Schlagzeilen, die Ereignisse erhalten den Stempel „Umweltkatastrophen“ oder „Umweltkatastrophe“ und fallen häufig schnell wieder der Vergessenheit anheim.

Daß aber zig-tausend Arbeitnehmer tagtäglich an ihrem Arbeitsplatz giftigen Stoffen ausgesetzt sind, deren chronische Wirkung oft noch zu wenig bekannt ist, scheint eher als „natürlich“, als tolerierbarer Preis an Fortschritt und industrielle Produktion akzeptiert zu werden — zumal schnell Argumente bei der Hand sind, daß Arbeitsschutz, Betriebsmedizin und Entschädigungsregelung in der Bundesrepublik gut organisiert seien.

Reichen die Schutzvorschriften aus? Sind die Belastungswerte noch auf dem neuesten Stand? Werden die „gültigen Arbeitsschutzvorschriften überhaupt eingehalten? Wie sieht es in der Praxis aus? Auf diese und weitere Fragen zum Problembereich Schadstoffe und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz gibt eine Studie des Öko-Instituts Freiburg Antwort. Erschienen ist sie im Dreisam-Verlag Freiburg als Öko 7 „Acht Stunden täglich“ von Fritz Kalberlah. Der Autor geht ausführlich auf den fragwürdigen Schutz durch Grenzwerte für Giftstoffe ein. Kritisch wird die bundesrepublikanische Praxis bei der Festlegung der Schadstoffgrenzwerte, der sog. „Maximalen Arbeitsplatzkonzentrationen“ (Mak-Werte) beleuchtet. Als wichtigste Probleme nennt der Autor, daß die Mak-Werte:

- nur Durchschnittswerte darstellen, tatsächliche Spitzenbelastungen am Arbeitsplatz unberücksichtigt bleiben,
- nur für Einzelschadstoffe, nicht aber für die viel häufiger vorkommenden tatsächlichen Gemische berechnet werden,
- nur für gesunde Durchschnittsmenschen gelten, daß empfindliche Menschen weniger geschützt sind,
- oft nicht dem neuesten Erkenntnisstand entsprechen,
- im Ausland häufig deutlich niedriger liegen.

Die angesprochenen Probleme mit konkreten Beispielen belegt und gut gegliedert dargestellt. Es folgt eine Bestandsaufnahme des Arbeitsschutzes in der Praxis. Eine Bewertung der Berufskrankheitenstatistik bestätigt die Auffassung des deutschen Gewerkschaftsbundes, daß „das Massengeschehen arbeitsbedingter Gesundheitsschädigungen“ . . . „sich außerhalb der offiziellen Statistik“ vollzieht. Auch dieses Kapitel zeichnet sich wie alle weiteren über die Rolle der Ärzte, über Arbeitsschutzkontrolle und -vollzug und Entwicklung einer Reihe von Forderungen durch eine gute Gliederung und durch Darlegung konkreter Beispiele aus. Jedem Kapitel folgt eine ausführliche Literatur- und Materialienliste, zusammen mit einem Anhang zum gesetzlichen Rahmen des Arbeitsschutzes sowie zur Ergänzung des Textes durch Tabellen und Dokumente eignet sich das Buch besonders auch für die Bildungsarbeit von Gewerkschaften und Berufsverbänden, für Arbeitskreise von Berufsverbänden, für Arbeitskreise von Bürgerinitiativen sowie für Umweltschutzgruppen.

Arbeitsschutz ist immer auch Umweltschutz und umgekehrt. Ziel ist immer Erhalt der menschlichen Gesundheit. In diesem Verständnis könnten Gewerkschaften und ökologische Bewegungen durchaus ein gemeinsames Betätigungsfeld entwickeln.

Peter Walger



buch *Kritik* buch

„Die Krankenbataillone“

Sonderformationen der deutschen Wehrmacht im zweiten Weltkrieg

Autor: Rolf Valentin, Droste-Verlag Düsseldorf, 250 Seiten, Preis DM 48,—

Die Krankenbataillone im zweiten Weltkrieg — man weiß nicht, was man dem Autor zugute halten soll — Akribie oder Sammelleidenschaft, vielleicht auch „historisches Interesse“?

In seiner Urteilskraft — obwohl er selbst dabei war — Naivität oder Unverfrorenheit?

Die Krankenbataillone im zweiten Weltkrieg: Sie waren — so die blumige Sprache des Autors — „eine außergewöhnliche Einrichtung“. Die Tatsache, daß sie nirgends auf dieser Welt, außer im faschistischen Deutschland existierten, hat nichts bedrohliches, nichts mit dem menschenverachtenden — selbst beim Verheizen von Schwerkranken nicht haltmachenden — Wesen des Faschismus zu tun. Für den Autor ist es „einmalig“ ein Objekt „wissenschaftlicher Neugier“. Die praktisch unkommentierten Aufzeichnungen der faschistischen Wehrmediziner werden nicht als verbrecherische Machwerke eingestuft, sondern quasi als noch heute brauchbare „Dokumente“ präsentiert.

Aus solchen „Dokumenten“ der ersten Kriegsgeneration der beratenden Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie im Jahre 1940: „Der Schrecken der Truppenführer sind erfahrungsgemäß jene psychopathischen Soldaten, die ihr Verhalten so einzurichten wissen, daß sie zwar kaum in kriegsgerichtliche Verfahren verwickelt werden, jedoch immer wieder Ordnung und Disziplin stören. Da die Truppe von solchen Elementen befreit werden muß, sind sie in Sonderabteilungen unterzubringen. In diesen werden sie unter besonders strenger disziplinärer Behandlung, bei schwerer Arbeit und eben noch genügender Ernährung, und auch nicht sonderlich vor etwaigem feindlichen Beschuß oder anderen Kriegsgefahren geschützt, ihren Kriegsdienst abzuleisten haben. Ihr Schicksal wird am ehesten andere von dem Versuch abhalten, durch stören des Verhalten einem ungeliebten Militärdienst zu entinnen ... „Es müssen viel mehr Mittel gefunden werden, in einem ordentlichen Gerichtsverfahren den Neurotiker mit schlechtem Gesundungswillen einer energischen Nacherziehung nach Beseitigung seiner Symptome unter gleichzeitigem vorübergehenden Ausschuß aus der Volksgemeinschaft zu unterwerfen. Die beiden gangbarsten Wege sind sofortige Versetzung in eine Feldsonderabteilung oder die Unterbringung zur Besserung in einem Konzentrationslager auf unbestimmte Dauer ... Selbst derart kriminelle „medizinische Äußerungen“ entlocken dem Autor keinerlei kritischen Kommentar.

Nach 234 Seiten voll ähnlicher „Dokumente“ kommt Schreiber Rolf Valentin so dann auch zu dem Schluß: „Im subjektiven Urteil eigener Erfahrungen muß der Verfasser für die damalige Zeit die Zweckmäßigkeit der Krankenbataillone bejahen“.

Nur noch als zynisch darf die Bemerkung, „wobei das Empfinden der Kranken, daß man sich doch ärztlicherseits um sie kümmerte, nicht unterschätzt werden darf“, interpretiert werden.

Der Katastrophen- und Panikautor des Dt. Ärzteblattes, Brickstein, hätte seine helle Freude an

diesem Buch. So sagte er bereits im Jahre 1971: „Die meisten uns erhalten gebliebenen Unterlagen erweisen sich oft heute, 25-30 Jahre später, noch als aktuell, gültig und lehrreich“.

Dies ist eines der Bücher, die das Grauen wieder denkbar machen; — die verbrecherische Elaborate wieder in den Dunst wissenschaftlicher Diskussionen heben wollen.

Kein Wunder, wenn als Herausgeber die Dt. Gesellschaft für Wehrmedizin und Wehrpharmazie e.V. zeichnet. In dieser Reihe sind bereits ähnliche Machwerke erschienen. Ein abschreckendes Beispiel dafür, was in dieser Republik (wieder) oder besser immer noch mit dem Wohlwollen höchster Stellen verbreitet werden darf.

Norbert Andersch

Geschäfte mit der Armut Pharmakonzerne in der Dritten Welt

Marcel Bühler. Hrsg: medico international, Vertrieb CON



Marcel Bühler
Geschäfte mit der Armut -
Pharma-Konzerne in der
Dritten Welt

„Arzneimittel könnten für die Armen in der Dritten Welt eine Hilfe sein, wenn die Geschäfte der pharmazeutischen Industrie dies nicht verhindern würden.“

200 Seiten, DM 19,—
ISBN 3-923363-02-8

**medico
international**

Hanauer Landstr. 147-149
6000 Frankfurt am Main 1
Telefon: (0611) 49 03 50

Um Geschäfte mit der Dritten Welt geht es in diesem Buch, also um jene Dinge, von denen unsere exportorientierte Wirtschaft lebt. Daß die sogenannte dritte Welt dabei auf dem „freien Weltmarkt“, auf dem die Rohstoffe billig und die Fertigwaren teuer ge- und verkauft werden, schon immer seit den vielfältigen Eroberungen durch die „entwickelten Länder“ den kürzeren zog und quasi nur Anhängsel und Zulieferer von Grund- und Rohstoffen für den Markt der Industrieländer ist, ist bekannt. Also alles nichts Neues?

Im Gegensatz zu so vielen Büchern, die sich mit Medizin und/oder Medikamenten beschäftigen, versucht der Autor Marcel Bühler zuerst die Bedingungen aufzuzeigen, unter denen überhaupt Krankheiten entstehen und führt dabei äußerst unmedizinisch vor allem Umweltbedingungen, Ernährung, Hygiene und gesellschaftliche Armut als Faktor für den Gesundheits bzw. Krankheitszustand auf. Ausgehend davon untersucht Marcel Bühler, wie Arzneimittel im speziellen und welches Gesundheitswesen im allgemeinen den Bedürfnissen in den Ländern der 3. Welt am nächsten kommen können.

Als Ergebnis kommt er zu dem Schluß, daß zur Abhilfe der Massenkrankheiten in der 3. Welt wie der hohen Kindersterblichkeit, der Infektions- und Parasitenkrankheiten weniger Medikamente eine entscheidende Rolle spielen können als z.B. Hygiene, Wasser und eine ausreichende Ernährung.

Trotzdem werden Medikamente in die 3. Welt

verkauft und das nicht gerade wenig und vor allem aus der Schweiz und der BRD, deren Exportgewinne zu einem großen Teil aus diesem Geschäft herrühren.

Dabei unterscheidet sich die Art der Medikamente kaum von denen in der BRD oder den anderen westlichen Ländern. An der Spitze stehen Antibiotika, Vitamine, Erkältungsmittel und Beruhigungsmittel.

Wie das? Nun, auch in der dritten Welt gilt die Regel, daß nur derjenige die Ware bekommt, der das nötige Kleingeld hat. Und dieses nötige Kleingeld hat die dortige Oberschicht, die ihr Leben nach westlichem Muster in ihr ähnlichem Wohlstand und mit ähnlichen Krankheiten lebt.

Nun sind auch schon relativ viele Veröffentlichungen darüber erschienen, daß diese Medikamente noch nicht einmal der Arzneimittelsicherheit des Landes, wo die neuen Medikamente ausprobiert werden — also der BRD — entsprechen, und daß die Werbung dort noch mehr den Wunsch und Verkaufsvorstellungen des Herstellers nahekommmt. Marcel Bühler greift aber nicht nur das noch einmal auf, sondern geht erstmals auf die Medikamente ein, die in Zukunft den Markt für die Pharmamultis darstellen sollen.

Denn selbst die meist doch recht reaktionären Regime, die in der WHO (World Health Organisation) die Mehrheit haben, haben über diese ein Konzept gegen die allmächtige Ungesundheit der Pharmakonzerne entwickelt: Die Liste der unentbehrlichen Arzneimittel, die — man höre und staune — ganze 250 generics beinhaltet (man vergleiche die 100.000 der BRD).

Strategie der Blockfreien und die Gegenstrategien der Multis bilden den Abschluß des Buches.

Insgesamt kann man dem Herausgeber des Buches — medico international — zu ihrem „Erstling“ nur gratulieren. Mit diesem Buch liegt die bestverständlichsste und aufgebaute Auseinandersetzung mit diesem Thema vor, das so auch für absolut nicht Geübte mit dem Mediziner Kauferwelch zu verstehen ist.

Helmut Schaaf, Fachschaft Medizin Köln

DIE PRAKTIKEN DER PHARMA INDUSTRIE

Fachschaft Medizin Köln



Diese Broschüre entstand aus vorbereitenden Artikeln einer Pharmaveranstaltungsreihe der Fachschaft Medizin Köln, auf die deren Profisfessoren auf ungeahnte Weise reagierten.

Aus dem Inhalt:

Arzneimittelrecht und Arzneimittel-

markt(auch: Recht und Wirklichkeit)

Forschung und Werbung

Die Absage unserer Profs.

Pharmamarkt-wie anders?

Pharmaindustrie und 3. Welt

Pharma an der Uni

Die Broschüre kostet 2 DM und ist bei der Fachschaft zu haben. Der Erlös geht auf das Nicaragua Konto von medico international.

In eigener Sache

DG-Büro eröffnet

Das Demokratische Gesundheitswesen hat eine Zentrale bekommen: einen vorläufigen noch recht kahlen Büroraum in der Bundeshauptstadt Bonn, der in den nächsten Wochen und Monaten mehr und mehr mit Möbeln und mit Leben gefüllt werden wird. Seit Anfang Mai sitzt dort unsere erste hauptamtliche Kraft und arbeitet sich ein.



Norbert Mappes, gelernter Krankenpfleger, Germanist und bislang Redakteur beim Studentenmagazin „frontal“, wird dort nach und nach Koordinationsaufgaben für das Redaktionskollektiv übernehmen, die „Geschäfte“ führen, Anzeigen beschaffen, Abonnenten werben, Ideen entwickeln und Artikel schreiben.

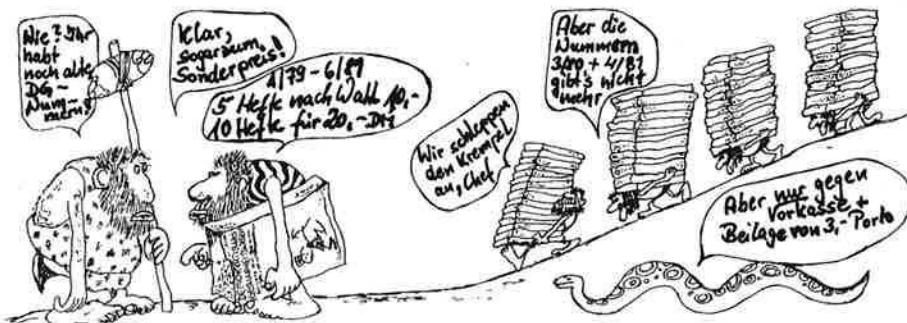
DG steuerlich absetzen!

Die Bezugskosten des „Demokratischen Gesundheitswesens“ können als Werbungskosten angesehen werden. Darauf sollte der Bezahler gegenüber dem Finanzamt bestehen. Diese Ansicht läßt sich aus einer Entscheidung des Bundesfinanzhofes (BFH) ableiten, der auch die Bezugskosten des „Handelsblattes“ als abzugsfähig eingeordnet hat (Urteil vom 12.11.1982 AZ.: VI R 193/79).

(DG 3/38) Beim Umbruch für das letzte Heft sind zwei wichtige Hinweise im Redaktionspapierkorb gelandet: Der Artikel von Frau Osang (Dokumente, S. IV) entstammt der Zeitschrift „Die Zivilverteidigung“ 3/81 (S. 35f.); den Artikel „Ich baue einen Luftschutzkeller“ (Dokumente, S. II) haben wir aus der BHW-Zeitung 4/82 genommen.

Außerdem: Die Kontonummer der Initiative gegen Giftgas bei Waldemar Stadtherr war falsch. Richtig lautet sie: PSchKto Ludwigshafen 1402 42-679.

ALTE DG's:



Bestellungen nur gegen Vorkasse und Portobeilage!
Demokratisches Gesundheitswesen, Postfach 101 041, 4100 Duisburg
Einzelheft: 3 DM (in Briefmarken inkl. Porto)

Wenn damit auch ein Hauch von professionellem Journalismus in unser Blatt weht, so bleibt doch die Struktur des Hefts erhalten: Nach wie vor werden die „Amateure“ aus der Redaktion nach bewährtem Muster das, was sie — und die Leser — beschäftigt, journalistisch umsetzen.

Norbert Mappes ist den meisten von uns längst persönlich bekannt; die Leser werden ihn bald kennenlernen. Über Mangel an Arbeit wird er sich nicht zu beklagen haben. Vorläufig wird er täglich vormittags zwischen 8.30 und 12.30 Uhr, sowie Dienstagabend zwischen 19 und 21 Uhr in unserem neuen kleinen Büro telefonisch unter der Nr. 02 28 / 46 36 82 zu erreichen sein. (Wir teilen das Büro mit der Vereinigung Demokratische Zahnmedizin.)

Die Adresse für Zuschriften, Leserbriefe, Anzeigen etc.:

Demokratisches Gesundheitswesen
Siegburger Straße 26
5300 Bonn 3

Die alten Kontaktadressen und das Postfach in Duisburg bleiben jedoch — zumindest vorläufig — erhalten.

DG-Kontakte

Ansbach: Birgitte Eschenbacher, Am Heimweg 17, 8800 Ansbach, Tel. (0981) 14444; **Berlin:** Hermann Dittich, Grunewaldstr. 28, 1000 Berlin 41, Tel. (030) 822 63 28; **Bonn:** Edl. Erken, Röttger Str. 12, 5300 Bonn 1, Tel. (0228) 28 46 21; **Bremen:** Cornelia Selke, Clausewitzstr. 25, 2800 Bremen 1, Tel. (0421) 23 43 71; **Darmstadt:** Jürgen Frohnen, Liebfrauenstr. 110, 6100 Darmstadt 1, Tel. (06151) 74551; **Dortmund:** Mathias Albrecht, Am Kuhlenweg 22, 4600 Dortmund 50, Tel. (0231) 75 38 80; **Düsseldorf:** Gunar Stempel, Aachener Str. 198, 4000 Düsseldorf, Tel. (0211) 15 11 87; **Duisburg:** Felix Richter-Hebel, Hochfeldstr. 19, 4100 Duisburg 17, Tel. (02136) 51 20; **Frankfurt:** Klaus Priester, Schloßstr. 96, 6000 Frankfurt 90, Tel. (0611) 70 54 49; **Gießen:** Claudia Göttmann, Bismarckstr. 6, 6300 Gießen, Tel. (0641) 752 45; **Göttingen:** Barbara Wille, Ostlandweg 23, 3400 Göttingen 1, Tel. (0551) 337 10; **Hamburg:** Robert Pfeiffer, Kurfürstenstr. 45, 2000 Hamburg 70, Tel. (040) 656 48 45; **Hanau:** Hans See, Gustav-Hoch-Str. 37, 6450 Hanau, Tel. (06181) 839 81; **Hannover:** Martin Walz, Tiestestr. 19, 3000 Hannover 1, Tel. d: (05132) 90 65 57/p; (0511) 81 88 68; **Heidelberg:** Michael Gerstner, Burgstr. 44, 6900 Heidelberg, Tel. (06221) 47 41 01; **Karlsruhe:** Claudia Lehner, Schillerstr. 54, 7500 Karlsruhe 1, Tel. (0721) 84 99 48; **Kassel:** Mathias Dippel, Walzstr. 2d, 3500 Kassel, Tel. (0561) 5 49 25; **Kiel:** Ralf Cüppers, Saarbrückener Str. 176 B, 2300 Kiel 1, Tel. (0431) 68 63 97; **Kleve:** Ulla Funke, Steinbergen 33, 4182 Uedem, Tel. (02825) 8424; **Köln:** Peter Lieberman, Memeler Str. 10, 5000 Köln 60, Tel. (0221) 71 17 08; **Lengerich:** Jan Hendrik Herdliass, Niederringel 3, 4540 Lengerich; **Linz/Rhein:** Richard Beitzel, Magdalena-Daemen-Str., 5460 Linz, Tel. (02644) 5 51; **Lübeck:** Angela Schürmann, Genierstr. 44, 2400 Lübeck, Tel. (0451) 5 65 86; **Mannheim:** Werner Weindorf, Maxstr. 5a, 6800 Mannheim, Tel. (0621) 85 54 05; **Minden:** Susanne Steuber, Artilleriestr. 12, 4950 Minden, Tel. (0571) 2 89 67; **Mönchengladbach:** Joachim Gill, Weichselstr. 65, 4050 Mönchengladbach 1, Tel. (02161) 48 04 27; **München:** Margret Sambardt, Pommernstr. 15, 8000 München 40, Tel. (089) 35 29 35; **Mündelheim:** Thomas Melcher, Beethovenstr. 4, 8948 Mündelheim, Tel. (08261) 97 33; **Münster:** Helmut Copak, Geiststr. 67a, 4400 Münster, Tel. (0251) 79 46 88; **Oldenburg:** Helmut Koch, Saarstr. 11, 2900 Oldenburg, Tel. (0441) 838 56; **Recklinghausen:** Petra Voss, Am Lohtor 4, 4350 Recklinghausen, Tel. (02361) 1 54 53; **Remscheid:** Michael Sünner, Klausenerstr. 34, 5830 Remscheid-Lüttringhausen, Tel. (02191) 5 52 79; **Riedstadt:** Harald Skrobies, Freih.-v.-Stein-Str. 9, 6086 Riedstadt, Tel. (06158) 61 61; **Siegen:** Michael Regus, Zur Zinsenbach 9, 5900 Siegen, Tel. (0271) 7 68 60; **Sprockhövel:** Wolfgang Münster, Hohe Egge Unterweg 17, 4322 Sprockhövel 1, Tel. (02324) 7 23 58; **Tübingen:** Elke Schön, Jacobsgasse 19, 7400 Tübingen, Tel. (07071) 21 27 88; **Ulm:** Wolf Schleinzler, Ringstr. 22, 7900 Ulm-Lehr, Tel. (0731) 6 65 44; **Viersen:** Sebastian Stierl, Hermann-Ehlers-Str. 5, 4060 Viersen 12, Tel. (02162) 7 76 94.

Ich unterstütze den Aufruf zum 1. Friedenskongreß psychosozialer Berufe
„BEWUSST-SEIN FÜR DEN FRIEDEN“ am 17./18. Juni 1983 in Dortmund.
Ich bin mit der Veröffentlichung meines Namens einverstanden.

Name: Vorname:

Anschrift:

Beruf/Funktion/Titel:

(Datum)

(Unterschrift)

Bitte einsenden an: Anne Börner, Warendorfer Straße 13, 4400 Münster — Telefon 0251/56322



1. Friedenskongreß psychosozialer Berufe BEWUSST-SEIN FÜR DEN FRIEDEN am 17./18. Juni 1983 in Dortmund

Rüstung hat unvorstellbare Ausmaße angenommen. Das bereits jetzt vorhandene Waffenarsenal von weltweit etwa 50.000 atomaren Sprengköpfen würde längst ausreichen, die gesamte Menschheit zu vernichten und die Erde in eine atomare Wüste zu verwandeln. Pro Sekunde werden auf unserer Erde etwa 40.000 DM für militärische Zwecke ausgegeben. Irrsinnige Summen, die keinen Hunger stillen und keine sozialen Probleme lindern.

Am 12. Dezember 1979 beschloß die NATO, neue atomare Mittelstreckenraketen in Europa zu stationieren: Marschflugkörper und Raketen vom Typ Pershing II. Offiziell wird dies mit der Notwendigkeit begründet, ein militärisches Gegengewicht zu den sowjetischen SS-20-Raketen herzustellen. Dies wurde zunächst von Militärexperten und Friedensforschungsinstituten widerlegt, inzwischen auch von engsten Mitarbeitern des US-Präsidenten.

Der Abrüstungsberater des US-Präsidenten Colin S. Gray schreibt im Air Force Magazine 1982: „Bei dem NATO-Plan, 108 Pershing II und 464 bodengestützte Marschflugkörper zu stationieren, geht es nicht darum, ein Gleichgewicht oder ein Gegengewicht gegenüber der sowjetischen SS-20-Stationierung zu schaffen... Die NATO braucht eine beträchtliche Anzahl dieser 572 Systeme (oder Entsprechendes), gleichgültig, ob die sowjetische SS-20-Stationierung auf Null reduziert wird oder nicht.“

Es geht somit nicht mehr um die Herstellung eines militärischen Gleichgewichts in Europa. Nicht Nachrüstung und Verhinderung eines Krieges ist das Ziel der US-Strategie, vielmehr wird geplant, wie ein Atomkrieg in Europa geführt und gewonnen werden kann. Erst durch die neuen Waffensysteme ist diese Strategie realisierbar. Die neuen punktgenauen und minutschnellen Mittelstreckenraketen und das MX-System verleiten Politiker und Militärs zum Glauben, einen atomaren Erst- und Entwaffnungsschlag führen zu können. Sie zwingen den „Gegner“, den „Finger ständig am Abzugshebel“ zu halten.

Deutlich wird dies an den „Leitlinien für die Verteidigungsplanung“ von Minister Weinberger. Sie sind nach Admiral Eugene Carroll, bis 1980 im Pentagon verantwortlich für nukleare und konventionelle Planung in Europa, „ein klarer Beweis dafür, daß hier eine neue Strategie verwirklicht wird; eine Strategie, die die Vereinigten Staaten von der Vorstellung, es ginge um Abschreckung eines Atomkrieges, abkehrt und zu einer Haltung hinführt, bei der es darum geht, einen Atomkrieg

zu führen, zu überleben und zu gewinnen“ (Blätter für deutsche und internationale Politik, 11/82).

Weil Pershing-II-Raketen nur in der Bundesrepublik stationiert werden sollen, ginge eine zentrale Bedrohung der UdSSR im Krisenfall von unserem Boden aus. Wir wären somit auch das entscheidende erste Ziel von sowjetischen Präventiv- oder Vergeltungsschlägen. Ein Atomkrieg würde die Vernichtung unseres Landes bedeuten.

Die psychologischen Mittel, die eingesetzt werden, um Hoch- und Aufrüstung zu rechtfertigen, sind die des kalten Krieges:

- Schaffung von Feindbildern;
- systematische Desinformation über Rüstung und Verharmlosung der Kriegsgefahr;
- Diffamierung der Friedensbewegung;
- propagandistische Verharmlosung der Kriegsfolgen, beispielsweise durch Katastrophenschutzpläne und Gesundheitserstellungsgesetz;
- Verschleierung von Zusammenhängen zwischen Rüstung und der Zunahme von psychischen und sozialen Problemen (Abbau des sozialen Netzes).

Die realistische Einschätzung der nuklearen Bedrohung wird als Panikmache bezeichnet; unsere Angst vor dem Krieg ist jedoch real und nicht krankhaft.

Gegen die Gefahr der Aufrüstung arbeiten inzwischen sehr viele Bürger unseres Landes. Die verschiedenen Gruppen stellen in ihrer Vielfalt die bisher größte Friedensbewegung der deutschen Geschichte dar. Nur noch 24 Prozent unserer Bevölkerung glauben, daß durch die Stationierung der neuen Atomwaffen der Frieden in Europa sicherer werden wird (Der Spiegel, 1/83).

Viele Berufsgruppen haben der Rüstung den Kampf angesagt, unter anderem Ärzte, Naturwissenschaftler, Theologen, Juristen und Pädagogen. Auch die psychosozialen Berufsgruppen stellen sich in den Dienst der Friedensbewegung.

Wir werden in unserem Berufsalltag zunehmend mit den sozialen und psychischen Folgen des Rüstungswahns konfrontiert. Wir können unser Fachwissen und unsere Arbeitskraft einsetzen, verfälschende Darstellungen der Hintergründe, Risiken und Auswirkungen von Aufrüstung aufzudecken und die Menschen unseres Landes für die Friedensbewegung zu aktivieren.

und auf Europa gerichteten Atomwaffen, das heißt auch den Abbau der SS-20-Raketen.

Fernziele sind eine Welt ohne atomare, biologische und chemische Waffen und umfassende konventionelle Abrüstung in Ost und West. Ressourcen, die derzeit in der Rüstung verschwendet werden, sollen für humane Aufgaben wie Ernährung, Gesundheitsversorgung, Wohnungsbau, Bildung und Schaffung von Arbeitsplätzen eingesetzt werden.

Als betroffene Bürger unseres Landes fordern wir zuerst von unserer Regierung, im Sinne des Krefelder Appells „die Zustimmung zur Stationierung von Pershing-II-Raketen und Marschflugkörpern in Mitteleuropa zurückzuziehen“, sich aktiv für Frieden und Abrüstung einzusetzen und dazu schrittweise den Verteidigungshaushalt zu kürzen.

Daher rufen wir auf zur Teilnahme.

Wir wollen:

- Feindbilder abbauen;
- psychologische Kriegsvorbereitung offenlegen;
- die Mitarbeit an kriegsvorbereitenden Maßnahmen verweigern;
- friedenspolitische Initiativen mit unseren Erfahrungen und Kenntnissen unterstützen;
- Aufklärung und Friedenserziehung fördern;
- Zusammenhänge zwischen dem inneren und äußeren Frieden aufzeigen (Wie gehen wir mit Minderheiten um?);
- Resignation und Passivität in der Bevölkerung überwinden und Handlungsmöglichkeiten aufzeigen.

Wir unterstützen die Ziele der Friedensbewegung, damit die Stationierung der neuen Mittelstreckenraketen verhindert wird. Wir fordern die Beseitigung aller in Europa stationierten