

dg

DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN

ZEITSCHRIFT FÜR GESUNDHEITS-
UND SOZIALBERUFE



Saurer Regen
Wald- und Menschensterben

AO-Novelle
Interview mit Frau Schleicher

Psychiatrie in Italien

der kommentar

dg-Redakteur Gregor Weinrich (33) sitzt in der Ärztekammer Nordrhein und ist einer der Sprecher der Listen demokratischer Ärzte in den Kammern. Er arbeitet als Radiologie-Assistent in Siegburg.



Über's Ohr gehauen?

Die Schwestern und Pfleger in der Neurochirurgie der Uni Bonn sind sauer. Seit einem Jahr müssen sie mit der neuen Bereitschaftsdienstregelung leben. Gebracht hat sie ihnen wesentlich mehr Arbeit, weniger Zeit für den Patienten und ein erheblich geringeres Einkommen durch die OP-Bereitschaftsdienste.

Ursache für die gestiegene Arbeitsbelastung ist der sogenannte Schwier-Erlaß der Landesregierung, der einen generellen Einstellungsstopp für die Unikliniken zur Folge hatte. So wurde die durch die Bereitschaftsdienstregelung notwendig gewordene Neueinstellung von Pflegepersonal verhindert. Der Einkommensverlust macht bei drei Diensten pro Monat etwa 400 Mark netto aus. Wurden bisher fünfzehn Stunden Bereitschaftsdienst in der Stufe D vergütet, so werden jetzt noch vier Stunden bezahlt, der Rest wird in Freizeit abgegolten. Hinzu kommt noch mit 100 Mark die geringere Vergütung der in Freizeit abgegoltenen Stunden.

Auch der örtliche ÖTV-Sekretär ist hilflos. Er weist auf die schwierige Situation der Personalvertretung an den Unikliniken hin. Die Tarifkommission der ÖTV stimmte vor mehr als einem Jahr der Neuregelung der Bereitschaftsdienste zu, obwohl viele Betriebsgruppen und Kreisvorstände ihre Ablehnung verlang-

ten und Änderungsvorschläge machten. Hierzu führte die überaus deutliche Kompromißbereitschaft des Marburger Bundes und die Erkenntnis, daß die Aktionen der Mitglieder nicht ausreichen würden, die Arbeitgeber zu einem besseren Abschluß zu zwingen.

Folgen für die Patienten sind an den Unikliniken Bonn deutlich spürbar: Die OP-Dauer verlängert sich, und die Operationskapazitäten gehen zurück. Stationen mußten vorübergehend aus Personalmangel geschlossen werden. Die Ambulanz der Hautklinik ist nur noch an vier Wochentagen geöffnet. Assistenzärzte, die unter gleichen Bedingungen arbeiten, werden von Professoren zu unbezahlten Überstunden gezwungen, in dieser Zeit Visiten zu machen.

Es liegt auf der Hand, daß die Krankenhausträger von der Neuregelung der Bereitschaftsdienste profitieren, die es verhindern können, daß zusätzliche Ärzte, Schwestern oder Pfleger eingestellt werden. Diese Einsparungen werden vor allem in größeren Abteilungen erzielt. Durch versetzten Dienstbeginn oder geteilte Dienste können die Arbeitskapazitäten besser ausgenutzt und gleichzeitig die Vergütungsstufen für Bereitschaftsdienste reduziert werden. Starke Verschiebungen des Arbeitsbeginns führen sogar dazu, daß nach dem Bereitschaftsdienst kein Freizeitausgleich mehr gewährt werden muß.

Dagegen wurden in kleinen Abteilungen häufig zusätzliche Leute eingestellt, um den Bedingungen des Tarifvertrages Rechnung zu tragen. Viele Neueinstellungen konnten jedoch erst durch Arbeitsgerechtsverfahren oder durch erhebliche finanzielle Zugeständnisse der Betroffenen durchgesetzt werden.

Andere Kollegen/innen stecken jedoch lieber den Kopf in den Sand aus Angst, Einkommenseinbußen oder eine Verschlechterung der Arbeitsbedingungen hinnehmen zu müssen.

Schlußfolgerungen: Die Versorgung der Patienten durch ausgeruhte Schwestern, Pfleger, Ärztinnen und Ärzte erfordert zusätzliche Stellen. Der Tarifvertrag darf von den Krankenhausträgern nicht zu Rationalisierung und Stellenabbau mißbraucht werden. Dies ist nur durch eine aktive Arbeit der Personalräte, der Betriebsräte und MAVs zu verhindern. Sie müssen ihre vorhandenen Mitbestimmungsrechte intensiver wahrnehmen. So sollten z.B. Nebenabsprachen und Dienstpläne auf ihre Zulässigkeit hin überprüft und den neuen Bedingungen angepaßt werden.

DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN

ZEITSCHRIFT FÜR GESUNDHEITS-
UND SOZIALBERUFE

Inhalt

2/84

dg-Report

Saurer Regen — Saurer Schleim	
Nicht nur der Wald stirbt — auch der Mensch	8
Wie der Baum, so der Mensch	
„Schadbilder“ beim Menschen	10
Keine Filter zum Wechseln	
Beim Reinigen der Luft gehen	
die Bäume kaputt	12

Aktuelle Gesundheitspolitik

„Der Staat macht Mücke“	
Ein Gutachten zur Krankenfinanzierung/	
„Mehr Marktwirtschaft“	18
„Vollbefähigter Arzt nicht	
Endprodukt des Studiums“	
Interview mit Frau Schleicher	
zur AO-Novelle	20
Schnell, aber daneben	
Ex-Betriebsrat	
aus nichtigem Anlaß gefeuert	24
Kammer-Putsch	
Vizepräsident der Berliner Ärztekammer	
abgewählt	25

Internationales

La forza dei matti — die Kraft der Irren	16
Die Revolution findet	
(auch) im Krankenhaus statt	
Ein Bericht aus Vietnam (Teil 2)	29

Kultur

Der verbotene Tod	19
-------------------	----

Historisches

Heilen und Vernichten	
Ausstellung zur Medizin	
im Nationalsozialismus	22
„Braunes Kreuz“	
Das DRK im Faschismus	30

Frieden

ÖTV: Registrierung rechtswidrig	
Arbeitnehmer brauchen sich nicht	
für den Kriegsfall erfassen zu lassen	32

Pharma

Kleine Geschenke — große Wirkung	
Probepäckchen für Baby-Fertignahrung	
halten vom Stillen ab	26

Psychiatrie

Recht & Psychiatrie	
Eine neue Zeitschrift	28

Dokumente

Freudenstädter Appell	I
Programm gegen Luftbelastung	
und Waldsterben	II
Katastrophale Pläne	
Katastrophenpläne in Bremer Kliniken	IV

Rubriken

Leserbriefe	4
Aktuelles	4
Verschiedenes	7
Kongreßberichte	33
Buchkritik	34
Wir über uns	35

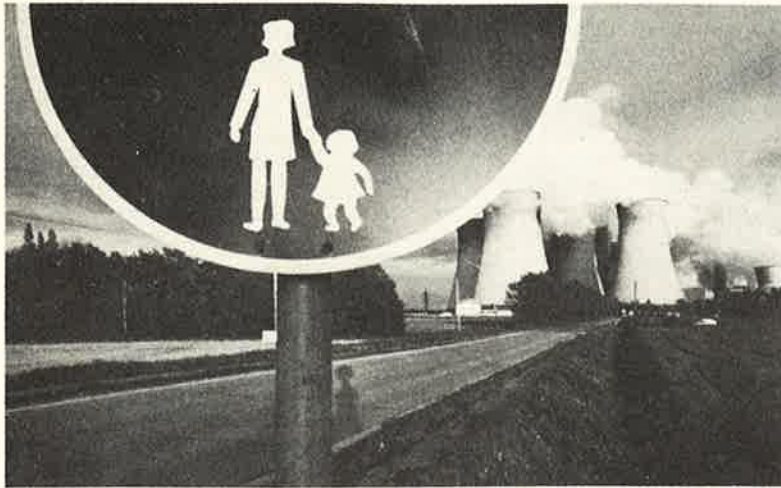


Foto: Gernot Huber

*Nicht nur die Wälder sterben an der
Luftverschmutzung:
Die Krankheiten der Atemwege bis hin zu
Lungenkrebs nehmen seit Jahren zu.
Die Zusammenhänge werden meistens geleugnet.
Unsere Reportage beginnt auf* *Seite 8*

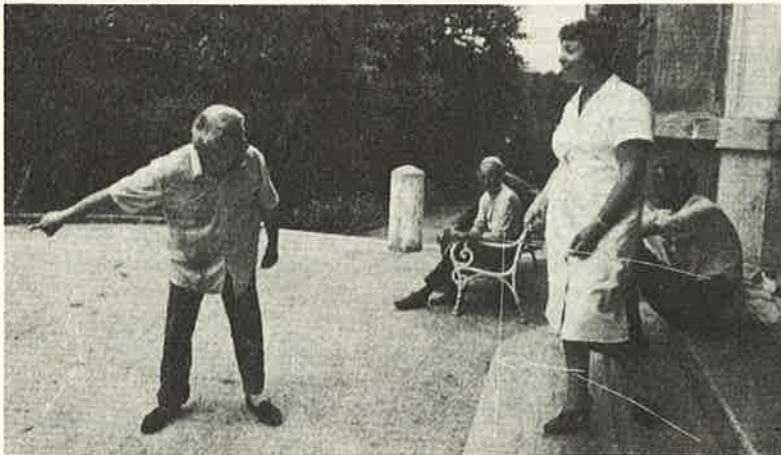
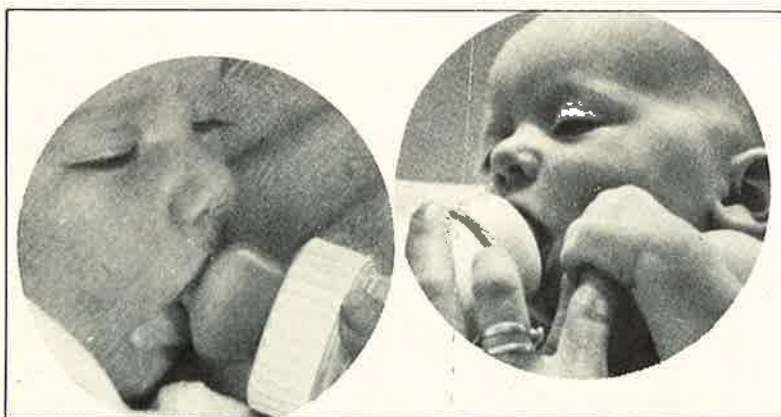


Foto: Heilmann/Bindella

*Nicht alle Utopien sind in Italien Wirklichkeit
geworden.
Ist die demokratische Psychiatrie deshalb
gescheitert?
Unser Autor Klaus Schonauer hat sich in Verona
und Mailand umgesehen.* *Seite 16*



*Jede Mutter bekommt im Krankenhaus
Probepäckchen für Baby-Fertignahrung.
Obwohl die Vorteile des Stillens inzwischen
weithin bekannt sind, wird für Fertignahrung
kräftig geworben.* *Seite 26*

Leser- Briefe

Nur Ärzte

Der Artikel „Rp.: 35 Stunden — Arbeitszeitverkürzung als präventive Gesundheitspolitik“ in der letzten dg hat mir sehr gut gefallen und ich bitte Euch, mir das ganze Referat nebst Literaturlisten zuzuschicken.

Ich bin der Meinung, daß es gerade auch einer fortschrittlichen Zeitung im Gesundheitswesen obliegt, mit Untersuchungen und Berichten über den Verschleiß der Arbeitskraft heutzutage die Propaganda der Gewerkschaften zu unterstützen bzw. auch die Schwerpunkte richtig zu setzen (Wegkommen von der ausschließlichen Begründung, Arbeitszeitverkürzung schaffe Arbeitsplätze). Mir als Betriebsrat und aktivem Gewerkschaftsmitglied hat dieser Artikel ganz gut genützt in der laufenden Auseinandersetzung. Ich könnte mir vorstellen, daß man auch solche Artikel gut auf die Verhältnisse im Gesundheitswesen konkretisieren kann, etwa was es heißt, länger als zehn Jahre auf einer Intensivstation zu arbeiten oder über längere Zeit Bereitschaftsdienst zu machen. Ich glaube, daß wir gute Gründe hervorbringen können, auch im Krankenhaus die 35-Stunden-Woche durchzusetzen.

Ansonsten: Berichtet mehr über die Leute im Gesundheitswesen, die nicht Arzt sind bzw. keine akademische Ausbildung haben. Warum sind bei dem Artikel „Noch keine Entscheidung über weiteren Weg“ nur Ärzte abgebildet? Stellen die denn seit neuestem die Mehrheit in den Friedensinitiativen des Gesundheitswesens?

KLAUS HARDER
Bad Rappenau

So bleiben

Ich halte Eure Zeitschrift für gut, informativ und interessant und lese sie meistens von der ersten bis zur letzten Zeile. Was das monatliche Erscheinen anbetrifft, war ich anfangs etwas skeptisch, muß aber sagen: Es gefällt mir, daß die Artikel kürzer geworden sind, es war oft alzu mühsam, sich über mehrere Seiten mit einem einzigen Thema zu beschäftigen. Außerdem gefällt mir die flottere Aufmachung. Ich

könnte mir denken, daß dg in dieser Form noch wesentlich mehr Leute ansprechen könnte als bisher. Bei uns im Krankenhaus jedenfalls ist das Interesse recht groß.

In diesem Heft hat mir besonderer der „Messebericht“ von Felix gefallen. Die Sachen unter „In memoriam“ finde ich oft ausgesprochen trocken und langweilig, dabei könnte man sich gerade da oft etwas aufgelockertere Sachen vorstellen.

Aber alles in allem: Hoffentlich bleibt Ihr so, wie Ihr seid!

PETRA SCHUBBECKE
Berlin

Korrekt

dg 1/84: „Unbarmherzige Schwestern“

In Ihrem Artikel „Unbarmherzige Schwestern“ werden die Zustände in den konfessionellen Krankenhäusern vollständig korrekt wiedergegeben. Es ließen sich jede Menge Beispiele dafür finden, wo es ähnlich zugeht, oder sogar noch schlimmer. Kollegen werden oft beisspiellos unter Druck gesetzt. Von christlichem Geist ist häufig nur sehr wenig zu spüren.

Es ist ein Skandal, daß in einem demokratischen Staat solche undemokratischen Zustände in einem großen Sektor nach wie vor ohne weiteres geduldet werden. Die Aussprüche gerade von Ordensleuten und Geistlichen zum Thema „Demokratie“ in kirchlichen Einrichtungen sowie Mitbestimmung und Einstellungspraxis sind oft mehr als haarsträubend. Auch meiner Meinung nach ist der einzige richtige Weg, daß sich die verschiedenen Mitarbeitervertretungen einmal zusammuntun. Allerdings existieren sie gerade in kleineren Einrichtungen häufig so gut wie nur auf dem Papier. Ich hätte mir auch ein paar brauchbare Hinweise dazu gewünscht, wie man solche Treffen mit Leuten freihält, die sich nur als „Mitarbeitervertreter“ ausgeben, weil so eine Einrichtung nun einmal vorgeschrieben ist, selber aber nichts anderes als die Interessen des Arbeitgeber Amtskirche und Generalvikariat im Kopfe haben.

Ich arbeite als medizinisch-technische Assistentin an einem katholischen Krankenhaus und möchte Sie deshalb bitten, meinen Namen nicht zu veröffentlichen, damit ich keine Nachteile befürchten muß.

(Name und Anschrift sind der Redaktion bekannt)

„Kein Grund zur Sorge“

Im Anschluß an eine Veröffentlichung des „Spiegel“ zum Zusammenhang von Luftverschmutzung und „plötzlichem Kindstod“ versicherten die Chefs fast aller großen Kinderkliniken in Nordrhein-Westfalen ihrem Gesundheitsminister, der sie zusammengerufen hatte, jegliche Umweltbelastung spiele bei dem Syndrom keine Rolle. Auch einen Zusammenhang zwischen Luftschadstoffbelastung und Pseudo-Krupp, wie er erst kürzlich in Essen unter Aufsicht der Öffentlichkeit belegt worden war, ließen die Chefs nur ganz am Rande gelten. In einem Bericht der Düsseldorfer „Rheinischen Post“ heißt es, für die Kinderärzte habe dieses Krankheitsbild „seinen Schrecken verloren“: Keiner der versammelten Kinderärzte könne sich „an einen tödlichen Ausgang dieser Krankheit erinnern“.



Währenddessen hat die Buchveröffentlichung, die zur Grundlage des „Spiegel“-Titels wurde (Bernd Dost, „Die Erben des Übels“), zu einer Großen Anfrage der gesundheitspolitisch engagierten grünen Abgeordneten Waltraud Schoppe und Dr. Ehmeke sowie der grünen Fraktion geführt. In einer Reihe sehr detaillierter Fragen führen die Abgeordneten noch einmal alle relevanten Hinweise auf Zusammenhänge zwischen Luftverschmutzung und Erkrankungen von Kindern auf. Sie wollen unter anderem wissen, warum interessierten Ärzten die Daten der Luftmeßstationen verweigert werden. Die Antwort der Bundesregierung wird in Bonn mit Spannung erwartet.

Nix Dioxin

Trost und Rat in schweren Zeiten spendete das Berliner Umweltbundesamt. Auf Pressebericht über Dioxin auf Müllverbrennungsanlagen reagierten die Amts-Ökologen innerhalb

weniger Stunden mit der Versicherung, die Belastung sei „verschwindend gering“. Der Versuch, die aufgeschreckte Öffentlichkeit mit dem Hinweis zu beruhigen, alles sei „der Fachwelt“ seit langem bekannt, gilt in Expertenkreisen als kläglich mißlungen.

Max-Planck-Gesellschaft: Finsternis und Frost

Ein Nuklearkrieg hätte dramatische und langfristige Folgen für die Biosphäre. Zu diesem Ergebnis kam eine Studie der Max-Planck-Gesellschaft. Mehrere hundert Millionen Tonnen Rauch und Ruß aus brennenden Wäldern, Städten, Industrieanlagen würden die Nordhalbkugel wochenlang in kaltes Dunkel hüllen. Weniger als zehn Prozent des Sonnenlichts könnten noch zur Erdoberfläche durchdringen. Die Temperaturen lägen auch sommers um den oder unter dem Gefrierpunkt. Der Ozonspiegel stiege erheblich über die für Menschen tolerierbaren Grenzwerte. Eine Hungerkatastrophe wäre die Folge der Ernteausfälle.

Der Max-Planck-Gesellschaft zufolge wird „klar, daß sogar ein nur einseitig, überraschend geführter nuklearer Angriff — selbst wenn kein Gegenschlag erfolgt — für den Aggressor unermessliche Risiken birgt“. Die Studie: „Dem Nuklearkrieg folgen Finsternis und Frost“, kann beim Pressereferat der Gesellschaft, Postfach 647, 8000 München 1 bezogen werden.

Schutz vor Holzschutz

Die Interessengemeinschaft der Holzschutzmittel-Geschädigten (IHG), eine Selbsthilfegruppe für die Opfer dioxinhaltiger Holzschutzpräparate (vgl. dg 4/83: Seveso im Wohnzimmer), gibt vom jetzt an regelmäßig Mitteilungen für Betroffene heraus. Bei der Organisation kann auch ein medizinischer Fragebogen angefordert werden.

Adresse: IHG, Unterstaat 14, 5250 Engelskirchen.

Ferner hat das Bundesgesundheitsamt eine Broschüre „Vom Umgang mit Holzschutzmitteln“ herausgegeben, die über dessen Pressestelle, Postfach, 1000 Berlin 33, zu beziehen ist.

Demokratische Ärzte-Listen auch in Bayern?

Seit November 1982 existiert in Würzburg eine Liste Demokratischer Ärzte, die bei den Kammerwahlen auf Anhieb 18,4 Prozent der Stimmen erhielt und eine von neun Bezirks- bzw. Landesdelegierten stellt. In der bayerischen Landesärztekammer steht die Würzburger Vertreterin aber auf recht verlorenem Posten. In ihrer lokalen Arbeit — z.B. im Zuge der Friedensbewegung — konnte die Liste schon einige Erfolge verbuchen. Die Ärzte-Liste: „Wir freuen uns über jedes Echo, fordern Euch auf, Euch zusammenzutun und zu kandidieren und geben gerne In-

formationen und Ratschläge weiter. Denn gemeinsam sind wir stärker.“
Kontakt: U. Brickwedde, St.-Mauritius-Str. 19, 8702 Estenfeld,
Tel. (09305) 1595.

Arznei-Eier

Rückstände von teilweise nicht mehr zugelassenen Tierarzneimitteln wurden jetzt bei Routine-Stichproben bei Eiern in Baden-Württemberg nachgewiesen. Nach einem Bericht des „Spiegel“ handelt es sich dabei um toxische Konzentrationen von Furazolidin, einem Darmpräparat, das krebserregend und erbschädigend wirkt, und um giftige Abbauprodukte des Chloram-



phenicol, das Legehennen nach Beschluß des Bundesgesundheitsamtes seit einem Jahr nicht mehr verabreicht werden darf. Menschen können beim Verzehr der verseuchten Eier an aplastischer Anämie erkranken.

40 Prozent fallen durch

Im Jahre 1983 sind etwa 40 Prozent aller Kandidaten bei der amtsärztlichen Prüfung für Heilpraktiker durchgefallen, meldete der Ausbildungsleiter des Münchner Heilpraktiker-Kollegiums.

Baden-Württemberg: Registrierung übers Meldeamt

„Für Zwecke des Katastrophenschutzes“ dürfen nach § 5, Abs. 4 des Meldeschutzgesetzes vom 11.4.83 die Gemeindebehörden in Baden-Württemberg die Bürger bei der Anmeldung fragen, ob „der Betroffene in einem Heil- oder Heilhilfsberuf ausgebildet ist“. „Die Meldebehörden dürfen diese Daten vorübergehend speichern, soweit dies zur ordnungsgemäßen Übermittlung der Daten erforderlich ist“. Endgültig gespeichert wird dann bei den Gesundheitsämtern. Diese erhalten laut Meldeverordnung vom 24.5.83 von den Meldebehörden folgende Daten: Familienname, Vornamen, akademische Grade, Ordensnamen/Künstlernamen, Geburtstag, Geschlecht, erwerbstätig/nicht erwerbstätig, Staatsangehörigkeit, gegenwärtige Anschriften, Haupt- und Nebenwohnung, Familienstand, Zahl der minderjährigen Kinder, Übermittlungssperren. Baden-Württemberg bleibt also Spitze bei der Militarisierung des Gesundheitswesens.

Medizinstudenten bei Geißler

Gegen die neue Novelle zur Bundesärzteordnung, die im Dezember vom Gesundheitsministerium vorgelegt worden war (Dokumente in dg 1/84), protestierten am Mittwoch, dem 25. Januar, nach einem Aufruf der Vereinigten Deutschen Studentenschaften (VDS) etwa 5000 Medizinstudenten bei einer Demonstration mit anschließender Kundgebung vor dem Geißler-Mini-

sterium. Vor Studenten aus dem ganzen Bundesgebiet, die an diesem Tag trotz Schnee und Eis in weiten Teilen des Landes in unerwartet großer Zahl nach Bonn gekommen waren, kritisierte die Sprecherin der VDS-Fachkonferenz Medizin, Brigitta Mews aus Bochum, besonders die im Entwurf vorgesehene zweijährige Phase „Arzt im Praktikum“, die de facto einer Wiederbelebung des Medizinalassistenten der sechziger Jahre gleichkomme, als untauglichen Versuch, der als bedrohlich empfundenen

„Ärztenschwemme“ zu begegnen. Vielmehr sei die Chance zu nutzen, die sich durch die Mehrausbildung von Ärzten für die Verbesserung der Gesundheitsversorgung biete.

Die Sprecherin der Grünen im Bundestag, Marita Wagner, erklärte auf der Kundgebung, die AO-Novelle werde das Studium nicht praxisbezogener werden lassen. Dafür müßten die Inhalte des Studiums selbst verändert werden.

Bayern: Innenministerium prüft Zeitschriften

Die Lektüre der Mitarbeiter bayerischer Gesundheitsämter unterliegt offensichtlich der Kontrolle des für den „Staatsschutz“ zuständigen Innenministeriums.

Ein Angebot der „Vereinigung Demokratischer Zahnmedizin“ zum kostenlosen Bezug der Verbandszeitschrift „Der Artikulator“ wurde dankend mit dem Hinweis ausgeschlagen, die Gesundheitsämter seien „bereits ausreichend mit der für sie einschlägigen Fachliteratur ausgestattet.“

Die Beurteilung, welche Publikation als „einschlägige Fachliteratur“ zu gelten habe, obliegt in Bayern offensichtlich nicht dem hier für die Gesundheitsämter zuständigen Sozialministerium, sondern einem Ministerialrat Dr. Hartmann aus dem Ministerium Gerold Tandler, der an Stelle des angeschriebenen Sozialministeriums auf das Angebot der VDZM antwortete.



Foto: Menzen

ÄRZTE WARREN VOR DEM ATOMKRIEG



**UNSER EID AUF DAS LEBEN
VERPFLICHTET
ZUM WIDERSTAND**

Unter diesem Motto findet der 4. Medizinische Kongreß zur Verhinderung eines Atomkrieges vom 30. März bis 1. April 1984 in Tübingen statt. Anmeldungen bei: Kurt A. Rumler, Belthlestr. 29, 7400 Tübingen, Tel. (07071) 45697. Tagungsbeitrag: 50,— DM für Ärzte und Gutverdienende; 30,— DM für Beschäftigte im Gesundheitswesen; 10,— DM

für Studenten und Zivildienstleistende (Kto. 212030-757, Postscheckamt Karlsruhe, BLZ 66010075, Stichwort „Tagungsbeitrag“ für Karlsruher Ärzteinitiative gegen Atomwaffen e.V.). Die Kongreßbrochure kann für 8,— DM bestellt werden bei: Dr. Leo Braun, Bahnhofplatz 1b, 7500 Karlsruhe 1

Arznei- Negativliste: Verschreibungen gehen zurück

Jetzt steht es fest: Seit Einführung der Arzneimittel-Negativlisten, nach denen für bestimmte Indikationen verschriebene Medikamente nicht mehr von den Kassen bezahlt

werden, sind die Ausgabensteigerungen der Kassen für verordnete Medikamente zurückgegangen. Hatte die Steigerung im ersten Quartal noch 8,7 Prozent betragen, so lag sie im zweiten Viertel des Jahres 1983 nur noch bei 3,7 Prozent.

Die Zahl der verordneten Arzneimittelpackungen lag im zweiten Vierteljahr 1983 sogar um 12,5 Prozent niedriger als im gleichen Zeitraum des Vorjahres.

Aus für Greiser

Die Förderung des sogenannten „Bewertenden Arzneimittellindex“, nach dem Leiter des Projekts, dem Bremer Sozialmediziner Eberhard Greiser, auch kurz „Greiser-Index“ genannt, läuft zur Jahresmitte endgültig aus. Greiser selbst muß vorzeitig als Leiter gehen. Die Ergebnisse der Greiser-Listen sollen, so der Parlamentarische Staatssekretär im Arbeitsministerium, Franke, in die Arbeit der Arzneimittel-

kommissionen „eingebracht“ werden.

Der Arbeit des Greiser-Instituts war von der Pharmaindustrie von Anfang an mit großem Mißtrauen begegnet worden. Der Argwohn verstärkte sich, als Greiser 1981 gemeinsam mit dem damaligen SPD-Arbeitsminister Ehrenberg den ersten Band des Indexes — inzwischen ist ein zweiter erschienen — der Öffentlichkeit vorlegte. Ehrenberg betrachtete Greisers Tätigkeit als Grundlage für die damals noch geplanten und von der Pharmaindustrie vehemen-



Versorgung: „nicht möglich“

Der Hamburger Senat hält eine medizinische Versorgung der Bevölkerung im Atomkrieg „nicht mehr für möglich“. Das erklärte er auf Anfrage in der Bürgerschaft. Das Gesundheitsschutzgesetz, das CDU/CSU in der letzten Bundestagsperiode einbrachten, lehnte er ab. Es müsse „alles vermieden werden, was möglicherweise den Anschein erwecken könnte, die Auswirkungen eines Atomkrieges seien durch medizinische Vorbereitungsmaßnahmen erträglich zu gestalten.“ Dagegen spricht sich der Senat für einen „effektiven Katastrophenschutz“ (Industrie- und Naturka-

strophen) einschließlich medizinischer Großübungen aus.

Till Bastian muß Steuern zahlen

Till Bastian, in der Friedensbewegung engagierter Arzt und Autor („Arzt, Helfer, Mörder“), wurde jetzt vom Finanzgericht in Neustadt an der Weinstraße zur Begleichung einer Steuerschuld verurteilt. Bastian hatte 1981 aus Protest gegen die drohende Stationierung von Mittelstreckenraketen einen Teil seines Steuerbetrages zurückgehalten und auf einem Postspargbuch auch vor eigenem Zugriff gesichert. Nicht jedoch vom Zugriff des Finanzamtes in Bingen, das das Spargbuch pfänden ließ.

Forschung rund um die WAA

Eine Gruppe von Ärzten aus der Umgebung von Dragahn im Kreis Lüchow-Dannenberg sammelt bei Kolleginnen und Kollegen im gesamten Bundesgebiet 5000 Unterschriften für die Forderung an den niedersächsischen Ministerpräsidenten, eine umfangreiche epidemiologische Studie in Auftrag zu geben. Eine Kopie der Resolution soll an die bayerische Staatsregierung.

Die geforderte Untersuchung müßte einen Zeitraum von wenigstens zehn Jahren vor und vierzig Jahren nach Inbetriebnahme der Anlage umfassen.

Die Hannoveraner „Gruppe Ökologie“ sammelt Geld für eine kleinere Untersuchung über Schadensfälle im Bereich von Wiederaufbereitungsanlagen, für deren Anfertigung sich bereits eine Gruppe Bremer Wissenschaftler bereitgefunden hat. Benötigt wird ein Betrag von 170 000 Mark. Große Teile dieses Betrags sind allerdings bereits durch Spenden von Umweltschutzorganisationen und Stiftungen abgedeckt.

Kontakt (für die Unterschriften): Dr. Christian Henatsch, Riestedt Nr. 10, 3110 Uelzen 12; für die Spenden: Gruppe Ökologie, Immengarten 31, 3000 Hannover 1, Tel. (0511) 6963130. Spendenkonto: PSchA Hannover 624 33 — 301 (BLZ 250 100 30).

ment bekämpften Positivisten.

Der Tropfen, der das Faß zum Überlaufen brachte, scheint die Tätigkeit Greisers und zweier seiner Mitarbeiter, unter ihnen dg-Autor Gerd Glaeske, als Berater bei „Bittere Pillen“ gewesen zu sein.

Glaeske hatte bereits im September 1983 in dg von Versuchen der Pharmaindustrie berichtet, die Mittel für die Studie aus dem Bundeshaushalt herauszuschleusen (dg 5/83). In einem Papier, das am 2. Mai 1983 im Münchner Hilton von Vertretern des Bundesver-

bands der Pharmazeutischen Industrie, und der Firmen Byk-Promota, Thomae, Klinge, Roche, Hoechst, Goedecke und UCB erarbeitet wurde, heißt es unter Punkt 5: „Im politischen Raum sollte außerdem verstärkt dargestellt werden, daß ... die laufende Arbeit von Greiser insbesondere in der angespannten Finanzlage des Bundeshaushaltes als nicht sinnvoll angesehen werden muß, und daß es somit sachgerecht erscheint, von einer Vertragsverlängerung für dieses Forschungsprojekt abzusehen.“

„Wird in einem Staat wie diesem erst eine Wohlfahrt gewährt, folgt gleich eine zweite, und so weiter. Eine einmal gewährte Wohlfahrt bekommt man nur durch einen Weltkrieg wieder weg.“

Dr. Richard Jaeger (CDU), Vizepräsident des Deutschen Bundestages, beim Besuch des Kreiskrankenhauses in Dachau (I)

Jaeger, der als Justizminister vor der vorletzten „Wende“ die Wiedereinführung der Todesstrafe befürwortete, wurde jetzt von der Bundesregierung zum Vertreter für die Menschenrechtskommission der Vereinten Nationen benannt.

Hausgeburten nicht schuld

Die Tendenz, die zunehmende Beliebtheit von Hausgeburten für die anhaltend hohe Rate der Säuglingssterblichkeit in der Bundesrepublik verantwortlich zu machen, darf statistisch als widerlegt gelten. Von 626.000 Kindern, die 1981 geboren wurden, kamen 620.000 im Krankenhaus zur Welt.

Stopp für gefährliche Pharmaexporte!

Unter diesem Motto steht der Aufruf des Bundeskongresses entwicklungspolitischer Aktionsgruppen (BUKO) für eine Aktionswoche vom 2. bis zum 12. Mai 1984.

Medikamente, die in der Bundesrepublik wegen sogar tödlicher Nebenwirkungen aus dem Handel genommen werden mußten — als Beispiel gilt hier das blutzuckersenkende Silubin ret. — werden ohne Skrupel in der Dritten Welt weiter vertrieben. Aggressive Marktstrategien der Pharmakonzerne lenken die — oft ohnehin sehr dürftigen — Ausgaben für das Gesundheitswesen zu einem beträchtlichen Teil auf oft nutzlose Medikamente und damit auf die Konten der Pharma-Multis.

Bedrohlich ist vor allem auch die Tendenz, Hunger und Fehlnahrung mit Stärkungsmitteln und Vitaminen zu „bekämpfen“. Für solche Präparate gab etwa

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

Nach Abschluß der klinischen Voraussetzungen suche ich eine Stelle bei **zur Weiterbildung ermächtigter(m) Allgemeinmediziner(in)** im Großraum Köln-Bonn, möglichst halbtags, dann auch gern länger als 1/2 Jahr, etwa ab Sommer '84 oder später, am liebsten Gruppenpraxis, naturheilkundlich orientiert. Bin für Tips dankbar.

P. Röhling, Siemenstr. 249, 5300 Bonn 1, (0228) 669883.

Dringend: Für unsere Arbeit „**Krankenpflege im Nationalsozialismus**“ suchen wir Krankenschwestern/-pfleger oder andere Personen, die uns dazu Informationen geben können. A. Fuchs, Alvenslebenstr. 13, 5000 Köln 1, Tel. (0221) 731902.

Wir planen **Friedensdörfer** in Spanien, Frankreich und hier — Beitrag zur Arbeitsplatzbeschaffung, Daseinsicherung, Kapitalanlage, Verein der Frauen und Ritter für den Frieden, Deutsche Sektion, (gemeinnützig), Siebengebirgsstr. 5, 5205 St. Augustin 2, Tel. (02241) 332011/335711.

Chiffre 003 aus dem Januarheft bitte bei der Redaktion melden!

Siegburger Straße 26
5300 Bonn 3
Tel. (0228) 468208

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 Ausgabe haben müssen!

● 24./25.2.
Kassel

Tagung „Professionalisierung und Laisierung in der sozialen und gesundheitlichen Versorgung alter Menschen.“

Deutsche Gesellschaft für Gerontologie.

Kontakt: Prof. Schnitz-Scherzer, GHS Kassel, Heinrich-Plett-Str. 40, 3500 Kassel-Oberzwehren

● 25. 2. 84
Bundesweiter Aktionstag gegen den § 218

Koordination: Frauenzentrum, Strösemannstr. 40, 1000 Berlin 61

● 9.-11.3.84

Königstein/Taunus

Seminar „Medizinische und psychologische Aspekte der Behandlung von Folteropfern“

Kontakt: amnesty international, Arbeitskreis Medizin/Psychologie, Dr. Johannes Bastian, Meisenweg 8, 7130 Mühlacker, Tel. (07041) 43155

Berufserfahrene **Krankenpflegerin** (3jährige Ausbildg.), Studentin der Sozialarbeit/pädagogik mit Schwerpunkt „Sozialarbeit im Gesundheitswesen“ sucht zum Okt. '84 bzw. April '85 eine Anerkennungsstelle für das Berufspraktikum. Bevorzugt süddeutscher Raum.

Anne Wilken, Uelzener Str. 69, 2120 Lüneburg, Tel. (04131) 48256.

Oberursel/Frankfurt

Wir (3 Berufstätige um die 30) suchen berufstätige/n Mitbewohner/in (evt. 2) für unser Haus, um gemeinsam zu leben. Tel. (06171) 56771.

Ich (6. klin. Sem., gute Französischkenntnisse) suche **Famulaturplatz in Frankreich**, ca. vom 23. 7. bis 17. 8. '84! Gerne Neuro oder Innere — Praxis od. Krankenhaus. Wer kann mir weiterhelfen (Kontaktadressen)?! Nadja Dausch, Hellenthaler Str. 22, 5000 Köln 41, Tel. (0221) 433580.

● 12.-16.3.84

Marl

Patientenzentrierte Pflege und schülerzentrierter Unterricht

3. Woche in der Seminarreihe des Allgemeinen Krankenpflegeverbandes Marl
Kontakt: AK, Lucy-Romberg-Haus, Wiesenstr. 55, 4370 Marl

● 31.3./1.4.84

Tübingen

4. Medizinischer Kongreß zur Verhinderung eines Atomkrieges

Kontakt: Kongreßbüro, Kurt A. Rumler, Belthlestr. 29, 7400 Tübingen 1

● 14.-18.5.

Marl

Seminar: Praxisanleiter — eine neue Funktion. Für Praxisanleiter in der Kranken- und Altenpflege.

Kontakt: Allg. Krankenpflege-Verband, Lucy-Romberg-Haus, Wiesenstr. 55, 4370 Marl

● 25.—27. 5. 84

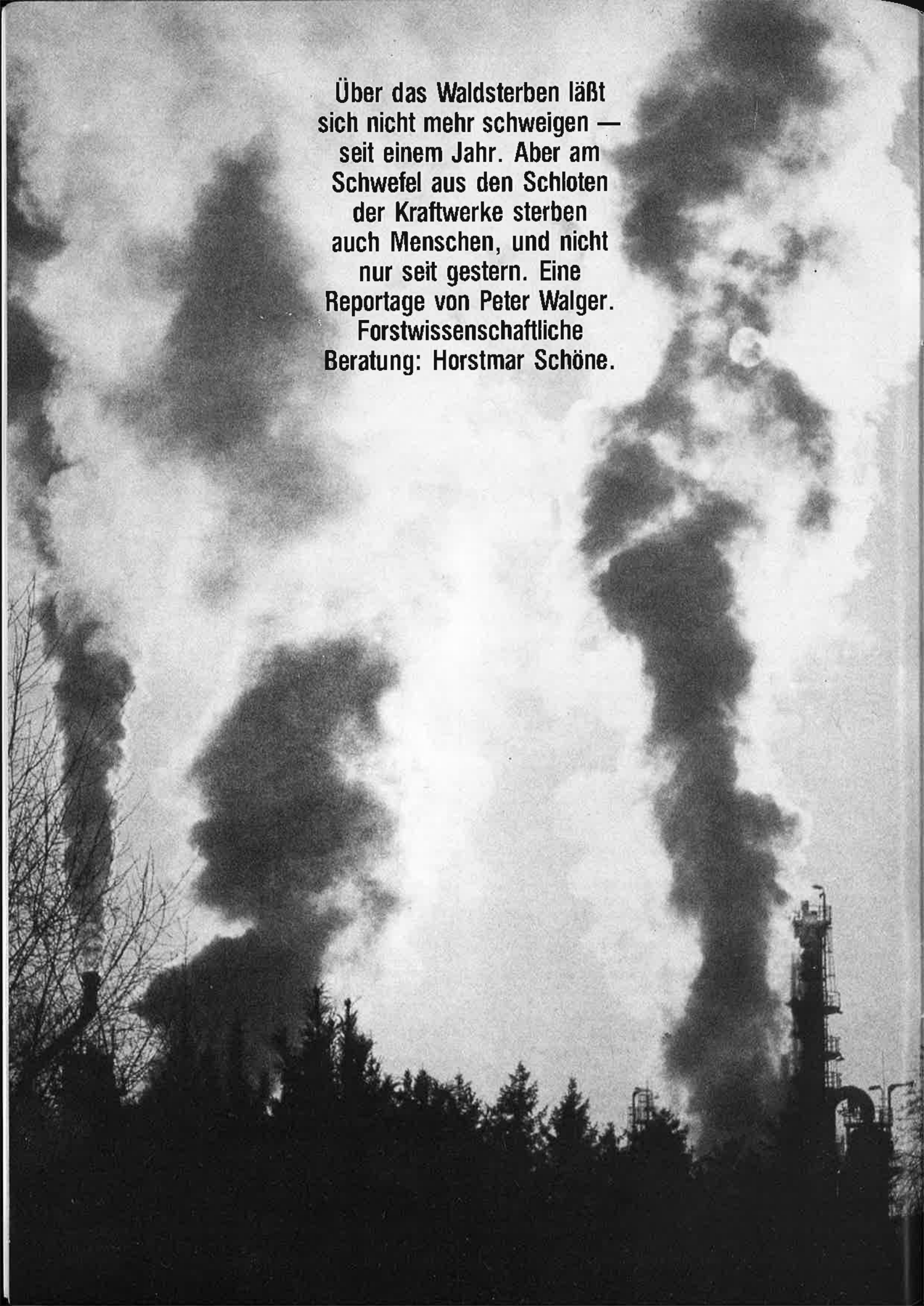
Scheidegg im Allgäu

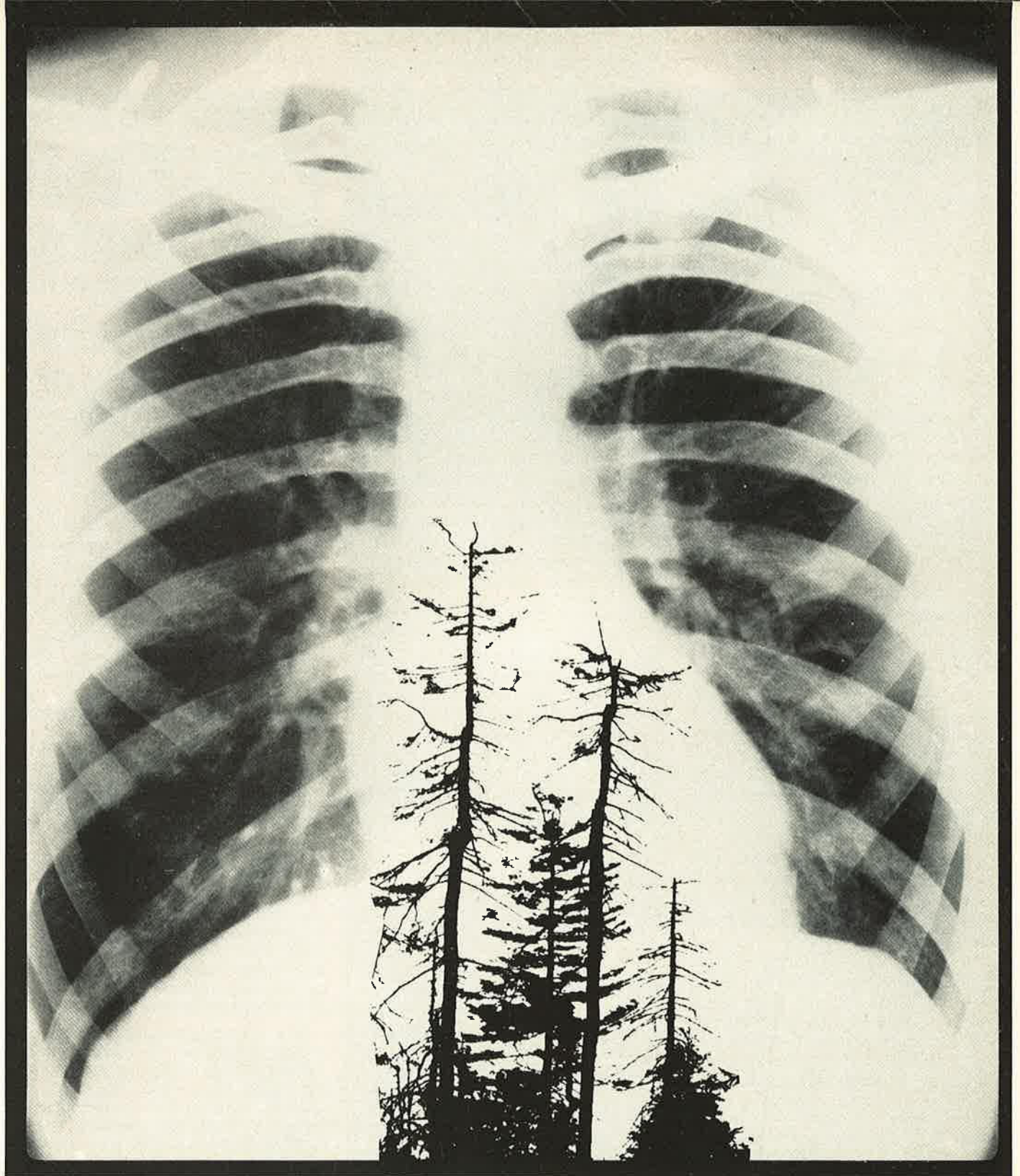
Arbeitsgruppe Alternative Therapie

Gründungstagung und Kongreßvorbereitung

Kontakt: G. Poggoda, c/o Jugendhof Auenland, 8999 Scheidegg im Allgäu

Über das Waldsterben läßt
sich nicht mehr schweigen —
seit einem Jahr. Aber am
Schwefel aus den Schloten
der Kraftwerke sterben
auch Menschen, und nicht
nur seit gestern. Eine
Reportage von Peter Walger.
Forstwissenschaftliche
Beratung: Horstmar Schöne.





Saurer Regen — saurer Schleim

Nicht nur der Wald stirbt — auch der Mensch

Fünfundzwanzigtausend Tote jedes Jahr die höchsten Steigerungsraten in den vergangenen Jahrzehnten, anhaltende Tendenz nach oben: das ist die Bilanz des Lungenkrebs in der Bundesrepublik. 25 000 von insgesamt 150 000 Krebstoten: damit steht Lungenkrebs an der Spitze der jährlichen Krebstodesfälle.

Mit unserer Luft atmen wir die Krebsursachen ein. Das Gemisch aus Dreck, Staub

und Chemie bahnt den Krebsweg von der ersten kindlichen Rotznase über die immer wiederkehrenden Erkältungen und den chronischen Husten bis zur Endstation. Hätten wir reine Luft, kaum ein Mensch dürfte an Lungenkrebs oder an einer chronischen Atemwegserkrankung sterben.

Selbst die konzentrierteste Form individueller Luftverschmutzung, das Rauchen, ist in reiner Luft lange nicht so schädlich.

Aber wir haben keine reine Luft mehr, und nur die Wenigsten können sich aussuchen, wo sie noch zu atmen ist. Die Auswirkungen der schmutzigen Luft betreffen nahezu jeden: vom Säugling, der am „plötzlichen Kindstod“ stirbt, bis zum alten Menschen, der selbst kurzfristige Luftverschlechterungen nicht übersteht. Atemwegserkrankungen sind eine Volkskrankheit mit absoluter Spitzenstellung: Sie sind die komplexe und

Wie der Baum, so der Mensch

„Schadbilder“ beim Menschen

Erkältung, Schnupfen, grippaler Infekt, Grippe — die unterschiedlichsten Namen für Atemwegserkrankungen, wie sie jeder kennt, der an sich Nasenlaufen, Kratzen im Hals, Husten oder ähnliche Symptome feststellt.

Kurz skizziert hier die wichtigsten „Schadbilder“ = Krankheiten:

① **Erkältung, Schnupfen, grippaler Infekt:** Hierbei handelt es sich um **entzündliche** Reaktionen der Atemwegschleimhäute auf äußere Schädigungen. Die Entzündung kann sich von der Nase (Rhinitis) über den Nasen-Rachen-Raum (Laryngitis) auf die Trachea und die Bronchien ausdehnen. Sie kann also zu einer ② **Tracheo-bronchitis** oder **Bronchitis** führen oder sich von der Nasenschleimhaut aus auf die Nasennebenhöhlen, am häufigsten auf die Oberkieferhöhlen, ausbreiten und so zu einer ③ **Sinusitis** werden. Die ④ **akute verengende Laryngotracheitis** des Kleinkindes wird auch **Pseudo-Krupp** genannt. Sie ist eine lebensbedrohliche Erkrankung, da in den kindlichen Lufwegen bereits geringe entzündliche Schleimhautschwellungen zu gefährlichen Engerscheinungen führen. Unter ⑤ **Grippe** wird eine spezifische Form der Laryngotracheobronchitis verstanden, die, von einem bestimmten Typ Viren ausgelöst, in schwerste geschwürige und zu Blutungen neigende Entzündungen übergeht.

Manche Schädigungen überspringen die obersten Etagen und verursachen direkt eine Bronchitis. Diese kann in eine Lungenentzündung übergehen und heißt dann ⑥ **Bronchopneumonie**. Unter bestimmten Voraussetzungen entsteht aber auch ⑦ **Pneumonie** direkt.

Die meisten Atemwegserkrankungen können fließend ineinander übergehen oder auf jeder beliebigen Stufe **chronisch** werden. Manche Menschen haben eine offenbar anlagebedingte Neigung zu einer Überempfindlichkeit des Atemwegssystems. Sie besitzen ein sogenanntes ⑧ **hyperreagibles Bronchialsystem** mit der Folge, daß sich bei ihnen die Krankheiten bereits bei geringeren Schäden entwickeln können.

Zusätzlich entstehen häufig akute Atemnotzustände durch eine überschießende, vorübergehende Zusammenziehung der Bronchialmuskulatur in Verbindung mit akuter Schleimhautschwellung und Produktion eines unnormalen, zähen Schleims. Vom Ergebnis ähnlich entwickeln sich solche ⑨ **Asthmaanfälle** durch äußere **allergische** Ursachen wie z.B. Pflanzenpollen, Hausstaub, Tierhaare etc.

Als ⑩ **Spätfolgen** treten sowohl Schäden an der Lunge (Ephysem) als auch, bedingt durch den höheren Widerstand für den Blutdurchfluß, am Herzen (Cor pulmonale) auf. Diese führen in der Regel zum Tod. Werden bestimmte Stoffe eingeatmet, z.B. Stäube von Mehl, Baumwolle, Steinkohle, Quarz, Talk usw., reagiert die Lunge primär mit ihrem Grundgerüst, weniger mit Schleimhaut. Es entstehen ⑪ **Lungenfibrosen**. Diese sind überwiegend anerkannte Berufskrankheiten.

Bei dem Lungenkrebs handelt es sich fast ausschließlich um ⑫ **Bronchialkrebs**, ausgehend von der Schleimhaut der größeren Bronchienäste. Im Vergleich zu anderen Krebsarten hat der Bronchialkrebs eine sehr geringe Heilungschance. Nach Einschätzung der WHO sind 80 bis 90 Prozent aller Krebskrankheiten umweltbedingt. Die Ursachen müssen im Sinne eines integrierten Gesamtgefüges verschiedener Einzelfaktoren gesehen werden, von denen die Luftverschmutzung eine wesentliche Bedingung darstellt. Zu den Krebsen der Atemwege gehören auch Mundhöhlen-, Nasen- und Nasennebenhöhlen-, Kehlkopf- und Luftröhrenkrebs. Luftschadstoffen können auch über den Blut- und Lymphweg andere Organkrebse verursachen. Jährlich sterben allein 25 000 Menschen allein an Bronchialkrebs.

Seit 1955 hat sich die Zahl fast verdreifacht. Die Zuwachsraten steigen regional unterschiedlich am stärksten dort, wo auch die Immissionsraten für Luftschadstoffe am höchsten sind (industrielle Ballungszentren). Die Krebsrate der achtziger Jahre spiegelt die Schadstoffbelastung der sechziger Jahre wider.

andauernde Antwort des Menschen auf die fortwährende Belastung mit Luftschadstoffen.

Atemwegserkrankungen liegen

- an der Spitze der Arbeitsunfähigkeitsfälle bei den AOK-Versicherten (etwa 35 Prozent),
- an der Spitze bei den von der Arbeiterrentenversicherung vorgenommenen Heilverfahren,
- an der Spitze der Gründe für den Besuch einer ärztlichen Allgemeinpraxis,
- an fünfter Stelle der Erwerbsunfähigkeitsstatistik für Männer, an fünfzehnter für Frauen.

Sozialmedizinische Fachleute schätzen, daß drei bis fünf Prozent der Gesamtbevölkerung **manifest**, zwei bis drei Prozent **unentdeckt** und etwa drei Prozent im Sinne eines überempfindlichen Bronchialsystems erkrankt sind. Hinzu kommt eine hohe Dunkelziffer. Der Zusammenhang zur Luftverschmutzung gilt allerdings in der öffentlichen Debatte gar nicht als ausgemacht.

Zum Glück — für die Hauptverursacher der Luftverschmutzung, Industrie und Kraftwerksbetreiber — raucht der Mensch und fährt Auto: Hört erst mal damit auf, dann können wir uns über die Luftverschmutzung unterhalten! So oder ähnlich lautet der Tenor der „industriellen“ Verteidigung. Der Hinweis auf die Zigarette im Mund des einzelnen Bürgers läßt die Industrieschlote bislang ungehemmt weiterqualmen.

Schützenhilfe liefert, wie kaum anders zu erwarten, die Schulmedizin. Ihr Erklärungsmodell, mit dem die Entstehung von Atemwegserkrankungen als Summe verschiedener Einzelfaktoren beschrieben wird, geht an der Realität vorbei. Das Nebeneinander der verschiedenen Ursachen wird betont, über Kombinationen und Rangfolge wird gestritten. Das Modewort heißt „polyätiologisch“, was meint, daß mehrere Ursachen von Atemwegserkrankungen möglich sind. Da stehen dann Viren neben Klima, Rauchen neben sozialer Lage, Alter neben Bakterien, das Vorliegen anderer Krankheiten neben der Luftverschmutzung.

Bei der Bewertung des Einzelanteils des jeweiligen Faktors tut man sich dann selbstverständlich sehr schwer, ist es doch auch methodisch schon häufig unmöglich, die einzelnen Faktoren isoliert voneinander zu betrachten. Solange ein integriertes, d.h. die einzelnen Faktoren in ihren Wechselwirkungen berücksichtigendes Modell fehlt, so lange kann gerade der Anteil der Luftverschmutzung an der Gesamtheit der Atemwegserkrankungen nicht ausreichend erfaßt werden.

In einem Standardwerk über Lungenerkrankungen (Prof. Ulmer) heißt es:

„Für das Manifestwerden einer chronischen, nicht obstruktiven Bronchitis scheint die Luftverschmutzung, wie sie z.B. im Ruhrgebiet besteht, wieder nur einen z.B. gegenüber dem Tabakrauchen oder gegenüber Infektionen der Atemwege nur untergeordneten Teilfaktor darzustellen.“ Oder weiter unten: „Bei Langzeitstudien, die ein Parallelgeschehen von Bronchitis, Mortalität und Luftverschmutzung feststellen, ist oft nicht berücksichtigt, daß die Luftverschmutzung ansteigt, wenn die kalte Jahreszeit beginnt. Der Kälteeinbruch wie die dann häufigen Erkältungskrankheiten lassen sich dann schwer eliminieren.“

Insgesamt bestärkt eine solche Auffassung, wie sie auch in vielen anderen Lehrbüchern vertreten wird, die Tendenz, die Bedeutung der allgemeinen Luftverschmutzung zu verschleiern, sie als einen Teilfaktor von vielen und dann noch als einen eher unwichtigen unterzubewerten. Die Ähnlichkeit mit der momentanen Waldsterbensdebatte, wo Schwefel gegen Klima, Ozon gegen Borkenkäfer, Trockenheit gegen Stickoxide ausgespielt wird, ist auffällig.

Typischerweise ist auch hier der Ruf nach weiterer Forschung bei denjenigen am lautesten, die aus einem Wirrwarr unterschiedlicher Erklärungsansätze, Prinzip „polyätiologisch“, den größten Nutzen ziehen. Forschen schützt vor Handeln. Nicht anders sind die besorgten Kommentare aus den Reihen der Industrieverbände zu verstehen, wenn etwa der Bundesverband der Deutschen Industrie (BDI) bei der Anhörung vor dem Innenausschuß des Bundestages über „Waldsterben und Umweltverschmutzung“ klagt: „Eine verengte, ausschließlich auf Luftverunreinigungen konzentrierte Betrachtungsweise verstellt jedoch den Blick auf andere in Frage kommende Einflußgrößen.“ Der Deutsche Industrie- und Handelstag (DIHT): „Diese Gefahr (gemeint ist: „Mißbrauch“ der Waldsterbensdebatte bei verstärkter Sensibilisierung der Bevölkerung, d. Red.), muß die Wirtschaft um so mehr beunruhigen, als die Berichterstattung der Medien über das Waldsterben in der Frage der Kausalität die großen Unsicherheiten und Meinungsverschiedenheiten in der Wissenschaft nicht berücksichtigt und ausschließlich ‚die Industrie‘ für das Waldsterben verantwortlich macht.“

„Soweit Luftschadstoffe als Mitursache für Waldschäden in Frage kommen, spricht offenbar wenig für das Schwefeldioxid als die entscheidende Einflußgröße.“

(Deutscher Industrie- und Handelstag)

„Eine verengte, ausschließlich auf Luftverunreinigungen konzentrierte Betrachtungsweise verstellt jedoch den Blick auf andere in Frage kommende Einflußgrößen.“

(Bundesverband der Deutschen Industrie)

Die Verhältnisse sind beim Waldsterben nicht anders als beim Menschensterben durch Atemwegsschäden. Auch das Waldsterben ist die komplexe Antwort auf jahrzehntelange Schadstoffbelastung der Luft.

Die rasante Zunahme der Waldsterbensflächen zeigt, daß hier ein Faß überläuft. Das Öko-System Wald hat die Belastungsgrenze überschritten. Inwieweit die galoppierende Zunahme der Lungenkrebe ein Hinweis ist, daß auch hier das Überlaufen kurz bevor steht, kann nur vermutet werden. Absehbar ist, daß der Untergang des Waldes Rückwirkungen auf die menschliche Gesundheit haben wird, die diesen Prozeß beschleunigen.

Um die Wechselwirkungen der einzelnen Schädigungsmechanismen in ihrer ganzen Auswirkung zu verstehen, genügt es weder beim Wald, noch beim Menschen, zu hoffen und entsprechend zu warten, bis der Nach-

weis gelingt, daß ein bestimmter Schadstoff diese oder jene bestimmte Wirkung zeigt.

Dieser Denkansatz muß in die Sackgasse führen. Sowohl das Waldsterben als auch eine chronische Lungenkrankheit beim Menschen: beide sind nur als Bilanz einer Dauererschwächung der Vitalität zu verstehen, als Summe aller Eingriffe, die direkt schädigen oder die Abwehrvorrichtungen gegen Schädigungen zerstören.

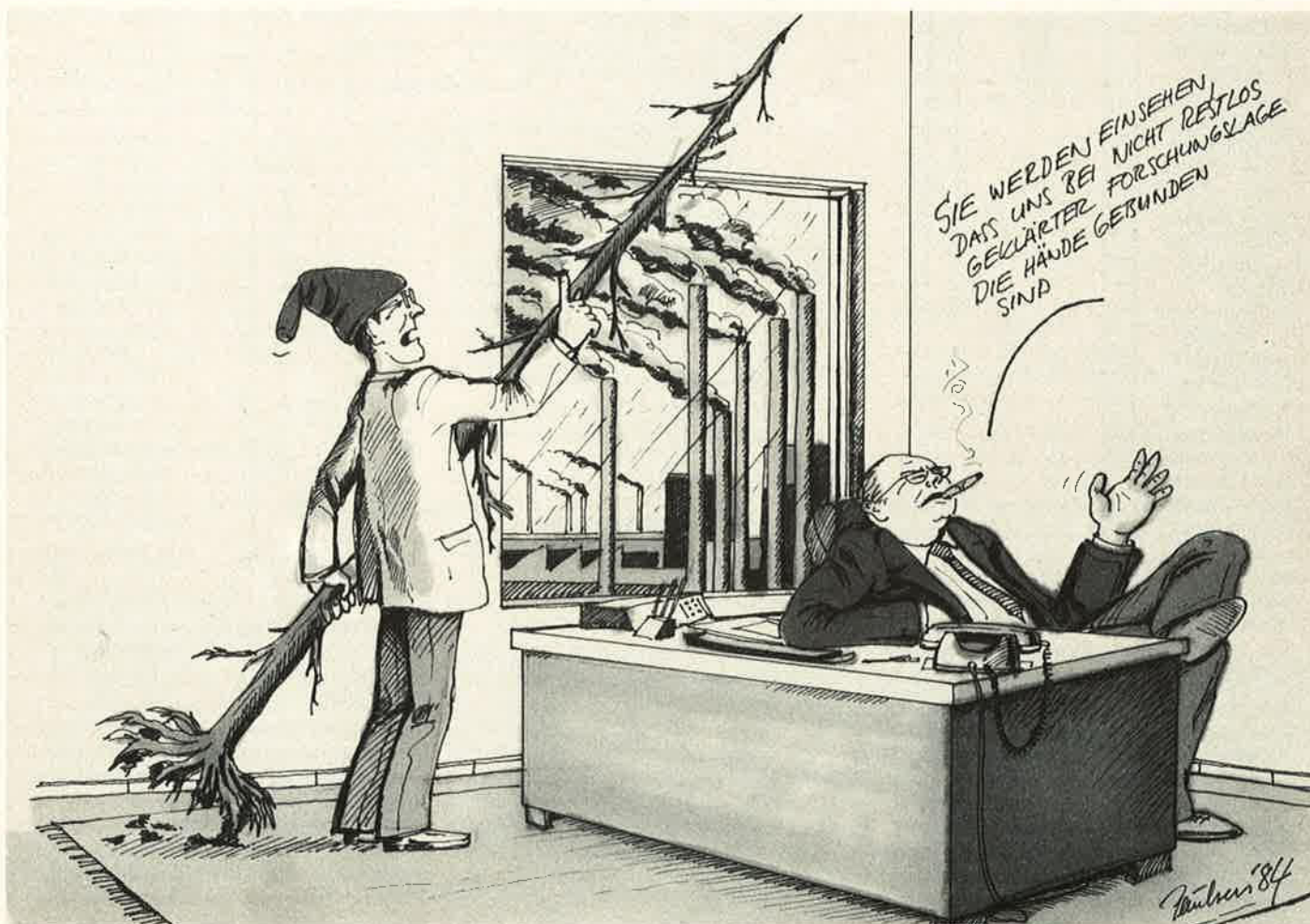
Gängige Theorie: Sackgasse

Auch der Spiegel kommt in einer Titelstory über einen verkürzten Erklärungsansatz nicht hinaus, wenn er beklagt: „Die Pauschalrisiken sind bekannt, aber nur selten ist, abgesehen von der Untersuchung typischer Berufsleiden, bislang der Nachweis gelungen, daß ein bestimmter Luftverschmutzer das Leben oder die Gesundheit bestimmter Menschen gefährdet.“

In der Praxis kommt es nur in Ausnahmefällen zur Einzeleinwirkung eines bestimmten Schadstoffs. Im Experiment läßt sich die Praxis der Einwirkung von Luftschadstoffen nicht nachvollziehen — schon gar nicht, was den Menschen belangt.

Bleibt also alles reine Spekulation? Liegt die Rettung darin, daß unbeirrt weiter „geforscht“ wird, welcher Schadstoff nun der wichtigste ist oder wie hoch die jeweiligen Prozentanteile liegen?

Gefordert ist ein neues Erklärungsmodell, ein „integriertes“ Modell, mit dem es gelingt, die Gesamteinwirkung aller Luftschadstoffe auf das gesamte System der menschlichen Atemwege — oder das Öko-System Wald — darzustellen und verständlich zu machen und daraus geeignete Konse-



Ein Baum stirbt an dem, was wir ihm zu verdanken haben: an der Luftreinigung. Die Luftfilterfunktion des Waldes ist offenbar erschöpft. Die Gifte, die der Wald jahrzehntelang ausgefiltert hat, haben an Krone, Stamm und Wurzel Schäden verursacht, die ihn großflächig sterben lassen.

Eine ausgewachsene Fichte kann an Staub, Aerosolen und daran gelagerten Gasen (z.B. SO_2) bis zu 100 Kilogramm im Jahr aus der Luft herausfiltern.

Feste Aerosole wie Staub und Ruß, die sich auf Blättern und Nadeln festsetzen, wirken wachstumshemmend.

SO_2 und Ozon wirken ätzend: Die Blätter und Nadeln schützende Wachsschicht wird zerstört, Pilze und Algen können in tiefer liegende Gewebsschichten vordringen.

Die Gase und ihre Verbindungen mit Wasser beeinflussen die Funktion der Zellen und schädigen sie zum Teil irreversibel. Erste Anzeichen sind Verfärbungen der Nadeln und Blätter (sogenannte Blatt- und Nadelrandnekrosen). Die Schließzellen der Spaltöffnungen — durch die der Gasaustausch und die Transpiration stattfinden — werden gelähmt, zum Beispiel durch Gipskristalle aus Verbindungen von SO_2 und pflanzengebundenem Kalk. Mit fatalen Folgen: Die Bilanz der Stoffwechselfunktionen wird verändert, was zum Verhungern des Baumes führen kann. Die Verdunstung erfolgt nicht mehr kontrolliert, sondern uneingeschränkt. Der Baum vertrocknet.

Eine Nadel hat 500 solcher Atmungsöffnungen von etwa 0,02 Millimeter Länge, geschützt durch allerfeinste Wachsröhrchen mit einem Durchmesser von 0,0002 Millimeter. Durch das Netz von Wachsröhrchen kann Luft frei passieren — Wasser, Staub und Mikroorganismen werden am Eindringen gehindert. Ist dieses Geflecht einmal zerstört, haben alle Stoffe freien

Keine Filter zum Wechseln

Beim Reinigen der Luft gehen die Bäume kaputt

Zutritt ins Nadelinnere und können hier die Zellen selbst schädigen.

Bei Laubbäumen führt das zu verfrühtem Laubfall, bei Nadelbäumen zum Verlust älterer Nadeljahrgänge. (Fichten besitzen in der Regel Nadeln an den letzten sieben Jahrestrieben: so machen die Kronen einen ausgelichteten Eindruck.) Die Folgen sind Wassermangel, Nährstoffmangel durch Auswaschung aus Nadel und Blatt, hauptsächlich von Kalzium und Magnesium, Wuchsstörungen und nachlassende Widerstandskraft gegen Frost und Schädlinge wie Pilze, Bakterien und Borkenkäfer, die spätestens zum frühzeitigen Tod des Baumes führen.

Schäden im Bereich des Stammes sind der „pathologische Naßkern“ der Tanne — eine Vernässung des sonst trockenen Reifholzes mit zum Teil anaeroben Bakterien — und Rindennekrosen, vornehmlich bei Buchen und Roteichen. An diesen — vitali-

tätsgeschwächten — Bäumen treten als Sekundärschädlinge rinden- und holzbrütende Borkenkäfer auf, die die Waldbestände deutlich schneller absterben lassen. Das Holz wird entwertet.

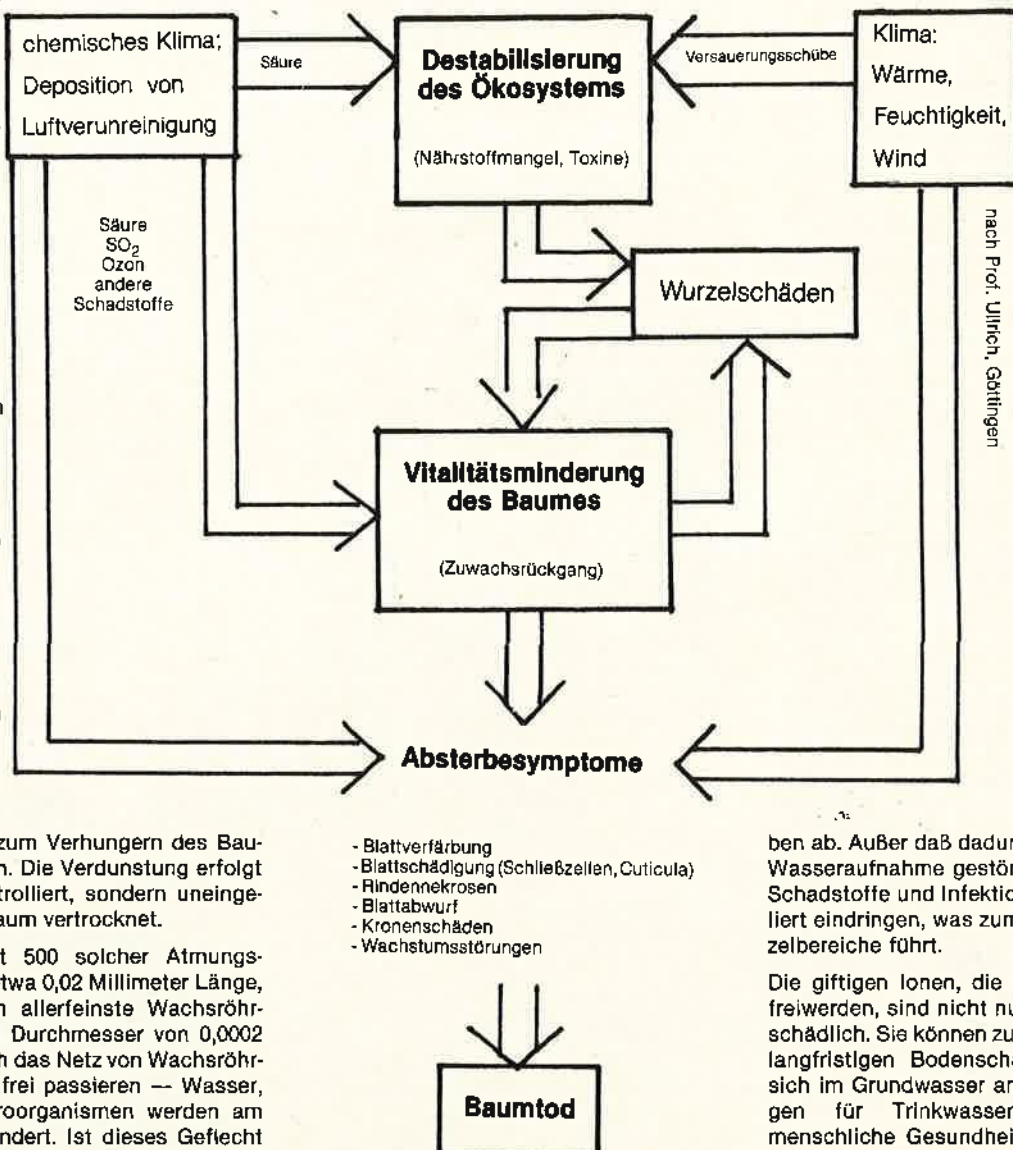
Die Käfer, als erstes Glied der Zersetzerkette des Naturhaushalts für die rasche Beseitigung kränkender Bäume verantwortlich, werden in den nächsten Jahren mit Massenvermehrungen auf die großen Mengen kranker Bäume reagieren und primäre Schäden an noch gesunden Bäumen verursachen. Der nächste chemische Grobeinsatz mit Insektiziden ist damit vorprogrammiert.

Die Wurzeln haben — neben der Verankerung — die Aufgabe, Wasser und Nährstoffe aus dem Boden aufzunehmen und zu speichern. Die Feinstwurzeln mit einem Durchmesser von unter einem Millimeter, als „Mykorrhiza“ (Wurzel-Pilz-Symbiose) ausgebildet, kontrollieren die Zusammen-

setzung der aufgenommenen Stoffe. Der ständige teure Eintrag in das Ökosystem Wald — der schon in Nadel und Blatt durch Herauslösen von Kalzium und Magnesium zu Nährstoffverlusten führt — kann durch basische Kationen (wie Kalzium und Magnesium) nicht mehr abgepuffert werden, so daß potentiell toxische Ionen wie Aluminium-, Quecksilber- und Schwermetall-Kationen mit steigendem Grad der Bodenversauerung in der Bodenlösung zunehmen.

Die Feinwurzeln sterben ab. Außer daß dadurch Nährstoff- und Wasseraufnahme gestört werden, können Schadstoffe und Infektionen so unkontrolliert eindringen, was zum Tod ganzer Wurzelbereiche führt.

Die giftigen Ionen, die in diesem Prozeß freierwerden, sind nicht nur für die Pflanzen schädlich. Sie können zu gravierenden und langfristigen Bodenschäden führen und sich im Grundwasser anreichern. Die Folgen für Trinkwasserversorgung und menschliche Gesundheit lassen sich nur ahnen.



quenzen für die Gesundheit zu entwickeln. In einem solchen Modell muß die allgemeine Luftverschmutzung an zentraler Stelle stehen, weil sie die dauerhafte und allgemeine Bedingung für Schädigung der Organismen bei gleichzeitiger Schwächung ihrer Abwehr- und Schutzmöglichkeiten darstellt.

● Erst die allgemeine Luftverschmutzung macht den Viren- und Bakterienbefall in der gegenwärtigen Größenordnung möglich.

● Erst die Ansäuerung von Regen und Nebel, erst die Verschmutzung von feinsten, schwebenden Wassertropfen macht Klima zu einem so bedeutenden Krankheitsfaktor.

● Erst das Einatmen von Aerosolen, die den Bronchialschleim sauer machen, bewirkt, daß andere Einwirkungen überhaupt zu Krankheiten führen.

● Erst die Schwächung der Lungenselbstreinigung gibt Schadstoffen überhaupt die Chance, ihre schädigende Wirkung zu entfalten. Krebsregende Stoffe bleiben länger in den Lungen, deren Abwehr- und Reinigungskraft erschöpft ist. Sie lösen praktisch erst dadurch den Krebs tatsächlich aus.

Das Zusammenwirken ergänzt sich auf den verschiedenen Stufen — und kann so jeweils zu einer neuen Qualität der Schädigung führen. Die Schäden sind in den unterschiedlichen Altersstufen verschieden; trotzdem müssen sie als Lebensbilanz gesehen werden. So weiß man zum Beispiel, daß solche Erwachsene eher chronisch lungenkrank werden, die als Kleinkinder häufiger Atemwegserkrankungen hatten. Anders ist auch nicht zu verstehen, daß alte Menschen bereits bei einer Zunahme der Luftverschmutzung sterben, bei der jüngere noch nicht erkennbar geschädigt werden.

Die Vorstellung, daß der eine Schadstoff nur dann erfaßt werden kann, wenn andere Einflüsse „eliminiert“ werden, wie die vorherrschende Lehrmeinung fordert, kann der tatsächlichen Bedeutung der Luftverschmutzung nicht gerecht werden.

Es ist wahrscheinlich, daß die wirkliche Bedeutung noch nicht einmal mit einfacher Summierung der verschiedenen Schadstoffe erklärbar ist. Die Wechselwirkungen dürften komplizierter sein. Es ist anzunehmen, daß häufig sogar eine Potenzierung eines Einzelstoffes entsteht, wenn er zusammen mit einem anderen Einzelfaktor auftritt. Die Schädigung dürfte in einem vorgeschwächten Atemsystem unter Umständen völlig anders verlaufen als in einem intakten; Ganz entscheidend ist, ob die Selbstreinigung eines Atemsystems — mit den Flimmerhärchen — noch funktioniert. Das grobe System, per Gesetz maximale Schadstoffkonzentrationen anzugeben, versagt vor den tatsächlichen Gegebenheiten.

Das wird schon deutlich, wenn man sich das Giftgemisch anschaut, das tagtäglich in die Luft geblasen wird:

● Auf jeden Bundesbürger rieseln pro Jahr fast 60 Kilogramm reinen Schwefels. Diese Menge entspricht einer Gesamtemission von ca. 3,5 Millionen Tonnen Schwefeldioxid, das bei der Verbrennung fossiler Brennstoffe wie Kohle, Öl oder Erdgas freigesetzt wird. Am Gesamtausstoß sind die Kohlekraftwerke mit etwa 60 Prozent, industrielle Großfeuerungsanlagen mit etwa 30 Prozent und die privaten Haushalte und Kleinverbraucher mit den restlichen 10 Prozent beteiligt. ● Annähernd so hoch ist die Emission von Stickoxiden (NO_x), die bei etwa 3,1 Millio-

„... sehen wir insbesondere ... eine gewisse Gefahr, daß auch bei der Anhörung von vornherein die Tendenz bestehen könnte, Luftschadstoffe für Waldschäden verantwortlich zu machen.“

(Verband der chemischen Industrie e.V.)

„Möglicherweise handelt es sich bei den derzeit beobachteten Erscheinungen — wie in früheren Perioden — aber auch um auf- und abschwellige Ereignisse, nach denen sich der Wald wieder erholt.“

(Bundesverband der Deutschen Industrie)

nen Tonnen pro Jahr liegt. Die Industrie ist hier mit knapp 50 Prozent vertreten, der größte Einzelverursacher ist der Autoverkehr.

● An Staub wurden 1978 noch ca. 700 000 Tonnen in die Luft geblasen. Durch Filteranlagen hat sich diese Menge heute zwar auf



weniger als 40 Prozent reduziert, aber gerade die lungengängigen Feinstäube werden durch die angewandten Filtermaßnahmen nicht beseitigt. Inhalt dieser Feinstäube sind zahlreiche giftige Substanzen, u.a. Schwermetalle und die krebserregenden polyzyklischen Kohlenwasserstoffe, wie z.B. Benzpyrene, die zum Teil im Huckepack-Verfahren in die tiefsten Lungenabschnitte gelangen.

Insgesamt werden etwa 20 Millionen Tonnen Luftschadstoffe (einschließlich Kohlenmonoxid) pro Jahr in den Luftraum der BRD freigesetzt.

Noch nicht einmal in der Lunge oder auf Blättern, Nadeln und Erdboden angelangt, geht die Dynamik der Wechselwirkungen bereits los. Schon im Zusammenwirken untereinander oder unter dem Einfluß von Sonne und Klima treten Veränderungen ein, die es jetzt schon unmöglich machen, den Einzel-schadstoff isoliert zu betrachten.

● So wandeln sich die Gase SO_2 und NO_x zu schwefliger Säure (H_2SO_3) bzw. salpetriger Säure (HNO_2) in Nebel, Wolken und Regenwasser. Es entsteht der saure Regen.

● Die weitere Umwandlung zur stärkeren Schwefelsäure (H_2SO_4) bzw. Salpetersäure (HNO_3) erfolgt besonders an der Stauboberfläche unter Mitwirkung von Schwermetallen.

● Stickstoffoxide bilden sich in Verbindung mit organischen Stoffen unter Einfluß der Sonneneinstrahlung zu sogenannten Photooxidantien (Ozon u.a.) um, das sind aggressive, zur Oxydation fähige Stoffe, die z.B. bei Pflanzen durch Chlorophyllabbau schwere Schäden hervorrufen.

Dem Schwefeldioxid (SO_2) kommt in diesem Gemisch eine wesentliche Bedeutung zu. Es wird allgemein als entscheidende *Leitsubstanz* für Luftverschmutzung angesehen. Dort, wo hohe SO_2 -Konzentrationen vorkommen, sind in der Regel auch die Konzentrationen anderer Luftschadstoffe erhöht — dies gilt insbesondere für die Feinstäube. Beim Waldsterben dürfte inzwischen außer Frage stehen, daß SO_2 die Hauptrolle spielt. Auch wenn es sich — entsprechend dem oben skizzierten „integrierten Modell“ — um ein Zusammenwirken verschiedenster, einander beeinflussender Einzelfaktoren handelt — häufig wird der Begriff „Komplexkrankheit“ gebraucht — so steht SO_2 im Zentrum des Ursachengefüges.

SO_2 ist der entscheidende Säurebildner, der als sogenannte „nasse Deposition“ in Form des sauren Regens oder als „trockene Deposition“ auf Blättern und Nadeln mit anschließender Auswaschung die zunehmende Versauerung der Böden verursacht. Je weiter der Abstand vom Entstehungsort (Kraftwerk etc.), desto größer ist der Anteil am Säuregehalt der Niederschläge bzw. der trockenen Ablagerungen. Der Anteil der Stickstoffverbindungen (Hauptquelle Autoverkehr) nimmt entsprechend ab.

Der saure Regen in den Hauptschadensgebieten, fernab der großen Emissionsquellen, dürfte zu fast hundert Prozent durch SO_2 und Folgeprodukte bedingt sein. Geschätzt wird ein durchschnittlicher Anteil von etwa 70 Prozent SO_2 gegenüber 30 Prozent Stickoxiden, bezogen auf den gesamten sauren Regen.

Tod-sichere Zeichen: Flechten

Flechten, eine Lebensgemeinschaft von Algen und Pilzen, gelten als ausgesprochen sensible Bioindikatoren für den Grad der Luftverschmutzung. In Großstädten gibt es keine Flechten mehr. Im Frankfurter Stadtgebiet konnte das Botanische Institut Gießen bereits in den siebziger Jahren

keine Flechten mehr entdecken. In nordrhein-westfälischen Laubholzbeständen sind in fast 60 Prozent der untersuchten Flächen keine Flechten mehr gefunden worden. Im Münsterland können von ehemals weit über 100 Flechtenarten nur noch etwa zehn existieren.

SO₂ wird als Gas eingeatmet und im Schleim zu schwefeliger Säure, zu einem geringen Teil zu Schwefelsäure umgewandelt. Es entsteht „saurer Schleim“. Fünf bis zehn Prozent gelangen in Aerosolen (an Feinstäube gebunden) in den Alveolarraum. Auf jeder Etage können nun SO₂ und die anderen Schadstoffe ihre Giftwirkung entfalten.

Die menschlichen Atemwege sind normalerweise völlig steril; die Schleimhäute von Nase, Nasennebenhöhlen, Nasen-Rachen-Raum und Tracheobronchialraum können unter Reinluftbedingungen ihrer normalen Funktion, Anfeuchtung und Erwärmung der Atemluft, nachgehen. Die Lunge selbst erfüllt zusammen mit dem Atemwegssystem drei wichtige Aufgaben: Erstens versorgt sie den Körper mit Sauerstoff bei gleichzeitiger Abgabe von Kohlendioxid, dem Hauptverbrennungsprodukt des Stoffwechsels. Zweitens hat die Lunge wichtige eigene Stoffwechselfunktionen, z.B. Synthese von Eiweißstoffen (Immunglobulinen), die im Bronchialschleim wichtige Abwehraufgaben erfüllen.

Die dritte und im Zusammenhang mit Gesundheitsschäden durch Luftverschmutzung wichtigste Funktion besteht in der Fähigkeit, sich selbst und damit den gesamten Organismus vor Schädigung durch eingeatmete Stoffe zu schützen. Die Reinigungs- und Abwehrvorgänge sind kompliziert, sie stellen ein Zusammenspiel physikalischer, chemischer, immunologischer und zellulärer Vorgänge dar. Die Lunge ist daher nicht mit einem passiven Filter vergleichbar, in dem lediglich Schadstoffe hängenbleiben, sie wäre irgendwann überfüllt und müsste ausgewechselt werden. Sie ist vielmehr ein lebendiges, zu aktiver Reinigung fähiges Organ. Die Abwehr- und Reinigungsmöglichkeiten sind in den jeweiligen Etagen Nase, Nasen-Rachen-Raum, Tracheobronchialbaum und Alveolarraum unterschiedlich. Je kleiner die eingeatmeten Teilchen, desto tiefer können sie in die Lunge eindringen.

● Die eingedrungenen Teilchen werden

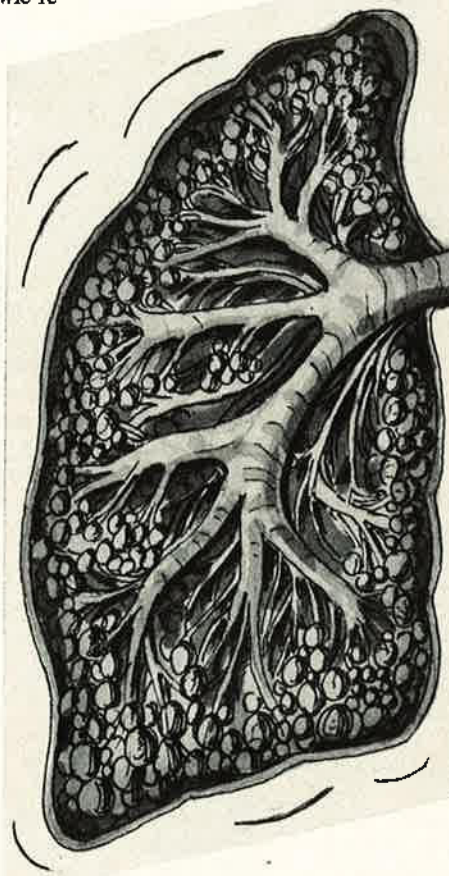
durch Niesen, Schneuzen oder Verschlucken entfernt, nachdem sie durch die Bewegung der Flimmerhärchen in die Mund- oder Nasenhöhle zurückbefördert wurden. Der Bewegungsablauf der Flimmerhärchen ähnelt dem einer Rolltreppe.

● In der Trachea und in den großen Bronchien dauert die Selbstreinigung etwa zwei bis vier Stunden, in den tieferen Abschnitten bis zu 30 Stunden.

● Flüssigkeitsaerosole verhalten sich wie fe-

ste Teilchen; Gase können, durch Absorption weiterbefördert, in tiefere Abschnitte gelangen und in ihrer Wirksamkeit erhöht werden.

● Bei einem Durchmesser unter 0,5 µm dringen die Teilchen bis in die Lungenalveolen vor. Hier sind die Reinigungsvorgänge sehr komplex.



Stichwort: Waldsterben

Mit dem Tannensterben Anfang der siebziger Jahre fing es an: Verschiedene Wissenschaftler machten frühzeitig auf die zunehmende Vitalitätsschwäche und die nachfolgenden Absterbeerscheinungen aufmerksam. Der Verdacht lag nahe, den Grund in der zunehmenden Umweltverschmutzung, vor allem der Luftverschmutzung zu suchen — nachgewiesen wurde er nicht. Viele Wissenschaftler vertraten die Ansicht, es handle sich um eine spezifische Tannenkrankheit.

Seit 1980 treten jetzt auch Erkrankungen von Fichte, Kiefer und Buche, nicht nur im süddeutschen Bereich, auf — und das bei einer beängstigend sprunghaften Vermehrung der Schadensflächen.

Waren nach einer Erhebung des Bundesministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten im Sommer 1982 erst sieben bis acht Prozent der Gesamtwaldfläche der Bundesrepublik — oder 560 000 Hektar — betroffen, so ergab die Schadensinventur vom Sommer 1983 schon 34 Prozent oder rund 2,5 Millionen Hektar geschädigten Wald. Die Flächen nehmen täglich zu.

Spätestens jetzt wurde erkannt, daß es sich um eine Krankheit des gesamten Öko-

systems Wald mit einer gemeinsamen Ursache handelt, die über alle regionalen Unterschiede wie Standort und Klima hinweg fast alle einheimischen Baumarten betrifft. Beinahe gleichzeitig treten bisher zum Teil unbekannte Krankheitsmerkmale auf, die sich ständig weiter ausdehnen und in immissionsbelasteten Gebieten ebenso wirksam werden wie in den traditionellen Reinluftgebieten.

Die Wirkungsgefüge der Schadstoffe im Ökosystem Wald sind enorm kompliziert. Den exakten Wirkungsmechanismus hat die Forstwissenschaft bisher nicht klären können. Außer Zweifel steht aber, daß SO₂ als maßgeblicher Schadstoff anzusehen ist — insbesondere was die Fernwirkung der Umweltverschmutzung betrifft. Professor Ulrich, einer der namhaftesten deutschen Forstwissenschaftler: „Die derzeit gefährlichste Belastung erfahren die Wälder durch Schwefeldioxid, gefährlich ist die Belastung deshalb, weil sie nicht örtlich beschränkt, sondern großräumig auftritt.“

Fragen, wie hoch der exakte Anteil der einzelnen Schadkomponenten ist, inwieweit die Schäden stärker über Blatt und Nadel oder über Boden und Wurzel wirken, sind angesichts der galoppierenden Geschwin-

digkeit des Waldsterbens nicht relevant. Sie dienen nur der Verzögerung erforderlicher Gegenmaßnahmen, verschleiern den Bärenanteil, den die Industrie an der Luftverschmutzung hat. Entsprechend sind an dieser Diskussion auch nur die Hauptverursacher des „sauren Regens“, die Betreiber von Großfeuerungsanlagen und Kohlekraftwerken, interessiert.

Der Kreis der Schadstoffe ist bekannt — die Folgen für die Gesundheit des Menschen, den Wald, die Bodenentwicklung und die Grundwasserqualität sind nicht absehbar. Wollen wir nicht in wenigen Jahren abgestorbenen Wald und steppenähnliche Landschaften — wie heute schon im Erzgebirge — beklagen, erfordert es einschneidende und sofortige Maßnahmen zur Reduzierung des Schadstoffausstoßes. Die bisherigen Änderungen der Vorschriften wie der Technischen Anleitung (TA) Luft, in der die gesetzlich erlaubten Höchstmengen für die Luftverschmutzung festgelegt werden, und die Großfeuerungsanlagen-Verordnung, die bestimmt, welche Betriebe dieser Vorschrift unterliegen, genügen bei weitem nicht.

Horstmar Schöne

● Unlösliche Teile werden von speziellen Fresszellen, den sogenannten Alveolarmakrophagen, verschlungen (phagozytiert). Makrophagen sind in der Lage, die Alveolen zu verlassen und auf dem Schleimteppich aktiv mundwärts zu wandern — Dauer: bis etwa 500 Tage.

Sie können aber auch in das Lungengewebe (Interstitium) und über diesen Weg in das Blut oder das Lymphabflußsystem eindringen.

Ob der „phagozytierte“ Schadstoff hierdurch wirklich beseitigt wird, hängt von verschiedenen Faktoren ab, u.a. auch von Eigenschaften des Schadstoffs selbst. In vielen Fällen gelingt die Beseitigung nicht, z.B. bei Asbestfasern oder bei Steinstaub (Siliziumoxid). Die meisten Bakterien werden durch diese Abwehr unschädlich gemacht.

Eine zusätzliche Bedeutung, besonders bei der Abwehr von Bakterien, haben die bereits erwähnten immunologischen Faktoren (Sekretion von IGA-Antikörpern).

So kompliziert diese Vorgänge auch im einzelnen sind, so einleuchtend dürften dagegen die Folgen sein, die bei einer Störung der Abwehr- und Reinigungsfunktion zu erwarten sind.

Nase, Mund, Nasennebenhöhlen, Nasen-Rachen-Raum, Luftröhre (Trachea), Bronchien und Luftbläschen (Alveolen) müssen als ein einheitliches Organsystem angesehen werden, welches auf verschiedenste Schädigungen (physikalische, chemische oder biologische) relativ einheitlich reagiert. Das Grundprinzip ist die Beseitigung der Schädigung durch eine Aktivierung verschiedener Abwehrsysteme mit dem Ergebnis einer Entzündung. Diese führt in der Regel zur Wiederherstellung der intakten Ausgangslage, falls die Schädigung nicht andauert. Hatte die Schädigung ein stärkeres Ausmaß, können Reparaturfolgen bleiben, die unversehrte Ausgangslage wird nicht wieder erreicht. Dauert die Schädigung dagegen an, bleiben Abwehrvorrichtungen permanent in Aktion, Entzündungen werden chronisch, oder die akute Schädigung nimmt solche Ausmaße an, daß sie zum Tode führt.

Manche Schädigungen verlaufen völlig anders, sie können Zellumwandlungen hervorrufen, die nach einer bestimmten Zeit als Krebskrankheit in Erscheinung treten.

Schwefeldioxid — Schäden bis in den letzten Lungenwinkel

Luftverschmutzungen können alle aufgeführten Krankheiten (siehe Kasten: Schadbilder beim Menschen) bewirken. Weil sie permanent und überall vorhanden sind, begünstigen sie besonders, daß Erkrankungen chronisch werden.

Das Schwefeldioxid, Hauptverursacher des Waldsterbens, kann sowohl als Gas als auch als Säure jeden Abschnitt des Atemwegsystems erreichen. Aus experimentellen Untersuchungen ist bekannt, daß SO_2 den Energiestoffwechselprozeß lebender Zellen bis zum Erliegen schädigen kann. Die Folge ist, daß sämtliche Zellen:

- Flimmerepithel,
- Alveolarmakrophagen,
- schleimproduzierende Zellen,
- Zellen der Immunproduktion
- Wandzellen der Alveolen und der Bronchien, zugrunde gehen können.

„... ergeben sich derzeit noch keine Anhaltspunkte, die die These rechtfertigen, daß Luftverunreinigungen als wesentliche Ursache für die Schäden verantwortlich sind.“

(Bund der Deutschen Industrie)

„Dieser Darstellung schließen wir uns an.“

(Fachverband Dampfkessel-, Behälter- und Rohrleitungsbau e.V.)

So kommt zum Beispiel der Schlag der Flimmerhärchen bereits von einem pH-Wert von 5,2 an vollständig zum Stehen — ein Wert, wie er durch Ansäuerung mit SO_2 ohne weiteres erreicht wird.

SO_2 kann somit als direkte Wirkung

- eine Schleimhautreizung bzw. -entzündung hervorrufen,
- eine Überempfindlichkeit des gesamten Bronchialsystems bewirken,
- zu einer Verstärkung bereits vorhandener Atemwegserkrankungen führen,
- eine Schwächung der immunologischen Abwehr sowie
- eine teilweise bis vollständige Zerstörung der Reinigungsmechanismen bedingen, und zwar sowohl hinsichtlich des Flimmerepithels als auch der Quantität und Qualität der Schleimproduktion.

Diese direkten Wirkungen haben zahlreiche indirekte zur Folge:

- Andere Schädigungsarten, insbesondere Viren und Bakterien, führen früher, massiver, und häufiger zu Krankheiten.
- Die Erholungsfähigkeit der Lunge wird eingeschränkt, akute Schädigungen führen eher zu chronischen Krankheiten.
- Durch die Verlangsamung der Reinigungszeiten bleiben Schadstoffe länger in der Lunge, die Entstehung von Krebs wird erheblich gefördert. (Für eine direkte Krebsauslösung durch SO_2 gibt es bislang keine gesicherten Hinweise.)

Vor allem in den Ballungszentren sind die SO_2 -Konzentrationen immer wieder in den letzten Jahrzehnten auf ein Vielfaches der zulässigen Höchstwerte gestiegen. Die Folgen: Bronchitis- und Pseudo-Krupp-Anfälle, aber auch deutliche Erhöhung der Sterblichkeit bei älteren Menschen.

Dabei sind die Höchstwerte schon reichlich großzügig bemessen. Nach der Technischen Anleitung (TA) Luft darf ein Jahresmittelwert von 140 Mikrogramm SO_2 pro Kubikmeter erreicht werden — an einzelnen Tagen bis zu 400 Mikrogramm. Zum Vergleich: in den USA liegt der Höchstwert im Jahresmittel bei 80, in der UdSSR bei 50 Mikrogramm. Die WHO empfiehlt Höchstwerte von 40 bis 60 Mikrogramm im Langzeitmittel, bis zu 100 Mikrogramm an einzelnen Tagen.

Pseudo-Krupp-Anfälle bei Kindern häufen sich schon bei einer Konzentration von 170 Mikrogramm. Der Langzeit-Höchstwert muß also nur ein bißchen schwanken, damit solche Werte erreicht werden. Beobachtet wurden Pseudo-Krupp-Anfälle gehäuft bei SO_2 -Belastung in den letzten zehn Jahren in Frankfurt, Darmstadt, Freiburg und in Essen, wo nicht nur der zugelassene Langzeit-

wert dauernd überschritten wurde, sondern auch einzelne Spitzenwerte in jedem Monat über der gesetzlichen Grenze für Kurzzeitbelastungen lagen (1980).

In Westberlin nahm 1982 die Sterblichkeit von alten Leuten (über 70 Jahre) schon bei Tagesmittelwerten von 300 Mikrogramm — also noch unter dem Höchstwert — deutlich zu. Schon wenn über mehrere Tage der Höchstwert geringfügig überschritten wird (500 Mikrogramm), liegt die Sterblichkeit um 15 Prozent höher als an weniger belasteten Tagen. Dabei wurden in den Berliner Stadtbezirken Wedding, Tiergarten, Kreuzberg und Charlottenburg Spitzenwerte von bis zu 2000 Mikrogramm gemessen. Als 1952 in London der SO_2 -Wert über fünf Tage auf 3440 Mikrogramm anstieg, starben 4000 Menschen, 1500 mehr als sonst im gleichen Zeitraum.

Man schätzt, daß in den USA jährlich über 50000 Menschen direkt an der Emission von SO_2 sterben: In Chicago wurden 1982 Werte von 640 bis 770 Mikrogramm gemessen. Wissenschaftler in Kalifornien beschrieben einen zeitlichen Zusammenhang von Spitzenbelastung der Luft mit Fällen von „plötzlichem Kindstod“. Der Aachener Kinderpathologe Althoff, der Obduktionen plötzlich gestorbener Kinder auswertete, stellte 1980 dabei einen überproportional hohen Anteil von Nasen-Rachen-Infektionen fest.

Beim Waldsterben ist das Faß übergelaufen — wann ist es beim Menschen so weit?

Zahlreiche weitere Untersuchungen z.B. aus Holland, Großbritannien und Österreich bestätigen: SO_2 im Zusammenwirken mit anderen Luftschadstoffen führt

- zu einer Zunahme akuter und chronischer Atemwegserkrankungen,
- zu einer erhöhten Sterblichkeit besonders alter Menschen,
- zu einer Zunahme von Atemwegserkrankungen bereits im Kindesalter.

Hohe Spitzenwerte wirken sich besonders bei Kindern, Kranken, Alten und Vorgeschiedigten aus. Niedrigere Dauerwerte führen bei gesunden „Normalpersonen“ zu Erkrankungen. Die amtlich zulässigen Höchstwerte sind deutlich zu hoch.

Daß die Luftverschmutzung längst nicht mehr nur ein Problem der Ballungszentren ist, zeigt deutlich das Waldsterben: Die Politik der „hohen Schornsteine“ hat über Hunderte Kilometer den Ferntransport von Schadstoffen in die traditionellen „Reinluftgebiete“ möglich gemacht. Luftverschmutzung ist heute ein generelles, flächendeckendes Problem.

Bis beim Waldsterben die deutlichen Fingerzeige auf die Ursachen sich nicht mehr „wegforschen“ ließen, mußte das Problem für jedermann unübersehbar werden. Und noch immer gelten die Ursachen als „nicht bis ins letzte“ geklärt — jedenfalls nicht weit genug, um wirklich entschlossene Maßnahmen zu bewirken.

Beim Waldsterben ist das Faß bereits übergelaufen. Bei den Atemwegserkrankungen weiß niemand, wie viele Tropfen noch fehlen.

Literatur beim Verfasser

Klaus Schonauer, Medizinstudent im Praktischen Jahr, hatte Gelegenheit, in Verona die italienische Psychiatrie kennenzulernen. Sein Bericht liest sich weder euphorisch, noch — wie neuerdings üblich — resigniert.

Erste Begegnung: Ein Provinzkrankenhaus

September 1983. Ich mache einen Monat Famulatur in der italienischen Psychiatrie, in einem kleinen Krankenhaus auf dem Lande, im „Gesundheitssektor 24, Verona Ost“. (Das gesamte italienische Gesundheitswesen ist ohne Überschneidungen durchsektorsiert.) Ich bin weder in einer der Avantgarderegionen der Psychiatriereform, noch in einer der strukturschwachen Regionen des Südens, wo einen das soziale Netz verhungern läßt. Reform hin, Reform her. Die Voraussetzungen dafür, daß die Verhältnisse, die ich hier antreffe, „mittel“ oder vielleicht sogar repräsentativ sind, sind gar nicht so schlecht.

Das psychiatrische Reformgesetz ist seit fünf Jahren in Kraft, und seine wesentlichen Inhalte sind — hier zumindest — so umgesetzt worden: Die gesamte stationäre Versorgung wird (für einen Zuständigkeitssektor von 70 000 Einwohnern) von einer psychiatrischen Station im Allgemeinkrankenhaus mit zehn Betten geleistet. Die durchschnittliche stationäre Aufenthaltsdauer beträgt so um die zehn Tage. Daran angeschlossen sind eine Tagesklinik und eine Suchtberatungsstelle. Schwerpunkt der gesamten Arbeit ist die ambulante Versorgung: Im Sektor gibt es fünf psychiatrische Ambulatorien, zwei Arbeitskooperativen zur Rehabilitation, zwei therapeutische Wohngemeinschaften, einen Hausbesuchsdienst, an dem sich Ärzte und Sozialarbeiter beteiligen.

Das Krankenhaus liegt mitten in einer berühmten Weingegend, der „Soave Classico“ wächst direkt in der Nachbarschaft. Das ist wichtig für die psychiatrische Versorgung: Es gibt Legionen von Alkoholabhängigen, und es

La forza dei matti — die Kraft der Irren

Begegnungen mit der italienischen Psychiatrie

gibt große Saisonschwankungen in der Beschäftigungsquote. Ab Mitte September, wenn die Weinlese anfängt, gibt es keine Arbeitslosigkeit mehr, das hat einen erstaunlichen Effekt auf die Inzidenz psychiatrischer Erkrankungen ...

Zweite Begegnung: Der Kongreß

Der Kongreß heißt: „La forza dei matti“ — die Kraft der Irren, ohne die, wie Basaglia schreibt, in Italien nichts gelaufen wäre in Richtung Reform. Das Gesetz mit dem schlichten Namen „Nummer hundertachtzig“ ist seit fünf Jahren in Kraft in Italien. Es schreibt die Abschaffung der Großkrankenhäuser vor und die Einrichtung alternativer Strukturen: Tageskliniken, Ambulatorien, therapeutische Wohngemeinschaften, Arbeitskooperativen, die psychiatrische Station im Allgemeinkrankenhaus und gemeindenähe Arbeit als Schwerpunkte. Das Gesetz hat zwei Schritte nach vorn gemacht, und die Praxis und die Basis und der Alltag? Auch die haben sich nach vorne bewegt. Und die, die hier zum Kongreß gekommen sind, wollen, daß es sich weiter bewegt, daß die neuentfachte Kraft der Verrückten nicht versickert.

Der Kongreß findet in Mailand statt, in einem ehrwürdigen Palazzo der Stadtverwaltung. Auf dem Podium sitzen „operatori“, das sind alle die, die an der „psychiatrischen Front“ arbeiten und „amministratori“, das sind alle, die an der „politischen Front“ arbeiten. Mit der couragierten Zusammenarbeit zwischen diesen beiden Fronten hat alles vor über zehn Jahren in Görz, italienisch Gorizia, in der Region Friaul, angefangen, orientiert an einer Hypothese, die sehr viel bewegt hat in der Psychiatrie, nach vorne und nach hinten, und die Sil Schmidt in ihrem Buch über die italienische Psychiatriereform auf eine eindrucksvolle Formel reduziert hat: Freiheit heilt.



Und das alles passierte und wurde nur möglich mit dem Rückhalt und der Unterstützung einiger engagierter „amministratori“ der Provinzial- und Regionalverwaltungen. Diese Zweifronten-Politik ist charakteristisch für das Wesen der italienischen Psychiatriereform. Ein wichtiger Schritt dabei war ein rein legislativer Akt, nämlich die Verabschiedung des Gesetzes Einhundertachtzig im Jahre 1978, einem Stück antizipierter Utopie. Viele sagen, dieses Psychiatriegesetz sei das Beste der Welt, es verbiete nicht nur, sondern es gebe auch Anleitung, es sei gleichzeitig einigermaßen überschaubar und sehr konkret. Viele von denen fügen dann aber gleich hinzu, es sei leider viel zu voreilig, ohne Gespür für die Grenzen des in einem bestimmten Zeitraum Machbaren.

„Das Gesetz hat zwei Schritte nach vorn gemacht, und die Praxis steht wie gelähmt daneben und guckt in einen Augiasstall rein.“

Eine harte Selbstkritik aus Italien demokratischer Psychiatrie.

Obwohl das Psychiatriegesetz aus verfassungsrechtlichen Gründen nicht so ohne weiteres novelliert werden kann, ist der Geist der Reform mehr als in Gefahr, gibt es eine Reihe von Leuten, die seit einiger Zeit daran sägen und die nicht nur eine starke Lobby (wie Renato Altissimo, den Gesundheitsminister des letzten Fanfani-Kabinetts), sondern auch ein paar Argumente auf ihrer Seite haben: In den zahlreichen Gegenden, in denen die Umsetzung der Reform in den Alltag nicht gelungen sei, sei stattdessen ein „heilloses“ Chaos ausgebrochen.

In dieser Woche hat in der Nähe von Verona ein alter Mann, der wegen einer Psychose in psychiatrischer Behandlung war, seine beiden Enkel in einem Kanal ertränkt. Eine ähnliche therapeutische Katastrophe hat auch vor Jahren das so hoffnungsvoll begonnene Experiment in Gorizia abrupt zu Ende gebracht. Solche Bluttaten finden — unabhängig davon, daß es sie auch vor der Reform schon gegeben hat — in der Presse, und nicht nur in der Boulevardpresse natürlich ein breites Echo und haben auf die Öffentlichkeitswirkung der Psychiatriediskussion einen entsprechenden großen Einfluß.

Die italienische Psychiatriereform ist auch eine politische Bewegung, und sie ist sich dessen bewußt. Sie hat die historisch repressive Funktion der Psychiatriisierung thematisiert und ihre

Konsequenzen daraus gezogen. Einige davon haben sich als praktikabel erwiesen, andere nicht, aber gerade die anderen, die immer wieder an das Utopische der Utopie erinnern, sind für eine selbstkritische Orientierung auf die Zukunft die Wichtigeren. „Demokratische Psychiatrie“ war als Emblem der italienischen Reformbewegung bei uns vor ein paar Jahren in aller Munde. Was heißt das, hat es Wurzeln im sogenannten klinischen Alltag? Die politischen Grundhaltungen, die in den siebziger Jahren unter diesem Emblem zusammengefaßt wurden, hatten mindestens eines gemeinsam: Eine radikale, neuentfachte Skepsis gegenüber jeder Form von Fremdbestimmung. Die Fremdbestimmung abgeschlossener Türen, die Fremdbestimmung des Paraleldehys, der „lytischen Cocktails“, in letzter Konsequenz auch die phantasiefeindliche und wahnzerstörende neuroleptische Fremdbestimmung und die Fremdbestimmung der Psychotherapie, in der sich ja auch immer irgendeiner als „wissender, mächtiger, verstehender, bestimmender“ Therapeut gibt, egal wie emanzipatorisch er sich hat ausbilden lassen. (Vgl. das Manifest der Triestiner Psychiater-Equipe im Buch von Klaus Hartung.)



Franco Basaglia, Begründer der italienischen Reformpsychiatrie:

„Ohne die Kraft der Irren wäre an Reformen nichts gelaufen.“

Von dieser radikalen Position ist die Praxis des Gesetzes 180 ziemlich weit entfernt. Die Essenz dieser Praxis heißt „so viel Fremdbestimmung wie nötig und so wenig wie möglich“, und das bedeutet konkret: Es gibt immer noch — seltener als vorher — „obligatorische Behandlungen“. Der Anteil der neuroleptischen Therapie an der Psychosebehandlung ist gleich. Es bedeutet auch: Es ist nun dann erlaubt, einen Menschen psychiatrisch zu „behandeln“, wenn dabei auch im Hinblick

auf seine Autonomie etwas herauskommen kann. Für die Langzeitbehandlung heißt das: Alles, was man einem geistig Behinderten, einem Oligophrenen, einem Defektschizophrenen zumutet und was nicht eindeutig als Rehabilitationsmaßnahme erkennbar ist, ist verboten. Auch in der reformierten Psychiatrie Italiens hat die Fremdbestimmung, als notwendiges Übel anerkannt, ihren sicheren Platz behauptet. Bedeutet das eine Zurücknahme der frühen Arbeitshypothese Basaglias? Mein persönlicher Eindruck ist: Nein. Warum? Weil zwischen dem notwendigen Übel von damals und dem notwendigen Übel von heute Welten liegen.

Dritte Begegnung: Lucia

Lucia ist sechs Jahre älter als ich. Sie war vor der Reform eine „Chronische in Langzeitbehandlung“. Sie redet sehr gern, sehr viel und sehr schnell mit anderen. Sie ist mehrfachbehindert und hört schlecht. Deshalb redet sie auch noch sehr laut. Sie mag mich, und das macht mich ein bißchen verkrampft. Am liebsten wäre es ihr, wenn ich mich nur mit ihr unterhalten würde und mit niemand anderem. Ich bin bei ihrer Wohngemeinschaft zum Abendessen eingeladen, Lucia hat die Bratkartoffeln gemacht. Sie lebt mit einer anderen ehemaligen Psychiatriepatientin (Was ist das, ein „ehemaliger Psychiatriepatient“?) und mit zwei „operatori“ in einer Vier-Zimmer-Wohnung. Ich stelle mir vor, daß es sehr anstrengend sein kann, als „operator“ mit Lucia zusammenzuleben.

Lucia zeigt mir ihr Familienalbum: Ihre Eltern, ihre Schwester, Urlaubsfotos. Auf einer Riesenvergrößerung sieht man, wie sie dem Papst den Ring küßt. Lucia sieht sehr elegant dabei aus, und der Papst lächelt. Das beeindruckt mich sehr, und Lucia freut sich darüber, daß es mich wirklich sehr beeindruckt.

Ein paar Tage später treffe ich sie wieder, in der Arbeitskooperative. Dort arbeitet Lucia zusammen mit zwölf anderen „ehemaligen Psychiatriepatienten“ und mit zehn „operatori“. Die Hauptbeschäftigung in der Kooperative ist die Montage von Thermostateilen. Eine stumpfe repetitive Teilarbeit. Akkordarbeit ohne Akkord, dafür mit laufendem Radio. Morgens wird von acht bis zwölf, nachmittags von halb zwei bis halb sechs gearbeitet, mit ein paar netten Kaffeepausen.

Die Kooperative ist in einem Haus ziemlich im Zentrum von San Bonifacio untergebracht, einem kleinen Städtchen zwischen Verona und Padua. Ein großer Garten und eine Scheune gehören noch dazu. Im Garten werden Erdbeeren und Zucchini angebaut, und in der Scheune ist eine Schreinerwerkstatt untergebracht, die auch zur Kooperative gehört. Die wichtigste Einnahmequelle ist allerdings die Thermostatmontage. Ist das eine Freiheit, die heißt?

Auch ich hab meinen Platz in der Thermostatmontage gefunden: Kleine Plastikschücheln über Messingendstücke schieben, paarweise, bis sie einrasten. Nach zwei Stunden tun mir die Finger weh. Mittags gehen wir zum Essen ein Stockwerk höher. Da ist noch eine kleine Werkstatt, die Küche und die Kantine. Die Kooperative hat ihre eigene Küche und ihre eigene Köchin. Die Kooperative ist selbstständig. An der Wand hängen Fotos von einem Ausflug zum Gardasee, den die Kooperative im Februar gemacht hat. Den Abwasch machen alle zusammen, genauer gesagt: alle Frauen. Nach dem Essen bleibt noch eine Stunde Zeit für „rilasciamento“, Entspannung. Ein Mittagsschlafchen, eine Partie Dame, ein Spaziergang zum nächsten Café, dann gehen wir wieder an die Arbeit, alle, Männer und Frauen.

Das Gesetz hat zwei Schritte vorwärts gemacht. Lucia und ihre „operatori“ und die anderen sind auf einem Weg, der in die gleiche Richtung führt. Für sie ist das Gesetz „Hundertachtzig“ mehr als eine konstruktive Utopie, aber das immerhin ganz sicher auch. Und das ist wichtig genug.

Klaus Schonauer

Die im Artikel erwähnten deutschsprachigen Bücher über die italienische Psychiatriereform sind:

Sil Schmidt: Freiheit heißt, Wagenbach Taschenbuch, und Klaus Hartung: Die neuen Kleider der Psychiatrie, Rotbuch Verlag. Von Basaglia/Ongaro-Basaglia sind bisher auf deutsch erschienen, teilweise allerdings zur Zeit vergriffen:

„Was ist Psychiatrie“, „Die negierte Institution“ und „Die abweichende Mehrheit“, alle Suhrkamp Verlag. Empirisch fundierte Studien über die Lage der reformierten Psychiatrie in Italien sind z.B. folgende:

Consiglio Nazionale delle Ricerche: La riforma psichiatrica. Prima fase di attuazione, II Pensiero Scientifico Editore, Roma V. Rapisarda, A. Virzi (Hrsg.): Applicazione della legge sull'assistenza psichiatrica. Formazione Psichiatrica No. 3, 1982, Catania.

Einen gut aktualisierten Überblick gibt Eckart Giese: Demokratische Psychiatrie. Der italienische Beitrag zu einer gemeindepsychiatrischen Perspektive. In: Keupp/Rerrich (Hg): Psychosoziale Praxis, München (Urban & Schwarzenberg) 1982, S. 238-247.

„Der Staat macht Mücke“

Ein Gutachten zur Krankenhausfinanzierung / „Mehr Marktwirtschaft“

Das Gutachten zur Krankenhausfinanzierung hat Aufsehen erregt; Krankenhäuser sollen mit Gewinn und Verlust arbeiten können.

Langsam beginnen Blüms Krankenhauspläne zu reifen. Die Wannagat-Kommission (benannt nach ihrem Vorsitzenden, dem Präsidenten des Bundesso-

kenhausinvestitionen 46,7 Prozent, 1980 nur mehr 18,1 Prozent. Die Wannagat-Kommission akzeptiert in ihrem Bericht das Ende der „Mischfinanzierung“ und begrenzt in ihren Vorschlägen die Rolle des Bundes auf den Erlaß von Rahmengesetzen und -verordnungen, die gleiche „Wettbewerbsbedingungen“ garantieren sollen.

Die brisanteste Finanzierungsfrage — ob dualistisch oder monistisch — läßt die Kommission offen. Nach dem gültigen KHG

Selbstverwaltung und Kostendämpfung.

Die verschiedenen Vorschläge der Kommission zur Selbstverwaltung bedeuten einen weitgehenden Rückzug staatlicher Organe aus der Krankenhausplanung. Gemeinsame Ausschüsse von Krankenhäusern und Kassen sollen zukünftig auf Bundes-, Länder- und regionaler Ebene den Bedarf planen und die Mittel vergeben. Mit Mitbestimmung hat das nichts zu tun (Vertreter der Beschäftigten sind

GOK nicht bezahlt. Drittens erhalten die Krankenhäuser „Entgelte für Erfüllung von Versorgungsaufträgen“ (EEV), die von den Selbstverwaltungsgremien zu Steuerungszwecken vergeben werden. Mit den EEVs werden die Vorhaltung bestimmter Spezialabteilungen teilfinanziert, andererseits auch Bettenabbau-prämien vergeben.

Blüm nannte das dreigeteilte Entgeltsystem — Basispflegesatz, GOK-Leistungen und EEVs — „besonders interessant“ — na klar, es wird die Krankenhäuser umkrepeln. Die Verweildauer wird rapide sinken, weil die aufwendige Diagnostik und Therapie in den ersten Tagen belohnt, das pflegeintensive Ausrücken hinterher aber bestraft wird. Infolgedessen geht die Belegung herunter, was wiederum Personalabbau nach sich zieht. Gewerkschaftsmitglied Blüm freut sich also auf den Rationalisierungseffekt — und mit ihm freut sich die Industrie, denn die GOK-Abrechnung wird die Apparate-Medizin erst so richtig anschieben.

Andere Vorschläge der Kommission seien nur angedeutet: weitere finanzielle Anreize zur Verkürzung der Verweildauer; „Stärkung der Handlungsautonomie der Krankenhäuser“, was übersetzt bedeutet: im Jahresabschluß können Gewinne und Verluste gemacht werden, Gewinne sind für Investitionen zu nutzen, Verluste müssen selbst getragen werden; größere Konkurrenz der Krankenhäuser untereinander und mit den niedergelassenen Ärzten; verstärktes Abschieben („funktionale Ausgliederung“) von Pflegefällen.

Blüms Krankenhausszene der Zukunft sieht wohl so aus: da konkurrieren die Krankenhäuser gegeneinander und unterbieten sich. Wer besser rationalisiert, wer mit weniger Personal arbeitet, kann mehr investieren. Wer nicht mitkommt, macht Pleite. Der Bedarf steuert sich über die bessere Marketing-Strategie („die sanfte OP“) und nach dem billigsten Angebot. Die ganz Großen — Pharma- und Geräteindustrie — machen ihren Reibach und der Staat Mücke. Herr Blüm sitzt auf der Zuschauertribüne und beklatscht wohlgefällig, wenn sich Krankenhäuser und Kassen, Beschäftigte und Patienten heftig clinchen. Jeder gegen jeden! Das ist die Wende!

Robert Pfeiffer



zialgerichtes) hat das vom Minister angeforderte Gutachten zur Krankenhausfinanzierung abgeliefert. Im Frühjahr soll die parlamentarische Beratung eines neuen Krankenhausfinanzierungsgesetzes beginnen.

Wannagat, dessen Kommission sich aus Vertretern der Krankenhäuser und aus Wirtschaftswissenschaftlern zusammensetzt, hatte eindeutige Vorgaben der Bundesregierung. Die wichtigste verlangt den Abbau der „Mischfinanzierung“. Darunter versteht man, daß sich nach dem noch gültigen Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG von 1972) Bund und Länder die Kosten für die Investitionen teilen. Der Bund will sich also aus seiner finanziellen Verantwortung für die Krankenhäuser stehlen — im Zeichen der Wende benötigt die Bundesregierung das Geld für andere Zwecke.

Der langsame Ausstieg aus dem finanziellen Engagement begann allerdings schon unter Helmut Schmidt. 1972 betrug der Bundesanteil an den Kran-

erfolgt die Finanzierung dualistisch: den Löwenanteil „Benutzerkosten“ bezahlen die Kassen, den viel kleineren Teil „Investitionskosten“ tragen die öffentlichen Haushalte (Bund, Länder, Gemeinden). Monistisch, das heißt nach den Aussagen der Befürworter, die gesamten Krankenhauskosten den Kassen aufzubürden. Die Haushalte würden so um 4,3 Milliarden Mark jährlich entlastet. Die Krankenkassen könnten die Mehrkosten nur auffangen, wenn sie die Beitragssätze spürbar erhöhten.

Die Wannagat-Kommission neigt einer monistischen Lösung zu, bezweifelt aber, daß diese gigantische Mehrbelastung der Versicherten kurzfristig durchsetzbar sei. Wie auch die endgültigen Formulierungen des Gesetzes aussehen werden, klar ist, daß das finanzielle Engagement der Haushalte rigide beschnitten und der Bundeshaushalt von Aufwendungen ganz befreit werden soll. Hauptbetroffene sind also die Kassen und ihre Mitglieder. Wannagat wirft ihnen einige Köder hin, sie heißen

nicht vorgesehen), eher mit einem institutionalisierten Ringkampf von Kassen und Krankenhäusern um knappe Mittel, den die Gesundheitsminister vom Rand der Arena her als Zuschauer verfolgen.

Die rigiden Spar- und Rationalisierungsvorschläge sind das zweite Bonbon, das den Kassen das neue Gesetz versüßen soll. Wannagat schlägt generell den „Ersatz der Kostenersatzung durch Leistungsentgelte“ vor. Das bedeutet z.B. Aufgabe des bisherigen pauschalen Pflegesatzes. Stattdessen erhalten die Krankenhäuser einen niedrigen Basispflegesatz, der nicht kostendeckend ist. Zusätzlich werden nach einer „Gebührenordnung für Krankenhäuser“ (GOK) bestimmte Leistungskomplexe (OPs, aufwendige diagnostische und therapeutische Leistungen) vergütet, wobei hochtechnisierte Eingriffe dem Krankenhaus besonders viel Geld bringen. Dagegen werden Anamneseerhebung, körperliche Untersuchung, Aufklärung, pflegerische Leistungen nach der

DOKUMENTE

Freudenstädter Appell zur Rettung des Waldes

Gesunde Wälder sind sichtbarer Ausdruck einer gesunden Natur. Eine gesunde Natur ist die wichtigste Voraussetzung für unser Leben und das unserer Nachkommen. In der Sorge darum haben die Teilnehmerinnen und Teilnehmer an der „Aktionskonferenz gegen Saurer Regen und Waldsterben vom 30.9. bis 2.10.1983 in Freudenstadt“ den folgenden Aufruf verabschiedet. Alle politischen und gesellschaftlichen Gruppen werden aufgefordert, alles Mögliche zu tun, um die Lebensgrundlage von Mensch, Tier und Pflanze zu erhalten. Wir machen die Entscheidungsträger in Politik, Wirtschaft und Wissenschaft verantwortlich dafür, daß trotz Kenntnis der katastrophalen Auswirkungen der Luftverschmutzung jahrelang keine wirksamen Gegenmaßnahmen ergriffen wurden.

Wenn nicht sofort entscheidende Maßnahmen ergriffen werden, wird eine ökologische und ökonomische Katastrophe von bisher nicht gekanntem Ausmaß unvermeidbar sein. Sei einigen Jahren, in den letzten Monaten aber dramatisch beschleunigt, stirbt der Wald in großen Flächen ab.

Mit dem Wald verschwindet ein gewaltiges, vielschichtiges System von zahllosen Tier- und Pflanzenarten. Die Waldschäden sind nur die sichtbarste Folge einer ständigen, gigantischen Luftverschmutzung in den Industriestaaten. Wird dieser Luftverschmutzung nicht unverzüglich Einhalt geboten, ist Mitteleuropa in wenigen Jahren nicht wiederzuerkennen. Die Waldgebiete Europas drohen zu versteppen.

Wo der Wald stirbt, stirbt der Mensch. Um eines fragwürdigen materiellen Fortschritts, um der Steigerung von Konsum und Gewinn willen wird Krieg gegen die Natur geführt. Mit den Wäldern wird unsere wichtigste Trinkwasserquelle und die Reinigung unserer Luft zerstört. Ungeheure kulturelle und volkswirtschaftliche Werte werden vernichtet.

Hunderttausende von Arbeitsplätzen, gewachsene Existenzsicherung aus Waldbesitz, wertvolle Erholungslandschaften und viele andere Lebensgrundlagen gehen verloren. Andererseits würde eine sinnvolle Umwelt- und Energiepolitik Hunderttausende von Arbeitsplätzen schaffen.

In unserem Streben nach Wohlstand vergessen wir unsere humane und christliche Verantwortung gegenüber der Natur. Wir alle sind herausgefordert. Die Lebensgrundlagen unserer Kinder und Enkel sind in Gefahr.

Die zur Luftsanierung bisher vom Staat beschlossenen Maßnahmen sind völlig unzureichend.

Nach allem, was wir von Wissenschaftlern und Forstleuten wissen, ist der Tod unserer Wälder noch in diesem Jahrzehnt unausweichlich und unabwendbar, wenn wir nicht zur Kenntnis nehmen, daß Naturgesetze keine Kompromisse zulassen.

Aus vielen Gründen ist der Bau und Einsatz von Atomkraftwerken keine Alternative und kann das Waldsterben nicht aufhalten.

Wir fordern als Not- und Sofortprogramm:

- Drastische Reduzierung des Schadstoffausstoßes bei Kraftwerken und Industrieanlagen unter Anwendung der modernsten technischen Methoden auf Kosten der Verursacher.

- Verschärfung und Anwendung der Technischen Anleitung Luft und der Großfeuerungsanlagen-Verordnung; Maßstab ist die Existenzsicherung der empfindlichsten Tiere und Pflanzen.
- Einführung einer umfassenden Schadstoffabgabe (insbesondere für Schwefeldioxid, Stickoxide und Schwermetalle).
- Sofortige Einführung bleifreien Benzins. Wirksame Abgasentgiftung für alle Kraftfahrzeuge.
- Entwicklung einer umweltfreundlichen Verkehrspolitik mit Ausbau des öffentlichen Personennahverkehrs und Geschwindigkeitsbegrenzungen.
- Novellierung des Energiewirtschaftsgesetzes von 1935 zur Verwirklichung einer umweltfreundlichen Energiepolitik.
- Einheitliche europäische Regelung zur Reduzierung der Luftverschmutzung auf dem höchsten Umweltstandard.

Angeichts der Dramatik des Waldsterbens reichen Appelle allein nicht mehr aus. Persönliches und mutiges Handeln ist gefordert. Jeder, der nicht handelt, macht sich schuldig am Tod unserer Wälder und damit an der Vernichtung der Grundlagen unseres Lebens.

Freudenstadt, den 2. Oktober 1983

Forderungskatalog 1984

Die nachstehenden Forderungen müssen bis spätestens Ende 1984 erfüllt sein bzw. als Gesetz verabschiedet werden:

- 1) Verschärfung der Verordnung über Großfeuerungsanlagen (bis: 31.3.1984)** mit den Hauptpunkten:
 - Ausdehnung des Geltungsbereichs auf 10 MW
 - Verkürzung der Übergangsfristen für Altanlagen auf 1988
 - Umrüstung der Altanlagen nach einem festgelegten Stufenplan: zuerst Altanlagen mit mengenmäßig besonders hoher Verschmutzung, dann der kleineren Anlagen
 - Streichen jeglicher Ausnahmeregelungen
 - vorgeschriebener Entschwefelungsgrad 90%
 - keine Inbetriebnahme von großen „Alt“-Anlagen (wie z.B. Buschhaus) ohne Rauchgasentschwefelung
 - wichtig: die Verordnung ist über eine entsprechende Änderung des Bundesimmissionschutzgesetzes gegen Klagen der Kraftwerkswirtschaft abzusichern.

- 2) Brennstoffentschwefelung bzw. -Einsatz, Prioritäten bei Kraftwerken (bis: 31.3.1984)**
 - sofortiges maximales Ausfahren der entschwefelten Kohlekraftwerke (Grundlast)
 - sofortiges Hochfahren der Gaskraftwerke
 - sofortige Stilllegung und Umrüstung stark emittierender Braun- und Steinkohlekraftwerke
 - schwefelreiche Brennstoffe dürfen nur in Anlagen mit Rauchgasentschwefelung eingesetzt werden, schwefelarme Brennstoffe in Haushalten und kleinen Feuerungsanlagen
 - die Schwefelgehalte von Heizöl EL und Dieselmotorkraftstoffen sind auf 0,1 % zu begrenzen

- 3) Verschärfung der TA Luft (28.2.1984)**

Die TA Luft ist erneut zu novellieren, grundsätzlich muß ein Verschlechterungsverbot aufgenommen werden, die Immissionswerte, insbesondere für Schwefeldioxid, sind zu senken und scharfe Emissionswerte in Teil 3 der Verordnung festzulegen.

- 4) Schwefelabgabegesetz (bis 31.1.1984)**
 - die Abgabe muß ab 10 MW gelten
 - sie muß 4000 DM pro Tonne Schwefeldioxid betragen

- 5) Abwärmeabgabe bzw. Stickoxidabgabe** (Vorlage entsprechender Gesetzesentwürfe bis 31.3.1984)
 - zur indirekten Förderung der Nah- und Fernwärmenutzung ist eine Abwärmeabgabe zu erheben (auch auf Kernkraftwerke)
 - das Schwefelabgabegesetz muß so schnell wie möglich durch ein generelles Schadstoffabgabegesetz erweitert werden (auch für abgebrannte Brennelemente aus Kernkraftwerken)

- 6) Abschaffung des Grundtarifs beim Strompreis, Anreiz zum Kleinverbrauch** (ab sofort bzw. beim Auslaufen von Verträgen)

- 7) Geschwindigkeitsbegrenzung auf Tempo 100 (Bundesautobahnen) und Tempo 80 (Bundes- und Landstraßen)** (mit Wirkung vom 31.10.1983)

- 8) Kfz-Abgabe (bis 31.12.1983)**
 - sofortige Einführung bleifreien Benzins
 - Entgiftung der Kfz-Abgabe um 90 % ab Mitte 1984
 - umfassende Kraftfahrzeugabgabestests halbjährlich, auch für Diesel-PKW
 - gestaffeltes Programm zur Entgiftung der Altwagen
 - Höherbesteuerung von bleihaltigem Benzin, die Differenz zu bleifreiem Benzin muß 50 Pfennig betragen (pro Liter)
 - Umlegung der Kraftfahrzeugsteuer auf die Mineralölsteuer
 - Umschichtung der Haushaltsmittel vom Straßenbau zugunsten des öffentlichen Personennahverkehrs, der Bundesbahn und des Ausbaus der Fahrradverkehrs-Infrastruktur
 - Änderung des Bundesverkehrswegeplanes und des Gemeindeverkehrs-Finanzierungsgesetzes
 - keine Streckenstilllegungen bei der Bundesbahn
- 9) Veröffentlichung (bis spätestens 31.12.1983)**
 - einer Liste „umweltfreundlicher“ Autos (Energieverbrauch, Abgaskatalysator, Verbrauchsanzeiger usw.)
 - einer Liste strom- und wasserverbrauchssarmer Haushaltgeräte
 - aller Emissions- und Immissionsmessungen bzw. -erklärungen
 - kontinuierlicher Schwefeldioxid- und Stickoxidmessungen bei allen Großanlagen und Fernübertragung mit öffentlichen Bildschirmen auf Marktplätzen
 - eine Liste sämtlicher Beteiligungen bzw. Verflechtungen der EVU's sowie aller Aufsichtsrate und deren (Aufwands-)Entschädigungen.

- 10) Für die langfristige Rettung der Wälder und der Böden ist eine Neuorientierung der Energie- und Verkehrspolitik notwendig, die 1984 in die Wege geleitet werden muß.
- Hauptpunkte müssen sein:
- Erstellung eines Energieeinsparprogramms
 - Förderung dezentraler Kraftwärmekoppelung
 - Förderung erneuerbarer Energien
 - Änderung des Energiewirtschaftsgesetzes
 - Neuorientierung der Forschungspolitik mit den Schwerpunkten: rationelle Energienutzung, erneuerbare Energieträger, umweltverträgliche Produktionsverfahren und Vermeidungstechnologien für Schadstoffe
 - integriertes Verkehrskonzept mit Förderung des öffentlichen Nahverkehrs, des Fahrradverkehrs und der Bundesbahn
- 11) Sendezeit für Umweltschutzverbände in Rundfunk und Fernsehen.

Antrag der Fraktion DIE GRÜNEN

Programm gegen Luftbelastung und Waldsterben

blätter des iz3w
informationszentrum dritte welt - iz3w

Schwerpunktthema:



Pharma-Multis als Entwicklungshelfer?

Nr. 113 • November 1983

Pharma-Multis als Entwicklungshelfer? Überflüssige und Gefährliche Arzneimittel • Hoffnung für Millionen Menschen dank Bayer und Merck? • Boykott eigenständiger Entwicklung • Alternative Medikamentenproduktion in Bangladesh

Außerdem:

Nachrichten und Berichte zu: US-Invasion in Grenada • Eroberung der Weltmeere und Polargebiete • Blockade der Kaffefirma Rothfos in Hamburg • Djibouti

Einzelpreis DM 5,-; Jahresabo: DM 40,- (DM 30,- für einkommensschwache Gruppen) bei 8 Ausgaben im Jahr.
Informationszentrum Dritte Welt,
Postfach 5328, 7800 Freiburg

Eine der bezeichnendsten Folgen der bisherigen Energie-, Wirtschafts- und Verkehrspolitik stellt die Luftbelastung durch Schadstoffe dar. Das Waldsterben ist wiederum eine — wenn auch nicht die einzige — offensichtliche Folge der Luftbelastung. Diese wirkt auch auf andere Wild- und Kulturpflanzen, Tiere, Böden, Bauwerke, Gewässer und nicht zuletzt auf den Menschen selbst in vielfältiger Weise ein. Sie verursacht allein in der Bundesrepublik Deutschland nach Schätzungen der OECD jährliche Schäden von 40 bis 70 Milliarden DM.

Die nötigen Sofortmaßnahmen gegen das Waldsterben sind so detailliert zu bezeichnen, daß die Exekutive unverzüglich eindeutige Initiativen auf nationaler und internationaler Ebene ergreifen kann.

Darüber hinaus ist baldmöglichst eine grundsätzliche Umorientierung der Energiepolitik in Richtung auf Energieeinsparung und rationellere Energienutzung (etwa durch ein Wärmedämmprogramm für Altbauten, Förderung stromsparender Haushaltsgeräte, verstärkte Abwärmenutzung) sowie auf eine Förderung erneuerbarer Energieträger (Wind- und Wasserkraft, Solarenergie, Biomasse, Erdmagnetismus usw.) einzuleiten. Nur die Senkung des Verbrauchs fossiler Energieträger kann die Belastung durch Luftschadstoffe langfristig und nachhaltig vermindern.

Das vorgeschlagene Schadstoff- und Abwärmeabgabegesetz könnte den größten Teil der skizzierten Filternachrüstung und des Ausbaus der Wärmenetze finanzieren. Außerdem würde dadurch die Bereitschaft zur schnellen Abgasentgiftung und zur Wärmeauskoppelung automatisch gefördert.

Atomtechnische Anlagen sind unverzüglich stillzulegen, da sie wegen ihrer geringen Bedeutung für die Energieversorgung keinen westentlichen Beitrag zur Bekämpfung des Waldsterbens leisten können, die Volkswirtschaft aber durch hohe Investitionskosten, hohe Risiken und geringe positive Beschäftigungseffekte unverhältnismäßig stark belasten. (Anteil der Atomkraftwerke an der Primärenergieerzeugung 1982: 5,7 v.H., 2000: ca. 15 v.H.; am Endenergieverbrauch 1982: 2,3 v.H., 2000: maximal 8 v.H.).

Die unverzügliche Umrüstung der Kohlekraftwerke auf emissionsmindernde Technologien (Wirbelschichtfeuerung, Entschwefelung, Entstickung usw.) ist dagegen ein weitaus sinnvollerer Beitrag gegen das Waldsterben, da sie u.a. Arbeitsplätze im Kohlebereich und bei den Anlagenherstellern sichert und vermehrt. Darum hätte die öffentliche Hand, die Beteiligungen an vielen Energieversorgungsunternehmen besitzt, schon in der Vergangenheit auf eine Vorreiterrolle solcher Kohlekraftwerke bei der Sanierung der Altanlagen dringen können.

Autoabgase tragen in erheblichem Umfang zur Luftbelastung bei. Die im Antrag der GRÜNEN genannten Abgasgrenzwerte sind bereits heute mit Abgaskatalysatoren einhaltbar und somit Stand der Technik. Voraussetzung für eine länger dauernde Wirksamkeit der Abgasfilter ist die Einführung bleifreien Benzin, die mit einer sofortigen Novellierung des Benzinbleigesetzes erreicht werden kann.

Dadurch würde der Vorsprung der deutschen Filter- und Autohersteller vor dem Ausland vergrößert; eine Beschleunigung der internationalen Abgasminderungsmaßnahmen wäre zu erwarten.

Diese Vermutung wird gestützt auf die — entgegen den Befürchtungen der Industrie — durchweg positiven Erfahrungen bei der Realisierung der zweiten Stufe des Benzinbleigesetzes 1976. Wesentlich erscheint in diesem Zusammenhang wiederum die mögliche Vorreiterrolle des Staates, in dessen Besitz sich erhebliche Mengen an Kraftfahrzeugen befinden. Auch hier hätten Bund und Länder bereits seit Monaten mit gutem Beispiel vorangehen können, da sowohl Abgasfilter als auch bleifreies Benzin in der Bundesrepublik Deutschland hergestellt werden.

Das Waldsterben stellt ein Warnzeichen für eine sich anbahnende, noch größere ökologische Katastrophe dar. Da sie durch die herkömmliche Energiepolitik verursacht wird, kann eine Neugestaltung des Komplexes Energie und Umwelt nicht mehr aufgeschoben werden.

Der Bundestag wolle beschließen:

- I. Die Bundesregierung wird aufgefordert,
 - a) den Entwurf einer Großfeuerungsanlagen-Verordnung wie folgt zu überarbeiten und rasch zu verabschieden:
 - als „Anlage“ gelten alle an einem Standort zusammengehörigen Feuerungsanlagen (Blöcke) eines Betreibers samt Nebenanlagen,
 - als „Altanlage“ gelten alle Anlagen, die sich zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Verordnung in Betrieb befinden,
 - Anlagen zur thermischen Müllbeseitigung sind in den Geltungsbereich der Verordnung aufzunehmen,
 - alle Emissionsbegrenzungen für Neuanlagen gelten für solche Anlagen, die mehr als 10 MW_{th} Leistung haben,
 - alle Emissionsbegrenzungen für Altanlagen gelten für solche Anlagen, die mehr als 50 MW_{th} Leistung haben,
 - die nachfolgenden Emissionsgrenzwerte müssen auch hinsichtlich der Zeitdauer der Emissionen begrenzt werden (Massenstrom; etwa ähnlich TA Luft 2.6.1.),
 - als Emissionsgrenzwerte für Neuanlagen bei festen und flüssigen Brennstoffen werden festgelegt:
 - Gesamtstaub 10 mg/m³,
 - Schwermetalle 0,1 mg/m³,
 - Stickoxide 200 mg/m³,
 - Halogene 1 mg/HF/m³ und 10 mg HCL/m³ einheitlich.
 - § 6 Abs. 3 und § 11 Abs. 3 sind zu streichen,
 - als Emissionsgrenzwerte für Altanlagen bei festen und flüssigen Brennstoffen gelten dieselben Werte wie für Neuanlagen. Alle Altanlagen müssen nach bestimmten Fristen den Anforderungen der GFAVO entsprechen. Für die Fristen wird der aus der Fußnote ersichtliche Zeitplan verbindlich erstellt. Ein ähnlicher Zeitplan wird für Stickoxide und Schwermetalle erstellt,
 - § 35 (Ausnahmen, Wirtschaftlichkeitsklausel) ist zu streichen. Er widerspricht ökologischen und marktwirtschaftlichen Grundsätzen,

- keine Planung, Genehmigung und Neubau von Großkraftwerken über 200 MW_{th} (zusätzlicher Paragraph);
- Genehmigung nur noch für Kraftwerke mit Wärmeauskopplung (Nah- und Fernwärmeversorgung; Erhöhung des Wirkungsgrades [zusätzlicher Paragraph]);
- Regelung für den Einsatz schwefelarmer Brennstoffe (<1 v.H.). Diese dürfen nur in Feuerungsanlagen ohne umfassende Abgasreinigung eingesetzt werden (zusätzlicher Paragraph);

b) bei der anstehenden weiteren Novellierung der TA Luft die folgenden Punkte mit aufzunehmen:

- (2.4.2) die Schornsteinhöhen dürfen 150 m nicht überschreiten;

— (2.5) die Immissionswerte wie folgt neu festzusetzen:

Schadstoff	Langzeitwert (IW 1)	Kurzzeitwert (IW 2)
Schwefeldioxid	50 µg/m ³	200 µg/m ³
in Gebieten mit Waldschäden	20 µg/m ³	100 µg/m ³
Stickstoffdioxid	40 µg/m ³	150 µg/m ³
Cadmium im Staub- niederschlag	2,5 µg/m ² -d	
Thallium	2,5 µg/m ² -d	

— Einführung eines Abschnittes „Wirkungsgrenzwerte“, der die schädlichen Umwelteinwirkungen von Luftschadstoffen auf Mensch, Tier, Pflanze und Sachgüter (Böden, Bauwerke usw.) begrenzt.

Als erste Wirkungsgrenzwerte werden vorgeschlagen:

- Schadstoffgehalte in Fichtennadeln,
- Flechtenabsterberate auf standardisierten Flechtentafeln,
- Schadstoffgehalte in standardisierten Graskulturen;

c) eine alsbaldige Novellierung des Bundes-Immissionsschutzgesetzes (BImSchG) und seiner sonstigen Durchführungsverordnungen in die Wege zu leiten mit der Absicht,

- den § 17 BImSchG klarer zu definieren und hinsichtlich des Erfordernisses der wirtschaftlichen Vertretbarkeit nachträglicher Anordnungen so zu formulieren, daß einzelbetriebliche Wirtschaftlichkeitsargumente keinen Eingang in die Abwägung finden dürfen;
- die grundsätzliche Offenlegung von Emissionserklärungen, Meßwerten und Genehmigungsbescheiden zu erreichen;
- Belastungsgebiete nach § 44 BImSchG in allen Verdichtungsräumen und Waldschadensgebieten auszuweisen;
- in die Luftreinhaltepläne verbindliche Zeit- und Finanzpläne sowie Maßnahmen zur Erreichung vorgegebener, günstigerer Luftgütezielwerte aufzunehmen;
- die Schwefelgehalte in Heizöl EL und Dieselmotoren auf 0,1 v.H. zu begrenzen; die Vorentschärfung von Kohle für Feuerungen <10 MW_{th} vorzuschreiben;

d) die Finanzierung der sofort erforderlichen Nachrüstungsmaßnahmen bei Altanlagen durch zügige Vorbereitung und Verabschiedung eines Schadstoff- und Abwärmeabgabegesetzes zu gewährleisten, wonach die Abgabe sich auf die Masse der emittierten Schadstoffe bzw. auf die freigesetzte Abwärmemenge über die Emissionsgrenzwerte hinaus bezieht.

Die Abgabe pro t emittierter Schadstoff sollte 2500 DM betragen;

e) durch Novellierung des Benzinbleigesetzes die Mineralölhersteller dazu zu verpflichten, ab 1. Januar 1984 parallel zu den bisherigen Kraftstoffar-

ten auch bleifreies Benzin anzubieten, falls eine EG-einheitliche Regelung nicht bis zum 1. Juli 1983 zustandekommt. Die Akzeptanz des bleifreien Benzins und der Abgasreinigung sollte durch Verminderung des staatlichen Mineralölsteueranteils erhöht werden;

f) einen verbindlichen Zeitplan für die Abgasreinigung von Kraftfahrzeugen für den Fall aufzustellen, daß eine wirksame Regelung im Rahmen der EG bis zum 1. Juli 1983 nicht zustandekommt. Als Abgasgrenzwerte sind (ähnlich der Regelung in Schweden) festzulegen

— ab 1. Juli 1984	Stickoxide	1,9 g/km
	Kohlenmonoxid	24,2 g/km
	Kohlenwasserstoffe	2,1 g/km
— ab 1. Januar 1985	Stickoxide	1,2 g/km
	Kohlenmonoxid	9,3 g/km
	Kohlenwasserstoffe	0,9 g/km

g) bei sämtlichen Kraftfahrzeugen des Bundes (Bahn, Post, Bundeswehr usw.) die unter e) und f) genannten Maßnahmen mit den dortigen Fristen unabhängig von den auf nationaler oder europäischer Ebene erreichbaren Regelungen durchzuführen und die Länder zu denselben Maßnahmen anzuhalten;

h) eine Intensivierung der Luftgütekontrolle unverzüglich in die Wege zu leiten, indem

— ein Programm zur Automatisierung und Fernübertragung von Emissionsmessungen aufgestellt wird,

— den Ländern finanzielle Zuschüsse zur Verdichtung der Immissionsmeßnetze (auch außerhalb der Verdichtungsräume) gewährt werden,

— den Ländern finanzielle Zuschüsse zur Einrichtung von Wirkungskatastern für Menschen, Tiere, Pflanzen, Böden, Gewässer und Materialien zur flächendeckenden Erfassung von Schädigungen gewährt werden.

Die Finanzierung erfolgt aus den Einnahmen bei der Erhebung der Schadstoff- und Abwärmeabgabe (siehe l.d.). Messungen im Rahmen von Genehmigungsverfahren sind wie bisher von den Betreibern direkt zu finanzieren;

i) die im Antrag der Fraktion der SPD — Drucksache 10/35 — aufgeführten weiteren Forderungen insbesondere zu Aktivitäten im Rahmen der EG, zur Fortsetzung der Kohlevorratpolitik sowie zur Verstärkung der Ursachenforschung und zur Entwicklung neuer Technologien im Bereich der Energiewirtschaft zu verwirklichen.

II. Die Bundesregierung wird weiterhin aufgefordert, eine Neuordnung der Energiewirtschaft mit den Hauptzielen rationelle Energienutzung und Verminderung des Einsatzes fossiler Energieträger so zu konzipieren, daß folgende Punkte Berücksichtigung finden:

a) Förderung der Einsparung und besserer Nutzung von Energie (Wärmedämmung, Verringerung des Stromverbrauches, Abwärmenutzung usw.);

b) Dezentralisierung und Entmonopolisierung der Energiewirtschaft; Konzept eines sinnvollen Nebeneinanders von kleinen Kohlekraftwerken und Blockheizkraftwerken,

c) verstärkte Förderung des Einsatzes erneuerbarer Energiequellen (Wasser, Wind, Solar- und Bioenergie) mit dem Ziel, deren Anteil an der Primärenergieerzeugung bis zum Jahr 2000 auf mindestens 15 v.H. steigen zu lassen,

d) die unverzügliche Stilllegung des Betriebs sämtlicher atomtechnischer Anlagen und die sofortige Einstellung von Planungs- und Bauvorhaben für atomtechnische Anlagen in der Bundesrepublik Deutschland zu erwirken,

e) integrierte Verkehrskonzepte mit konsequenter Förderung des öffentlichen Personennahverkehrs, des Schienenverkehrs und des Fahrrades sowie eine umweltverträgliche Durchmischung der Flächennutzungen und Regionalisierung von Wirtschaft und Versorgung mit dem Ziel, lange Transportwege — besonders mit Kraftfahrzeugen — zu vermindern.

Bonn, den 17. Mai 1983

Beck-Oberdorf, Schily, Kelly und Fraktion



♥ Der Infodienst ist ein Mitteilungs- & Kommunikationsorgan der Gesundheitsläden dieses Landes. Seine Aufgaben sind: Informationsaustausch; Vor- und Nachbereitung der 2-3 x jährlich stattfindenden überregionalen GL-Treffen; Diskussion und Austausch aktueller Themen zum Gesundheits- & Sozialwesen.

♥ Der Infodienst erscheint ungefähr alle 2 Monate und wird bis Nr. 13 (Feb./März 84) vom Gesundheitsladen Hamburg herausgegeben.

♥ Manche Infodienst-Nummern haben einen Themenschwerpunkt, so z.B.: Nr. 1 + 2: Gesundheitssicherungsgesetz (März und April 82); Nr. 5: Patientenstellen (Sept./Okt 82); Nr. 9: Gesundheitserziehung (Mai/Juni 83); Nr. 10: Die Wendepolitik (Juli — Sept 83); Nr. 11: Gesundheitstag 1984? (Okt/Nov 83); Nr. 12: Selbsthilfegruppen (Dez/Jan 83/4)

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

♥ Willst du den Infodienst per Post beziehen, überweise den entsprechenden Betrag (s. unten) auf das Konto

PSchA Stgt Nr 1758 89 - 708
(BLZ 600 100 70) für Ch. Kranich

und vermerke auf dem linken Zahlkartenabschnitt deutlich deine Anschrift und deinen Wunsch.

Was's kostet:

Einzelbestellungen:

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

Abonnement:

Nr. 1-6 (1982) DM 14,- incl.
Nr. 9-13 (1983) DM 20,- Porto

➔ Anfragen richtet bitte an
Infodienst der Gesundheitsläden
c/o Christoph Kranich
Beckstr.14 - 2000 Hamburg 6
Telefon: 040 / 439 60 47

Zeitplan für Emissionsminderung bei Schwefeloxiden 1983 bis 1992

- bis 1986: Entschwefelung aller Kohlekraftwerke mit einer Netto-Gesamtleistung über 300 MW (elektrisch). Davon betroffen: 31 Steinkohle-, Steinkohle-Öl-, Mischfeuerungs- und acht Brankohlekraftwerke;
- bis 1989: Entschwefelung aller Kohle- und Ölkraftwerke mit einer Netto-Gesamtleistung über 100 MW (el). Davon betroffen: 55 Steinkohle-Braunkohle-Mischfeuerungs- und 35 Heizölkraftwerke;
- bis 1992: Entschwefelung aller Kraftwerke.

Der folgende Beitrag sollte eigentlich in einer Broschüre der Bremer ÖTV zum Thema Frieden/Katastrophenschutz erscheinen. Er wurde dort aber nicht veröffentlicht.

Katastrophale Pläne

Vergleich der Katastrophenpläne an den Bremer Kliniken



Auf dem 83. Deutschen Ärztetag vom 13. bis 17. Mai in Berlin (West) wurde folgende Entschliessung verabschiedet: „Für jedes Krankenhaus sind Einsatzpläne zu fertigen, die bei regelmäßigen Übungen auf ihre Brauchbarkeit getestet werden müssen. Dazu gehört auch die Bereitstellung entsprechender Krankenhauseinrichtungen, einschließlich der notwendigen Verbrauchsgüter (Medikamente, Verbandmaterial usw.).“

Auf der ständigen Konferenz der Innenminister der Bundesländer wurde diese Anregung aufgegriffen. Am 28. November 1980 wurde eine Empfehlung zur Katastrophenfürsorge und für das Verhalten in Katastrophenfällen verabschiedet: „Um auf den Massenanfall Verletzter bei Katastrophen gerüstet zu sein, sind vorbereitende Planungen der Krankenhäuser und der Katastrophenschutzbehörden unentbehrlich. Die Katastrophenschutzbehörden sollten darauf hinwirken, daß die Krankenhäuser in ihrem Zuständigkeitsbereich eine entsprechende Anschlußplanung an die Katastropheneinsatzplanung der Behörden vornehmen.“

Um die Diskussion über die Katastrophenschutzpläne zu fördern und ihre Inhalte zu vereinheitlichen, hat der Bundesminister des Innern einen Vorschlag für Empfehlungen zur Vorsorgeplanung von Krankenhäusern für den Katastrophenfall erarbeitet und veröffentlicht.

Auch der Bremer Senator für Gesundheit und Umweltschutz forderte die Klinikdirektoren auf, umgehend „einsatzfähige interne Katastrophenschutzpläne“ zu erstellen. Die Umsetzung dieser Forderung war offensichtlich nicht ganz einfach. Jedenfalls mußten die Direktionen mehrfach erinnert werden. Als „Hilfestellung“ erhielten sie

- Hinweise zur Erstellung eines Katastrophenplanes für Krankenhäuser (aus der Medizinischen Hochschule Hannover, im Bremer Ärzteblatt, Oktober 1980),
- Musterkatastrophenplan für das Land Rheinland-Pfalz und die Stadt Kaiserslautern,
- die Broschüre „Katastrophenmedizin“ des Bundesministeriums des Innern,
- einen Kurzaufsatz „Medizinische Versorgung in Katastrophenfällen“ der Deutschen Krankenhausgesellschaft, in dem das „verstärkte Problembewußtsein“ begrüßt und die „Erprobung der Pläne“ gefordert wird, um „für den Ernstfall auch wirklich gerüstet zu sein“.

Von den 19 Krankenhäusern im Lande Bremen haben bisher nur vier (Zentralkrankenhaus Bremen-Nord, Rolandklinik, St. Joseph-Stift, Klinik Dr. Helnes) fertig erstellte Katastrophenschutzpläne. Einige Häuser „bearbeiten“ noch oder „bearbeiten abschließend“ ihre Entwürfe bzw. haben zunächst eine Kommission zur Erstellung eingerichtet. Von einigen Häusern ist nichts bekannt. Möglicher-

weise gibt es auch die Auffassung, daß die üblichen Brandschutzbestimmungen ausreichen.

Die Katastrophenpläne treten in Kraft, wenn ein „Massenanfall von Verletzten“ zu bewältigen ist, wobei aber unterstellt wird, daß weder sämtliche Verletzten versorgt werden können, noch daß die Verletzten so versorgt werden können, wie es notwendig wäre.

Von welcher Größenordnung ausgegangen wird, wird nur einmal genauer beziffert: „Mehr als 20 Personen.“

Etwas mehr Gedanken scheinen sich einige Verantwortliche zur Frage der möglichen auslösenden Ereignisse gemacht zu haben. So ist für ein Krankenhaus der Plan anwendbar auf „zum Beispiel Brand, Explosion, Krieginwirkung“, bei einem anderen Krankenhaus bei „zivilen Katastrophenfällen“, schließt aber „Aufnahmefähigkeiten bei einer militärischen Auseinandersetzung mit Einsatz von ABC-Waffen aus, da für eine wirkliche Hilfe keine Voraussetzungen gesehen werden“.

Bei einem dritten Krankenhaus sehen die Verantwortlichen den Anwendungsbereich gegeben bei „1. externen Katastrophen gleich Anlieferung von mehr als 20 Patienten infolge „friedlicher Katastrophen“

2. interne Katastrophen gleich Gefahrensituation im Hause selbst (Brand, Explosionen) oder ein Ereignis in der Umgebung (z.B. Industrieunfall mit Freisetzung giftiger Stoffen).“

Ausdrücklich wird bei diesem Katastrophenplan die Anwendbarkeit bei Strahlungsunfällen ausgeschlossen, und es wird betont, daß der „Plan nicht als Vorbereitung eines Krieges zu werten“ ist.

In dem Katastrophenplan für das Zentralkrankenhaus Bremen-Ost plant man „für Verletzte mit radioaktiver Kontamination notfalls eine Stelle für Dekontamination mit Duschen und neuen Kleidern“ bereitzustellen und erachtet es als zweckmäßig, „schwere Verbrennungen oder neurochirurgische Patienten nach Erstversorgung baldmöglichst ... zu verlegen“. Leichtverletzte und Beobachtungsfälle sollen weitergeleitet werden. Die Konferenzräume werden zu Wartebäumen erklärt und mit Sozialarbeitern (!) besetzt. Zur Verhütung einer Panik werden die Ebenen, auf denen Psychiatristen sind, verschlossen und ein „Führungsstab im Katastrophenfall zur Bekämpfung einer Panik (Psychiater, Neurologen, Sozialarbeiter)“ gebildet.

Ob und inwieweit in den anderen Bremer Kliniken neben diesen bisher zitierten über die Problematik des Begriffs „Massenanfall“ und die Art der Ereignisse und auslösenden Ursachen überhaupt nachgedacht wurde, ist uns nicht bekannt. Auf je-

den Fall läßt sich feststellen: Auch wenn fast ausschließlich von zivilen Katastrophen gesprochen wird, lassen die Einzelmaßnahmen durchaus auch Vorbereitungen auf einen Kriegsfall erkennen (siehe Bsp. ZKH Bremen-Ost). In anderen Bundesländern werden die Katastrophenpläne der Kliniken auch nicht so vorsichtig formuliert. So heißt es beispielsweise in dem Katastrophenplan der Chirurgischen Universitätsklinik Münster: „Die Zielsetzung des Katastrophenplanes der Chirurgischen Universitätsklinik Münster ist die Sicherstellung der Behandlung und Betreuung von Verletzten im Katastrophen- und Verteidigungsfalle sowie korrekte Weiterbehandlung der bereits in stationärer Behandlung stehenden Patienten.“

Die vorhandenen Bremer Pläne und Entwürfe beinhalten sich ausführlich mit

- detaillierten Meldekettens, Namenslisten, Bildung von Krisenstäben und der Klärung von Kompetenzbereichen,
- der notwendigen Erstattung der Ausgaben für zum Beispiel zusätzliche Bevorratung von Sanitätsmitteln, da eine Kostendeckung über den Pflege-satz problematisch erscheint.

Bemerkenswert ist, daß offensichtlich mit einer intakten Infrastruktur gerechnet wird, wie z.B. Zusammenarbeit mit betriebsexternen Institutionen (Feuerwehr, Polizei, Gesundheitsamt, Strahlenschutzdienst, Funk und Fernsehen usw.).

Insgesamt erwecken die Pläne und Entwürfe nicht den Eindruck, als ob mit ihnen der selber gestellte Anspruch eingehalten werden könne. Im Zentralkrankenhaus Bremen-Ost beispielsweise soll im Zentrallager eine Notfallkiste mit folgendem Inhalt bereitgehalten werden:

- 100 Kunststoffbeutel, weiß
- 100 Aufkleber-Nummern, dreifach
- 100 Aufnahmesätze
- 100 Plastiktaschen mit Lochung
- 100 linierte Karten DIN A 6
- 100 Bindfäden
- 500 Einmalbecher

Die Pläne und Entwürfe sind nicht einheitlich. Das beruht möglicherweise, darauf, daß vom Senator für Gesundheit und Umweltschutz keinerlei eigene Vorgaben gemacht wurden. Diese Zurückhaltung hat aber nicht verhindern können, daß einige Krankenhäuser ausdrückliche Regelungen zur sogenannten „Triage“ vorsehen. Im Zentralkrankenhaus Bremen-Ost erfolgt das „Sortieren und Entschenden über Aufnahme“ auf dem Flur vor der Liegendaufnahme und wird durch den Chirurgischen Chefarzt, einen Verwaltungsangestellten der Rechnungsabteilung und einen Anästhesisten durchgeführt. Die „Verteilung der Verletzten“ soll nach folgenden Kriterien erfolgen:

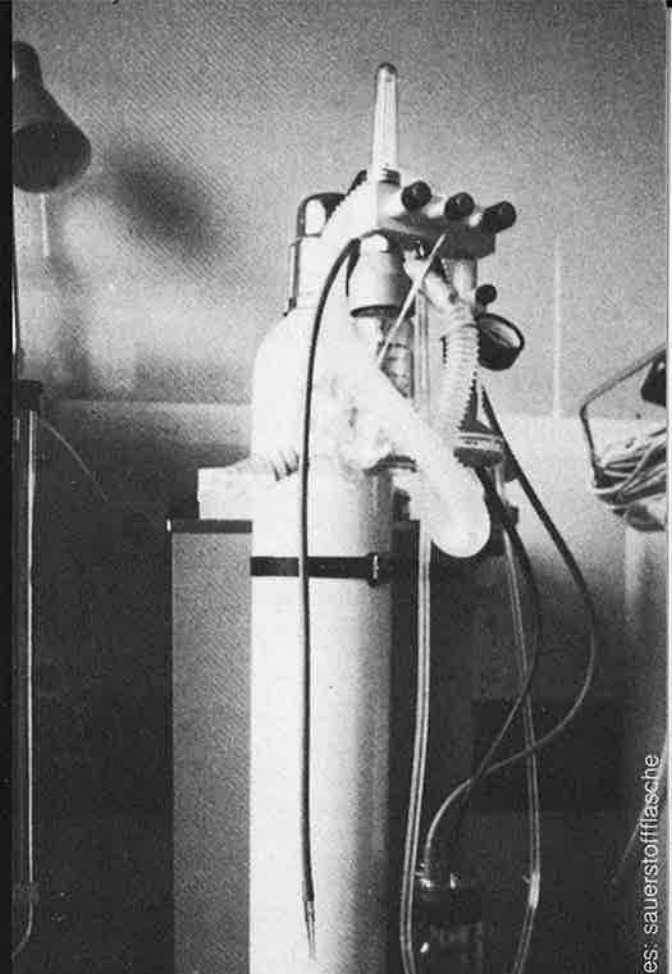
- a) Leichte, ohne Behandlung
- b) Leichte mit erforderlicher Behandlung
- c) Schwerverletzte: Schockraum, Wachstation, Diagnostik, OP, Allgemeinstation
- d) Sterbende.“

Auch an regelmäßige Übungen wird gedacht, wobei jedoch auch hier kein konkreter Bezug zu den speziellen Problemen bei zu erwartenden Katastrophen hergestellt wird (z.B. bei dem Transport gefährlicher Güter). Es bleibt abzuwarten, ob diese Übungen Ähnlichkeiten aufweisen werden zu den Fortbildungsveranstaltungen der Ärztekammern und der Bundeswehr über die Prinzipien der Triage unter wehrmedizinischen Gesichtspunkten. Dabei spielt die Gewöhnung an die Kategorie der sogenannten „Hoffnungslosverletzten“ eine wesentliche Rolle.

Wir meinen: Hiermit wird zum großen Teil schon das praktiziert, was durch die Entwürfe zum Gesundheitssicherstellungsgesetz und Gesundheitsschutzgesetz erst geregelt werden sollte. Wir lehnen jede Vorbereitung des Gesundheitswesens auf einen Kriegsfall, jede Militarisierung des Gesundheitswesens ab. Wir wollen uns nicht auf einen Krieg vorbereiten, wir wollen den Krieg verhindern.



gegenstände: hand eines sterbenden



intensivstation eines krankenhauses: sauerstoffflasche

Der verbotene Tod

Der Tod im Krankenhaus gehört zum Alltag des Pflegepersonals. Mehr noch als die Ärzte werden die Krankenschwestern und Pfleger mit den Sterbenden konfrontiert.

Hermann Stamm hat lange Zeit als Pfleger in einem Krankenhaus gearbeitet. Die Fotos, die er während dieser Zeit zum Thema Tod im Krankenhaus machte, vermitteln genau das, was viele Augenzeugen erzählen möchten, aber nicht können. Die mit extrem knappen Texten versehenen

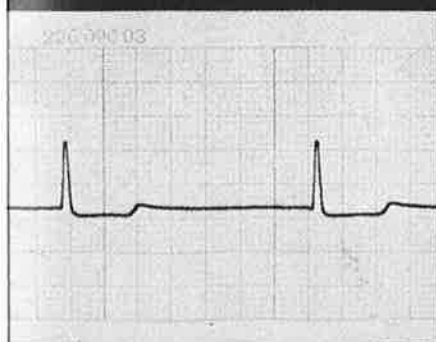
Schwarzweißfotos, für die Hermann Stamm 1979 mit dem Otto-Steinert-Preis ausgezeichnet wurde, klagen weder an, noch idealisieren sie etwas, aber sie bringen eine Verunsicherung zurück, die länger dauert als das Angucken der Bilder.

H.C.

Hermann Stamm. Der verbotene Tod.

Mit einem Vorwort von Wilfried Ranke.

152 Seiten, 97 Abbildungen, Verlag Fröhlich & Kaufmann, Berlin 1983



instrumente: beatmungsgerät



nachtische von sterbenden: nachttisch mit kulturbeutel und plätzchenrolle

Will die Bundesregierung — aus Kostengründen — den Medizinalassistenten wieder einführen?

Wie soll der „Arzt im Praktikum“ bezahlt werden?

Wann soll die neue Regelung in Kraft treten?

Über diese und andere Fragen sprach dg-Redakteur Matthias Albrecht mit Marilene Schleicher, Ministerialrätin im Gesundheitsministerium.

Frau Schleicher, seit 1962 im Ministerium, ist Generationen von Studenten als Zuständige für die Mediziner Ausbildung bekannt.

dg: Welche Ziele verfolgt die Bundesregierung mit dem Gesetzentwurf zur Änderung der Bundesärzteordnung?

Fr. Schleicher: Die Änderung der Bundesärzteordnung dient dem Ziel, die praktische Qualifikation der Ärzte zu verbessern. Wir wissen alle, daß die Ärzte theoretisch gut ausgebildet werden, daß es aber im praktischen Bereich ganz erhebliche Mängel gibt. Die Approbation als Arzt beinhaltet die unbeschränkte Befugnis zur Ausübung des ärztlichen Berufs. Das heißt, daß der Gesetzgeber die Voraussetzungen für die Erteilung der Approbation so regeln muß, daß die Qualifikation der Ärzte der Approbation entspricht. Damit dieser Gleichklang von Berechtigung und Qualifikation auch künftig gesichert ist, ist eine zusätzliche praktische Ausbildungsphase notwendig.

dg: Warum jetzt, warum nicht vor zehn Jahren? Es hat sich doch seit dem Übergang zur Approbationsordnung nichts an der Ausbildung geändert!

sich niederließen. Wir sind jetzt aber in einer völlig anderen Situation. Einmal haben wir wesentlich mehr Studenten, so daß es wegen des Mangels an Patienten immer schwerer wird, die praktische Ausbildung so intensiv wie nötig zu gestalten. Zum anderen wird es wegen der großen Zahl künftig immer schwieriger, alle Ärzte im Krankenhaus unterzubringen. Es besteht die Gefahr, daß sich Ärzte niederlassen, die niemals in abhängiger Stellung gearbeitet haben. Hinzu kommt, daß sich hier auch immer mehr die Meinung durchsetzt, daß es ein Irrtum war anzunehmen, das „Endprodukt“ eines Medizinstudiums könne ein vollbefähigter ärztlicher Berufsanfänger sein.

dg: Ein Widerspruch in sich!

Fr. Schleicher: Ein Widerspruch? Jede Ausbildung entläßt ja nun einmal Berufsanfänger. Jedenfalls erscheint es fraglich, daß das

der Approbationsordnung bestand.

Fr. Schleicher: Ich möchte Ihnen ganz klar und deutlich sagen, daß wir das hier anders sehen: keine Rückkehr zur alten Bestallungsordnung, weil mit der Einführung der zweijährigen Praxisphase keinesfalls das Ziel verbunden ist, die praktische Ausbildung im Stadium selbst, also die Hauptintention der Approbationsordnung abzuschaffen oder zu schmälern. Der Entwurf für die fünfte Novelle zur Approbationsordnung für Ärzte zielt gerade auch auf eine Intensivierung der praktischen Ausbildung im Studium. Das wird z. B. daran deutlich, daß in §2 Abs. 2 der Verordnung wesentliche Vorgaben für die praktischen Übungen, insbesondere den Kleingruppenunterricht am Krankenbett, gemacht und die Anforderungen an die Leistungsnachweise für die „Scheinvorgabe“ konkretisiert werden sollen.



Ausbildung, um sonst nichts.

dg: Wir sehen dennoch einen Rückfall in die MA-Zeit: Der Praktikant wird nur unter Anleitung ärztlich tätig sein, wird am Bereitschaftsdienst teilnehmen und erhält erst nach der Praktikumszeit seine Approbation. Der wesentliche Unterschied könnte dann allenfalls in der geplanten Anrechnung auf die Weiterbildung zum Facharzt liegen.

Fr. Schleicher: Wir haben eine ganze Reihe von Unterschieden. Der „Arzt im Praktikum“ ist wesentlich stärker dem „Pflichtassistenten“ nach der Bestallungsordnung von 1939 angenähert. Er ist — anders als der MA — bereits Arzt. Er bekommt im Unterschied zum Pflichtassistenten, der eine Approbation mit Sperrvermerk bekam, allerdings nur eine befristete Erlaubnis zur Ausübung der Tätigkeit als „Arzt im Praktikum“. Eine solche Berechtigung hatte aber der MA nicht. Das ist der entscheidende Unterschied.

dg: Das mag ein juristischer Unterschied sein. Aber tatsächlich hat der MA doch unter Anleitung ärztliche Tätigkeiten, einschließlich Bereitschaftsdienst, ausgeführt. Für die praktische Ausbildung ist der Unterschied nicht entscheidend.

Fr. Schleicher: Der juristische Unterschied ist sehr wohl entscheidend. Die Einsatzfähigkeit richtet sich wesentlich nach dem rechtlichen Status. Angesichts der Problematisierung

„Vollbefähigter Arzt nicht B

dg-Interview mit Frau Schleicher vom Ministerium zur AO-Novelle

Fr. Schleicher: Eine Praxisphase nach dem Studium ist auch damals in der sog. „Kleinen Kommission“ diskutiert, aber nicht ausdiskutiert worden. Man konnte seinerzeit sicher sein, daß jeder Arzt in eine mehrjährige praktische Tätigkeit nach dem Studium ginge, bevor er

„produit final“, das uns da vorschwebt, allein durch ein Studium kreiert werden könnte. Es bedarf einer Phase innerhalb der Ausbildung, in der kontinuierlich ärztliche Tätigkeit geleistet und ärztliche Erfahrung gesammelt wird.

dg: Für uns stellt sich Ihr ganzer Gesetzentwurf als eine Rückkehr zum Medizinalassistenten-Status dar, wie er vor

dg: — Das bringt sicher Konflikte mit der Kapazitätsverordnung und mit dem globalen Zulassungszahlen.

Fr. Schleicher: Wir werden alles tun, um gemeinsam mit den Wissenschaftsministern der Länder damit fertig zu werden.

dg: Eine Änderung der Studentenzahlen ist also politisch zur Zeit nicht beabsichtigt?

Fr. Schleicher: Uns geht es um die Verbesserung der ärztlichen

dieser Fragen und auch angesichts der Rechtsprechung zum Haftungsrecht sind rechtliche Absicherungen des Status von zunehmender Bedeutung.

dg: Warum wurden für die Ausbildungsstätten nicht bestimmte qualitative Mindeststandards festgesetzt, wie für die akademischen Lehrkrankenhäuser, die PJ-Studenten ausbilden?

Fr. Schleicher: Wir haben es hier wieder mit dem Problem der großen Zahl zu tun. Wir können hier nicht so restriktiv sein, um das Stellenangebot nicht zu gefährden. Allerdings sind wir

auch der Auffassung, daß praktische ärztliche Erfahrung überall dort gesammelt werden kann, wo ärztliche Tätigkeiten verrichtet werden. Es wird sicherlich die Ausnahme sein, daß jemand an eine Stelle gerät, wo er — auch bei gutem Willen — nichts lernen kann. Wir prüfen aber z. Zt. noch, ob die Praktikumsphase nicht wenigstens grob strukturiert werden könnte. Das wird unter anderem von der Bundesärztekammer und vom Medizinischen Fakultätentag gefordert.

dg: Der Entwurf rechnet mit sechs- bis siebentausend freiverwendenden Assistenzarztstellen im Krankenhaus, die im Verhältnis eins zu zwei oder eins zu drei in Stellen für den „Arzt im Praktikum“ umgewandelt werden sollen. Wie viele

dg: Das ist wohl eine Fehleinschätzung. Wo sollen die Stellen im ambulanten Bereich herkommen, was will die Kassenärztliche Bundesvereinigung dafür tun? Wie sollen die Stellen im ambulanten Bereich bezahlt werden? Von den Kassen, den Ärzten in der Praxis oder den KVen?

Fr. Schleicher: Sicherlich ist eine Lösung dieser Probleme nicht einfach. Aber warum sollte ein niedergelassener Arzt einen „Arzt im Praktikum“ nicht aufnehmen können? Es kommen ja keine Studenten, sondern Absolventen des Medizinstudiums, die die ärztliche Prüfung hinter sich gelassen haben. Nach einer Einarbeitungszeit kann ein „Arzt im Praktikum“ doch durchaus eine Entlastung sein.

schäft der Tarifpartner hineinfunkeln.

dg: Der Praktikant wird wohl die Hälfte oder ein Drittel von BAT III erhalten.

Fr. Schleicher: Das wird man abwarten müssen.

dg: Zumal die vorliegende Lösung „absolut kostenneutral“ ist. Zur Verknüpfung von Praktikum und Anrechnung auf die Weiterbildung: Der Entwurf beläßt es hier bei Aussagen wie „könnte, hätte, sollte“. Warum keine feste Verknüpfung mit den Weiterbildungsregelungen der Länder?

Fr. Schleicher: Der Bund kann nur die Zulassung zum Arztberuf, nichts darüber hinaus regeln. Das Bundesverfassungsgericht hat die Kompetenz für die Regelung der Weiterbildung zweifelsfrei zur Ländersache erklärt, deshalb haben wir in dem Gesetzentwurf nicht mehr dazu sagen können. Nach den bisherigen Gesprächen haben wir durchaus den Eindruck, daß die Länder und auch Landesärztekammern zu solchen Regelungen bereit sind. Einige Länder halten eine Anrechnung schon nach geltendem Recht für möglich. Es kann

der Weiterbildung Ländersache ist.

dg: Das sehen wir anders.

Fr. Schleicher: Das wissen wir aber sicher. Deshalb mußten wir für zwei Jahre den „Arzt im Praktikum“ verankern.

dg: Die Kassen haben gerade gestern in einer Stellungnahme gesagt, daß sie keine so großen Zahlenprobleme für eine Pflichtweiterbildung sehen. Sie gehen also davon aus, daß sich nach den zwei Jahren Praktikum weiterhin nicht voll weitergebildete Ärzte niederlassen können?

Fr. Schleicher: Ja, das tun wir, wobei Sie allerdings nicht außer acht lassen dürfen, daß wir damit rechnen, daß in der Praxisphase viele motiviert werden, sich um eine anschließende Weiterbildung zu bemühen. Wir halten das gerade im Hinblick auf die Allgemeinmedizin für wichtig. Unsere Lösung stellt jedenfalls sicher, daß alle Ärzte qualifiziert werden.

dg: Ihre Lösung verschiebt doch das Problem nur um zwei Jahre.



Endprodukt des Studiums"

Stellen sollen bei niedergelassenen Ärzten zur Verfügung gestellt werden? Wir sehen weder aus dem Entwurf, noch aus der Politik der Standesorganisationen, wie die erforderlichen Stellen geschaffen werden könnten.

Fr. Schleicher: Wir haben gewisse Anhaltspunkte dafür, daß die niedergelassenen Ärzte bereit sein werden, solche Praktikanten zu nehmen. Sicher nicht von heute auf morgen. Aber wenn das Gesetz Ende 1984 in Kraft tritt, sind immerhin zwei Jahre Zeit, bis die Praxisphase anläuft. Wir sind der Ansicht, daß die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Bundesärztekammer hier behilflich sein werden.

Denken
Sie z. B. an die Übernahme einzelner Hausbesuche bei bestimmten Patienten, bei denen der Arzt über einen mehr oder weniger langen Zeitraum hinweg immer wieder nachschauen muß.

Im übrigen sind wir mit den Beteiligten noch in Gesprächen.

dg: Wie soll denn die Bezahlung der Praktikanten im Krankenhaus aussehen? Sollen die Stellen im Verhältnis eins zu zwei oder eins zu drei aufgeteilt werden? Konnten oder wollten Sie sich nicht genauer festlegen?

Fr. Schleicher: Wir haben in den Begründungen zu den Entwürfen unsere Vorstellungen zur Stellenbeschaffung und zur Vergütung dargelegt. Wir können und wollen aber, was die Bezahlung angeht, nicht in das Ge-

denken aber keine Anrechenbarkeit schlechthin, sondern nur eine Anrechenbarkeit insoweit geben, als die Tätigkeit in der Praxisphase Tätigkeiten im Rahmen der Weiterbildung entspricht.

dg: Warum hat sich das Ministerium nicht gleich zur konsequenten Lösung der Pflichtweiterbildung entschlossen, wie sie zum Beispiel von der ÖTV, aber auch von den Allgemeinmedizinern verlangt wird?

Fr. Schleicher: Gegen die Pflichtweiterbildung spricht vieles. Es könnten vermutlich nicht alle, sondern nur ein verhältnismäßig kleiner Teil der Ärzte in eine solche Weiterbildung hineinkommen. Wir hätten also Ärzte mit sehr unterschiedlichen Qualifikationen und Berufsaussichten. Dies könnte zu einer Spaltung der Ärzteschaft führen. Außerdem gibt es erhebliche verfassungsrechtliche Probleme. U. a. weil die Regelung

Fr. Schleicher: Nein, unsere Lösung soll doch die jetzige Vorbereitungszeit von achtzehn Monaten für kassenärztliche Tätigkeit ablösen, die 1988 ausläuft.

dg: Wie sieht Ihre zeitliche Planung aus?

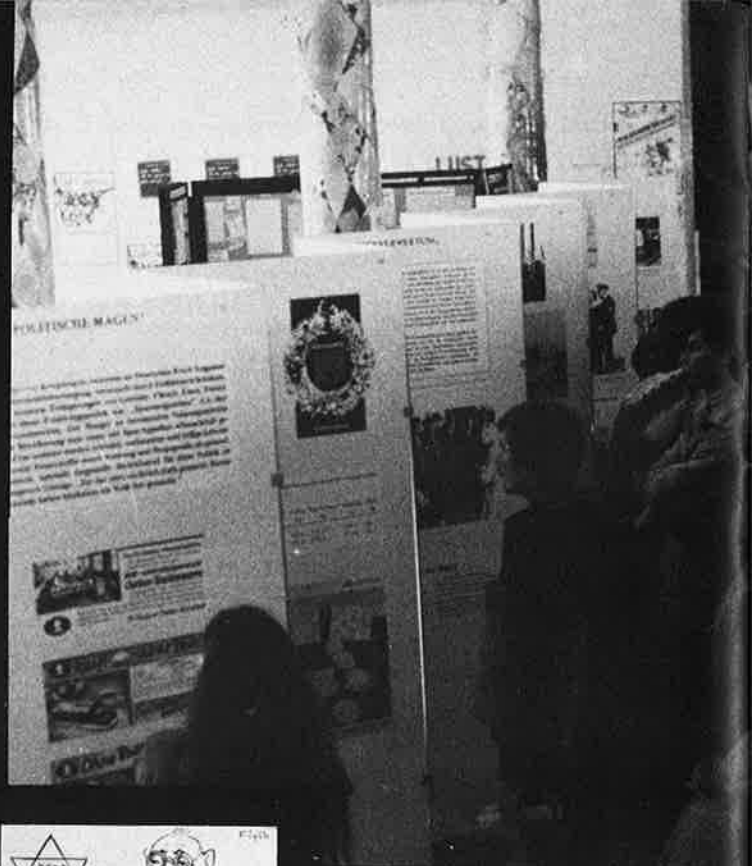
Fr. Schleicher: Wir müssen den Gesetzentwurf sehr bald den gesetzgebenden Körperschaften zuleiten, da das Gesetz im Oktober oder November schon in Kraft treten soll. Es muß zu dieser Zeit in Kraft treten, wenn ein nahtloser Übergang von der jetzigen Vorbereitungsregelung zu dieser Regelung stattfinden soll. Mit der Änderung der Approbationsordnung müssen wir warten, bis das Änderungsgesetz zur Bundesärzteordnung erlassen ist. Die Fünfte Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte kann daher frühestens Ende 1984/Anfang 1985 dem Bundesrat zur Zustimmung zugeleitet werden.

dg: Vielen Dank, Frau Schleicher.

Auschwitz, den 30. 4. 1944

Liebe Mutter!
Ich bin gesund und
fühle mich gut.

Geprüft
9
K L Auschwitz



(Aus: Deutsche Volksgesundheit aus Blut und Boden, 1933)



„Das Raubtier“ (aus dem antisemitischen Hetzblatt „Der Stürmer“)



(Aus: Deutsche Volksgesundheit aus Blut und Boden, 1933)



Gertrud Seele, Krankenschwester, gab jüdischen Verfolgten Unterkunft. Wegen Antikriegspropaganda denunziert. Am 12.1.1945 im Alter von 27 Jahren in Berlin-Plötzensee hingerichtet.



Unser Führer Adolf Hitler

trinkt keinen Alkohol und raucht auch nicht. Ohne andere im geringsten in dieser Richtung zu bevormunden, hält er sich eifrig an das selbstauferlegte Lebensgesetz. Seine Arbeitsleistung ist ungeheuer. (Reichsjugendführer Baldur v. Schirach im Buch: „Hitler, wie ihn keiner kennt.“)





Heilen und Vernichten

Ausstellung zur Medizin im Nationalsozialismus

Anfang 1982 war im Ludwig-Uhland-Institut für empirische Kulturwissenschaft der Universität Tübingen der Erstentwurf der Ausstellung „Volk und Gesundheit“ zu sehen. Das Echo war damals derart groß, daß sich die Initiatoren entschlossen, eine Wanderausstellung zu erstellen, die jetzt seit über einem Jahr auf dem Wege durch die Bundesrepublik ist.

Wie die Tübinger im Vorwort zur Ausstellung betonten, geht es ihnen als Sozialwissenschaftlern nicht darum, inhaltliche Diskussionen über Sinn und Unsinn medizinischer Ansätze und Meinungen dieser Zeit zu führen, sondern sie möchten darstellen, wie gerade auch „medizinische Argumentation“ dazu beigetragen hat, die Ansichten der nationalsozialistischen Herrscher den Beherrschten nahezubringen. Die Ausstellung ist bemüht, spezifisch faschistische Elemente der NS-Gesundheitspolitik zu zeigen. Ein ganz besonderes Augenmerk wird dabei auf die ökonomischen Aspekte dieser Politik geworfen: ein jeder ist wieder für sich selbst verantwortlich, Gesundheit wird zur persönli-

chen Pflicht, weil der Staat nicht länger bereit ist, das Wohlergehen seiner Bürger durch generelle soziale Fürsorge aufrechtzuerhalten. Wenn der Betroffene nicht mehr in der Lage ist, dieser Pflicht nachzukommen, wird er überflüssig und verwirkt damit sein Lebensrecht. Das, was die Ausstellung an Neuem und bisher nicht Gesehenem zeigt, ist nicht weniger erschütternd als alte und bekannte Szenen des Terrors im Dritten Reich. Wie Walter Wuttke-Gronenberg, der die Projektgruppe in Tübingen geleitet hat, immer wieder betont, soll diese Ausstellung nicht nur für etwas Gewesenes stehen, sondern sie soll uns alle anregen, ähnliche Entwicklungen im heutigen Gesundheitswesen rechtzeitig zu erkennen und engagiert zu verhindern.

Nächste Ausstellungstermine:

29.2. — 25.3.

GL München

28.3. — 29.4.

GL Freiburg

evtl. unterbrochen vom

31.3. — 1.4. Für den Tü-

binger Kongreß „Ärzte

gegen Atomkrieg“

2.5. — 21.5. DGSP-

Gruppe Konstanz

23.5. — 6.6.

Stadt Heidenheim



Schnell, aber daneben

Ex-Betriebsrat aus nichtigem Anlaß gefeuert

Am Städtischen Krankenhaus in Siegburg wurde ein Vertrauensmann der ÖTV geschäft, der gerade aus dem Betriebsrat ausgeschieden war. Der 32jährige Anästhesie-Arzt hatte sich besonders gegen Privatisierungspläne engagiert.

Am 4. Januar wurde Achim Teusch, bis vierzehn Tage vorher Betriebsrat in dem 400-Betten-Haus der rheinischen Kreisstadt Siegburg, zur Geschäftsleitung zitiert. Geschäftsführer Reiner „B.“ Wuttke, ein ehrgeiziger Diplom-Volkswirt und Doktorand (Thema: Privatisierung von Krankenhäusern), lud gemeinsam mit dem Personalleiter zur „Befragung“. Ein Kreuzverhör schloß sich an. Die Vorwürfe:

- Teusch habe, noch als Betriebsrat, politisches Material in der Klinik verteilt und damit „den Arbeitsplatz politisiert“.
- Mit einem ÖTV-Flugblatt zum Personalabbau soll der Arzt den Betriebsfrieden gestört haben.
- Schließlich habe Teusch gegen die Schweigepflicht des BAT verstoßen, als er in einer Unterschriftensammlung den Betriebsrat aufforderte, eine Vereinbarung zur Cafeteria-Preiserhöhung zurückzunehmen.

Kurz vor Ablauf der 14-Tage-Frist, am 17. Januar, erhielt Teusch, mittags um 12 Uhr, die Kündigung. Vier Stunden hatte er Zeit, den Arbeitsplatz zu räumen. Seither gilt ein Hausverbot.

Ob die Vorwürfe allerdings dem bereits laufenden Verfahren vor dem Arbeitsgericht standhalten, gilt als sehr fraglich.

- Das verteilte „politische Material“ besteht aus Unterlagen, die Teusch den Mitgliedern einer betrieblichen Friedensinitiative



Als Betriebsrat mehr zum Aufwecken als zum Einschlafen gut: Anästhesist Achim Teusch

mitbrachte — außerhalb der Dienstzeit und auf Wunsch der Teilnehmer. Ein Mitglied der Initiative heftete ein Blatt an die Stations-Pinnwand. Erst einen Tag nach der „Befragung“ fand sich jemand bereit, das Blatt als „störend“ zu empfinden; die Pflegedienstleiterin, die außerdem zum Zeitpunkt des „Vorfalls“ — er lag schon drei Wochen zurück — in Urlaub war.

- Das ÖTV-Flugblatt zum Personalabbau, vom 19. Dezember, gab lediglich die eigenen Ankündigungen der Krankenhaus-GmbH wieder und kündigte weitere Aktionen der Gewerkschaft an.

- Mit einer Unterschriftensammlung hatte der ÖTV-Mann den Betriebsrat aufgefordert, die neue Vereinbarung zu den Cafeteria-Preisen zu kündigen, weil sie eine „Preisgleitklausel“ enthielt — einen Freibrief für weitere Erhöhungen. Damit soll Teusch Informationen aus seiner Zeit als Betriebsrat verwertet

haben, die unter den Schweigepflichtparagraphen (§ 9) des BAT fallen — ein Delikt, das allenfalls mit der Absetzung als Betriebsrat geahndet werden darf.

Der Verdacht liegt nahe, daß Teusch weniger wegen der genannten „Vorfälle“ aus den letzten drei Wochen vor dem 4. Januar gefeuert wurde, als vielmehr wegen handfester Tatsachen, die er als Betriebsrat geschaffen hatte, die aber nicht zum Kündigungsgrund taugen.

Bei seinen Plänen, das Krankenhaus nach und nach zu privatisieren, war Geschäftsführer Wuttke immer wieder mit Teusch aneinandergeraten.

Anfang 1981 wurde das Siegburger kommunale Krankenhaus in eine GmbH umgewandelt. Der neue Geschäftsführer machte sich schnell an die Verwirklichung von Plänen, die er an seiner vorherigen Arbeitsstelle, der Uniklinik in Bonn, nicht hatte verwirklichen können.

Die GmbH trat bald darauf aus dem kommunalen Arbeitgeberverband aus, weil ihr dessen Vereinbarungen zur Unkündbarkeit nicht paßten. Daß bei der Gelegenheit weder die Abkoppelung vom BAT, noch die Teilübergabe an kirchliche Träger — die Malteser — klappte, verdankte Wuttke wesentlich den Aktivitäten des lästigen ÖTV-Manns, der weite Teile der Belegschaft auf die Beine brachte.

Die Unkündbarkeit blieb allerdings aufgehoben. Um die Krankenhauswäscherei an eine private Firma, die „Clinica“ in Düsseldorf, verkaufen zu können, mußte Wuttke siebzehn Beschäftigte, meist Frauen zwischen 45 und 60 Jahren, loswerden. Sie gerieten in die Mühle des „Interessenausgleichs“: Gespräche mit Geschäftsführer und Personalleiter über Vermittlung, Abfindung, Übernahme. Das Angebot der neuen Firma: Sechs Stunden täglich im Akkord bei einem Nettolohn unter dem Sozialhilfe-Niveau. Als die Frauen — in enger Abstimmung mit dem rührigen Betriebsrat — hart blieben und das Hin und Her zum öffentlichen Ärgernis wurde, zog die „Clinica“ ihr Angebot zurück. Wuttke blieb auf seiner Wäscherei sitzen, die Frauen auf ihrem Arbeitsplatz.

Nicht zu Unrecht machte die Geschäftsleitung vor allem Teusch als Urheber ihrer Niederlagen aus. Während seiner Tätigkeit in Siegburg war die ÖTV-Gruppe um ein Vielfaches gewachsen. Aber als Betriebsrat war Teusch vor ordentlicher Kündigung geschützt.

Bis zum 21. Dezember, dem Tag seines Rücktritts, faktisch auch vor einer „außerordentlichen“: vorher hatte der Rest-Betriebsrat auch zum fristlosen Hinauswurf die Zustimmung geben müssen.

Der Schnellschuß scheint daneben gegangen zu sein: Der Betriebsrat stimmte der Entlassung nicht zu. Eine Unterschriftensammlung brachte neue Rekorde: zweihundert von fünfhundert Betriebsangehörigen, sogar vier Oberärzte, unterschrieben. Von der erhofften Ruhe ist das Siegburger Krankenhaus weiter denn je entfernt. Und die wäre für die Privatisierungspläne wohl nötig. Die Wachsamkeit der Belegschaft dürfte gegenwärtig wohl kaum zu übertreffen sein. Nicht einmal vor Teuschs Anblick kann Geschäftsführer Wuttke sicher sein: Als ÖTV-Vertrauensmann kann Teusch jederzeit zu Betriebsversammlungen zugezogen werden.

nm

Der seit langem erwartete „Putsch“ in der Berliner Ärztekammer hat am 12. Januar stattgefunden: Mit knapper Mehrheit wurde Vizepräsident Helmut Becker, Mitglied der links-alternativen „Fraktion Gesundheit“, gestürzt. An den Mehrheitsverhältnissen hat sich indessen nichts geändert.

Becker war vor einem Jahr mit 47 Stimmen zum Vizepräsidenten der Kammer gewählt worden. Die Koalition aus „Fraktion Gesundheit“ und der Liste der Hausärzte hatte jedoch zu keinem Zeitpunkt über die absolute Mehrheit der Delegierten verfügt. Daß für die Wahl Beckers und des Präsidenten, Dr. Peter Krein von den Hausärzten, eine Mehrheit von nur 47 Stimmen ausreichte, lag an einer ungültigen Stimme. Das Ergebnis überraschte seinerzeit vor allem, weil drei von elf Hausärzte-Delegierten der Koalition von Anfang an ihre Unterstützung versagt hatten.

Ärztekammer Berlin		
Liste	Fraktion	Sitze
1	„Fraktion Gesundheit“ (ÖTV, Marburger Bund, Gesundheitsladen)	37
2	Öffentlicher Gesundheitsdienst	3
3	Hausärzte (BPA)	11
4	Fachärzte	20
5	„Liste Krankenhaus und Praxis“ (Chefarzt-Riege)	23
		94

Daß Becker überhaupt so lange im Amt blieb, wird zum einen der geringen Anwesenheitsmoral seiner Gegner auf Delegiertenversammlungen zugeschrieben, zum anderen der Tatsache, daß die Fach- und Chefarzte die stärkste Fraktion für Entscheidungen brauchten, für die die Satzung Anwesenheit von zwei Dritteln der Delegierten fordert. Als wichtige Anträge zum Versorgungswerk und zur Beitragsordnung bis Ende November erledigt waren, folgte im Dezember prompt der Mißtrauensantrag gegen Becker.

Kammer-Putsch

Vizepräsident der Berliner Ärztekammer abgewählt

Beinahe wäre der Plan, der vor allem von der Chefarzt-Riege unter dem ehemaligen Kammerpräsidenten und Ex-SA-Arzt Professor Wilhelm Heim und der Liste der Fachärzte betrie-

Ausscheiden aus der Gefängnismedizin in Zehlendorf als Jugendpsychiater niedergelassen hatte, von Kollegen aus dem Bezirk mit Anrufen bombardiert. Wohl angesichts der Tatsache,



ben wurde, noch gescheitert. Bei der Antragstellung am 15. Dezember erklärte der Facharzt Dr. Hilsberg, er werde sich an den Machenschaften gegen Becker nicht beteiligen. Hilsberg war Gefängnisarzt gewesen, als der Justizsenator bei der „Betreuung“ von Terrorismusverdächtigen Hungerstreikenden seine Kontroversen mit der Vollzugsmedizin ausfocht, in deren Verlauf sich ein Moabiter Gefängnisarzt das Leben nahm. Die Knastmediziner hatten damals Unterstützung von Becker erfahren, nicht aber vom Chefarzte-dominierten Kammervorstand. Hilsberg nahm schließlich den Hut.

Nach seiner Erklärung auf der Delegiertenversammlung wurde Hilsberg, der sich nach seinem

daß ein erst seit anderthalb Jahren niedergelassener Arzt, besonders ein Psychiater, auf Überweisungen von Kollegen angewiesen ist, trat Hilsberg schließlich als Delegierter zurück.

Dr. Grimm von der Liste „Öffentlicher Gesundheitsdienst“, der sich bei Beckers Wahl noch enthalten hatte, fühlte sich „unter Druck gesetzt“, so daß er, nach seinen Worten, „in den sauren Apfel“ biß und das Mißtrauensvotum unterstützte. Die Koalition dagegen hielt. Die beiden Vertreter des Marburger Bundes innerhalb der Fraktion Gesundheit ließen sich vom Kölner Vorstand ihres Verbandes nicht beeindrucken und festigten die Außenseiterrolle der Berliner im

Bund. Auch ein Gespräch mit Hoppe in Köln, zu dem beide im Herbst zitiert wurden, konnte daran nichts ändern.

Trotz der schwierigen Bedingungen konnte die Koalition aus „Fraktion Gesundheit“ und Hausärzten einiges von ihren Zielen erreichen. Das besondere Augenmerk Beckers hatte der Umweltmedizin gegolten, wo es zu regelmäßigen Besprechungen der verschiedenen Einrichtungen kam. Ziel ist die Bestandsaufnahme des Themas in Aus- und Fortbildung, langfristig die Schaffung eines „Arztes für Umweltmedizin“. Noch am Abend vor seiner Abwahl konnte Becker einen Arbeitskreis zum Thema ins Leben rufen.

Die Förderung der Allgemeinmedizin, die Hausärzte und Fraktion Gesundheit zusammengebracht hatte, wurde nicht beherrschend. Becker, selbst Internist mit Schwerpunkt Nephrologie, schwebt als Modell der sogenannte „Institutsvorschlagen“ vor, bei dem verschiedene Praxen an ein Mutterinstitut an der Freien Universität angeschlossen werden und sich, bei Selbständigkeit und gemischter Finanzierung, selbst beforschen. Die Poliklinik war kein Thema. Becker zu dg: „Die heilige Kuh sollte geschlachtet werden.“

Den besonderen Unwillen der konservativen Kammer-Mehrheit hatte Becker jedoch vor allem mit seiner Arbeit zur Berliner Medizin im Nationalsozialismus erregt. Ärger machte auch eine Pressekonferenz der Liste zu Verletzungen bei Polizeieinsätzen, obwohl Becker dabei gar nicht anwesend war. Auf scharfe Ablehnung schließlich stieß ein Antrag, Ärzte sollten mit 65 Jahren ihre Kassenzulassung abgeben, um Jüngeren Platz zu machen.

Der 43jährige Becker rechnet damit, auch in Zukunft noch Anträge durchzubekommen und die Zusammenarbeit mit den Hausärzten fortsetzen zu können. Für die nächsten Wahlen in drei Jahren ist er zuversichtlich: „Bis dahin sind 2000 junge Ärzte von der Uni in die Kammer eingetreten.“



„Hält man sich an den Sinn der Vereinbarungen, so dürften natürlich im Augenblick bei der großen Zahl von voll stillenden Müttern keine Proben mitgegeben werden.“

Professor Eberhard Schmidt, Düsseldorf

An über 400 Wöchnerinnen des „Montreal General Hospital“ konnte nachgewiesen werden, daß die kleinen Geschenke der großen Industrie ihr Wirkung nicht verfehlen — zum Nachteil der Säuglinge. Über eine kanadische Studie zur Baby-Fertignahrung führte dg eine Kontroverse mit dem „Bundesverband der Diätetischen Lebensmittelindustrie e.V.“.

„Von einer der schlimmsten Krankheiten des Säuglingsalters, dem Brechdurchfall, bleiben sie meist, selbst in heißen Jahreszeiten, verschont ... Da auch die Erkrankungsziffer und die Sterblichkeit, wie durch Zählung nachgewiesen wurde, günstiger sind, so hat immer das Brustkind mehr Aussicht, die Kindheit zu überstehen, als das Flaschenkind.“

Im selben Buch, in dem Sanitätsrat Dr. L. Fürst seine Kenntnisse über Kinderheilkunde Anfang dieses Jahrhunderts niederschrieb, durfte geworben werden: „Das älteste und bewährteste Ersatzmittel der Muttermilch, sehr leicht verdaulich, verhütet Erbrechen und Diarrhoe ... NESTLE'S KINDERMEHL — seit 35 Jahren.“

In den zwanziger Jahren wird der Kinderarzt Prof. Dr. J. Trumpp in seinem Bändchen über Säuglingspflege noch direkter:

„In einzelnen deutschen Bezirken angestellte, besonders eingehende Nachuntersuchungen haben ergeben, daß die Sterblichkeit der Brustkinder siebenmal geringer ist als die der Flaschenkinder, daß im besonderen die Sterblichkeit an den gefürchteten Verdauungsstörungen bei den Brustkindern eine um das Achtfache geringere ist als bei den künstlich ernährten Säuglingen.“

Die beiden Bilder, mit denen er den Tatbestand drastisch illustrierte, würden, heute veröffentlicht, der Polemik gescholten. Die Nahrungsmittelindustrie würde auf die erheblichen Fortschritte in der Herstellung und Zusammensetzung verweisen, sie würde sich selbst noch einen Orden für hervorragende Informationsarbeit unter den Wöchnerinnen verleihen und zum Beweis Hunderte von glanzvollen Broschüren vorlegen.

Bei kritischer Durchsicht allerdings blättert der Lack ab: Bei den Hippon-Werken schrumpft die Stillempfehlung, die ganze zwei Sätze der Broschüre „Ihrem Baby zuliebe“ ausmacht, auf „wenigstens in den ersten Lebenswochen“ zusammen. Im „Alete-Buch“ handelt immerhin eine von zweiundzwanzig Ernährungsseiten vom Stillen. Allerdings wird die fertige Säuglingsnahrung zunächst über den Klee gelobt („genau das Richtige“), ehe die Vorteile des Stillens in lapidarer Kürze umrissen werden. Milupa spart in seinem „Ernährungsprogramm — gesunde zufriedene Kinder“, das Stillen vollends aus. Prof. E. Schmidt, Vorsitzender der Kommission für Ernährungsfragen bei der Deut-

Aus Werbebroschüren der Hersteller

Kleine Geschenke

Probepäckchen für Baby-Fertignahrung
Studie aus Kanada wird hier ignoriert

Nestle's Kindermehl

**enthält beste
Schweizermilch.**

schen Gesellschaft für Kinderheilkunde gegenüber dg: „Bei kritischer Durchsicht der im allgemeinen von den Firmen angebotenen Werbeschriften findet man leider viel Fehlerhaftes, insbesondere ist auch die Stillwerbung, welche heute von allen Firmen mitgeliefert wird, eine äußerst halbherzige Angelegenheit.“

Halbherzig ist noch eine durchaus höfliche und zurückhaltende Formulierung angesichts der Tatsache, daß über die gravierenden Nachteile der industriell gefertigten Säuglingsnahrungen in all den schönen Werbebroschüren kein Wort verloren wird.

desquote, auf Muttermilchmangel zurückzuführen. Es wundert nicht, daß diese Fakten in den Vielfarbbroschüren der Industrie, die nur von glücklichen Kindern und mannequinähnlichen Müttern strotzen, keine Erwähnung finden. Unbillig wäre es sicher auch, den Hinweis zu verlangen, daß nach Angaben der UNICEF jährlich etwa eine Million Kinder in der Dritten Welt an den Folgen der Flaschenernährung sterben.

Verwunderlich, wenn nicht gar ärgerlich ist aber, daß wichtige Meldungen über die Schadstoffbelastung der Muttermilch von der Tagespresse begierig aufgesogen werden, ohne daß

Weil auf der Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde im September 1983 keiner der vielen Nahrungsmittel-Referenten diese Studie kannte, schrieb dg die wesentlichen Hersteller (Aponti, Alete, Humana, Milupa, Hipp und Nestlé) an, mit der Frage, ob sie — als Konsequenz aus der Studie — die Produktwerbung bei Wöchnerinnen einstellen würden. Im Einvernehmen mit den Herstellern antwortete Heinz Wenner vom „Bundesverband der Diätetischen Lebensmittelindustrie“. Er attestierte der Studie „erhebliche methodische und konzeptionelle Fehler“, „unsaubere Datenerhebung“, „einseitige Signifikanzberechnung“, „statistische Tricks“, durch die „lediglich signifikante Unterschiede bei bestimmten Untergruppen festgestellt wurden“. Zudem verwies er auf die Verantwortung der jeweiligen Klinikchefs, die geltenden Vereinbarungen mit der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde sowie die Wettbewerbsregeln des eigenen Bundesverbandes, die die Probenabgabe nur bis maximal „300 ccm verkehrsfertiger Säuglingsnahrung“ zuließen. Als „Nachweis einer Stillfeindlichkeit von Probepackungen in Kliniken“ könne die Lancet-Studie keinesfalls dienen, resümierte er.

„Auffälligkeiten“, mit denen die diätetische Industrie der Lancet-Studie die Beweiskraft abspricht, finden sich freilich weit eher in deren eigener Stellungnahme. So verbirgt sich hinter dem gewichtigen Vorwurf an die Adresse der kanadischen Mediziner, die „Signifikanzbe-

rechnung“ sei „einseitig“, nichts als die — im Zusammenhang absurde — Kritik, daß nicht die mögliche *Verlängerung* der Stilldauer durch das Verteilen von von Probepackungen erfragt worden sei. Statt auf detaillierte Einwände gegen ihre erste Stellungnahme einzugehen, ließen die Hersteller von Fertignahrung lieber die „biometrische Stellungnahme“ eines Statistikinstituts zitieren, in der der Lancet-Studie nun auch „erkenntnistheoretische Auffälligkeiten“ attestiert werden.

Vom Blick auf das Wesentliche leiten derlei Einwände eher ab: Die Vereinbarungen zwischen der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde und der Industrie besagen, daß jeder Mutter eine einmalige Portion derjenigen Milchnahrung als Probe angeboten werden darf, die die Mutter ihrem Kind füttert. Zudem dürfen Probenverteilungen frei Haus bis zum dritten Lebensmonat nicht durchgeführt werden. Das heißt aber, daß einer stillenden Mutter *keine* Fertignahrungsprobe angeboten werden darf! Dies aber passiert täglich und wahrscheinlich überall.

In diese Wunde mehrere Finger zu legen, ist sicherlich eine Aufgabe aufmerksamer Eltern, aber auch verantwortungsbewußter Schwestern und Ärzte in Neugeborenen-Abteilungen, die nicht bereit sind, für kurzfristige Vorteile (billigere Säuglingsnahrung, Kosmetika, Seifen und Bademittel etc.) langfristig erhebliche Nachteile für die Kinder in Kauf zu nehmen.

Ulli Raupp

Literatur bei der Redaktion

— große Wirkung

alten vom Stillen ab

„Kinderärzte ernähren sich vom Durchfall der Säuglinge“, witzeln Kolleginnen und Kollegen anderer Fächer nicht ohne Häme. Sieht man sich auf Säuglingsstationen nichtspezialisierter Abteilungen um, so wird die Diagnose der akuten Ernährungsstörung oder der Dyspepsie zu den häufigsten gehören. Fragt man weiter, so wird sich hierunter kaum ein Kind finden, das gestillt wird. Aber nicht nur „einfache“ Durchfälle oder kurzzeitiges Erbrechen, das gerade bei jungen Säuglingen — aufgrund des großen Austrocknungs-Risikos oft schon zu belastenden Krankenhausaufenthalten führt, sind Folge von Nicht-Stillen. Wie auch jüngere Veröffentlichungen zeigen, ist die sogenannte „schwere protrahierte Säuglingsdiarrhoe“, eine Krankheit der ersten drei Lebensmonate mit sehr hoher To-

über die gravierenden Nachteile der Flaschenernährung ein Wort verloren wird.

Ebenso wenig Resonanz hat eine große wissenschaftliche Studie aus Kanada gefunden. Am Montreal General Hospital, einem großen Lehrkrankenhaus der McGill Universität, wurde mit 406 Müttern eine kontrollierte Studie über ihr Stillverhalten und den Einfluß von Werbemaßnahmen der Nahrungsmittelindustrie durchgeführt. Gedruckt wurde sie in der renommierten Fachzeitschrift „The Lancet“, bekannt für hervorragende wissenschaftliche Veröffentlichungen. Das Ergebnis war eindeutig:

Die Wöchnerinnen, die Probepackungen und Werbematerial erhalten hatten, stillten kürzer als die Kontrollgruppe, hochsignifikant fiel das Ergebnis bei drei „Risikogruppen“ aus: Sozial Schwache mit geringerem Bildungsniveau, Erstgebärende und Frauen mit Erkrankungen, die jedoch eigentlich kein Stillhindernis bilden würden.



Ein „Flaschenkind“ nach Professor Trumpp (1929)

Nachteile industrieller Fertignahrung

- Fettanteile werden schlechter ausgenutzt als bei Frauenmilchfett;
- Milchzucker wird schwerer gespalten;
- Rohrzucker- und Polysaccharidgehalt schwerer verdaulich;
- notwendiger Zuckergehalt oft geringer oder schlechter verfügbar;
- Bakterienbesiedlung des Darms — vor allem mit *Thermobacterium bifidum* — erheblich ungünstiger (Bakterienflora für Enzym- und Vitaminbildung sehr wichtig);
- Säure-Basen-Gleichgewicht im kindlichen Organismus ungünstig verschoben;
- Eisenversorgung — wichtig für die Blutbildung — deutlich schlechter;
- keine oder mangelnde Zufuhr von Immunglobulin A, von Leukocyten mit Makrophagenfunktion und von unspezifisch antiinfektiös wirkenden Substanzen wie Laktoferrin, Lysozym und Neuraminsäure — d.h. deutlich höheres Erkrankungsrisiko für Krankheiten aller Art;
- durch Zufuhr von Fremdeiweiß (Kuh) hohe Gefahr der Ausbildung einer Kuhmilchallergie, besonders bei Kindern, deren Eltern allergisch belastet sind. Möglicherweise Entwicklung von Milchasthma.



Fotos: Frommlet (2)

Land- oder Fabrikarbeiterin nun zwei Monate bezahlten Schwangerschaftsurlaub bekommt, daß Kindergartenplätze für werktätige Frauen von der Kommune, vom Betrieb oder der landwirtschaftlichen Kooperative organisiert werden und daß die regelmäßige Ernährung der Kleinen gesichert ist, wie ich selbst sehen konnte.

Das Motto der WHO, „Gesundheit für alle bis zum Jahre 2000“, ein „Minimum an medizinischer Versorgung für alle“ ist in diesem Land längst erreicht, selbst zu einem großen Teil im Süden, den die Zentralregierung in Hanoi 1975 als einen Haufen Schutt des amerikanischen Imperialismus übernahm. „Public Health Care“, ein öffentliches Gesundheitssystem, ist hier kein Novum mehr, weil das Gesundheitssystem für jeden zum Allgemeinbesitz, zum Bestandteil des öffentlichen Lebens geworden ist. Der Mediziner, der sich um „die unten“

die Amerikaner, die FAO, die Welternährungsbehörde, zu verlassen (wie sie dies momentan bei der UNESCO wgend deren angeblichem Linkskurs tun), wenn ein Bewässerungsprojekt für den Norden finanziert würde. Selbstverständlich wurde es nicht bewilligt.

Da liegt es auf der Hand, daß die Bundesrepublik Deutschland dem großen Verbündeten nicht nachsteht: trotz diplomatischer Beziehungen mit Hanoi fließt keine Mark Entwicklungshilfe in dieses Land, wo die vom Bundesministerium für Wirtschaftliche Zusammenarbeit beschworene „Grundbedürfnis-Strategie“ und „die Entwicklung des ländlichen Raumes“ sicher eher gewährleistet ist als in Kenya, Zaire, Togo oder der Elfenbeinküste, wo es auf ein paar Millionen mehr oder weniger ja nicht ankommt.

Vietnam wäre auch zu privater Kooperation mit Firmen aus dem Westen bereit. In der BRD

derklinik in Haiphong, für Soforthilfe bei den jährlichen Taifun-Katastrophen, die auch 1983 wieder verheerende Ausmaße hatten — Zerstörung von Krankenhäusern, von Krankenstationen im Norden, Seuchen, Fiebererkrankungen durch die Überflutung der Reisfelder, der Dämme, Vernichtung eines Teiles der Reisernte. In den nördlichen und zentralen Provinzen fehlt es nun an medizinischem Gerät, an Medikamenten, Decken, Kleidung.

Im November 83 wurde das neueste Projekt der Hilfsaktion Vietnam in Ha Dong, einem Industrievorort von Hanoi, eröffnet — im weiteren Sinne ein Projekt, das auch viel mit Gesundheit zu tun hat: die Eröffnung der ersten Nähfadelfabrik Vietnams. Mit einer Jahreskapazität von 10 Millionen Hand- und Maschinen-Nähadeln.

Damit kann endlich der Bedarf von 10 Millionen Haushalten, von Textilfabriken, von

det (auch) r statt

Teil

entscheidende Revolution im Gesundheitswesen Vietnams.

Gesundheit als Gesamtsumme

Fast überall in der Dritten Welt weigern sich die Ärzte und qualifizierte Gesundheitsarbeiter, aufs Land zu gehen, weil die Lebensbedingungen erbärmlich sind.

In Vietnam wurde in knapp 30 Jahren der Analphabetismus eliminiert, wurde ein Schulsystem errichtet, das keinen Unterschied zwischen Stadt und Land kennt. Durch die Reform der Landwirtschaft ist die Versorgung gesichert. Die Arbeit in einer Kommune, einem Distrikt wird auch für Ärzte attraktiv, wenngleich die Gehälter für das Gesundheitspersonal mit Fachausbildung nicht über denen von Facharbeitern liegen. Aber sie haben, wie jede Bauernfamilie in einem Kollektiv, ein Stück privaten Landes zum Anbau des Eigenbedarfs und genießen ebenfalls, in Relation zum Gehalt freilich, das Privileg der Bezugsscheine.

Wenig für unsere Verhältnisse, viel für ein solches Land ist auch, daß eine Angestellte, eine



Arbeiter in der ersten Nähfadelfabrik Vietnams.

kümmert, („care“) existiert nicht, weil dafür zu viel in den Händen der Menschen selber liegt.

Trotzdem: Vietnam braucht Hilfe

Die USA führen ihren Kampf gegen dieses Land mit anderen Mitteln weiter: Vietnam, obwohl Mitglied in Weltbank und Internationalem Währungsfonds, bekommt, wegen des Drucks der USA, von dort keinen Dollar Kredit. 1981 drohten

wird dies kaum ein Privatunternehmen wagen, weil für dieses Land die „Hermes“-Absicherungen (Risikoabdeckung durch Bonn) nicht gewährt werden. Freilich allerdings in Milliardenhöhe für Südafrika!

So bleibt es seit 18 Jahren vor allem der privaten „Hilfsaktion Vietnam“ in Düsseldorf überlassen, Hilfe für Vietnam aus Spendenmitteln zu leisten. Inzwischen für fast 80 Milliarden Mark. Noch während des Krieges für ein unterirdisches Krankenhaus, für den Bau einer Kin-

Tausenden von kleinen, privaten Nähereien und Schneidereien gedeckt werden, weil es an Devisen fehlte, Nadeln zu importieren.

Nadeln sind die Grundlage für Kleidung, für Gesundheit, denn der Winter im Norden und im Zentralen Hochland ist, für tropische Verhältnisse, sehr kalt, die Arbeit in den kalten Jahreszeiten auf den nassen Reisfeldern ohne entsprechende Kleidung die Ursache vieler Krankheiten.

Wolfram Frommlet

Vor 120 Jahren wurde die Genfer Konvention unterzeichnet: Sie legte die Neutralität der Lazarette, des militärischen Pflegepersonals und der zivilen Hilfskräfte fest.

Als Adolf Hitler vor 50 Jahren Schirmherr des Deutschen Roten Kreuzes wurde, war es vorbei mit der Neutralität.

In den 60er Jahren des 19. Jahrhunderts entwickelten sich, einer Anregung des Schweizer Dunant folgend, Bestrebungen zur Gründung eines Internationalen Komitees vom Roten Kreuz (IKRK) und zur Schaffung nationaler Rotkreuzgesellschaften.

Nach der Gründung des IKRK 1863 bildeten sich auch im partikularistischen Deutschland Männervereine vom Roten Kreuz in Württemberg (1863), in Preußen, Oldenburg, Mecklenburg-Schwerin, Hamburg und Hessen (1864), in Sachsen und Baden (1866) und in Bayern (1868). Die Gründung des Norddeutschen Bundes 1866 unter Führung Preußens führte 1869 in Berlin zur Gründung der „Gesamtorganisation der deutschen Vereine zur Pflege im Felde verwundeter und erkrankter Krieger“.

Der politischen Vormachtstellung des preußischen Staates im Norddeutschen Bund und ab 1871 im Deutschen Reich entsprach auch die im Roten Kreuz: Dem Preußischen Verein wurde übertragen, das Präsidium des 1879 gebildeten „Zentralkomitees der Deutschen Vereine vom Roten Kreuz“ zu bilden und alle laufenden Geschäfte zu erledigen. Damit lag die Führung der Rotkreuzbewegung in Deutschland von Anfang an in den Händen der preußisch-militaristischen Kräfte, die in der Folgezeit Deutschland und Europa in zwei Weltkriege stürzten.

Seiner ursprünglichen Aufgabe nach sollte das Rote Kreuz in allen Ländern Vereine bilden, um im Kriegsfall den Heeresanitätsdienst zu unterstützen. Tatsächlich wirkten sie dann auch bis zum Ende des Ersten Weltkrieges beinahe ausschließlich

als Hilfsorganisationen der Armeen.

Schon frühzeitig wiesen Persönlichkeiten wie Rudolf Virchow auf der Rotkreuzkonferenz 1869 auf die Notwendigkeit und Nützlichkeit der Rotkreuzarbeit in Friedenszeiten hin. Aber erst auf der Konferenz 1902 konnte ein Beschluß über die Tätigkeit des Roten Kreuzes in Friedenszeiten einstimmig angenommen werden. Seine Verwirklichung wurde jedoch durch den Ersten Weltkrieg verhindert.

Wesentlich unterstützt und gefördert wurde die Idee der Rotkreuzarbeit in Friedenszeiten durch die Gründung der „Liga der Rotkreuzgesellschaften“, die im Mai 1919 auf Initiative des amerikanischen Rotkreuz-Präsidenten erfolgte. Ihre erklärte Hauptaufgabe sah die Liga von ihrer Gründung an in der Tätigkeit der Rotkreuzgesellschaften in Friedenszeiten. Und wiederum machte der vom deutschen Faschismus entfesselte Zweite Weltkrieg die Verwirklichung dieses humanitären Anliegens unmöglich.

Das Deutsche Rote Kreuz (DRK) und seine Gliederungen waren seit ihrer Gründung — trotz aller Humanitäts- und vor allem Neutralitätsbeteuerungen — von der *Leitungsebene* her Bastionen junkerlich-militaristischer Politik im Kaiserreich, bürgerlich-konservativer nationalistischer Politik in der Weimarer Republik und später faschistischer Politik.

Begünstigend für die Durchsetzung nationalistischer und objektiv anti-nationaler Politik der DRK-Führungskräfte wirkte — häufig unter Mißbrauch der subjektiven Ehrlichkeit der einfachen Mitglieder — auch die soziale Zusammensetzung der Mitgliedschaft. Waren die Mutterhäuser des DRK lange Zeit Reservate für die Töchter des Adels und des Bürgertums, so rekrutierte sich der überwiegende Teil der Rotkreuzmitglieder in der Weimarer Republik und

im Faschismus aus bürgerlichen, vor allem aber aus kleinbürgerlichen Schichten und war — entsprechend der sozialökonomischen Stellung des deutschen Kleinbürgertums — in der großen Mehrheit stets geneigt, sich aus politischer Labilität heraus der jeweiligen politischen Entwicklung anzupassen.

Unter diesen Aspekten richteten die Führungskräfte des DRK im Kaiserreich die Landesverbände vorrangig für den Einsatz in imperialistischen Kriegen aus und setzten in der politischen Beeinflussung der Mitglieder gezielt nationalistische, chauvinistische und — besonders über den „Frauenverein vom Roten Kreuz für Deutsche über See“ — kolonialistische Akzente.

Das Scheitern der Novemberrevolution 1918 spiegelte sich auch in der Rotkreuzarbeit wider: Personelle Veränderungen in den Führungsstäben des DRK erfolgten nicht, man stellte sich auf die jeweiligen politischen Kräfteverhältnisse entsprechend ein. In den verschiedenen politischen Entwicklungsphasen der Weimarer Republik unterstützten die DRK-Führungskräfte die imperialistische Politik der herrschenden Klasse.

So politisch und organisatorisch vorbereitet, gelang es der DRK-Führung relativ schnell und weitgehend konfliktarm, die Masse der DRK-Mitglieder in das faschistische Machtgefüge zu integrieren. War der Zeitraum von 1933 bis 1937 für das DRK die Periode der offenen Faschisierung, so wurde es — besonders nach dem Gleichschaltungsgesetz von 1937 — zu einer Organisation, die eng mit dem Faschismus liiert war. Dieser Entwicklungsprozeß endete — zumindest rotkreuzgeschichtlich — mit der Auflösung des DRK als einer dem Faschismus verbundenen Organisation durch das Gesetz Nr. 2 des Alliierten Kontrollrates, dem Selbstmord des „Geschäftsführenden Präsidenten des DRK“, Reichsarzt SS Grawitz, und der Hinrichtung des DRK-Präsidenten,

Professor Gebhardt, im Rahmen des Nürnberger Ärzteprozesses 1947.

Im Gegensatz zum Arbeiter-Samariter-Bund, zum „Verein sozialistischer Ärzte“, zu einer Reihe karitativer Hilfsorganisationen blieb das DRK nach 1933 voll funktionsfähig bestehen. In Fortsetzung der deutsch-nationalistischen, antikommunistischen und pro-imperialistischen Politik konnte der Präsident des DRK seit der Kaiserzeit, der Rittergutsbesitzer von Winterfeldt-Menkin, bereits am 4. Mai 1933 in der DRK-Presse verkünden:

„Die nationale Erneuerung des Reiches unter der Führung des Reichskanzlers Adolf Hitler hat im gesamten Deutschen Roten Kreuz lebhaften Widerhall gefunden. Ich habe die selbstverständliche Erklärung abgegeben, daß das (DRK) die Ziele der nationalen Regierung zu den seinen macht und sich ihr mit allen Gliedern für die Arbeit an Deutschlands Erneuerung zur Verfügung stellt. Eine solche Haltung sei für das (DRK) ... aus seiner Gepflogenheit in Krieg und Frieden und seiner unbedingten Verpflichtung zum Dienst an der Nation von selbst gegeben“.

Dieser Erklärung, ohnehin für das gesamte DRK abgegeben, stimmten die Führungskräfte des Verbandes „Deutscher Mutterhäuser vom Roten Kreuz“, Cornelia Hoetzsch als Vorsitzende und Generaloberin Tomitius, noch einmal nachdrücklich zu. Und die Generaloberin von Oertzen forderte 1938 sogar: „Jedes Mutterhaus des DRK soll eine Pflegestätte und Keimzelle nationalsozialistischen Wollens und Glaubens sein.“

Und den Faschisierungsgrad in den Führungsgremien des DRK schätzte v. Winterfeldt-Menkin im Mai 1933 durchaus richtig so ein:

„Der Herr Reichsminister des Innern hat mir die Anregung gegeben, überall dort, wo es nicht geschehen sein sollte, Mitglieder

In memoriam

„Braunes Kreuz“

Das DRK in der Nazi-Zeit

der NSDAP zu bitten, in die Vorstände der Vereine einzutreten. Ich glaube kaum, daß es noch einer solchen Bitte bedarf, da ich wohl voraussetzen kann, daß ohnehin ein sehr großer Teil der Mitglieder in den Vorständen und Vereinen zu den Anhängern und Mitgliedern der NSDAP zählt.“

Diese Geisteshaltung, letztlich das Ergebnis der politischen Tätigkeit der DRK-Führungskräfte in der Weimarer Republik, ist in mehrfacher Hinsicht aufschlußreich. Die Treue-Erklärung des DRK-Präsidenten kam nach dem Ermächtigungsgesetz, nach Einrichtung der ersten KZs, nach dem De-facto-Verbot der KPD, nach der Zerschlagung der Gewerkschaften und nach dem ersten großen Boykott jüdischer Geschäfte, Ärzte, Firmen, Rechtsanwälte.

Man wende nicht ein, diese Erklärung sei reine Routine gewesen. Auch für die Führungskräfte des DRK hatte die „Mitarbeit an Deutschlands Erneuerung“, die „Verpflichtung zum Dienst an der Nation“, die Niederschlagung der Arbeiterklasse, die Verfolgung der Kommunisten und die Ausschaltung der Juden zur Voraussetzung. Wie



keine andere Organisation ähnlicher Struktur, die sich jahrzehntelang demagogisch als politisch neutral ausgegeben hatte, konnte das DRK bereits nach drei Monaten faschistischer Diktatur die weitgehende Faschisierung seiner Führungskräfte aller Leitungsebenen melden.

So verwundert es auch nicht, daß sich die DRK-Führung gegen die proletarische Gesundheitsorganisation, den ASB, en-

gagierte. Im Mitteilungsblatt des DRK vom 1. August 1933 hieß es dazu:

1. Die Überführung des (ASB) in das (DRK) muß bis zum 1. September 1933 abgeschlossen sein;
2. In den Ländern und Orten, wo der ASB schon aufgelöst und das Sanitätsmaterial beschlagnahmt ist, bleibt es dabei. Freiwerdendes (!) Sanitätsmaterial ist den Sanitätsdienststellen der

SA und der SS zu übergeben; 3. An Orten, an denen Sanitätskolonnen des Roten Kreuzes bestehen, werden die Mitglieder, soweit sie geeignet sind (gesperrt v. Verf.) und es wünschen, in die Rotkreuzkolonnen aufgenommen. Das Sanitätsmaterial ist, soweit es von den örtlichen Sanitätskolonnen des Roten Kreuzes nicht benötigt wird, den Sanitätsdienststellen der SA zu übergeben.“

Um nicht mißverstanden zu werden: Niemand macht dem DRK und seiner Führung den Vorwurf, daß die Organisation im Faschismus existierte. Der berechtigte Vorwurf — besonders gegenüber den Führungskräften des DRK — aber geht dahin, daß man von dieser Seite eine Massenorganisation mit humanitärer Zielstellung bewußt auf eine nationalistische, anti-kommunistische und letztlich antihumanistische Position festlegte und somit von Anfang an die Masse der einfachen und subjektiv ehrlichen DRK-Mitglieder irreführte, sie in das faschistische Terrorregime integrieren half und ihren Mißbrauch für menschenfeindliche Ziele ermöglichte.

Siegfried Parlow

Wäre ein eigenes Zuhause nicht schöner für das Kind, das Sie mal haben möchten?

Fast alle jungen Familien wünschen sich früher oder später Kinder. Das liegt in der Natur des Menschen.

Tatsache ist aber auch, daß unsere Mietwohnungen und die Umwelt oft nicht gerade kinderfreundlich sind: Fahrräder im Flur verboten! Spielen zwischen 12 und 15 Uhr untersagt! Wer lauter lacht als vorgeschrieben, riskiert oft einen bösen Blick. Deshalb sollten Sie so früh wie möglich an ein eigenes Zuhause denken. Mit einem großen Kinderzimmer, mehr Freiraum für alle, mehr Spaß am Leben, mehr Sinn.

Dieses „Mehr“ an Lebensqualität kostet Sie nicht einmal viel: Ganze 3,30 DM pro 1.000 DM Bausparsumme. Im BHW-Standard-Tarif B 5.

Nehmen wir nur mal an, Sie arbeiten beide. Und jeder hat seinen eigenen kleinen Bausparvertrag. Dann können Sie zweimal die Vorteile des 624-Mark-Gesetzes nutzen. Zweimal Wohnungsbauprämie kassieren. Zweimal Anspruch auf ein zinsgünstiges BHW-Bauspardarlehen anmelden. Und so für einen Dritten schaffen, was Sie selbst vielleicht nie gekannt haben: Freiheit und Geborgenheit in vier Wänden, die Sie Ihr eigen nennen.

Wenn Ihr Gefühl Ihnen sagt, daß Sie ein wenig für die Zukunft Ihres Kindes übrig haben sollten, dann sprechen Sie mal mit uns.

Ihr BHW-Berater hilft Ihnen ganz persönlich.

BHW
BAUSPARKASSE

Auf uns baut
der öffentliche Dienst.

ÖTV: Registrierung rechtswidrig

Arbeitnehmer brauchen sich nicht für den Kriegsfall erfassen zu lassen

Hausinterne „Katastrophenabwehrpläne“ und „Notfallausweise“ verfügen über keine rechtliche Grundlage. Dennoch erfreuen sie sich wachsender Beliebtheit.

Heinrich Schmidt, Mitglied des geschäftsführenden ÖTV-Hauptvorstandes, bezeichnete derartige Versuche von Krankenhäusern als „rechtswidrig“. Die ÖTV will gegebenenfalls Musterprozesse führen und fordert alle betroffenen Mitglieder auf, sich mit ihren Rechtsschutzstellen in Verbindung zu setzen.

Als Rechtsgrundlage für die Durchführung der Registrierung wird dabei in einigen Bundesländern eine Nazi-Verordnung benutzt, die „Dritte Durchführungsvorschrift zum Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 3. Juli 1934“. In ihr heißt es unter anderem: „Das Gesundheitsamt führt Listen über diejenigen Personen, die ... Behandlung, Pflege oder gesundheitliche Fürsorge am Menschen ausüben.“ Die ÖTV sieht demgegenüber für die Überprüfung der Arbeitnehmer im Gesundheitswesen keine Rechtsgrundlage.

So hatten in der Vergangenheit etwa die Städtischen Kliniken in Kassel versucht, ihre Mitarbeiter für den „Ernstfall“ fotografieren zu lassen. Erst auf massiven Druck der Öffentlich-

keit hatte die Verwaltung ihre Absicht aufgegeben. (dg berichtet)

So offen auf den Krieg arbeiten heute nur wenige Krankenhäuser hin. Die meisten haben allerdings schon ihre Mitarbeiter — auch mit privater Telefonnummer — für den „Katastrophenfall“ registriert. Immer mehr Krankenhäuser erstellen hausinterne „Katastrophenabwehrpläne“.



Heinrich Schmidt

Wie eine Satire liest sich der Katastrophenabwehrplan des St. Josef-Krankenhauses in Essen-Kupferdreh: Nach Alarmierung durch den Telefonisten tritt die „interne Katastrophenabwehrleitung (K-Abwehrleitung)“ zusammen. Sie besteht aus Ärztlichem Direktor, Oberin und Verwaltungsdirektor, arbeitet „im Schreibzimmer der Chirurgischen Ambulanz“ und hat die oberste Weisungsbefugnis. In der Cafeteria wird eine „Personalmeldestelle“ eingerichtet; die

„Entlassung gefährdeter Patienten“ erfolgt durch die Chef- und Oberärzte. Es werden Notbetten aufgestellt. Die Aufnahme erfolgt dann nur noch über die „Krankenwagenhalle“, die inzwischen entsprechend umgebaut worden ist. „Die Sichtung (Triage) und Registrierung der Patienten erfolgt im Durchgang zwischen Krankenwagenhalle und Aufzugsvorraum sowie im Reanimationsraum. Die Triage wird vom Chefarzt und ggf. weiteren erfahrenen Ärzten (Oberärzten) und Abteilung vorgenommen.“

Inzwischen hat auch die Verwaltung der Uniklinik in Essen einen „Katastrophenabwehrplan“ zur Diskussion gestellt.

Bei ihrem Vorgehen dürfen sich die Krankenhausverwaltungen auf höhere Stellen berufen. So läßt der Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales in NRW „Empfehlungen an die Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen zu Vorsorgeplanungen für Unglücks- und Katastrophenfälle“ erarbeiten. (dg liegt ein Vorentwurf vor)

„Im Rahmen der allgemeinen Daseinsvorsorge“ möchte der Minister den Krankenhäusern empfehlen, „Einsatz- und Alarmpläne“ aufzustellen. Der Katastropheneinsatz soll durch den Leitenden Arzt, in seiner Abwesenheit durch den diensthabenden Chirurgen angeordnet werden.

Die Krankenhäuser sollen „Alarmierungslisten für das

Personal mit Namen, Funktion, Anschrift und privater Telefonnummer“ erstellen. Damit sollen dann die dienstfreien Mitarbeiter „einberufen“ werden und zu einer „zeitlich unbegrenzten Dienstbereitschaft“ verpflichtet werden. Auch die Dokumentation ist geplant. Am Bein der Patienten soll „ein Identifikationsbändchen mit der Identifikationsnummer angebracht“ werden. Selbst die Krankenhausküchen sollen „Vorbereitungen für die Verpflegung einer größeren Patientenzahl“ treffen.

Daß der SPD-Minister dabei nicht nur an „zivile“ Katastrophen denkt, sondern auch an den ABC-Krieg, zeigen Ausführungen über „Strahlengeschädigte“. So sollen „durch Kontaktgifte oder radioaktive Stoffe kontaminierte Verletzte vor der Aufnahme“ dekontaminiert werden. In den Krankenhäusern sollen dafür in der Baderabteilung behelfsmäßige Dekontaminationsmöglichkeiten vorgesehen werden. Für das Personal sollen „Einmal-Schutzanzüge“ beschafft werden.

Dafür brauchen dann allerdings die vorhandenen Hilfskrankenhäuser und die Ersatzhilfskrankenhäuser in „Kuranstalten, Sanatorien, Jugendherbergen, Erholungsheimen, größeren Hotels und Pensionen“ nur bei „ganz außergewöhnlichen Situationen“ in Betrieb genommen werden.

Walter Popp

Die Katastrophenpläne stoßen überall auf Widerstand



Streit um Grass

KONGRESS BERICHTE

Arbeitsseminar der IPPNW am 21./22. Januar in Mainz

Das Arbeitsseminar am 21./22. Januar 1984 in Mainz war das erste überregionale Treffen der „Internationalen Ärzte für die Verhütung des Atomkriegs“ nach dem Beginn der Stationierung der neuen US-Raketen. Rund 100 Teilnehmer waren erschienen, darunter viele ältere Kolleginnen und Kollegen und insbesondere ein hoher Anteil an Frauen. Nachdem man sich erst einmal nach Regionen getroffen hatte und dabei neue Kontakte geknüpft werden konnten, ging es am ersten Tag in Arbeitskreise, unter anderem zu Katastrophenmedizin und Öffentlichkeitsarbeit. Eine eigene Arbeitsgruppe beschäftigte sich mit dem Thema Kammerbeitragsboykott (für die Ärztekammer). Die Chancen, für 1984 noch eine erfolgreiche Aktion zu starten, wurden hier wie im Ple-

num als schlecht eingeschätzt; eher hält man etwas von einer langfristig vorbereiteten Boykottaktion für 1985.

Einen großen Teil der Plenumsdiskussion am ersten Tag wie auch am zweiten nahm die Heilbronner Erklärung ein. Es war vorgeschlagen worden, die von Grass und anderen Schriftstellern veröffentlichte Erklärung — die zur allgemeinen Kriegsdienstverweigerung aufruft — zu unterstützen. Hierüber entzündeten sich lange Diskussionen. Während die einen die Unterstützung für selbstverständlich hielten, meinten andere, damit eher die konservative Mitgliedschaft zu verprellen. Anschließend setzte sich die Position durch, daß man als Arbeitsseminar nicht für die IPPNW sprechen könne. 72 der Anwe-

senden unterzeichneten die Erklärung.

Über die von der Friedensbewegung geplante Volksbefragung zur Raketenstationierung am 17. Juni wurde abschließend nicht mehr gesprochen; sie soll unter anderem Thema der nächsten Mitgliederversammlung am 12./13. Mai sein. Weiterhin bestand Einvernehmen, daß man auf dem Tübinger Kongreß zur Verhinderung des Atomtodes (30.3.—1.4.84) am Sonntagmittag eine gemeinsame Aktion machen will.

Insgesamt war das Treffen eine wichtige und angenehme Gelegenheit des Austauschs von Erfahrungen und des gegenseitigen Kennenlernens. Viele der Anwesenden sind durch die Friedensbewegung und nicht zuletzt die IPPNW erstmals zu politi-

scher Tätigkeit gekommen; dies zeigte sich in der erfrischend offenen und vielfältigen Diskussion, an der sich ein großer Teil der Anwesenden beteiligte. Das hilft natürlich der Zusammenarbeit und festigt die Mitarbeit. Andererseits zeigte sich, daß hinsichtlich des Selbstverständnisses der IPPNW doch erhebliche Unterschiede und Unklarheiten bestehen, was nicht zuletzt die lange Diskussion über die Heilbronner Erklärung bewies. Hier muß sicher noch gearbeitet werden, auch was die längerfristigen Perspektiven der IPPNW angeht — all dies konnte ja nicht einmal angerissen werden.

Aber Gelegenheit zur weiteren Diskussion findet sich bald: das nächste Arbeitsseminar findet mit der Mitgliederversammlung im Mai statt.

Walter Popp

Dritter Gesundheitstag in Bremen

Vorbereitungstreffen 20.—22. Januar in Hamburg

Nach 1980 in Berlin und 1981 in Hamburg wird 1984 wieder ein überregionaler Gesundheitstag vom 2. bis 7. Oktober in Bremen stattfinden. Dieser Beschluß wurde bereits Ende Oktober bei einem überregionalen Treffen der Gesundheitsläden getroffen. Auf einem Treffen vom 20. bis 22. Januar in Hamburg wurde jetzt über die inhaltliche Akzentuierung des Gesundheitstages diskutiert:

● Wie auf den beiden vorangegangenen Gesundheitstagen soll jede Person/Gruppe auf der „bunten Wiese“, dem „Markt der Möglichkeiten“, die Gelegenheit haben, ihr Arbeitsgebiet vorzustellen.

● Die Nachmittage sollen „Akzente“ setzen, statt Konsumierung von Vorträgen sollen Diskussionen und Kontroversen zu gesellschaftlichen, gesundheits- und umweltpolitischen Brennpunkten die Erarbeitung politischer Perspektiven fördern.

Nicht nur inhaltlich, auch organisatorisch soll dieser dritte Gesundheitstag ein anderes Gesicht bekommen:

● Der Bremer Gesundheitstag soll in die Stadtteile, zu den Betroffenen und zu den Schauplätzen lokaler Umweltskandale getragen werden.

● Der Bremer Gesundheitstag soll dezentral organisiert werden. Jeweils ein Gesundheitsladen ist für die Organisation eines Schwerpunktes verantwortlich.

Folgende Schwerpunkte sollen den Gesundheitstag in Bremen prägen:

1.) Vom Sozialstaat zur Pflicht zur Gesundheit (verantwortlich: Gesundheitsladen Hamburg)

2.) Aufstand aus dem Abseits (Gesundheitsladen Bremen und Betroffene)

3.) Die programmierte Krankheit — Neue Medien und Verdattung (Gesundheitsladen Berlin)

4.) Natur-Heilkunde Umwelt-Medizin (Gesundheitsladen Bremen)

5.) Die alltägliche Gesundheit (Gesundheitsladen Bielefeld, Hannover)

6.) Kriegsvorbereitung und Dritte Welt (Gesundheitsladen Bremen)

Detaillierte Informationen über das Vorbereitungstreffen und inhaltliche Vorstellungen zu den sechs Schwerpunktthemen sowie der jeweils neueste Stand der Vorbereitungen zum Gesundheitstag sind dem Rundbrief des Bremer Gesundheitsladens zu entnehmen (Bremer Gesundheitsladen e.V., Braunschweiger Str. 53 b, 2800 Bremen 1, Pressestelle: Tel. (0421) 498 86 34, mittwochs 16 — 19 Uhr).

Muß ich zum Schluß wirklich noch darauf hinweisen, daß Ihr nun flugs mit Themenvorschlägen und Ideen die Türen der entsprechenden Gesundheitsläden einrennen, deren Postkästen vollstopfen und Telefonleitungen blockieren sollt ... ?

Kurt Straif





Ernst Klee: „Euthanasie“ im NS-Staat, Die „Vernichtung lebensunwerten Lebens“, 502 Seiten, 38 Mark, S. Fischer Verlag, Frankfurt am Main, 1983.

Wenn es das Buch zur Euthanasie im Dritten Reich bisher noch nicht gab, dann liegt es jetzt endlich vor. Ernst Klee hat es meisterhaft verstanden, aus einer Fülle von bisher unveröffentlichten Dokumenten und Zeugenaussagen ein Buch zu schreiben, das zudem noch so lesbar geworden ist, daß man es trotz seiner circa 500 Seiten in einem Rutsch durchlesen muß. Am Schluß verhartet der Leser dennoch nicht in lähmendem Entsetzen, sondern fühlt sich von Klee zur Gegenwehr in heutiger Zeit angestachelt: „Baulicher, bürokratischer und pflegerischer Zynismus gegenüber den ‚Unbrauchbaren‘ und Leistungsgeminderten ist längst noch nicht Geschichte. Ihre gesellschaftliche Ächtung ist noch nicht Vergangenheit.“

Stark am Buch ist auch, daß der Autor die ideologischen Vorbereiter (Nietzsche, Binding etc.) aufzeigt. — Die Maßnahmen der Nazis richteten sich zunächst aber gegen die „Asozialen“ (Trinker, Hilfsschüler etc.), die „ausgekämmt“ wurden und ins KZ wanderten. Umfangreiche Sterilisierungen wurden vorgenommen. Die Vergasung von „Kranken“ schließlich wurde nach dem Überfall auf Polen 1939 zunächst fernab in Pommern und Westpreußen in die Tat umgesetzt.

Im Januar 1940 begannen die Vergasungen in vier Anstalten des Reichsgebietes, denen monatlich bis zu fünftausend Menschen — darunter Verletzte des Ersten Weltkrieges — zum Opfer fielen. Doch bald setzten Proteste der Bevölkerung ein, die katholische Kirche intervenierte öffentlich. Die Vergasungen wurden im Herbst 1941 einge-

stellt, dann aber entgegen weitverbreiteter Ansicht fortgesetzt, wie Klee nachweist. Die Opfer wurden nun in den Osten „verlegt“, ausgehungert, vergiftet und „abgespritzt“, immer ärztlich begutachtet.

Nach dem Krieg wurden nur wenige Täter zur Verantwortung gezogen, Mord-Ärzte wurden freigesprochen und durften praktizieren. Klees Ziel ist es jedoch nicht, „einzelne Täter, Helfer und Helfershelfer haftbar zu machen, die im Regelfall keine mordlüsternen Schlächternaturen, sondern angepaßte, karrierebewußte Aufsteiger und Mitläufer waren“. Das Buch zeichnet sich durch sorgfältige Recherche, eine außergewöhnlich gute Ausstattung mit Zeittafel, Quellen- und Literaturverzeichnis, zahlreichen Anmerkungen, einem Namens- und Personenregister aus, das den relativ hohen Preis letztendlich rechtfertigt.

Gunar Stempel



„Die Ziege als Säugamme und andere Ergötzlichkeiten aus dem Bücherschrank eines alten Arztes“, hrsg. v. Arwed Bouvier u. Jürgen Borchert, Eulenspiegel Verlag Berlin (DDR) 1983, 147 S. u. 20 S. Abbildungen. Preis: 8,40 Mark

Das „goldene Zeitalter“ traf für Dr. Wilhelm Hennemann (1786—1843) als Großherzoglichen Leibarzt und Geheimen Medizinalrat in Schwerin wohl zu. Die gewaltigen Einkünfte verwandte er für den Ausbau seiner Bibliothek, die ihm im Geist der Zeit als private Universität diente. Daneben trat er publizistisch selbst in Erscheinung. Seine ca. 7000 Bände umfassende Bibliothek stellte er testamentarisch den Ärzten der Stadt zur Verfügung. Ein lobenswerter Entschluß. Die Sammlung wurde der Großherzoglichen Regierungsbibliothek einverleibt und bereichert heute die sozialistisch geführte Wissenschaftliche Allgemeinbibliothek.

Bouvier und Borchert haben sich in den Beständen umgesehen und einige literarisch-medizinische Schmuckstücke ausgewählt. Die Bücher dokumentieren nicht nur praktisches, sondern auch kulturhistorisches Interesse und lassen die Medizin als gewachsene Wissenschaft erscheinen.

Die Herausgeber präsentieren aus den Beständen acht Texte der Jahre 1766—1816/19, Miszellen von K. G. Schelle „Über den Frohsinn ...“ sowie zeitgenössische Abbildungen der Jahre 1768—1828. Quellenangabe, bio- und bibliographische Anmerkungen erhöhen den Wert dieses Breviers. Im Nachwort wird der Leser mit dem nötigen Rüstzeug versehen.

Alle Autoren sind vom Geist der Aufklärung geprägt. Wie bei dem Zeitgenossen J. W. v. Goethe (1749—1832), dem Entdecker des menschlichen Zwischenkieferknochens, steht das Verhältnis von Mensch und Natur im Mittelpunkt des Interesses. Soweit medizinisch beeinflussbar, bemühen sich die Autoren um eine Verbesserung der allgemeinen Lebensumstände. Wenn wir heute vieles besser wissen und uns das Schmunzeln nicht verkneifen können, spricht das nicht gegen sie. Der Leser wird nachträglich Zeuge bei der Entwicklung der Medizin von der Magie zur Wissenschaft.

Mit dem überlegenen Abstand von rund 200 Jahren liefern die Herausgeber „einzigartige Kuriosa zur Ergötzung eines kennerischen Publikums“.

Zwierlein (1816/19) gibt der Ziege wegen ihrer Sanftheit und vortrefflichen Milch den ersten Anspruch zur Säugamme. Eine Illustration überzeugt den skeptischen Leser. Die Ziege kann den Damen als Schoß- und Reittier dienen. Einfach und billig zu halten, ist die „Ziege eine wahre Wohltäterin des schönen Geschlechts“.

Beckers (1803) „Wohlgemeinter Rat an eheliche Mädchen ...“ nennt als erste Vorsichtsregel für die Ausübung des Beischlafs, „wer ahnt es, ihn nur mäßig zu genießen“. „Eine Gattin sey daher mit ihren Gunstbezeugungen sparsam, (wenn) sie die Liebe ihres Gatten erhalten will.“ Das Für und Wider des gemeinschaftlichen Ehebetts werden ausführlich behandelt.

Masius (1814) beklagt das gestiegene Lese- und Schreibverhalten als „literarischen Luxus“. Frauen sind besonders gefährdet. Die Lese- und Schreibsucht führt zum Zerfall der Gesundheit

und des Familienlebens. Noch nie gab es so viele Ehescheidungen. Das hindert den Autor nicht, sein Verdikt literarisch zu vermitteln.

Peter Niehaus



Eugen Kogon/Hermann Langbein/Adalbert Rückerl und andere (Herausgeber): Nationalsozialistische Massentötungen durch Giftgas, 350 Seiten, 34 Mark, S. Fischer Verlag, Frankfurt am Main, 1983.

Das Buch „Nationalsozialistische Massentötungen durch Giftgas“, welches von der Euthanasie über Tötungen in den KZs bis zu den den Vernichtungslagern im Osten reicht, stellt eine von einem internationalen Team erarbeitete akribische Darstellung der Ermordungen durch Giftgas dar, wie sie bisher noch nicht existierte.

Der Ansatz des Buches ist jedoch weiter gefaßt. So ist ein Kapitel der Tarnungssprache der Akteure gewidmet, die ihre Aufgaben mit „Um- und Aus-siedlung“, „Sonderbehandlung“ u.ä. umschrieben. Dieser Ansatz wird wiederholt auch in den folgenden Kapiteln mit Einzeldarstellungen der Vernichtungslager aufgegriffen. „Zivile Lieferanten wußten Bescheid, erhielten sie doch solche Aufträge wie ‚gasdichte Türen‘ und ‚Fußboden betonieren in Gaskammer‘.“

Am Schluß versucht der Mitherausgeber Eugen Kogon auf die Frage, „wie es möglich war“, eine Antwort zu geben: „Es war die nationalsozialistische Weltanschauung, von Hitler in die Form unumstößlicher Behauptungen gebracht, die das Ungeheuerliche zur Folge hatte — den radikalsten Antihumanismus, der je in der Geschichte vorgekommen ist.“

Auch dieses Buch ist so gut ausgestattet wie das von Klee und seinen Preis wert.

Gunar Stempel

IMPRESSUM

Herausgeber

Helmut-Harald Abholz (West-Berlin), Hans-Ulrich Deppe (Frankfurt), Heiner Keupp (München), Brigitta Kotho (Riedstadt), Hans Mausbach (Frankfurt), Wolfgang Münster (Hattlingen), Christina Pötter (Gießen), Michael Rogus (Singen), Annette Schwarzenau (Hamburg), Hans See (Frankfurt), Harald Skrobles (Riedstadt), Peter Stössel (München), Ali Trojan (Hamburg), Erich Wulff (Hannover).

Redaktion

CvD: Norbert Mappes

Koordinierende Redaktion und Anzeigenverwaltung: Demokratisches Gesundheitswesen, Siegburger Str. 26, 5300 Bonn 3, Tel. 0228 / 46 82 08 (8.30 Uhr bis 12.30 Uhr, montags 19.00 Uhr bis 21.00 Uhr)

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

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

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

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

Nachdruck nur nach Zustimmung der Redaktion.

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

Die Zeitschrift „DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN“ erscheint monatlich bei:

Pahl-Rugenstein Verlag GmbH, Gottesweg 54, 5000 Köln 51, Tel. 0221/36 40 51, Konten: Postcheckamt Köln 65 14-503, Stadtparkasse Köln 106 522 38 (für Abo-Gebühren).

Abonnementrechnungen 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 4/84: 17. 3. 84.

Graphik: Christian Paulsen

Titelbild: Ingrid Hebel

Layout: Gregor Weinrich, Peter Walger, Felix Richter-Hebel, Stefan Schötzol, Norbert Mappes

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

JSSN: Nr. 0172-7091

Monatlich

Es hat zum erstenmal vier Wochen gedauert vom Erscheinen des einen dg-Hefles bis zum nächsten. Wir haben zu erstenmal unter dem eisernen Diktat eines dichtbeschriebenen Terminkalenders arbeiten müssen. Vorsorglich möchten wir schon mal für den einen oder anderen Fehler um Entschuldigung bitten.

Jedenfalls haben wir gemerkt, daß es geht, und zwar gar nicht schlecht. Weder gehen uns die Themen aus, noch haben wir bislang Nachtschichten einlegen müssen. Die nächsten Titelreportagen sind schon in Arbeit, ohne daß wir bis jetzt wo ganz genau sagen könnten, wann welches Thema an die Reihe kommt. Wir müssen jetzt flexibler sein als bei zweimonatlichem oder vierteljährlichem Erscheinen.

Aktualität

Vielleicht hat's der eine oder andere Leser gemerkt: In diesem Heft gibt es einige Berichte über Ereignisse, die gerade drei Wochen zurückliegen. Das Interview mit Frau Schleicher hat vor vierzehn Tagen stattgefunden. Das mag im Satellitenzeitalter ein mageres Ergebnis sein: Für eine Amateurs-Monatszeitschrift ist es, wenigstens für den Anfang, eine reife Leistung. Wir müssen es ja wissen.

Geld

Nach Spenden in Höhe von 640 Mark im letzten Berichtszeitraum sind diesmal 665 Mark eingegangen, über die wir uns sehr freuen und die wir dringend brauchen, um ausstehende Prozeßkosten in Höhe von jetzt noch etwas mehr als 8000 Mark zu decken.

Manchmal sind wir ganz erstaunt, wer uns unterstützt und dg wohl auch liest. Neben Ärzten, Schwestern, Pflegern haben diesmal auch eine Studienrätin i. R. und eine Chefssekretärin in ihre Tasche gegriffen. Sogar aus dem Ausland erfahren wir Unterstützung, und unser Bruder-Organ „Dr. med. Mabuse“ hat sich mit einem kämpferischen Spendenaufruf solidarisch gezeigt.

Das alles macht uns Mut, aber trotzdem bitten wir genauso kontinuierlich wie bisher um weitere Spenden, damit wir den Rest des Berges abtragen können — damit, wie einer der Spender schreibt — „Euch weiterhin solche Auseinandersetzungen möglich sind“.

Überweisungen unter dem Stichwort „Prozeßkosten“ auf das Sonderkonto Norbert Andersch, PSchA Essen, Konto Nr. 15 420-430.

dg-Kontakte

Ansbach: Birgitta Eschenbacher, Am Heimweg 17, 8800 Ansbach, Tel. (0981) 144 44; Berlin: Hermann Dittich, Grunewaldstr. 28, 1000 Berlin 41, Tel. (030) 822 63 28; Bonn: Edi Erken, Eckenerstr. 28, 5205 St. Augustin 2 (Hangelar), Tel. (022 41) 2 91 78; Bremen: Cornelia Selke, Clausowitzerstr. 25, 2800 Bremen 1, Tel. (0421) 23 43 / 1; Darmstadt: Jürgen Frohnert, Neutscher Weg 3, 6101 Modautal-Ernsthofen; Dortmund: Matthias Albrecht, Am Kuhlenweg 22, 4600 Dortmund 50, Tel. (0231) 75 38 60; Düsseldorf: Gunar Stempel, Aachener Str. 198, 4000 Düsseldorf, Tel. (0211) 15 11 87; Duisburg: Felix Richter-Hobol, 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, Tel. (0551) 3 37 10; Hamburg: Robert Pfeiffer, Kurfürstenstr. 15, 2000 Hamburg 70, Tel. (040) 656 48 45; Hanau: Hans See, Gustav-Hoch-Str. 37, 6450 Hanau, Tel. (06181) 8 39 81; Hannover: Martin Walz, Tiestestr. 19, 3000 Hannover 1, Tel. d. (05132) 90 65 57/p; (0511) 8188 68; Hattlingen: Wolfgang Münster, Marxstr. 19, 4320 Hattlingen, Tel. (02324) 6 74 10; Heidelberg: Michael Gerstner, Burgstr. 44, 6900 Heidelberg, Tel. (06221) 4 / 41 01; Karlsruhe: Claudia Lehner, Schillerstr. 54, 7500 Karlsruhe 1, Tel. (0721) 84 99 48; Kassel: Matthias Dippel, Waitzstr. 2d, 3500 Kassel, Tel. (0561) 5 49 25; Kiel: Ralf Cüppers, Saarbrückener Str. 176b, 2300 Kiel 1, Tel. (0431) 68 63 97; Klave: Ulla Funke, Steinbergen 33, 4182 Uedern, Tel. (02825) 84 24; Köln: Peter Lieberman, Memeler Str. 10, 5000 Köln 60, Tel. (0221) / 17 08; Lengerich: Jan Hendrik Herdtlass, Nidderling 3, 4540 Lengerich; Linz/Rhein: Richard Beitzel, Magdalena-Daemen-Str., 5460 Linz, Tel. (02644) 551; Lübeck: Angelis Schürmann, Stadtweide 99, 2400 Lübeck, Tel. (0451) 50 33 55; Mannheim: Werner Weindorf, Friedrichstr. 57, 6800 Mannheim, Tel. (0621) 85 54 05; Minden: Susanne Steuber, Artilleriestr. 12, 4950 Minden, Tel. (0571) 289 67; Mönchengladbach: Joachim Gill, Weichselstr. 85, 4050 Mönchengladbach 1, Tel. (02161) 48 04 27; München: Margret Lambardt, Pommerstr. 15, 8000 München 40, Tel. (089) 35 29 35; Mindelheim: Thomas Melcher, Beethovenstr. 4, 8948 Mindelheim, 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 Lohr 4, 4350 Recklinghausen, Tel. (02361) 154 53; Remscheid: Michael Sünner, Lockickerstr. 50, 5630 Remscheid 11, Tel. (02191) 552 79; Riedstadt: Harald Skrobles, Freih.-v.-Stein-Str. 9, 6086 Riedstadt, Tel. (06158) 6161; Siegen: Michael Regus, Zur Zinsenbach 9, 5900 Siegen, Tel. (0271) 768 60; Tübingen: Elke Schön, Jacobgasse 19, 7400 Tübingen, Tel. (07071) 21 27 98; Ulm: Wolf Schleicher, Ringstr. 22, 7900 Ulm Lohr, Tel. (0731) 665 44; Viersen: Sebastian Stierl, Hermann-Hellers-Str. 5, 4050 Viersen 12, Tel. (02162) 776 94.

wir
über
uns

Es spendeten:

Peter Röhling	Bonn	20,—
J. Cordus	Will (Schweiz)	50,—
Jörg Ehler	Badendorf	30,—
Frau Mettgen	Herne	30,—
Margret Lambardt	München	10,—
Ralf Kiefer	Knittlingen	50,—
I. Raupp	Bonn	100,—
W. Brummer	Freiburg	25,—
Heiner Hofmann	Bielefeld	10,—
Kay v. Olshausen	Bremen	20,—
Doris Oldenburger	Bonn	50,—
Karin Lügenbrink	Lübeck	20,—
Traude Zöllner	Berlin	100,—
Th. Scharsiel	Freiburg	100,—
Astrid Rice	?	50,—

Das nächste
Heft erscheint
am 16. März.
dg-Report:
§ 218 und die
Familienpolitik
der Regierung

N

PAHL-RUG. GOTTESW. 54 5000 KÖLN
G 2961 F 394711 336Postvertriebsstück
Gebühr bezahltKARL BOEKER
CARL VON OSSIETZKY STR. 23 A
4800 BIELEFELD 1

**Böcken tut es sichtlich weh:
Niemand hier liest das dg.**



**Und ohne alle Trisimatenten
wirbt Böck flugs einen Abonnenten.**

**Wir wollen Ihnen nicht die Therapie-
methoden von Frau Böck empfehlen.**



**Störung stellt rasch sich ein
mit Büchern von Pahl-Rugenstein.**

**Aber wir wissen:
dem dumpfen Gefühl der Isolation als
einziger dg-Leser ihrer Klinik
können Sie leicht abhelfen:
werben Sie einfach für uns!**

**Pahl-Rugenstein Verlag GmbH
Gottesweg 54
5000 Köln 51**



Ich abonniere von Januar 1984 an die Monatszeitschrift DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN zum Preise von DM 3,50 zuzüglich Porto gegen Verlagsrechnung. Das Abonnement verlängert sich um ein weiteres Kalenderjahr, wenn es nicht bis zum 30. September des laufenden Jahres gekündigt wird.

Name _____

Vorname _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

Beruf _____

Unterschrift _____

Ich erhalte für das von mir geworbene Abonnement ein Buchgeschenk. Ich habe mir das folgende Buch ausgesucht (Kurztitel bitte ankreuzen):



**Lorenz Knorr,
Geschichte der
Friedensbewegung
in der BRD, 231 S.**

☐ Knorr, Geschichte der
Friedensbewegung



**K. Platonow, Unter-
haltsame Psycholo-
gie, 360 S. mit
zahlr. Fotos u. Illu-
strationen**

☐ Platonow,
Unterhaltsame Psychologie

Bitte, schicken Sie das Buch an folgende Adresse:

Name _____

Vorname _____

PLZ/Ort _____