

dg

DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN

ZEITSCHRIFT FÜR GESUNDHEITS-
UND SOZIALBERUFE



Ärztenschwemme
Klitorisbeschneidung
Heroinentzug

der kommentar

dg-Umweltredakteur Peter Walger (33) ist Arzt am Klinikum in Münster.



Dioxin-Idylle

Es ist Dienstag, der 20. März 1984. „Wir leben in Hamburg, im Stadtteil Georgswerder. Es ist Feierabend, Zeit für eine Familienidylle. Unsere Mutter versorgt ein paar Topfblumen, ärgerlicherweise sind sie von Läusen befallen, das Mittel hat sie sich aus der Drogerie besorgt. Unser Vater streicht die neue Vertäfelung im Wohnzimmer, der Holzschutz im Schlafzimmer ist erst vier Jahre alt, der müßte noch reichen. Paul, mein kleiner Bruder, muß ins Bett, er ärgert sich schon seit Wochen über seine Pickel und verbraucht noch schnell zwei Wattetupfer mit seinem neuen Wäscherchen. Thomas, der ältere Bruder, bastelt mal wieder an seinen Radiowracks. Immer wenn er mit dem Lötkolben an Isolierungen kommt, stinkt es fürchterlich, er lernt halt noch, und zum Glück brennt das Zeug nicht. Susanne, unser allerjüngstes Familienmitglied, schläft schon lange. Mit ihren dreizehn Monaten hat sie auch ein Recht dazu. Mit dem neuen Babypuder ist es endlich mit dem dauernden Wundsein vorbei. Ob es an den Apfelsinen lag, die Mutter zuletzt gekauft hat? Dabei waren die so billig und schmeckten so gut! Aus der Kiste und den Resten von dem alten Jägerzaun haben wir übrigens letzten Samstag ein kleines Feuerchen im Garten gemacht. Der Wind stand blöd, und da war unser Nachbar sauer, wir sollten den Mist doch auf den Müll bringen, der Qualm sei ja gesundheitsschädlich.“

Es klingelt. Onkel Erich kommt zu Besuch. Ob wir ihm das Flohpulver leihen könnten, sein Dackel habe sich mal wieder diese elenden Quälgeister eingefangen, und für unsere Katze Simone bräuchten wir es ja wohl gerade nicht. Stimmt, die hatte erst vor kurzem eine Kur hinter sich. Setzen wollte Onkel Erich sich nicht — „die ollen Hämorrhoiden, ihr wißt ja ...“. Offenbar helfen ihm die Zäpfchen auch nicht mehr. Er sollte mal zum Arzt gehen.“

Die Familie '84 lebt im Dioxin. Dabei war noch nicht einmal von Flugasche und Trinkwasser die Rede. Zwei von den genannten acht Personen werden an Krebs sterben, statistisch gesehen. Bei beiden Opfern wird üblicherweise keine Krebsursache gefunden werden. Nicht nur, weil man nicht nach ihr sucht, sondern weil die Benennung einer einzelnen Krebsursache selbst theoretisch nur in Ausnahmefällen gelingen kann. Daß Dioxin Krebs macht, wissen wir spätestens seit Vietnam und aus zahlreichen Tierversuchen. Daß es Fehlgeburten und Mißbildungen verursacht, ist auch bekannt. Die Konzentrationen liegen in einer Größenordnung außerhalb unserer Vorstellungskraft.

Daß diese hochgiftigen Kleinstmengen im Bereich von Milliardstel Gramm, Anlaß zu manch plumper Verdummung sind — Motto: ein Roggenkorn in einem zwanzig Kilometer langen Güterzug voller Weizen, das soll schädlich sein? — kann die Dioxin-Debatte nicht mehr stoppen. Im Gegenteil — sie beginnt erst. Die flächendeckende Verseuchung schafft flächendeckende Unruhe. Die dg-Redaktion und der Bundesverband der Bundesverband Bürgerinitiativen Umweltschutz (BBU) bereiten für Oktober einen Dioxin-Kongreß vor. Die Aufarbeitung des aktuellen Wissens über Dioxine, über alle Bereiche der Produktion, der Verbreitung und über den Schaden, an der menschlichen Gesundheit soll im Mittelpunkt dieses ersten gemeinsamen Kongresses von dg und BBU stehen. Ein Aufruf zur Teilnahme und zur Mitveranstaltung an die anderen Umweltschutzverbände, an Bürgerinitiativen und alle Interessierte ist in Vorbereitung. Von einer intensiven Zusammenarbeit und einem ausgiebigen Erfahrungsaustausch mit Beschäftigten aus dem Gesundheitsbereich dürfte die Umweltschutzbewegung nur gewinnen, genauso wie es umgekehrt den Medizinern gut anstünde, mehr und ausführlich über die allgegenwärtige chemische Verseuchung der Umwelt Bescheid zu wissen.

Auf der Tagesordnung steht ein rigoroses Herstellungs-, Anwendungs- und Verbreitungsverbot für alle dioxinhaltigen Produkte und deren Abfall. In der Umgebung von Mülldeponien und Müllverbrennungsanlagen sowie in den Betrieben der chemischen Industrie müssen staatliche Reihenuntersuchungs-Programme durchgeführt werden, egal was sie kosten. Die großen Verursacher gehören auf die Anklagebank.

Daß es bei uns nicht zugeht wie in unserer Familie aus Georgswerder, dafür kann jeder selbst sorgen — und wenn auch um den Preis, daß die eine oder andere Laus am Leben bleibt. Die Zeiten, wo wir solches Kleingetier nur noch im Museum begucken können, kommen früh genug.

DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN

ZEITSCHRIFT FÜR GESUNDHEITS-
UND SOZIALBERUFE

Inhalt

4/84

dg-Report

Ärztenschwemme?	8
Keine Stelle für eine Dame frei	11
Zahlenlotto — Begriffsverwirrung um die Ärztenschwemme	12
„Ich kenne eine, der einen kennt“ Gespräch mit Studenten	14

Aktuelle Gesundheitspolitik

Frieden hat seinen Preis — Helfen ist Gold	20
Alle reden von der 35-Stunden-Woche — wir auch	16
Die Grünen: „Selbsthilfe unterstützen!“ Marita Wagner zum Rheumabericht der Bundesregierung	27
Schwarze Friedens-Listen? Der Fall des Krankenpflegers Becky	29
Ein bißchen aufgebauscht Menschenversuche bei den Behring-Werken	18

Frauen

Vergewaltigt, mißhandelt, verstümmelt Die Praxis der Klistorisbeschneidung	24
---	----

Internationales

Ein Menschenleben ist unbezahlbar BUKO-Kampagne	26
Cinara fordert seine Befreiung, 2. Teil Netzwerk Psychiatrie in Lateinamerika	28

Kultur

Nur noch ein müder Seufzer „Die Ärztinnen“ in Berlin	31
---	----

Historisches

100 Jahre Unfallversicherung in Deutschland	32
---	----

Frieden

„Ich denke an Katrin“ Eine Kinderkrankenschwester aus Mutlangen	30
--	----

Dokumente

Farthmann kritisiert Verschreibungspraxis	I
Rede von H.-U. Deppe auf der VDS-Demonstration II	
„Wo Pillen allein nicht helfen“ Auszüge aus dem neuen Buch von Jürgen Peter Stössel	II

Rubriken

Leserbriefe	4
Aktuelles	5
Verschiedenes	7
Kongreßberichte	33
Buchkritik	34
Wir über uns	35



35-Stunden-Woche im Krankenhaus?
Das erscheint vielen utopisch. dg eröffnet die Diskussion über die Arbeitszeitverkürzung. **Seite 16**



Im Krankenhaus Elsey bei Hagen findet akute Drogenentgiftung ohne Medikamente statt. Joachim Gill hat sich dort umgesehen. **Seite 27**



Auf der Station kämpft sie um das Leben eines Neugeborenen — in Mutlangen sah sie Waffen zur Vernichtung von Millionen Menschen. Ulrike Gründler gibt uns ihre Eindrücke wieder. **Seite 30**

Leser- Briefe

Offener Brief

Betrifft: Kongreßberichte dg 3/84
Café Krisenfest — Psychologenkongreß in Berlin

Lieber Helmut,

Dein Brief, abgedruckt unter der Rubrik „Kongreßberichte“ im dg 3/84, S. 33, reizt mich zum Widerspruch. Dein Brief gibt vor, über den Kongreß für klinische Psychologie und Psychotherapie der Deutschen Gesellschaft für Verhaltens-therapie zu berichten; faktisch gibt er jedoch nur den Inhalt einer Veranstaltung vom Mittwochnachmittag wieder. Das Leitthema „Wege aus der Krise?“ und die Zielsetzungen des Kongresses, ständiges Thema der Pressekonferenzen, werden nicht einmal angedeutet. Stattdessen endet er mit einer sehr kühnen Interpretation der Mitglieder-versammlung. Du behauptest, „die komplette Redaktionskommission wurde als symbolisches Opfer der augenblicklichen Impotenz der Therapiefor- schung geschlachtet“. Mit diesem vorletzten Absatz unterstellst Du der DGVT, sie habe auf dem Kongreß versucht, „therapeutische Lösungen für das augenblickliche Tohuwabohu auf dem wilden Therapiemarkt gesucht zu haben“. Damit verdrehst Du die inhaltlichen Diskussionen und ver- hinderst gleichzeitig eine inhaltliche Diskussion über die Themen des Kongresses.

Mir bleibt als Leser der dg und als ironisiertes DGVT-Vorstandsmitglied, das auch für die inhaltliche Vorbereitung des Kongresses mitverantwortlich war, trotz mehrfachen Lesens Deines Briefes unklar, welche inhaltlichen Positionen Dich verleitet haben, den Kongreß in einer ironischen Distanz darzustellen.

Einerseits weigerst Du Dich, die Themen des Kongresses zur Kenntnis zu nehmen, andererseits nennst Du die gesundheitspolitische Arbeit des DGVT-Vorstandes „überevorsichtige Reformpolitik“ und (dis)qualifizierst sie als „Realpolitik“ (von Dir in Anführungszeichen gesetzt).

Ich wünsche mir, daß wir gemeinsam mit anderen eine inhaltliche Diskussion zu den Fragen und Themen, die Du andeutest, in der dg führen; denn ich stelle mir vor, daß auch in anderen fortschrittlichen Verbänden um eine sinnvolle Stra-

tegie in der derzeitigen Krisensituation gerungen wird.

Aus diesem Grund möchte ich einige inhaltliche Positionen, die auf dem Kongreß dargestellt wurden, nachtragen. Erich Wulff hat versucht, den Zusammenhang zwischen materiellem Elend, sozialer Not und psychischem Leid darzustellen. Es gibt unterschiedliche Formen mit Extremsituationen umzugehen; psychisches Elend ist nicht konsequenter Weise das Ergebnis. Wulff verwies auf die psychische Situation der KZ-Häftlinge, denen es gelang, auch unter Lagerbedingungen politisch zu arbeiten und kollektiven Widerstand zu leisten. Diese Menschen überstanden das KZ psychisch eher (wenn sie es überlebten), als die Menschen, die vereinzelt wurden und zu individuellen Lösungen griffen. Es geht nach Wulff heute „in der tristen Gegenwart (darum) sich eine Zukunftsperspektive zu bewahren, auch wenn diese Zukunft nicht viel mehr ist als ein Prinzip Hoffnung“. Eine solche Perspektive wirkt dann unterstützend, wenn der Einzelne versucht, sie gemeinsam mit anderen, auf dem Hintergrund der Krisenbedingungen und mit dem Ziel diese zu verändern, anzustreben. Somit muß dieser Beitrag milgedacht werden, wenn Du vom Thema „Glück“ berichtest.

Im übrigen begreife ich nicht, wie Du die Inhalte dieses Referates ausschließlich aus der BILD zillierst. Wolltest Du andeuten, was BILD mit solchen Aussagen macht? Dann solltest Du dies deutlich benennen; ansonsten erwarte ich von der dg, das sie eine Gegenöffentlichkeit schafft und nicht Springerzeitungen zitiert.

Was hast Du Dir von dem Huster-Referat erwartet? Rezepte, wie die wirtschaftliche und soziale Krise gleich morgen gelöst werden kann? Ziel des Referates war es, im Rahmen eines „Psychologenkongresses“ eine sozialpolitische Analyse in die Diskussion einzubringen; damit auch Psychologen sich mit den Rahmenbedingungen ihrer Arbeit auseinandersetzen. Der Verweis auf die „Koalition der Reformkräfte“ ist meines Erachtens keine Gebetsformel; sondern benennt eine recht mühsame Arbeit, an der sich auch die Redaktion des Demokratischen Gesundheitswesens beteiligt. Immerhin ist es uns gelungen, während dieses Kongresses einen Teil dieser Reformkräfte an einem Tisch zu versammeln. So trafen sich Vertreter der Gewerkschaft ÖTV, der Krankenkassen, der Arbeiterwohlfahrt, der DGSP und GWG und der Liste demokratischer Ärzte, um über erste Schritte zur Umstrukturierung des ambulanten psychosozialen Bereiches zu reden. Sicher, die Lösung hat dieses Gespräch nicht gebracht; aber vielleicht war es der erste Schritt für eine „Koalition der

Reformkräfte“ im psychosozialen Bereich. Dies ist ein Teil der Realpolitik des DGVT-Vorstandes.

Schade, daß Du bei dem Kongreßfest und bei den „neuen Spielen“ versackt bist; denn Du hast vieles auf dem Kongreß verpaßt. Auch die Pressekonferenzen hast Du nicht intensiv genutzt, sonst wüßtest Du, daß sich hinter Deinem Stichwort „Computerzirkus“ — eine nette Schreibe hast Du immerhin — die brisanten Fragen nach den sozialen und psychischen Auswirkungen der neuen Medien am Arbeitsplatz verbergen. Fragen, mit denen sich die Gewerkschaften seit längerem beschäftigen. Dabei ging es nicht nur um die schon schwierigen physischen Folgen der Bildschirmarbeit, sondern um die Analyse der allmählichen Veränderung der menschlichen Kommunikation durch deren Computer und deren „Sprache“.

Die Themen zum Bereich „Neue Wege“ hast Du gänzlich verpaßt; hier wurde Abschied genommen von den Allmachtsphantasien mancher Psychologen, die dann zur „Therapeutisierung der Gesellschaft“ führen würden. Damit hast Du auch den Spannungsbogen, der den Kongreß zusammengehalten hat, nicht gesehen: geplant war eine Analyse der derzeitigen Krise und ihre sozialen und psychischen Auswirkungen; daran schloß sich der Versuch an, die Lebensziele der Menschen in der heutigen Gesellschaft zu thematisieren. Im Themenblock „Neue Wege“ suchten die Referenten und Teilnehmer nach „neuen“ Arbeitsformen, um nicht in einen „Therapeutismus“ zu verfallen. Gerade in diesem Block wurde versucht, kollektive Bewältigungsstrategien zu finden. Nachbarschaftshilfe, Selbsthilfe, soziale Stützsysteme wurden genannt, nicht als Ersatz für die staatliche Grundabsicherung gesellschaftlicher Risiken, sondern als Alternativen zu den individuellen Therapieformen der heutigen Psychotherapieschulen.

Wege aus der Krise — gelingt es uns in einer offenen Diskussion um inhaltliche Positionen diese aufzuzeigen? Wir brauchen diese Wege und Perspektiven; denn in unserem (beruflichen) Alltag werden wir täglich mit den sozialen, psychischen und physischen Folgen dieser Krise konfrontiert. Daß die Krise und diese Folgen nicht zwangsläufig sein müssen, hat Wulff in seinem Beitrag deutlich gemacht. Wird es uns gelingen, die Schritte zu einem gemeinsamen Handeln zu finden — z. B. in einer Koalition der Reformkräfte?

Dazu wünsche ich Dir und uns allen, die sich darum bemühen, viel revolutionäre Geduld.

Mit besten Grüßen
Bernhard Scholten

Zynisch

„Wann beginnt das Leben?“
in dg 3/84

Ich finde es schlicht demagogisch und ausgesprochen zynisch, wenn mit einem Ultraschallbild, auf dem kaum jemand etwas erkennen kann, und einem Zitat von Sebastian Haffner (!!) belegt werden soll, daß ein Embryo im dritten Monat einer „Qualle“ oder „Kaulquappe“ vergleichbar sei.

Ende des zweiten Monats sind bei einem ungeborenen Kind alle wichtigen Organe einschließlich Gehirn angelegt und deutlich erkennbar. In den folgenden Monaten muß das Kind eigentlich nur noch wachsen. Im dritten Monat ist ein Ungeborenes keine „Kaulquappe“, sondern bereits ein etwas unproportionierter kleiner Mensch, der auf Schmerzreize und Erschütterungen reagiert. Daran führt auch in der Diskussion um den § 218 kein Weg vorbei. Was soll der Haffner-Unsinn: „Der Mensch ist erst mit neun Monaten fertig“? — Was ist mit einem Kind, das bereits im achten Monat auf die Welt kommt? Es ist wohl soweit „fertig“, daß es lebensfähig ist. Und daß der Mensch auch mit neun Monaten noch nicht endgültig „fertig“ ist, bedarf wohl keiner weiteren Ausführung. Die Geburt ist eine Zäsur, die Entwicklung davor und danach aber geht nahtlos ineinander über, eine Grenze ist kaum festzulegen. Mit der Begründung Haffners, es handele sich bei einem drei Monate alten Ungeborenen um eine „Kaulquappe“, kann man sich alles erlauben. Eine Kaulquappe zerquetscht man auch ohne größere Skrupel, Wissenschaftler, die mit Embryonen experimentieren, werden sich die Hände reiben. „Wir sind keine Hindus“, werden sie mit Haffner und dem dg sagen und munter an ihren Reliktenbabys weiter herumbasteln.

Ich finde die neue (alte) Diskussion um den § 218 mit all ihrer moralischen Heuchelei und den Rufen, wir seien ein aussterbendes Volk, auch zum Kotzen! Es betrifft wieder und immer noch vor allem die Frauen, die aufgrund ihrer sozialen Lage gezwungen sind, all die entwürdigenden Prozeduren über sich ergehen zu lassen, wenn sie abtreiben müssen. Die ganze Diskussion paßt in eine Zeit, in der die Rolle der Frau wieder auf „Küche, Kirche, Kinder“ festgeschrieben werden soll.

Einer kritischen Zeitschrift aus dem Gesundheitswesen aber stünde es trotzdem gut an, nicht so zynisch mit so einem Problem wie der Abtreibung umzugehen und eindeutige wissenschaftliche Erkenntnisse über die Entwicklung des Menschen nicht deshalb über Bord zu kippen, weil sie vielleicht nicht so ganz ins Konzept passen.

RENATE JÄCKLE
München

Ärzte: Erkältungskrankheiten durch Schwefeldioxid

„Sofortige Schritte zur Eindämmung des Schadstoffausstoßes insbesondere von Schwefeldioxid“ hat die Arbeitsgemeinschaft der Listen demokratischer Ärzte in den Ärztekammern gefordert. Die bisherigen Erklärungen für winterliche Erkältungskrankheiten wie Vitaminmangel, Unterkühlung usw., so Dr. Winfried Beck für die Ärztelisten, gingen an der Wirklichkeit vorbei. Vielmehr sei im Winter der Schadstoffausstoß besonders groß.

Ärztemangel bei der Bundeswehr

Etwa 1.200 längerdienende Sanitätsoffiziere fehlen für die ärztliche Versorgung der Soldaten. Diese Zahl geht aus dem jetzt in Bonn vorgelegten Bericht des Wehrbeauftragten, Karl-Wilhelm Berkhan, hervor. Soldaten beklagen vor allem lange Wartezeiten für stationäre Behandlung in einem Bundeswehr-Krankenhaus und für ambulante Untersuchungen durch Fachärzte, meldet der Bericht.

34 600 Medizin-Bewerber

Von 34.600 Bewerbern für die Studienfächer Medizin und Zahnmedizin zum Sommersemester konnten nur 4.900 aufgenommen werden. 1.200 Studienplätze wurden an Bewerber vergeben, die an einem freiwilligen Test teilgenommen hatten. Darunter wurden 120 Plätze an die Besten vergeben, die restlichen 1.080 nach einer Kombination aus Testergebnis und Note. 490 Plätze wurden ausschließlich nach der Abiturnote vergeben; der erforderliche Schnitt lag je nach Bundesland zwischen 1,1 und 1,7. 2.200 Plätze gingen im Losverfahren an die Bewerber.

Hinrichtung durch Injektion

Zum wiederholten Male ist in den USA ein Delinquent durch eine Giftinjektion hingerichtet worden. Der 29-jährige James David Autry war wegen Mordes zum Tode verurteilt worden.

Gegen Hinrichtungen durch Injektion hatte die Gefangenenhilfsorganisation „Amnesty International“ protestiert.

Hebammen gegen neue Gebührenordnung

In ihrer Existenz sind nach Ansicht des Bundes Deutscher Hebammen die freiberuflichen Geburtshelferinnen bedroht, wenn ein Entwurf des Bundesarbeitsministeriums für eine neue Gebührenordnung in Kraft tritt. Der Entwurf sieht pro Entbindung eine Pauschale von 181 Mark vor; je acht Mark sollen gezahlt werden für die täglichen Krankenhausbesuche und je zwanzig Mark für die vier Hausbesuche pro Mutter. Bisher wurden pauschal 261 Mark gezahlt.

Der Berufsverband der Hebammen rechnete vor, daß sich die Anzahl der Krankenhausbesuche wegen der geringen Verweildauer der Wöchnerinnen in der Klinik auf etwa sechs reduziere; Hausbesuche müßten die Geburtshelferinnen wegen der engen Anbindung an den Klinikbetrieb meist Kolleginnen überlassen. Der Hebammen-Bund hatte 200 Mark pro Entbindung und zwölf Mark pro Klinikbesuch gefordert. Diese Forderung sei bereits ein Entgegenkommen gewesen, das längst nicht von allen Hebammen akzeptiert worden sei.

Schnapssteuer für die Suchtbekämpfung

Die Bundesregierung soll einen Teil der von ihr erhobenen Alkoholsteuer für die Bekämpfung von Suchtkrankheiten zur Verfügung stellen. Diese Forderung stellte der Caritasverband auf der Sozialtherapiewoche in Freiburg auf.

Gleichzeitig sprach sich der Katholische Wohlfahrtsverband für eine Ausweitung des familientherapeutischen Ansatzes in der Suchttherapie aus. Jede zehnte Familie sei durch die Suchterkrankung eines Angehörigen in Mitleidenschaft gezogen.

Vorerst keine Fluoridierung

Die Bundesregierung hält eine Fluoridierung von Trinkwasser oder Kochsalz zur Kariesprophylaxe beim derzeitigen Sachstand der wissenschaftlichen Diskussion nicht für geboten. Dies teilte die Parlamentarische Staatssekretärin im Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit, Irmgard Karwatzki, auf Anfrage der grünen Abgeordneten Waltraud Schoppe mit.



Memorandum zur Altenhilfe

In einem 24seitigen Memorandum haben die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege, Arbeiterwohlfahrt, Diakonisches Werk, Caritas, DPWV, Rotes Kreuz und Zentralwohlfahrtsstelle der Juden, ihre Vorstellungen zur Altenhilfe formuliert. In insgesamt neun Punkten des Memorandums wird die augenblickliche Situation beschrieben und mit Vorschlägen zur Verbesserung verknüpft. Als Ziele werden vor allem genannt die Verbesserung der pflegerischen Versorgung, ein Ausbau der Sozialhilfeleistung und eine stärkere Einbeziehung alter Leute in gesellschaftliche Aufgabenfelder.

Die Broschüre kann gegen eine Schutzgebühr von zwei Mark bezogen werden bei der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege, Franz-Lohe-Straße 17, 5300 Bonn 1.

Pseudo-Krupp-Forschung auf eigene Faust

Auf Anregung des Heddesheimer Arztes Ulrich Schäfer soll die Häufung von Pseudo-Krupp-Fällen zumindest im Rhein-Neckar-Raum jetzt exakt erfaßt werden. Gemeinsam mit einigen Kollegen sandte Schäfer an über 100 Kinderärzte im Ballungsraum Mannheim, Heidelberg und Ludwigshafen Fragebögen, in denen nach Häufigkeit und Umständen von Pseudo-Krupp-Erkrankungen gefragt wird.

Eine Häufung von Pseudo-Krupp-Erkrankungen bei bestimmten Wetterlagen und zu Zeiten, in denen der Ausstoß von Schadstoffen, besonders Staub und Stickoxiden, besonders hoch liegt, förderte erst kürzlich die Untersuchung des Darmstädter Professors Ulrich Wemmer zu Tage. Erstmals hatte der Essener Kinderarzt Dr. Berthold Mersmann Zusammenhänge zwischen Luftverschmutzung und Krupp-Husten beschrieben: In seiner Kinderarztpraxis im Essener Arbeiterviertel Borbeck beobachtete Mersmann eine Häufung von Hustenanfällen an Wochenenden, wenn die Meßstationen für Schadstoffe nicht in Betrieb waren.

Von Seiten offizieller Stellen und einiger Wissenschaftler wird nach wie vor jeder Zusammenhang zwischen Luftverschmutzung und Pseudo-Krupp bestritten.

Morddrohung

Der Hamburger Arzt Karl-Rainer Fabig ist zum wiederholten Male von Neonazis mit Mord bedroht worden. Am 3. Februar fand Fabig den folgenden Text in seinem Briefkasten: „Fabig, du Dreckiges Judenschwein ... ROTE Sau VER-RECKE ... Dein Ende ist geplant! gez. SS-Langenhorn/Für ein NEUES GROSSDEUTSCHLAND“. Das offenbar flüchtig fabrizierte Papier war mit zahlreichen Judensternen, Hakenkreuzen und Sieg-Runen bemalt. Gleichzeitig wurde Fabigs Arztschild im Vorgarten mit dem Wort „Judensau“ und einer Sieg-Runen beschriftet.

Fabig ist seit einiger Zeit vor allem durch sein Engagement in der Vietnam-Solidarität bekannt. In jüngster Zeit war sein Name in der überregionalen Presse und im Fernsehen im Zusammenhang mit den Dioxin-Funden in der Giftmülldeponie von Georgswerder genannt worden. Fabig war in dieser Angelegenheit auch selbst publizistisch tätig.

Schon 1978 wurde Fabig nach zweimaliger telefonischer Morddrohung mit dem Auto abgedrängt und zusammengeschlagen. Sein Gartenhaus und sein Auto wurden durch einen Brandanschlag zerstört.

Keine Schlepperdienste

Keinen Hinweis auf vermehrte Krankenhauseinweisungen durch Klinikärzte hat eine Untersuchung des Zentralinstituts für Kassenärztliche Versorgung (ZI) und des Wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkassen (WIdO) erbracht. In der Vergangenheit hatten die Vertreter der Niedergelassenen mehrfach den Vorwurf erhoben, Klinikärzte verordneten vermehrt stationäre Einweisungen, um die Belegzahlen ihrer Häuser hochzuhalten und so Maßnahmen zur Kostendämpfung zu sabotieren.

Wie die Studie der beiden Institute ergab, sank der Anteil der durch niedergelassene Ärzte veranlaßten Einweisungen von 77,7 auf 73,2 Prozent, während der Anteil der von Klinikärzten Eingewiesenen von 2,9 auf 7,75 Prozent stieg. Diese Veränderung der relativen Zahlen ist jedoch auf die absolute Verringerung der Einweisungen durch niedergelassenen Ärzte zurückzuführen.

Dioxin: Brief an Kohl

Einen offenen Brief an Bundeskanzler Kohl haben die fünf Mütter, in deren Milch Dioxin nachgewiesen worden war, in Bonn der Öffentlichkeit vorgestellt. In dem Brief äußern die Mütter sich empört darüber, daß „Untersuchungen von staatlicher Seite nicht für notwendig gehalten wurden“. Das Dioxin war von einem schwedischen Forscher in der Muttermilch bei den nach dem Zufallsprinzip ausgewählten Frauen aus Hamburg, Haltern, Dorsten und Freiburg nachgewiesen worden.

Weiter heißt es in dem Brief der fünf betroffenen Frauen: „Helfen Sie, der sich besonders als Interessenvertreter der Familie versteht, durch schnelles und energisches Handeln mit, daß die sich abzeichnende Entwicklung zur Selbstmordgesellschaft bei uns nicht Wirklichkeit wird!“

Holzschutzmittel- Geschädigte trafen sich

Etwa siebzig Opfer dioxinhaltiger Holzschutzmittel trafen auf Initiative des Bundesverbands Bürgerinitiativen Umweltschutz (BBU) in Bonn zusammen. An Krankheitsbildern ihrer selbst und ihrer Kinder schilderten die Versammelten: Kopfschmerzen, Konzentrationsstörungen, starkes Schwitzen, stechende Bauchschmerzen, Durchfall, Müdigkeit, Schwindelanfälle, Juckreiz, Haarausfall, Bindehautentzündung, Bronchitis, Ekzeme, Furunkulose, Schwellung der Lymphknoten, Herzrhythmus- und Kreislaufstörungen, Muskelzucken, rheumatische Beschwerden, Lebererkrankungen, Nierenschäden, aplastische Anämie und plötzlichen Kindstod.

Die Versammlung forderte das Verbot von PCP und Lindan, Haftung durch die Hersteller, Umkehr der Beweislast bei Schädigungen und ein Programm der Bundesregierung zur Soforthilfe.

BBU: Dioxin verbieten!

Ein generelles Verbot der dioxinhaltigen Stoffe Pentachlorphenol und Hexachlorphenol hat der Bundesverband der Bürgerinitiativen Umweltschutz (BBU) gefordert. Beide Stoffe finden vor allem in Holzschutzmitteln und Kosmetika Verwendung.

Merck: Kooperation mit Hitachi

Eine Zusammenarbeit auf dem Gebiet von Spezialreagenzien hat der Pharmakonzern E. Merck mit dem japanischen Gerätehersteller Hitachi vereinbart. Merck wird in Zukunft auch entsprechende Spezialgeräte von Hitachi vertreiben.

Aktion „Muttertag“

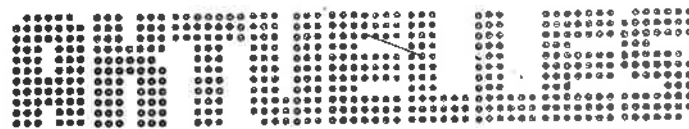
Unter dem Motto „Nicht nur Blumen — Rechte fordern wir“ hat die „Aktion Muttertag“ zu einem „großen Frauenprotest“ in Bonn am Vorabend des seit der Nazizeit als „Muttertag“ gefeierten zweiten Maisonntags aufgerufen. Der Aufruf nennt als Forderungen bessere Arbeitschancen, Verkürzung der Tagesarbeitszeit, bezahlten Elternurlaub, eigenständige soziale Sicherung für Frauen, Erhalt der Notlagenindikation beim Paragraph 218, Kürzung des Rüstungszugunsens des Sozialtats und einen Stationierungsstopp. Abgelehnt wird auch die Einbeziehung von Frauen in die Bundeswehr.

Zu den Erstunterzeichnerinnen zählen ungewöhnlich viele Gewerkschaftssekretärinnen und Betriebsrätinnen. Unter den zahlreichen bekannten Namen sind auch die Hamburger Senatorin Helga Schuchardt, die Schauspielerinnen Eva Mattes und Inge Meysel und die Fechtspielerin Cornelia Hanisch zu finden. Auch mehrere Bundestagsabgeordnete der SPD und der Grünen haben den Aufruf unterschrieben.

Die Initiatorinnen Heidi Baumann, Mechtilde Jansen und Ursula Pausch-Gruber bitten um eine Unterstützung auf das Konto 120 461 8300, Stichwort „Aktion Muttertag“, bei der Bank für Gemeinwirtschaft in Bonn, BLZ 380 101 11.

Umsatzplus bei GEHE

Mit einem Umsatzzuwachs von 11,8 Prozent auf 1,04 Milliarden Mark schloß das Pharma-Großhandelsunternehmen GEHE AG Stuttgart die Jahresbilanz 1983 ab. GEHE gehört zu den Marktführern der Branche, die im Durchschnitt im letzten Jahr immerhin noch um neun Prozent zulegen konnte. Bei GEHE wurde eine Dividendenerhöhung zugesagt.



Zweiter Friedenskongreß psychosozialer Berufe

Zu einem zweiten Friedenskongreß laden Psychologen und Angehörige

psychosozialer Berufe für den 18. bis 20. Mai nach Dortmund ein. Die zahlreichen Arbeitsfelder für den Kongreß sind nach den beiden zentralen Themenbereichen theoretische Analyse und praktisches Friedensengagement aufgeteilt. Anmeldungen an Anne Börner, Warendorfer Straße 13, 4400 Münster.

Dioxin in Jutetaschen?

Hohe Konzentrationen gefährlicher Pestizidrückstände fanden hessische Lebensmittelchemiker in Jutesäcken aus Indien, in denen Getreide aus der BRD verpackt wurde. Ein Quadratmeter des Bastfaserprodukts enthielt:

- 21 Milligramm des Pflanzengifts Hexachlorbenzol, das zu Leberschäden, Fortpflanzungsstörungen und möglicherweise zu Krebs führt,
- 8 Milligramm des Insektengifts Lindan (HCH),
- Rückstände der Pestizide Chlordan und Heptachlor, die vermutlich zu Krebs und Erbschäden führen.

Mitbetroffen von dieser Nachricht sind die vielen Hunderttausend „Jute statt Plastik“-Taschenträger, die mit ihren Beuteln gerechten Handel mit der Dritten Welt und sinnvolle Rohstoffverwertung fördern wollen.

Die Taschen werden von der Aktion Dritte-Welt-Handel/GEPA vertrieben. Eine Eilanalyse der Dritte-Welt-Organisation ergab in Jutetaschen DDT-Werte im Meßbereich bis zu 0,01 mg/kg. Die höchstzulässige Menge für Fleisch liegt bei 2 mg/kg, für Obst und Gemüse bei 1 mg/kg.

Der Projektleiter der GEPA, Gerd Nickoleit, sprach mit der Kölner „Stadtrevue“:

Frage: Das Dementi auf die Ermittlungen des hessischen Umweltministeriums liest sich wie eine Stellungnahme der Industrie bei solchen Gelegenheiten. Wie erklären Sie sich die erheblich unterschiedlichen Werte in den indischen Jutesäcken und den GEPA-Taschen aus Bangla Desh?

Nickoleit: Genau kann ich Ihnen das nicht herleiten, aber ich habe zwei Vermutungen. Erstens: Die vom hessischen Umweltministerium festgestellten Pestizide werden hauptsächlich zur Lagerhal-

tung und für den Seetransport der schon fertigen Erzeugnisse, in diesem Fall der Jutesäcke, eingesetzt. Das heißt, vermutlich sind diese Pestizide erst in die Jutesäcke gelangt, als ihre Exportbestimmung klar war. Mit den Jute-Einkaufstaschen in Bangla Desh hat man das nicht gemacht. Zweitens: Die Jutetaschen werden von etwa 9000 Frauen in Bangla Desh von Hand zusammengenäht, und sie sind wohl viel zu arm, um sich teure Chemikalien zu kaufen.

Frage: Nun ist ja nur zu logisch, daß die Pestizide in der Dritten Welt die gefährlichen Rückstände hinterlassen, derenwegen sie hier verboten sind, und daß diese Rückstände über die Produkte wieder in die Erzeugerländer zurückkommen.

Nickoleit: Klar ist das so, dafür gibt es Beispiele genug. Wir sagen auch nicht: Ätsch, bei uns ist das Gift nicht drin, sondern wir haben in diesem Punkt wirklich Glück gehabt. Der eigentliche Skandal aber ist doch nicht, daß jetzt ein Bruchteil des Giftes zurückkommt, sondern daß die bei uns verbotenen Pestizide weiter zu teuren Preisen in die Dritte Welt exportiert werden, von Bayer und Hoechst zum Beispiel, und daß dadurch — nach Statistiken der WHO — mindestens eine halbe Million Menschen jährlich vergiftet werden, Gesundheitsschäden davontragen und sterben.

Frage: Werden Sie weiter Ihre Lebensmittel in Jutetaschen transportieren?

Nickoleit: Natürlich! Man kann ja wohl mit Sicherheit davon ausgehen, daß in den Jutetaschen keine giftigen Rückstände außer den 0,01 mg DDT zu finden sind. Man muß leider davon ausgehen, daß in allem, was ich beim Einkauf in die Tasche hineinpacke, mehr Rückstände zu finden sind.

Helmut Schaaf

Kleinanzeigenmarkt:

Medico international
sucht

Ärztin oder Arzt

für eine Tätigkeit in der medizinischen Abteilung. Aufgabengebiet: Planung, Betreuung und Evaluierung von Gesundheitsprojekten in Ländern der sog. Dritten Welt, Öffentlichkeitsarbeit (Vorträge, Publikationen usw.)

Wir wünschen uns eine(n) Mitarbeiter(in) mit Berufserfahrung und möglichst eigenen Dritte-Welt-Erfahrungen, entwicklungspolitischen Engagement und mit englischen, spanischen oder französischen Sprachkenntnissen. Sie/er sollte bereit sein, in einem Team von hauptamtlichen Mitarbeitern und Zivildienstleistenden zu arbeiten. Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen bis 31. Mai 1984 an

Medico international
Hanauer Landstraße 147-149
6000 Frankfurt/Main 1

Für eine neu einzurichtende Neurologische Abteilung im Hunsrück suche ich ärztliche Mitarbeiter (Oberarzt und Assi- stenzärzte).

Kontakt: Dr. med. W.-H. von Arnim, Am Wienebüttler Weg 1, 2120 Lüneburg, Tel. (04131) 291.

FAMULATUR IN SÜDAFRIKA

Dokumentation über ein Seminar zum Famulanten Austausch mit Südafrika vom 20.-22.5.83 an der Universität Köln.

Aus dem Inhalt:

- Auswertung von Famulaturberichten
- Medizin und Apartheid
- Grundlagen der Politik in Südafrika
- Zusammenarbeit der BRD mit SA
- Die Finanzierung der Rassistens
- Soll man mit SA austauschen? Podiumsdiskussion

Bezug: Fachschaft Medizin an der Universität Köln, Universitätsstr. 16, 5000 Köln 41, 1,- DM

Der Erlös der Broschüre geht an MEDICO INTERNATIONAL für ein gemeinsames Projekt mit den Flüchtlingen aus Südafrika in Tansania.

Preis: 5 Zeilen à 25 Anschläge
nur 5 DM. Jede Zeile mehr (25
Anschläge) 1 DM. Postkarte an:
'Demokratisches Gesundheits-
wesen', Siegburger Straße 26,
5300 Bonn 3

Die Geburtshaus-Initiative Berlin sucht für die weitere Gestaltung des Geburtshauskonzepts sowie dessen Realisierung Hebammen und Gynäkologinnen, die Erfahrungen haben mit eigenständigem Arbeiten und evtl. zukünftig im Geburtshaus arbeiten möchten.

Geburtshaus für eine selbstbestimmte Geburt e.V., Kontakt: Ursula Hamm, Motzstr. 63, 1/30, Tel. 2114162.

Suche erfahrene **Arzthelferin** sowie **Allgemeinärztin/arzt** (evtl. H-Arzt) für Gruppenpraxis in Bremerhaven. Sofortiger Einstieg in das Projekt erwünscht, um eigene Vorstellungen einzubringen. Praxisbeginn 1. 10. 1984.

Kontakt: Gunar Stempel, Aachener Straße 198, 4000 Düsseldorf 1, Tel. (0211) 151187.

PRO FAMILIA Beratungsstelle Münster sucht **Ärztin/Arzt** mit gynäkologischer Erfahrung für 4 Std./Woche ab 1. 4. 84. Nachfragen unter Tel. (0251) 45858.

Richten Sie Ihre Bewerbung bitte an:

PRO FAMILIA Beratungsstelle Münster, Rothenburg 35, 4400 Münster.

Wir suchen eine/n Mediziner/in für die Leitung unserer medizinischen Abteilung.

Sie/er sollte möglichst Internist oder Neurologe sein, sich in ein bestehendes Team einfinden und Personal führen können. Wir sind ein gemeinnütziger Verein, der in einer 60-Betten Klinik abhängige Menschen behandelt.

Interessenten wenden sich bitte an:

Klinik Flammersfeld, Bergstr. 2-4, 5232 Rott, Tel. 02685/611

Verschiedenes

Termine:

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

● 24. 4.—5. 5.

Lindau am Bodensee

Seminar: Psychotherapie und Politik

Schränkt die atomare und ökologische Bedrohung die individuelle Entwicklung ein? Erfordert sie ein neues Wertesystem? Ist der Mensch der größte Parasit der Erde? Modelle des Überlebens.

Kontakt: Ch. Pirker, Hauptstr. 79, 8992 Wasserburg

● 1.-6.5.

Rom

Internationaler Kongreß „Handlungsstrategien gegen die psychiatrische Internierung sowie gegen die Unterbringung alter Menschen, Behinderter und Minderjähriger in ausgrenzenden Institutionen“

Kontakt: Renate Goergen, Via Kandler 11, I-34100 Trieste (Italien), Tel. (0039/40) 57 71 20

● 5./6. 5.

Düsseldorf

Studienreformkongreß der Fachkonferenz Medizin in den VDS

Kontakt: Elisabeth Schablinski, Tel. 0234/38 03 00

● 8./9. 5.

Dortmund

Seminar: Humanisierung des Arbeitslebens in der Holzbe- und verarbeitung

Kontakt: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Unfallforschung Dortmund, Vogelpathsweg 50/52, 4600 Dortmund 1, Tel. (0231) 1 76 31

● 9.—11. 5.

Hamburg

34. wissenschaftlicher Kongreß des Bundesverbandes der Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst

Kontakt: Tel. (040) 771 7023 00

● 12./13. 5.

Aachen

65. Hauptversammlung des Marburger Bundes

Kontakt: Bundesverband, Riehler Str. 6, 5000 Köln 1

● 11.-13. 5.

Marburg

Dritter internationaler Kongreß Kritische Psychologie

Thema: Subjektivität als Problem psychologischer Methodik

Kontakt: Konstanze Wetzel/Karl-Heinz Braun, Schwanallee 22a, 3550 Marburg/Lahn, Tel. (06421) 17 44

● 12. 5.

Bonn

Aktion „Muttertag“

Frauendemonstration

● 14.—18. 5.

Marl

Seminar: Krankheit und psychosoziale Beziehungen

Für Ärzte und leitende Mitarbeiter in der Krankenpflege

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

● 15.—19. 5.

Aachen

87. Deutscher Ärztetag

● 18.-20. 5.

Dortmund

Zweiter Friedenskongreß psychosozialer Berufe

Kontakt: Anne Dörner, Warendorfer Str. 13, 4400 Münster

● 21.-26. 5.

Bundesweite Aktionswoche gegen die 5. AO-Novelle der Fachkonferenz Medizin in den VDS

● 25.—27. 5.

Scheidegg im Allgäu

Arbeitsgruppe Alternative Therapie

Gründungstagung und Kongreßvorbereitung

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

● 15.—17. 6.

Düsseldorf

7. Fachtagung zur sozialwissenschaftlichen Sexualforschung

Leitthema: Die Sexualität des Menschen: ein sozialer Tatbestand?

Kontakt: Deutsche Gesellschaft für sozialwissenschaftliche Sexualforschung (DGSS), Gerresheimer Str. 20, 4000 Düsseldorf 1, Tel. (0211) 35 45 91.

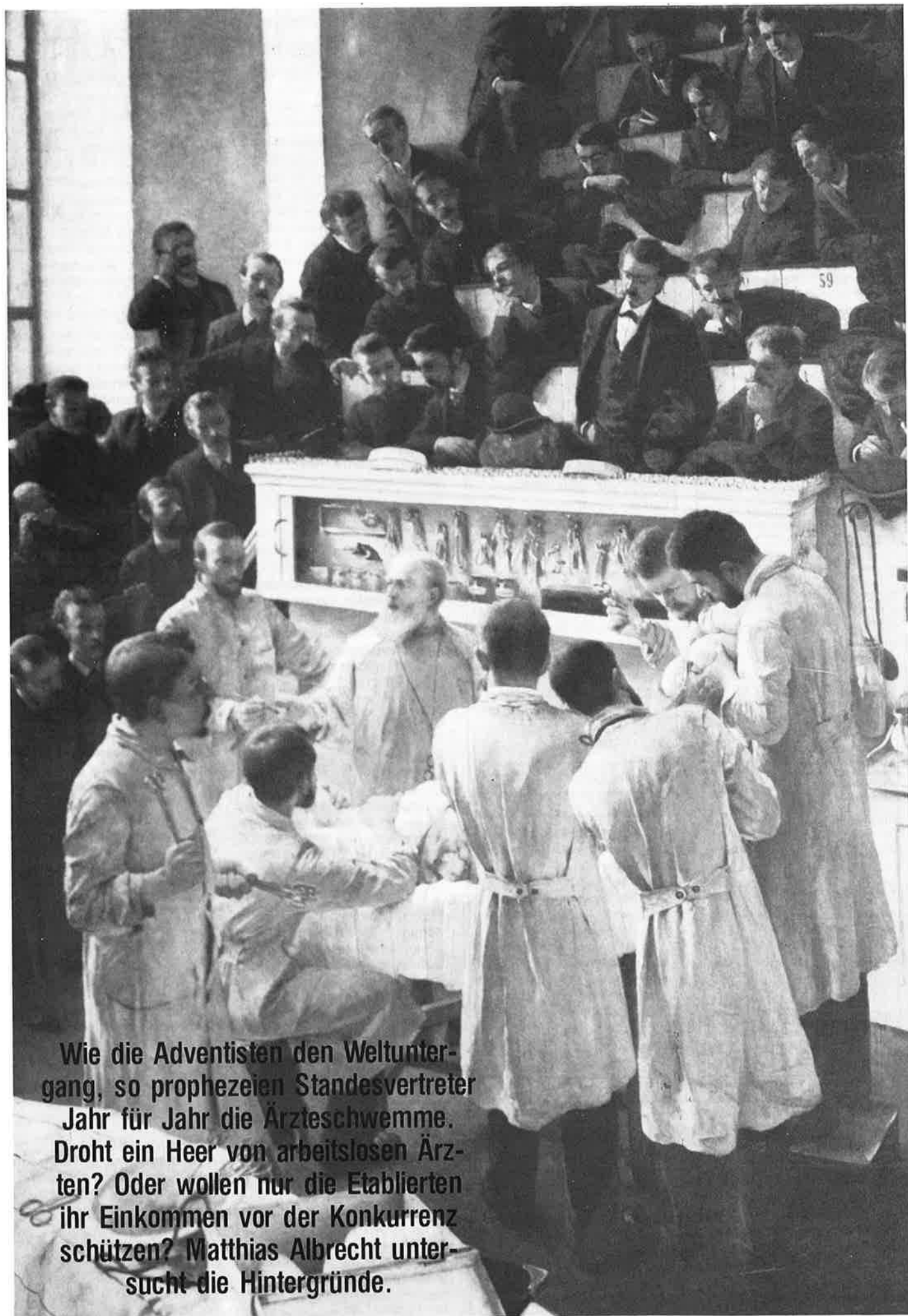
Gesundheitsbrigaden für Nicaragua

Für einen Einsatz ab Mitte April in Nicaragua suchen wir dringend

eine/n Chirurgen/in

Für später dann noch mehrere Ärzte/innen

Kontakt: Gesundheitsladen Berlin, Gneisenaustr. 2
1000 Berlin 61 ☎ 030/693 20 90



April 1990: Auf dem Flur des Arbeitsamtes Frankfurt herrscht ungeheures Gedränge. Vor wenigen Tagen noch im Streß des dritten Staatsexamens, warten hier 150 frisch gebackene Ärztinnen und Ärzte, etwa zwei Drittel ihres Studienjahrganges. Normale Weiterbildungsstellen in Innerer oder Chirurgie sind hier schon lange nicht mehr vermittelt worden. Um die wenigen Stellen in Anästhesie, Urlaubsvertretungen in Kurkliniken und Dauernachtdienste in Aufnahme- und Intensivstationen entsteht regelmäßig ein heißes Wettrennen. Absolventen mit Notendurschnitt unter 3,2 werden in das Vermittlungsverfahren gar nicht mehr aufgenommen.

Die Unterhaltungen drehen sich um Tips für das Verhalten auf dem Sozialamt, wo ein Großteil einer Unterstützung in Höhe des BaFöG-Höchstbetrages von 1982 erhält. Wer sogenannte „Arbeitseinsätze“ auf „freiwilliger Basis“ im Bereich von Katastropheneinsatzübungen ablehnt, erhält drei Monate keine Unterstützung mehr. „Schwarzarbeits-Tips“ als Praxisvertretungen oder in den Beratungsstellen der Organisation Pro Graviditate.

Zur gleichen Zeit wird das Bürohochhaus der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in Köln von einer bundesweiten Initiative „Arbeitslose Barfußärzte“ besetzt. Grund der Protestaktion: Die Landesorganisation hatte soeben die Beschäftigung arbeitsloser Ärzte in Gesundheitszentren und Gemeinschaftspraxen untersagt. . .

Verwirrend genug ist in jedem Fall für fast alle Beteiligten die Situation:

- Studenten werden mit Gerüchten von einhundert erfolglosen Bewerbungen verunsichert;

- Patienten vergleichen Zeitungsmeldungen über „Ärztenschwemme“ mit hoffnungslos überfüllten Wartezimmern bei ihrem Arzt;

- Krankenversicherungen werden von Abrechnungsskandalen verunsichert — können sie sich ein solches Abrechnungssystem auf Dauer leisten?

- selbstkritisch arbeitende niedergelassene Ärzte zweifeln zunehmend am Sinn einer Arbeit, die das Sammeln und Abrechnen von Scheinen zum wichtigsten Inhalt hat;

- Klinikverwaltungen sehen „Goldene Zeiten“ kommen: Absenken des Eingangsgehaltes auf BAT III, Übergang zu Zeitverträgen . . .

- Arbeitsämter melden arbeitslose Ärzte, können aber über offene Stellen nichts aussagen — nicht Genaues jedenfalls;

- Standesorganisationen fordern Verschärfung des Numerus clausus — der CDU-Staatssekretär im Bildungsministerium Pfeifer lehnt die Verringerung der Studienplätze ab.

Uns geht es in diesem dg-Report in erster Linie um die Erfahrungen von Betroffenen — betroffen von der Diskussion um die „Ärztenschwemme“.

„Kein Platz für eine Dame in unserer Abteilung“ — diese deprimierende Erfahrung machte Ulrike Fischer bei ihrer Suche nach einer Stelle in einer Gynäkologischen Abteilung. Sie fing schon während des Praktischen Jahres an zu suchen. Doch die öffentliche Diskussion über die „drohende Ärzteschwemme“ wirkt schon vorher:

Elisabeth Schalinski, studiert in Bochum im 10. Semester Medizin: „Das wird ja teilweise ganz gezielt von den Professoren in den Praktika und Untersuchungskursen ausgenutzt. Die sagen: Die Ärzteschwemme

kommt halt; man kann nur noch etwas dagegen machen, wenn man intensiver arbeitet und sich profiliert.“ Pia Buchheister studiert im 4. Semester und müßte eigentlich von dieser Diskussion noch weit entfernt sein. Sie weiß es besser: „In meinem Semester habe ich gemerkt, daß bei einem Teil Empörung über diese Diskussion vorhanden ist: Da wird uns nur suggeriert! Die Leute versuchen auch noch was zu machen gegen die 5. AO-Novelle. Der größte Teil denkt aber: das ist noch unhöflich weit weg, mich wird's schon nicht treffen.“

Zahlen spielen keine Rolle

Ob die Hochschullehrer versuchen, Licht in das Zahlendunkel der „Schwemme“-Diskussion zu bringen, wollen wir wissen. „Die Diskussion basiert nicht auf Zahlenmaterial“ meint Hans Dudda. „Das ist ja auch nicht Sinn der Diskussion: die Zahlen spielen von seiten der Standesorganisationen keine Rolle mehr. Die Diskussion ist jetzt etabliert. Man hat es schwer dagegen zu argumentieren, dann wird einem gesagt: Können Sie das beweisen? Da kann man nur noch mit einer Gegenfrage antworten: Beweisen Sie doch erst einmal, daß die Schwemme existiert!“

Am bekanntesten sind noch die Zahlen über die vergeblichen Bewerbungen, eine *unaufhörliche Kette* von Gerüchten schwirrt durch Vorlesungen, Mensa und Unterhaltung in der Pinte. „Jeder zweite kennt den dritten, der Schwierigkeiten mit Bewerbungen hat. Ein anderer hat sich schon fünfzig Mal beworben. Ein anderer kennt einen in Frankfurt, der sich schon seit einem halben Jahr vergeblich um eine Stelle bewirbt. . .“



Die Zahl von „100 bis 200 ohne Bezahlung an Kliniken arbeitenden Ärzten setzte der Marburger Bund kürzlich in die Welt. Gegenüber dg meinte dessen Pressesprecher Preusker, daß diese Zahl auf etwa 100 konkret nachweisbaren Fällen und einer „geschätzten Dunkelziffer von mindestens weiteren 100“ beruhe. Solche skandalösen Arbeitsverhältnisse einzugehen, gebe es bei den Betroffenen jeweils sehr individuelle Gründe — insgesamt handelt es sich hier um ein höchst unsolidarisches Verhalten: die arbeitsrechtliche Situation auch der gemäß Tarifvertrag und Arbeitsvertrag Beschäftigten wird dadurch beeinträchtigt. Denn das gängige Argument von Chefs und Verwaltung lautet in diesen Fällen: Draußen stehen genug, die umsonst arbeiten, um mal später eine Stelle zu bekommen.

Arbeitsmarkt: Vollkommen undurchschaubar

Die Zentralstelle für Arbeitsvermittlung (ZAV) der Bundesanstalt für Arbeit in Frankfurt untersuchte zuletzt im November 1983 den Arbeitsmarkt für Ärzte. Fazit: kein Kollaps auf dem Arbeitsmarkt — Anzeichen einer gewissen Sättigung seien jedoch unübersehbar.

Im September 1982 gab es 2500 arbeitslose Ärztinnen und Ärzte, davon 50 Prozent, deren Arbeitslosigkeit weniger als drei Monate dauerte. Die ZAV geht von jährlich ca. 8000 Approbationen aus; davon bewerben sich jedoch nur 7000 Absolventen um eine freierwerdende Stelle in einem Assistenzarztverhältnis zur Weiterbildung. Derzeit scheiden etwa 4000 Ärzte pro Jahr aus dem Berufsleben aus.

Die Zahl der offenen Stellen, die bei der ZAV gemeldet werden im Verhältnis zu den Bewerbern, die sich bei der ZAV melden hat sich in den letzten Jahren verändert: 1980 kamen noch drei offene Stellen auf einen Bewerber bei der ZAV, 1981 war das Verhältnis ausgeglichen und 1982: „Zu diesem Zeitpunkt waren erstmals mehr arbeitssuchende Ärzte als offene Stellen bei der Fachvermittlung gemeldet.“ (AIS-Information Nr. 3/83). Welche Aussagekraft steckt hinter diesen Zahlen: Noch weniger als hinter den monatlichen Zahlen an offenen Stellen, die die „Firma Stingl“ für den allgemeinen Arbeitsmarkt bekanntgibt. Dr. Maly von der ZAV zu dg: „Exakte Zahlen über die Gesamtheit offener Stellen in Krankenhäusern liegen nicht vor. Bei der ZAV melden sich wenige Ärzte, wenn die Arbeitsmarktlage gut ist und relativ mehr, wenn die Arbeitsmarktlage sich verschlechtert. Außerdem hat die ZAV keine kontinuierliche Statistik offener Stellen, sondern registriert sie nur an Stichdaten.“ Damit ist der Aussagewert des Verhältnisses von offenen Stellen zu Bewerbern sehr gering.

Wir wollen von Dr. Maly wissen, warum es keine politischen Initiativen z. B. von seiten der Bundesregierung gibt, eine generelle Meldepflicht für offene Stellen in Krankenhäusern einzuführen. Nur dadurch könnte doch der Arbeitsmarkt für diesen Bereich et-



was durchsichtiger gemacht werden. Dr. Maly: „Davon wird jede Regierung — gleich welcher politischer Couleur — die Finger lassen.“

Angesichts dieser Unsicherheit begnügt sich die ZAV mit einigen allgemeinen Aussagen: ● „Krankenanstalten in Süddeutschland können sich kaum der großen Zahl interessierter Assistenzärzte erwehren. Im norddeutschen Raum besteht zumindest rein rechnerisch eher die Chance...“

● „Nach den Beobachtungen der ZAV zeigen allerdings viele jüngere Assistenzärzte nach wie vor wenig Neigung, Stellenangebote aus Regionen außerhalb ihres Wohnbereichs zu akzeptieren.“

● Fazit für die Gegenwart: „Insgesamt zeigen jedoch die Erfahrungen aus der Vermittlungspraxis der ZAV, daß bis heute Absolventen eines Medizinstudiums in der Regel einen Weiterbildungsplatz finden konnten, wenn auch oft nicht im Wunschfach und z. T. erst nach einer längeren Wartezeit.“

Zu einer Dramatisierung der Arbeitsmarktlage besteht also derzeit kein Anlaß. Das verlangt schon der Vergleich mit der hohen Arbeitslosenzahl insgesamt wie auch mit den keineswegs leichteren Arbeitsmarktproblemen der anderen Gesundheitsberufe: Schwestern, MTAs oder Krankengymnastinnen suchen nicht nur jahrelang Ausbildungsplätze, arbeiten oft genug zeitweise umsonst und haben dann nach der Ausbildung keineswegs eine Übernahmegarantie.

Elisabeth Schalinski: „Auch in anderen Berufen muß jeder ziemlich viele Bewerbungen losschicken. Da diskutiert kein Mensch darüber, ob er 100 oder 140 Bewerbungen losschickt. Und die Arbeitslosigkeit unter Ärzten ist ja doch relativ gering. Gefährlich ist eigentlich, was dabei herauskommt. Neulich habe ich im Deutschen Ärzteblatt ge-

blättert in Stellenanzeigen, da stand — nicht nur einmal: Deutscher Arzt, katholisch — gesucht.“

Neben den ausländischen Kolleginnen und Kollegen werden mit steigenden Absolventenzahlen — und das sind fast die einzig zuverlässigen Zahlenangaben — Frauen immer stärker zur „Problemgruppe“ auf dem Arbeitsmarkt.

Erwünscht: Männlich, deutsch, christlich

Die ZAV im Amtsdeutsch: „Problematik der weiblichen Berufsanfänger bei der Arbeitsplatzsuche (immerhin sind 43 % der in der ZAV gemeldeten Assistenzärzte Frauen) gibt Anlaß zu einiger Sorge, da in vielen Fällen männliche Bewerber bei Stellenbesetzungen vorggezogen werden.“ (AIS-Information Nr. 3/83)

Ulrike Fischer beschreibt diese Erfahrungen (s. Kasten) fast resignierend: „Von mindestens drei Bewerbungen weiß ich, daß zum Zeitpunkt meiner Anfrage dort eine Stelle frei war. In einem Fall äußerte der Chef explizit, keine Frau einstellen zu wollen.“

Elisabeth Schalinski arbeitete vor dem Studium vier Jahre als Hebamme, kam dann über den Zweiten Bildungsweg ins Studium, deshalb möchte sie gern Gynäkologie als Weiterbildungsfach wählen: Ich gehe aber davon aus, daß ich kaum sofort eine Stelle bekommen werde. Es gibt viele Chefarzte, die Frauen von vornherein ablehnen oder höchstens eine „Alibi-Frau“ dazwischen dulden. Einige Frauenkliniken stellen eine Frauenärztin für die muslimischen Patientinnen ein.“

Hoppe (CDU) kontra Pfeifer (CDU)

Dr. Jörg-Dieter Hoppe, in fast allen standespolitischen Rollen zu Hause, Vorsitzender des Marburger Bundes und Mitglied des gesundheitspolitischen Ausschusses der CDU, gehört mit zu den eifrigsten Verfechtern der „Schwemme“. Im MB-Info 1/83 hört sich das so an: „Das bedeutet, wenn nicht alles trügt, eine vierstellige Zahl arbeitsloser Ärzte gegen Ende des Jahres 1983, wahrscheinlich etwa 5000. Und wenn nicht Unvorhergesehenes eintritt oder bisher politisch Abgelehntes doch realisiert wird, werden es gegen Ende des Jahrzehnts etwa vierzigtausend Kollegen sein. . . . Die Politiker stellen sich dem Problem der Ärztarbeitslosigkeit gegenüber taub. Besonders solche Politiker, die eine Überproduktion an Ärzten gezielt angestrebt haben, um den gesellschaftlichen Status der Ärzte zu schwächen, müssen sich jetzt in der Rolle des Zauberschlingers fühlen, der das von ihm Angerichtete nicht mehr in Griff bekommt“.

Da muß Herr Hoppe die Wende ganz verpaßt haben oder die CDU Herrn Hoppe falsch verstanden haben.

Der Staatssekretär im Bildungsministerium Anton Pfeifer (CDU) lehnte noch auf einer Pressekonferenz am 13. März eine Verringerung der Zulassungszahlen zum Medizinstudium eindeutig ab. Die Angst der Standesfunktionäre vor der „Ärztenschwemme“ hätten bei einer vertieften Betrachtungsweise keinen Bestand“. Zwar bedeute eine vermehrte Zahl von Ärzten eine Verringerung von Einkommen, das werde jedoch durch andere Vorteile aufgewogen: Abbau von unnötigen Wartezeiten in Praxen, Verringerung von Überstunden in Kliniken, Behebung von Mangelsituationen in ländlichen Gebieten, in der Psychiatrie und im Öffentlichen Gesundheitsdienst.

Will sich der Leser die Frage: Gibts die Ärzteschwemme oder nicht? beantworten, bliebe die Antwort sicher unvollständig. Einige Kernaussagen lassen sich trotzdem machen:

- Bis zur Gegenwart kann von einer „Ärztenschwemme“ — zumal in dem an die Wand gemalten Ausmaß — nicht die Rede sein, eher von einem zunehmend sich auffüllenden Arbeitsmarkt für Ärzte, von einer langsamen Normalisierung des Arbeitsmarktes also.
- Die steigende Zahl bietet auf mittlere und lange Sicht die Chance, Defizite in der medizinischen Versorgung fachlicher, struktureller und regionaler Art auszugleichen.
- Lebens- und Wochenarbeitszeiten wie Einkommen können ebenso „normalisiert“ werden.
- Die zukünftige Entwicklung könnte dann besser beurteilt werden, wenn Bundesregierung wie Standesorganisationen und Krankenhäuser den politischen Skandal beenden würden, daß über die genaue Anzahl offener Stellen in den Krankenhäusern nichts Exaktes bekannt ist. Nur eine Meldepflicht der Krankenhäuser für offene Stellen könnte hier den Nebel lichten helfen.

„ . . . keine Stelle für eine Dame frei.“

Begonnen habe ich meine Stellensuche im Oktober 1982, ein halbes Jahr vor dem geplanten Abschluß meines Praktischen Jahres. Langfristig suchte ich eine Weiterbildungsstelle in Gynäkologie. Als Zwischenlösung hatte ich mir auch Anästhesie offen gelassen, zumal ich mir mit gut drei Jahren Nachwachseinerfahrung auf einer chirurgischen Intensivstation dort gute Chancen einräumte.

Ich begann mit einem ersten Satz Bewerbungen für Anästhesie. Diese hatten die Form eines einfachen Anschreibens, in dem ich mich kurz vorstellte, meinen beruflichen Werdegang skizzierte, mein Interesse an dem Fach bekundete und stets besonders darauf hinwies, auch an einer längerfristigen Regelung interessiert zu sein. Bilanz der dreizehn Bewerbungsschreiben: ein Vorstellungstermin mit konkreter Stellenaussicht in einer Abteilung mit nur zwei Assistentenstellen. Zwei Angebote für Vorstellungstermine ohne absehbar freiwerdende Stellen; sieben hektographierte Absagen, drei Absagen von der Verwaltung. Zeitliche Streuung der Antwortschreiben: ein paar Tage bis sechs (!) Monate nach meinem Anschreiben.

Noch schlechter das Ergebnis drei Monate später nach einer ähnlichen Serie von Bewerbungen, diesmal zwanzig, für Gynäkologie: ein (!) Vorstellungstermin neun (!) Monate später, der Rest Absagen, größtenteils hektographiert. Auf meinen Wunsch nach einer längerfristigen Regelung ging überhaupt niemand ein. Sowieso waren die meisten Absagen dermaßen stereotyp gehalten, daß ich mich manchmal fragte, ob meine mühsam getippten Briefe überhaupt richtig gelesen wurden. Typisches Antwortschreiben dieser Art: der Brief des Chefs der Gynäkologischen Abteilung des Evangelischen Krankenhauses Düsseldorf.

Ärgerlich bis belustigend war regelmäßig die Anrede.

Hatte ich mich im Bewerbungsschreiben mit meinem Namen, ohne Dokortitel, vorgestellt, so reichte die Anrede in den Antwortschreiben von: Sehr geehrtes Fräulein Fischer, Frau Dr. med. Fischer, Sehr geehrte Frau Kollegin Fischer bis zu Sehr geehrter Herr Kollege Fischer.

Merke: Auch bei hektographierten Absagen sind Frauen in der Anrede — weil im Weltbild — nicht inbegriffen, obwohl sie die meisten Absagen wohl auf Vordruck erhalten.

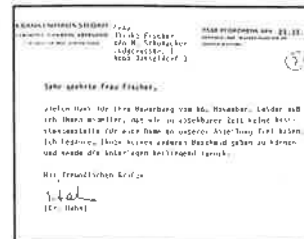
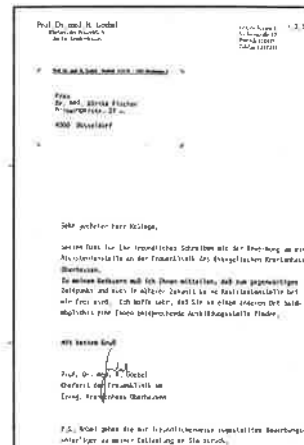
Meinen nächsten Versuch startete ich nach Abschluß meines Exams im November 1983 mit weiteren dreißig Bewerbungen für Gynäkologie. Diesmal vollständige Bilderbuchbewerbungen (nicht mehr handgestrickt — sondern per Textcomputer!) mit Anschreiben, Lebenslauf, Lichtbild, Zeugniskopien. Ergebnis: ein Vorstellungstermin mit konkreter Stellenaussicht in diesem Jahr (hoffentlich!); der Rest: Absagen, teils freundlich und mit Vertröstung auf eine ominöse Warteliste, zum größeren Teil aber deutlich und mit endgültigem Charakter: „Zu meiner Entlastung sende ich die Bewerbungsunterlagen zurück.“

Besonders bemerkenswert eine Absage (Krankenhaus Pforzheim): „daß wir in absehbarer Zeit keine Assistentenstelle für eine Dame an unserer Abteilung frei haben.“

Bei wievielen anderen Absagen der gleiche „Grund“ unausgesprochen hinter der Absage stand, ist ja leider nicht exakt festzustellen, nur zu vermuten. Von mindestens drei Bewerbungen weiß ich, daß zum Zeitpunkt meiner Anfrage dort eine Stelle frei war. In einem Fall äußerte der Chef explizit, keine Frau einstellen zu wollen.

Auf jeden Fall habe ich eine Menge guter Wünsche für meine „berufliche Zukunft“ erhalten — ist doch auch was Schönes?!

Ulrike Fischer



ZAHLENLOTTO

Begriffsverwirrung um die „Ärztenschwemme“

In der Diskussion um die Arztlahlen pokern Standesvertreter und Gesundheitspolitiker mit Bedarfsstudien. Die eigentlichen Probleme bleiben außer acht.



Im Herbst 1977 schreckten medizinische Ständesblätter, allen voran das „Deutsche Ärzteblatt“, die Öffentlichkeit auf: „Ärztenschwemme“, „Nachwuchsstut“, „Überversorgung mit Ärzten“, prognostiziert für 1990 oder das Jahr 2000, so lauteten die Schlagzeilen. Den Reigen eröffnete das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (ZI). Vor der Hauptversammlung des Hartmann-Bundes referierte der ZI-Vertreter Dr. F.W. Schwartz am 21. Oktober 1977 zum Thema: Strukturelle und materielle Aspekte der zukünftigen ärztlichen Versorgung. Kernaussage: bis 1990 wird die Zahl der berufstätigen Ärzte auf 181 000 ansteigen.

Kurze Zeit später zog das Kieler Institut für Gesundheitssystemforschung (Leitung: Prof. Beske, CDU-Staatssekretär in Kiel) nach: 177 000 berufstätige Ärzte wurden für 1990 vorhergesagt.

Im August 1978 legte das Wissenschaftliche Institut der Ortskrankenkassen (WlO) ein weiteres Gutachten vor: unter dem Titel „Das Ärzteangebot bis zum Jahr 2000“, sagte das Gutachten für 1990 200 000 berufstätige Ärzte voraus.

War bei den Gutachten der Ständesinstitute und den folgenden Horrorgemälden von „Ärztenschwemme“ bis „Ärzteproletariat“ das Interesse an ungebremster Eigentumsentwicklung ziemlich rasch erkannt, so war die Auseinandersetzung mit den Ergebnissen der WlO-Studie schon schwieriger.

Doch auch hier gab es einen offensichtlichen Zusammenhang zur aktuellen gesundheitspolitischen Lage: Die „Kostendämpfungspolitik“ oder „einnahmeorientierte Ausgabenpolitik“ für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung wurde gerade von den Kassen und der sozial-liberalen Koalition mit Minister Ehrenberg an der Spitze kreiert. Diesen Zusammenhang gibt die WlO-Studie indirekt zu: „Nicht die Ärzteangebotsentwicklung als solche, sondern die Perspektive mittel- und langfristig gedämpften Kostenwachstums im Gesundheitswesen und die erwartete Personalstagnation im stationären Bereich lassen den Ärzteeinstieg nunmehr als Ärzteüberschuß erscheinen.“

Die „Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen“, durch das 1977 verabschiedete Kostendämpfungsgesetz geschaffen — stimmte auf ihrer Sitzung im Oktober 1978 in das La-

mento ein und verabschiedete eine Reihe von Empfehlungen, die der gefährlichen Entwicklung entgegensteuern sollten. Dazu zählten die „intensivere Aufklärung über die zukünftigen Berufschancen“ sowie die Verschärfung der Zulassungsbedingungen zur kassenärztlichen Tätigkeit. Während die Konzertierte Aktion sich auf Empfehlungen zur Steuerung beschränkte, die bis auf die Verlängerung der Vorbereitungszeit zur kassenärztlichen Versorgung allesamt Papier blieben, klang es in den Ständesblättern ungedämpft: Verschärfung des Numerus clausus, Beschränkung der Studenzzahlen. Den Ton gab wie immer das Deutsche Ärzteblatt an: „Es steht daher fest, daß in der Bundesrepublik Deutschland zur Zeit mehr als doppelt so viele deutsche Ärzte ausgebildet werden, als zur Deckung des Bedarfs notwendig sind.“ (DÄ 22/78)

**Wirtschaftskrise —
„Kostenexplosion“ —
„Ärztenschwemme“**

Mit diesen drei Stichworten läßt sich kurz zusammengefaßt die Entwicklung nachzeich-

nen: Die krisenhafte Wirtschaftsentwicklung in der Bundesrepublik nach 1974/75 führte zu einer ersten „Wende“ in der Gesundheitspolitik: auf eine Phase der Expansion gesundheits- und sozialpolitischer Leistungen folgte als Reaktion auf die „Kostenexplosion“ die Politik der Kostendämpfung. In der Standespolitik wurde fieberhaft nach Rezepten gesucht, wie man den niedergelassenen Bereich möglichst ungeschoren aus der Kostendämpfungspolitik herausbekommen könnte.

Die Warnung vor dem drohenden „Ärzteproletariat“ bot sich ebenso an wie der ständige Hinweis auf den „Bettenberg“ in den Krankenhäusern. Originalton Bundesärztekammer: „Die Überproduktion von Akademikern und damit die zum Greifen nahe Vermehrung eines akademischen Proletariats muß katastrophale Folgen zeitigen... Allein an der Überproduktion von Politologen, Soziologen und Psychologen müssen Mensch und Gesellschaft krank werden, weil ihnen das natürliche Wachstum von Leib und Seele bis zur Qual problematisiert wird: Das Ergebnis ist Lebensqual statt Lebensqualität... Unter diesen Voraussetzungen bedarf es keiner prophetischen Gabe, um strukturelle Arbeitslosigkeit unter jungen Ärzten in wenigen Jahren vorauszusagen.“ (Bundesärztekammer: Tätigkeitsbericht '78)

Weder das „Blaue Papier“ — auf dem Berliner Ärztetag 1980 verabschiedet — noch der Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer 1980 erwähnen den Begriff der „Ärzteschwemme“. Der Bericht referiert die Studien zwar noch, malt aber keine katastrophalen Folgen mehr an die Wand.

Danach wurde es um die „Schwemme“ ähnlich ruhig wie um das „Ungeheuer von Loch Ness“ nach den Sommermonaten.

Lediglich im März 1980 nahm das *Deutsche Ärzteblatt* das Thema noch einmal auf: Es kritisierte eine Studie des Instituts der deutschen Wirtschaft (IW), die im Unterschied zu den erwähnten Gutachten ein recht geringes Wachstum der Ärztezahlen prognostiziert. Die IW-Studie sei im Ergebnis unrealistisch, weil ihr „rein mechanistische Extrapolationen starrer Wachstums- oder Schrumpfungsraten“ zugrundeliegen.

Der Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer 1983 wird schließlich noch vorsichtiger: „Insgesamt kann die These vertreten werden, daß keine unerwarteten Bewegungen zu verzeichnen sind. Die Zugangsbewegung dürfte sich allerdings in den nächsten Jahren entscheidend verändern und im Praxisbereich problematisch werden, wenn nicht zunehmend Ärzte im Krankenhaus verbleiben.“

Bedarfsstudien fragwürdig

Die Kritik der Voraussagen zum Ärztebedarf bis 1990 bzw. 2000 geht nicht auf die allgemeinen Unsicherheiten ein, die mit Voraussagen über längere Zeiträume in unserem Wirtschaftssystem verbunden sind. Letzten Endes gehen diese Studien nicht auf die Befriedigung gesundheitlicher Bedürfnisse ein, schätzen nicht Behandlungsmöglichkeiten jetziger und zukünftiger Erkrankungen ein. Vielmehr werden lediglich die heutigen Studienanfängerzahlen hochgerechnet und damit das zukünftige „Ärzteangebot“ — nicht eigentlich also der „Bedarf an Ärzten“ ermittelt.

„An der Überproduktion von Politologen, Soziologen und Psychologen müssen Mensch und Gesellschaft krank werden, weil ihnen das natürliche Wachstum von Leib und Seele bis zur Qual problematisiert wird. Das Ergebnis ist Lebensqual statt Lebensqualität.“

(Bundesärztekammer 1978)

„Bedarf an Ärzten wäre in diesem Sinne zu definieren als die Entscheidung darüber, wieviel Prozent des Bruttosozialproduktes man für ärztliche Leistungen aufzuwenden bereit ist bzw. wieviel Prozent des verfügbaren Arbeitskräftepotentials als Ärzte tätig sein sollen.“ (WldO, S. 69)

Zudem wird die Ausbildungskapazität zumindest zu gleichen Teilen unter bildungspolitischen Gesichtspunkten festgelegt. Das Numerus-clausus-Urteil des Bundesverfassungsgerichts von 1972 hat diesen zwar endgültig juristisch zementiert, zugleich aber eine Reihe

„Der 65. Deutsche Ärztetag fordert daher alle verantwortungsbewußten Kräfte auf, an der Beseitigung der augenblicklichen Fehlentwicklung mitzuwirken. Er warnt vor einer weiteren Propaganda des Medizinstudiums, die rasch zu einem Ärzteproletariat führen kann.“

(Beschluß des Ärztetages 1962)

von Festlegungen getroffen, die die Senkung der Studentenzahlen erschweren. Mit Rücksicht darauf werden die Studien in folgenden Punkten kritisiert:

- Studienanfängerzahlen als Grundlage,
- Ärztemangel und Unterversorgung,
- Treffsicherheit der Prognosen,
- methodische Probleme der Prognosen,
- Ausbildung und Bedarfsfrage,

Ausgangspunkt der Berechnungen von ZI und Kieler Institut für Gesundheitssystemforschung (GSF) sind die angeblich seit 1977 auf 11 500 pro Jahr gestiegenen Zahlen deutscher Studienanfänger. Die WldO-Studie geht von 10 500 (1977) aus, rechnet aber dann bis 1994 mit 11 — 12 000 Studienanfängern pro Jahr. Die Zahlen der ZI-Studie stammen aus einer nicht belegten „Schätzung der Bundesärztekammer“, die der GSF-Studie beruhen auf einer „Vermutung der Bundesärztekammer“.

Im Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer zum Ärztetag 1978 heißt es: „Die genaue Zahl der deutschen Studienanfänger ist von seiten der Bundesärztekammer nicht zu ermitteln, da von der ZVS nur unvollständige Angaben zu erhalten sind.“ (S. 24)

Tatsächlich wurden 1977 nach Angaben von ZVS und Westdeutscher Rektorenkonferenz 9 600 Studenten zugelassen und zusätzlich 930 als „15-Prozent-Zuschlag“ zeitlich begrenzt zu den offiziell angegebenen Kapazitäten der medizinischen Fachbereiche.

Die Zulassungszahlen der ZVS seither entwickelten sich wie folgt:

1978: 10 313

1979: 10 531

1980: 10 988

1981: 11 244

1982: 11 234

1983: 11 283

Von diesen Studienplätzen werden ca. 6 Prozent ausländische Studienbewerber vergeben. Der Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer 1979 rechnet jedoch ungerührt weiter mit „mehr als 12 000 deutschen Studienanfängern jährlich.“ Zu diesen Zahlen können auch nicht — wie es die GSF-Studie tut — „Gerichtsmediziner“ und Quereinsteiger hinzugerechnet werden. (S. 19)

Seit 1978 blieben fast alle Klagen gegen Hochschulen bzw. Entscheidungen der ZVS erfolglos, da die Hochschulkapazitäten durch die „15-Prozent-Überbelastungsquote“ erschöpft waren. Nach Auskunft der ZVS gegenüber dg besteht bei einer Klage noch eine Chance von 2 Promille.

Als „Quereinsteiger“ kommen nur noch Studenten in Frage, die im Ausland ihr Studium begonnen haben und nach Jahren Wartezeit doch noch einen Platz über die ZVS bekommen. Sie sind damit in den ZVS-Zahlen enthalten.

Medizinstudium in Italien
Noch kein „numerus clausus“. Anerkennung gemäß EG-Bestimmungen. Kurzfr. Anmeldung erforderlich. Kostenl. Auskünfte über Zulassung u. Vorbereitung (auch für Abiturienten 84) durch

IK Italkontakt
3400 Göttingen
Am Brachfelde 14
Telef. Fachberatung unter:
T. (0551) 247 18 abends 17-20
o. Sa. + So. 10-18 Uhr

Werbung für Auslandsstudium
(Dt. Ärzteblatt 6/84)

Die GSF- und ZI-Studie rechnen von Studienanfängerzahlen direkt auf Absolventenzahlen um. Nach empirischen Untersuchungen von Krähe zum „Studienabbruch und Studienfachwechsel bei Medizinstudenten“ vor Einführung der Approbationsordnung lag die Studienabbruchquote zwischen 10 und 20 Prozent, die McKinsey-Studie von 1975 rechnete mit 15 Prozent. Die WldO-Studie rechnet in drei Annahmen mit 8, 10 und 15 Prozent. Neuere Untersuchungen vor allem über den Einfluß des verschärften Prüfungssystems liegen nicht vor. Wie sicher sind die Prognosen?

Will man die Genauigkeit der Prognosen auch nur überschlägig beurteilen, genügt schon eine Gegenüberstellung der vorausgesagten maximalen und minimalen Ärztezahlen. Wie Bodo Scharf vom DGB-Bundesvorstand schon 1979 nachwies, ergeben sich dann für die jeweils gleiche Modellrechnung große „Streubreiten bei den alternativ vorausgerechneten Bedarfs- und Angebotszahlen.“ Sie betragen bei den einzelnen Studien:

ZI: 27 000 = 14,8 %
GSF: 42 000 = 19,4 %
WIdO: 44 000 = 19,5 %

Für die McKinsey-Studie ergibt die Aufrechnung der Zahlen für 2000 ein maximales Defizit von 38 000 und ein maximales Überangebot von 56 000 Ärzten. Allein diese erheblichen „Streuungen“ müßten also einen vorsichtigen Umgang mit den Prognosen gebieten.



„Machen Sie mir nichts vor, junger Mann, ich bin schon länger Patientin als Sie Arzt.“

Die Diskussion um die „Ärztenschwemme“ vermeidet es sorgfältig, die Frage zu beantworten, ob denn mit unserer medizinischen und ärztlichen Betreuung alles zum Besten bestellt ist. Lediglich die WIdO-Studie macht sich darüber Gedanken: „öffentlicher Gesundheitsdienst, sozialmedizinische Dienste, psychiatrische Versorgung, arbeitsmedizinische Versorgung, Rehabilitation und regionale Versorgungsempässe werden in einer Mängelanalyse aufgeführt. Um diese auszugleichen, genügten nach WIdO-Ansicht zehn bis fünfzehntausend zusätzliche Ärzte. Will man die nach wie vor bestehenden regionalen Unterversorgungen ausgleichen, so vor allem ländliche Gebiete und Großstadttrandgebiet in Nordrhein-Westfalen, Bayern und Niedersachsen, wären weitere ca. 5 000 Ärzte erforderlich. In den Krankenhäusern besteht nach wie vor ein Mangel im Bereich Anästhesie. Überhaupt das Krankenhaus: 1977 gab es im Krankenhaus ca. 62 000 Ärzte. Sowohl das ZI als auch das WIdO rechneten mit einem Rückgang der

Das kleine Einmaleins

Krankenhausärzte auf 55 000 infolge des angestrebten Bettenabbaus. Tatsächlich lag die Zahl 1983 bei 73 581 (DÄ 10/84). Allein bei dieser Annahme eine Fehlerquote von ca. 30 Prozent! Möglich war diese Entwicklung u.a. durch die geänderte tarifvertragliche Bereitschaftsregelung mit Begrenzung der Zahl der belastenden Dienste auf sechs und nachfolgender Freizeitabgeltung.

„Wie ein Sprecher des Verbandes der Ärzte (Hartmannbund) erklärte, sei keineswegs als sicher vorauszusetzen, daß der von dem Institut angenommene Anstieg der Studienanfänger im Fach Humanmedizin eintrete und sich wie vor ausberechnet fortsetze.“

(Presseerklärung des Hartmannbundes 15. August 1978 zum Erscheinen der WIdO-Studie)

Alarmierend ist die Situation besonders im Fach Allgemeinmedizin: der Anteil der für diese Arbeit voll ausgebildeten Fachärzte für Allgemeinmedizin ging von 1975 bis 1982 von 57,4 Prozent auf 48,3 Prozent zurück, während die praktischen Ärzte entsprechend zunahmen. 51,4 Prozent der Allgemeinärzte sind zudem über 60 Jahre alt. Die Struktur der ärztlichen Versorgung gerät damit immer mehr in Gefahr, von den „Spezialisten“ beherrscht zu werden.

In den letzten Jahren hat sich das Gewicht der Diskussion zum Thema „Ärztenschwemme“ sehr auf den Ausbildungsaspekt verlagert: So im Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer 1982: „Die Ursachen für die so ins Gerede gekommene ärztliche Ausbildung werden von ihren Kritikern übereinstimmend zum einen in den hohen Studentenzahlen, zum anderen — zumindest in weiten Kreisen — zusätzlich in der Struktur der Ausbildungsordnung selber gesehen... Der durch die Zahl der Studienanfänger in der Humanmedizin verursachte Mißstand kann im Grunde genommen nur durch eine Begrenzung der Studentenzahlen bzw. der Zahl der Neuzulassungen zum Studium beseitigt werden.“

Hinsichtlich der Ausbildung wird damit ganz klar Ursache und Wirkung vertauscht: nicht die hohen Studentenzahlen an sich führten zu schlechter Ausbildung, sondern ein miserables Ausbildungssystem mit einer reinen Prüfungsordnung wie der Approbationsordnung kann hohe Studentenzahlen viel schlechter verkraften als ein sinnvolles Ausbildungssystem.

Doch statt einer gründlichen Studienreform, die Inhalte und Lehr- wie Lernmethoden umfaßt, zielen und zielen alle Maßnahmen jeweils nur auf kosmetische Korrekturen, Verschärfungen der Prüfungen oder auf das Aufbauen neuer Hindernisse:

- Neueinführung der zusätzlichen mündlichen Prüfungen
- Einführung einer zusätzlichen zweijährigen Praktikantenphase
- Verlängerung der kassenärztlichen Vorbereitungszeit auf 18 Monate (siehe dg 1 und 2/84).

Diese Maßnahmen verändern bekanntlich weder die Ausbildung positiv, noch lösen sie das Problem des Arbeitsmarktes für die Absolventen dieser Ausbildung. □

dg: Wie wirkt die Diskussion um die „Ärztenschwemme“ auf Euch persönlich?

Hans Dudda: Ich mache jetzt das zweite Staatsexamen, bei mir im Semester reagieren die Kollegen mit verstärktem Lerneifer, damit sie möglichst schnell ins Praktische Jahr können und dann, um dann noch unter den jetzigen AO-Bedingungen eine Stelle finden zu können.

dg: Gibt es auch mal Diskussionen in Vorlesungen, auch mit Hochschullehrern?

Christofer Hartz: In Vorlesungen läuft das gar nicht, höchstens unter den Studenten. Jeder macht so schnell wie möglich seine Scheine und will schnell durch.

Klaus Berger: Die Diskussion spaltet sich ein bißchen. Mein Semester ist — wenn der Fahrplan eingehalten wird — das letzte, das unter den jetzigen AO-Bedingungen studiert.

Das wissen auch die meisten. Die sagen sich: Abflug nach vorne, uns kann's ja nicht mehr treffen.



Klaus Berger

Pia Buchheister: In meinem Semester hab ich gemerkt, daß bei einem Teil Empörung über diese Diskussion vorhanden ist: Das wird uns nur suggeriert! Die Leute versuchen auch noch was zu machen gegen die fünfte AO-Novelle. Der größte Teil denkt aber: das ist noch unhöflich weit weg, mich wird's schon nicht treffen.

Vielleicht klappt's irgendwo mit Beziehungen, und man kommt noch so rein. Für viele ist das Problem noch nicht so vorrangig: erst mal Präp-Kurs und Physikum. Mehr ist noch nicht in den Köpfen drin.

Elisabeth Schalinski: Die Situation wird ja teilweise ganz gezielt von den Professoren in den Praktika oder Untersuchungskursen ausgenutzt. Die sagen: Die Ärzteschwemme kommt halt, man kann nur noch etwas dagegen machen, wenn man intensiver arbeitet und sich profiliert. Oder es werden bestimmte Studenten als Beispiel hervorgehoben, während es die Mehrheit eben doch nicht schaffen würde. Und wenn man nicht etwas besonderes macht und sich nicht rechtzeitig um eine Doktorarbeit kümmert und nicht rechtzeitig Famulaturen in den richtigen Kliniken macht bei den richtigen Chefs, dann hat man sowieso keine Chance.

dg: Werden Famulaturen auch schon unter dem Gesichtspunkt Stellensuche gemacht werden?

Elisabeth Schalinski: Ja, ich merke es gerade da wo ich famuliere, in einem Lehrkrankenhaus. Der Chef hat mich auch schon drauf angesprochen: Ach so, Sie wollen sicher auch Ihr PJ bei mir machen und dann auch bei mir anfangen. Das fände er toll, daß ich mich schon so rechtzeitig drum kümmern würde.

„Ich kenne einen, der einen kennt . . .“

dg-Gespräch mit Studenten aus Bochum

Hans Dudda: Die Studenten, die schon Nachtwache z. B. in einem Krankenhaus gemacht haben, spekulieren jetzt darauf, dort auch ins PJ zu kommen und dort dann auch eine Assistenten-Stelle zu bekommen. Und jetzt gibt's Probleme bei der Verteilung, wenn die betreffenden nun nicht dorthin kommen. Ich habe jetzt gerade eine solche Verteilung mitgemacht. In einem Fall hat sogar das Krankenhaus zusätzlich einen Studenten angefordert, der dort schon bekannt war.

dg: Habt Ihr Erfahrungen, ob die Entscheidung über die Weiterbildung nach dem Studium, ob also Arzt für Allgemeinmedizin oder Facharzt für . . ., ob auch diese Entscheidung schon von der Diskussion „Ärztenschwemme“ geprägt wird?

Christofer Hartz: Ich bin bisher auf keine Fachrichtung festgelegt — ich mache in Ruhe meine Doktorarbeit. Ich könnte mir auch vorstellen, danach was ganz anderes zu studieren, etwa Psychologie.

dg: Kann man in der gegenwärtigen Entwicklung nicht nur eine Normalisierung des Arbeitsmarktes für die Ärzte sehen, wie sie für andere Berufe aus dem Gesundheitswesen und darüber hinaus längst stattgefunden hat?

Hans Dudda: Das entspricht genau dem Bild, das sich noch so viele Medizinstudenten von sich selber machen, daß man nicht eine normale Berufsausbildung macht, sondern man wird „Mediziner“, und das sei etwas ganz anderes. Ich möchte gerne möglichst bald in dem Beruf arbeiten, in dem ich jetzt ausgebildet werde. Ich will nicht mehr das Gefühl haben, daß mich jeder anmachen kann und daß ich immer noch nicht genug weiß. Ich möchte mir dann mehr Sicherheit in einem Bereich zulegen. Ich möchte damit auch die gewerkschaftliche Aktivität verbinden können, wie ich das in meinem früheren Beruf gemacht habe. Das mit der „Berufung“ sollten wir uns abschminken, es ist ein normaler Beruf, für den man auch sein Geld sehen will.

dg: Spielt bei Eurer Diskussion eigentlich die Situation der anderen Gesundheitsberufe eine Rolle, deren Arbeitsmarkt schon lange viel schlechtere Bedingungen als bei den Ärzten zeigt?

Klaus Berger: Das glaube ich schon! Ich kenne sehr wenige Leute, die vor dem PJ schon wissen, was sie mal später machen wollen. Ich kenne überhaupt wenige Studenten, die während des Studiums schon wissen, was sie später mal machen wollen. Nur sehr wenige haben feste Vorstellungen, das dann aber schon viel länger.

Christian Hartz: Als Alternative tut sich auf, daß man sich dann eine Doktorarbeit sucht, die man dann auch längerfristig ernsthaft betreiben will, wo man dann auch was Experimentelles für mehrere Jahre macht.



Christofer Hartz

Hans Dudda: Das heißt doch eigentlich nur: sich auf dem Arbeitsmarkt mit mehr Qualifikation anzubieten und zu zeigen: Ich bin eigentlich doch schon wer. Ich habe erlebt, daß die, die heil aus der Physikums-Prüfung rauskommen, schon bald nach einer Doktorarbeit rennen und da wird auch alles angenommen. Denn ohne Doktor — so heißt es — sich heute noch zu bewerben sei völlig sinnlos.

Elisabeth Schalinski: Das können sich doch nur Studenten leisten, die nicht vom BaFöG abhängen.

dg: Wo wollt Ihr persönlich unter diesen Bedingungen später arbeiten? In welcher Fachrichtung? Im ambulanten oder stationären Bereich?

Pia Buchheister: Ich hab noch ziemlich viel Zeit, noch viereinhalb Jahre oder gar sechseinhalb, wenn die Bundesärzteordnung geändert wird. Ich würde z. B. nach dem Examen ins Ausland gehen, etwa in den Entwicklungsdienst. Ich will später Gyn machen, das war schon immer mein Wunsch.



Pia Buchheister

dg: Wie kamst Du darauf?

Pia Buchheister: Erst mal das Interesse am Fach selbst, Kinder holen und mit jungen Müttern zu tun haben. Außerdem finde ich, daß es zu wenige Frauenärztinnen gibt.

Elisabeth Schalinski: Auch in anderen Berufen muß jeder ziemlich viele Bewerbungen losschicken. Und da diskutiert kein Mensch darüber, ob er 100 oder 140 Bewerbungen losgeschickt hat. Und die Arbeitslosigkeit unter Ärzten ist ja doch relativ gering.

Hans Dudda: Ich kann mit dem Problem Arbeitslosigkeit persönlich schon was anfangen. Aber ich halte es für politisch gefährlich, so zu argumentieren: die Ärzte sollen ruhig auch mal kräftig arbeitslos werden. Wir wollen natürlich auch nichts dramatisieren. Ich kenne persönlich keinen, der sich umsonst beworben haben. Aber ich kenne jemanden, der einen kennt

Elisabeth Schalinski: Gefährlich ist eigentlich, was dabei herauskommt. Neulich habe ich im Deutschen Ärzteblatt geblättert in Stellenanzeigen, da stand: Deutscher Arzt, katholisch, gesucht. Neulich habe ich an der Uni eine Diskussion mitbekommen: Was! Du bist aus der Kirche ausgetreten, dann tritt mal schnell wieder ein! Darauf läuft es hinaus!



Elisabeth Schalinski

dg: Warum wird die Diskussion um die „Ärztenschwemme“ ohne oder mit sehr unseriösen Zahlen geführt?

Hans Dudda: Das ist ja auch nicht der Sinn der Diskussion: die Zahlen spielen bei den Standesorganisationen keine Rolle mehr. Die Diskussion ist jetzt etabliert.

dg: Welche Rolle spielt unbezahlte Arbeit an Kliniken?

Klaus Berger: Die Klinikchefs sagen das öfters, daß Sie einen Stapel von Bewerbungen für unbezahlte Arbeit hätten. Vielleicht führen die das aber nur auf, um Druck zu machen.

Elisabeth Schalinski: Ich kenne aber einige, die das gemacht haben, die als Schwangerschaftsvertretung zunächst einmal ein halbes Jahr umsonst gearbeitet haben, um dann die nächste freie Stelle zu bekommen. Einige kalkulieren das bewußt ein.

dg: Wie oft bewerben sich die fertigen Ärzte für eine Stelle?

Klaus Berger: Ein Freund hat sich fünfzigmal beworben. Man kann das Problem nicht nur auf eine Zunahme der Vielfachbewerbungen zurückführen. Dieses Verhalten rührt ja aus einer Angst her, ist also irgendwo real. Es gibt doch negative Erfahrungen. Man muß sich also vor einer Bagatellisierung hüten.

Alle reden von der 35-Stunden-Woche. Wir auch.

Ein resignativer Seufzer, ein spöttisches Lächeln oder ein zynisches Achselzucken — damit reagieren viele Kolleginnen und Kollegen, wenn von der 35-Stunden-Woche im Gesundheitswesen die Rede ist.

Wir meinen: es gibt gute Gründe, diese Diskussion endlich

auch im Gesundheitswesen aufzugreifen, sich nicht nur passiv von den Gegnern jeglicher Arbeitszeitverkürzung bereden zu lassen. Was den Kollegen von der IG Metall, IG Druck und Papier oder HBV recht ist, muß den Beschäftigten im Krankenhaus nicht billig, sondern teuer sein: ihre eigene Gesundheit und ihre Arbeitskraft.

WasmanDAGEGEN

hören kann . . .

Was man DAFÜR wissen sollte

1. Einige meinen, die 35-Stunden-Woche sei im Krankenhaus doch gar nicht durchführbar.

Der Übergang von der 42- zur 40-Stunden-Woche, von der 6- zur 5-Tage-Woche war auch nicht „praktikabel“ — so hieß es 1974. Vor allem im Pflegebereich werden häufig 7-Stunden-Schichten schon heute gemacht. Die Arbeitgeber sind auch sonst sehr erfinderisch, wenn es darum geht, Dienstzeiten „flexibel“ neu zu gestalten, da wird ihnen wohl auch dazu etwas einfallen.

2. Einige befürchten, die Qualität und Kontinuität in der Pflege und Betreuung würde durch die Verkürzung der wöchentlichen Arbeitszeit noch mehr in Frage gestellt.

Welche „Qualität und Kontinuität“ wird denn heute von einem ständig überarbeiteten und gestreßten Personal für den Patienten aufrechterhalten? Wer sorgt für die gute Betreuung bei gestrichenen Plan-

stellen, fehlendem Ersatz bei Mutterschaftsurlaub oder Fortbildung? Wer garantiert dafür an Wochenenden und in Urlaubszeiten? Die drastische Verkürzung der Wochenarbeitszeit und die Einstellung neuer Kolleginnen und Kollegen könnten zu einer besseren Motivation gerade auch für die Grundbetreuung führen.

3. Wer arbeitet denn im Krankenhaus bloß 40 Stunden, viele arbeiten durch Überstunden und Bereitschaftsdienste wesentlich mehr?

Mit der Arbeitszeitverkürzung allein ist es sicher nicht getan: Abbau von Überstunden, Durchsetzung tariflicher Normen bei den Bereitschaftsdiensten und Besetzung aller Stellen gehören auch dazu — hier können Betriebs- und Personalräte wie Mitarbeitervertretungen aktiv werden: passives Verhalten ist nicht mehr gefragt.

4. Was nützt uns die 35-Stunden-Woche, wenn die gleiche Arbeit dann in kürzerer Zeit erledigt werden muß, Arbeitsintensität und Rationalisierung zunehmen?

Die Erfahrungen aus der Industrie besagen: die Wirkungen auf die Beschäftigung der bisherigen Arbeitszeitverkürzungen lagen bei 50 Prozent. Deshalb soll es ja mit einem Schritt zur Verkürzung kommen, damit die Entlastung maximal möglich wird. Und: Rationalisierung und Privatisierung rollen doch schon lange im Krankenhaus!

5. Wenn die 35-Stunden-Woche tatsächlich käme, gäbe es doch gar nicht genügend Fachkräfte, um die freien Stellen zu besetzen!

Die Arbeitslosigkeit hat inzwischen auch fast alle Berufe aus dem Krankenhaus erreicht. Wo werden denn Auszubildende aus dem Pflegebereich noch übernommen?

Das gleiche gilt auch für MTAS und Krankengymnastinnen. Auch arbeitslose Ärzte gibt es in einigen Regionen. Leider sind in den letzten Jahren viele Ausbildungseinrichtungen in ihrer Kapazität heruntergefahren worden. Übrigens von den gleichen politisch und verwaltemäßig Verantwortlichen, die jetzt gegen die 35-Stunden-Woche polemisieren!

Alle reden vom Wetter

Wir nicht.

Fahr lieber mit der Bundesbahn

DB

6. Einige glauben, die 35-Stunden-Woche sei doch nur in großen Kliniken durchsetzbar und organisatorisch möglich.

Das Argument stimmt vielleicht für geringe Verkürzungen der Wochenarbeitszeit, zum Beispiel auf 39 Stunden. Bei einer durchgreifenden Verkürzung jedoch würde der Effekt in kleineren Abteilungen und Kliniken sogar relativ größer sein als in großen, da diese versucht sein könnten, Neueinstellungen durch organisatorische Änderungen aus dem Weg zu gehen.

7. Viele wollen doch gar nicht weniger arbeiten, andere können es nicht — wegen des geringen Einkommens.

Das kann man mit gutem Grund bezweifeln: Gerade im Krankenhaus arbeiten überwiegend Frauen, die unter der Doppelbelastung von Beruf und Familie stehen. Sie würden echt entlastet — obwohl das allein nicht ausreichend ist. Der Forderung um die 35-Stunden-Woche bei vollem Lohnausgleich hat also nicht nur eine arbeitsmarktpolitische, sondern auch eine soziale Komponente.

Im übrigen ist es auch die Aufgabe der jeweiligen Lohn tariffunde, die stärkere Anhebung der unteren Lohn- und Gehaltsgruppen durchzusetzen.

8. Viele können mit mehr Freizeit überhaupt nichts mehr anfangen: mehr Schwarzarbeit, Alkoholismus, noch mehr Ärger in der Familie könnten die Folge sein.

Warum kommen den Arbeitgebern diese Sorgen ausgerechnet in Zusammenhang mit der 35-Stunden-Woche in den Sinn? Wahrscheinlich wird eher umgekehrt ein Schuh daraus: Massenarbeitslosigkeit führt zu vermehrten psychischen und psycho-somatischen Erkrankungen. Arbeitslose haben auch in ihren Familien oft einen schweren Stand. Derartige Argumente tauchten schon bei dem Kampf für die Einführung der Sonntagsruhe des 19. Jahrhunderts oder später beim Kampf für den 8-Stunden-Tag auf.



9. Einige meinen, daß mehr Teilzeitarbeit oder „jobsharing“ mehr Entlastung bringt vor allem für Frauen im Gesundheitswesen.

Teilzeitarbeit und die Aufteilung eines Arbeitsplatzes auf zwei Beschäftigte sind zwar Formen der Arbeitszeitverkürzung, jedoch solche mit entsprechender Kürzung von Lohn und Gehalt. Sie sind diskutabel nur für wenige Arbeitsplätze. In keinem Fall stellen sie auch im Krankenhaus eine ernsthafte Alternative zur umfassenden Verkürzung der wöchentlichen Arbeitszeit dar.

Leserdiskussion 35-Stunden- Woche!

Schreibt Eure Meinung und Eure Erfahrungen zum Thema:

- Ist die Forderung durchsetzbar?
- Wie kann die Schaffung neuer Arbeitsplätze abgesichert werden?

Schreibt doch gleich mal, wenn Ihr diesen Artikel gelesen habt!

10. Einige sehen bei der 35-Stunden-Woche nur zusätzliche Kosten auf die Krankenhäuser und die Krankenkassen zukommen.

Nach beispielhaften Berechnungen liegt die Steigerung der Lohnkosten im öffentlichen Dienst zwischen 0,3 und 3 Prozent, im Bereich der AOK Stuttgart bei 0,3 und bei den Stadt-

werken Dortmund bei 2,4 Prozent, wenn durch die 35-Stunden-Woche 170 Kolleginnen und Kollegen neu eingestellt werden müssen.

Zwar haben wir in den Krankenhäusern einen hohen Personalkostenanteil. Doch warum wird bei Kosten immer nur über Personalkosten gesprochen? Warum bleiben die Kosten für Bauten, Geräte oder Medikamente immer ausgespart? Außerdem ließen sich die Kosten für Neueinstellungen zum Teil wenigstens durch den Abbau von Überstunden ausgleichen. Und wer spricht schon von den Kosten für die Arbeitslosigkeit? Von der Vergeudung nicht nur der materiellen, sondern auch der menschlich-schöpferischen Ressourcen.

11. Die Gewerkschaften hatten bisher weder ein Konzept gegen die Sparpolitik im Gesundheitswesen, noch haben die Tarifrunden der letzten Jahre das Real-einkommen sichern können.

Leider ist dieses Argument richtig, doch was folgt für uns daraus? Sollen wir still abwarten, daß die öffentlichen Arbeitgeber ihr „Null-Runden“-Konzept durchsetzen? Sollen wir ruhig zusehen, wenn 50% aller Arbeitsplätze auch im öffentlichen Dienst von den neuen Technologien bedroht werden? Wollen wir nichts tun, wenn Bund und Länder noch 10000 Stellen abbauen wollen? Wer ungenügende gewerkschaftliche Gegenwehr kritisiert, muß gemeinsam mehr Aktivitäten entfalten helfen — nicht „Null-Lösungen“ predigen.

12. Skeptische Kolleginnen und Kollegen meinen: zwar ist die Forderung an sich sinnvoll — gerade auch im Gesundheitswesen — aber doch nicht durchsetzbar.

Allein wird es die ÖTV sicher nicht schaffen, sondern nur gemeinsam mit der IG Metall und den anderen Gewerkschaften. Eine Bedingung ist auch: das Gesundheitswesen muß eigene Aktivitäten entwickeln und darf nicht wie bisher bei Tarifkämpfen brav ausgespart bleiben.

Aufruf zur Hilfe für den Libanon

Die Hilfe für die palästinensischen und libanesischen Flüchtlinge muß weitergehen —

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

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

SPENDEN
Stadtparkasse Frankfurt
Konto 1800
Stichwort: Libanon/Palästina



Dias, eine Fotoausstellung und informative Faltblätter können bestellt werden.

medico International
Hanauer Landstraße 147 — 149
6000 Frankfurt/Main 1

— Anzeige —

„Ein bißchen aufgebauscht“

Schweigen um einen Menschenversuch mit Nebenwirkungen

Fünfzehn Arbeiter der Marburger Behring-Werke kamen bei einem Impftest zu Schaden.

Wie erst jetzt an die Öffentlichkeit drang, kam es im November vergangenen Jahres in Marburg bei fünfzehn von zwanzig Probanden eines Impftests zu erheblichen Nebenwirkungen. Die Behring-Werke hatten an den freiwilligen Versuchspersonen, allesamt Arbeiterinnen und Arbeiter aus der eigenen Firma, den neu entwickelten Impfstoff Staphylokokken-Alpha-Hämolysintoxoid getestet. Vorgesehen waren zwei intramuskuläre Injektionen und nach der zweiten Injektion eine Blutentnahme von zehn Millilitern.

Wenige Stunden nach der ersten Injektion stellten sich bei den meisten Geimpften so heftige Schmerzen ein, daß sie noch in der Nacht den diensthabenden Arzt riefen, um die Schmerzen medikamentös bekämpfen zu lassen. Einer der Probanden wurde wegen Lähmung eines Beins noch in der Nacht in die Klinik überwiesen und erst nach sechs Tagen stationärer Behandlung wieder entlassen. Die übrigen mußten etwa drei bis sieben Tage lang starke Schmerzen aushalten. Der massive Druckschmerz an der Impfstelle hielt sogar bis zu sechs Wochen an.

Für besonderen Ärger im Betrieb sorgte die Reaktion der Behring-Werke. Weder wurde für den erlittenen Schaden eine Entschädigung gezahlt, noch ließ die Werksleitung erkennen, daß sie in irgendeiner Weise aus dem Vorfall Konsequenzen ziehen wolle. Arbeiter, die ihre Beschwerden der Werksleitung vortrugen, wurden mit dem Hinweis fortgeschickt, sie erhielten schließlich den vollen vereinbarten Betrag von 150 Mark, obwohl nach der Reaktion auf die zweite Impfung verzichtet werde. Die Versicherung wurde nicht eingeschaltet.



Auch auf die Bekanntmachung des Vorfalls legte die Werksleitung keinen Wert. Der fällige Bericht auf der Betriebsversammlung unterblieb. Die Betroffenen mochten aus Vorsicht keine Angaben gegenüber der Presse machen. Daß der Vorfall überhaupt an die Öffentlichkeit drang, ist der Betriebszeitung der DKP bei den Behring-Werken, „Reagenzglas“, zu danken.

Das Gesundheitsamt war nach eigenen Angaben weder über die Impfung noch über die

Zwischenfälle informiert. Die zuständige Aufsichtsbehörde, so die Leiterin des Marburger Gesundheitsamts Kuhn, sei der Regierungspräsident in Gießen. In Gießen war außer Hinweisen auf die „ordnungsgemäße Durchführung“ und die „Freiwilligkeit“ der beanstandeten Impftests nichts zu erfahren. Die Marburger Stadtverordnetenversammlung erklärte sich für unzuständig. Lediglich das Marburger Gesundheitsamt hat jetzt den Vorstand der Behring-Werke schriftlich um eine Stellungnahme ersucht.

Dort freilich gibt man sich zu geknöpft. Dr. Bösel von der Firmenleitung konnte sich zu keiner telefonischen Stellungnahme entschließen. Betriebsratsvorsitzender Becker gegenüber dg: „Bei solchen Impfungen treten immer schon mal kleine Rötungen und Schwellungen auf. In diesem Fall gab es ein paar Unverträglichkeiten, bei einem Kollegen auch ein bißchen verstärkt. Er mußte wegen Kribbeln im Bein kurz ins Krankenhaus.“ Der Betriebsrat sei aber eingehend unterrichtet worden.

Zu einem regelrechten Dementi mochte sich aber auch der Betriebsrat nicht entschließen. Ein Mitglied der Arbeitnehmervertretung meinte, der Vorgang sei zwar nicht unkorrekt widergegeben, aber von der DKP „ein bißchen aufgebauscht“ worden.

Auf besondere Kritik stieß im Zusammenhang mit dem Impftest die Tatsache, daß eine effektive Aufsicht über Experimente mit Menschen in Pharmafirmen wie den Behring-Werken nur von Angehörigen des Betriebs selbst ausgeübt wird. Das örtliche Gesundheitsamt war über die Impfung nicht unterrichtet. Die Behandlung der Geschädigten oblag niedergelassenen Ärzten, die Informationen über den Wirkstoff von neutraler Stelle nicht einholen konnten.

Versuche mit freiwilligen Probanden sind in Pharmaunternehmen an der Tagesordnung. Betriebsrat Becker: „Das haben Sie natürlich in jedem pharmazeutischen Betrieb. Wenn so eine Untersuchung ansteht, melden sich hundert Leute, und zwanzig werden dann genommen.“

An dem konspirativen Schweigen um die Marburger Vorfälle beteiligten sich neben der Geschäftsleitung, dem Gesundheitsamt und dem Betriebsrat mittlerweile auch die DKP-Betriebsgruppe und die Betroffenen selbst. Der Druck scheint eine öffentliche Aufklärung unmöglich zu machen. Auch eine Möglichkeit, unerwünschte Nebenwirkungen unter der Reizschwelle zu halten — zumindest unter der publizistischen.

BEHRING INSTITUT
Marburg

Ausgang: 21. Oktober 1983
Rundschreiben

Aufruf zur Teilnahme an einer klinischen Prüfung

Zur Anwendung bei 20 gesunden Freiwilligen älter als 18 Jahre soll der neue in den Behringwerken entwickelte Impfstoff Staphylokokken- α -Hämolysintoxoid kommen.

Der Impfstoff wird intramuskulär zweimalig im Abstand von 14 Tagen verabreicht. Vor den Impfungen und 14 Tage nach der 2. Impfung werden jeweils ca. 10 ml Blut entnommen.

Die Teilnehmer an der Prüfung erhalten 150,00 DM.

Die Freiwilligen, die an der Prüfung teilnehmen möchten, melden sich bitte am 20.10.83 bei Herrn Cieplik (Tel. 28 03). Die Vorbesprechung für die Prüfung findet am 21.10.83 statt. Ort und Uhrzeit werden von Herrn Cieplik bekanntgegeben.

Verantwortlich für die Prüfung ist Herr Dr. Bijok aus der Medizinischen Abteilung.

Marburg, 07.10.83
Med. Abt./Dr. Bi/Di

Bernhardt
Prof. Bernhardt

Bijok
Dr. Bijok

DOKUMENTE

Farthmann kritisiert Verschreibungspraxis von Medikamenten

Offenlegung von „geheimen“ Arzneimittel-Statistiken gefordert

Fast eine Million Mal im Jahr werden Kindern im Alter bis zu 11 Jahren Tranquillizer, Schlaf- und Beruhigungsmittel verschrieben. Bereits ein- und fünfjährige Mädchen und Jungen werden im Jahr 184 000 mal Tranquillizer und Neuroleptika verordnet. Und selbst Säuglingen und Kleinkindern werden diese Psychopharmaka noch in starkem Maß verabreicht. 36 000 mal werden ihnen Tranquillizer und Neuroleptika und 60 000 mal Schlaf- und Beruhigungsmittel verordnet. Rund 500 000 mal wurde bei Säuglingen und Kleinkindern bis zu 11 Jahren die Diagnose „Neurosen“ gestellt.

Dieses „detaillierte und gesundheitspolitisch hochbrisante Datenmaterial über die Verschreibungspraxis von Ärzten“ wird nach Angaben von Gesundheitsminister Prof. Friedhelm Farthmann in der Bundesrepublik „unter Verschluss gehalten“. Die pharmazeutische Industrie weigere sich hartnäckig, diese Daten den verantwortlichen Behörden zur Verfügung zu stellen. Farthmann betonte am Montag (26. März 1984), er selbst habe sich in mehrmaligen Anläufen vergeblich bemüht, offiziell an dieses Material heranzukommen.

Bei dem Datenmaterial handele es sich um den „verschreibungsindex für Pharmazutika“, der vom Institut für Medizinische Statistik (IMS) im Auftrag der deutschen Pharma-Betriebe erarbeitet wird. Der Verschreibungsindex, der einen Umfang von rund 3 000 Seiten hat und jährlich erstellt wird, basiert auf der regelmäßigen Auswertung der Verschreibungen und Diagnosen von 1 800 repräsentativ ausgewählten Ärzten in der Bundesrepublik.

Farthmann: „Dieses Datenmaterial stellt eine wahre Fundgrube an Informationen dar. Es beleuchtet zahlenmäßig sehr genau das Verschreibungsverhalten von Ärzten.“ Der Verschreibungsindex gestalte auch eine Zuordnung von Diagnosen zu den verordneten Medikamenten. Dies konnten alle anderen öffentlich zugänglichen Daten wie der vom Wissenschaftlichen Institut der Ortskrankenkassen herausgegebenen GKV-Arzneimittelindex nicht leisten.

Farthmann unterstrich, die Kenntnis dieser Daten wäre für die verschiedenen im Bereich des Gesundheitswesens tätigen Institutionen von außerordentlicher Bedeutung. Es sei daher unverständlich, daß ein Einblick in die Statistiken mit dem Hinweis abgelehnt werden, „eine Datenweitergabe an Dritte“ sei „verträglich ausgeschlossen“.

Der Minister wies in diesem Zusammenhang darauf hin, daß in Ländern — etwa in den USA und in den skandinavischen Ländern, wo IMS ebenfalls einen Verschreibungsindex erstellt — den für das Gesundheitswesen zuständigen das IMS-Material zugänglich gemacht wird.

Farthmann betonte, die hartnäckige Ablehnung von IMS und dessen Auftraggebern zwingt ihn nunmehr dazu, aus dem genannten IMS-Material, das ihm inoffiziell von dritter Seite zugetragen worden sei, Fakten zu veröffentlichen.

Er wies ausdrücklich darauf hin, daß die folgenden Zahlen keine Rückschlüsse auf die fachliche Angemessenheit des Verschreibungsverhaltens eines Arztes im Einzelfall zulasse. Jedoch werde insgesamt quantitativ und qualitativ ein bedenklicher Trend erkennbar.

Als ein „besonders problematisches Kapitel“ bezeichnete er die Verschreibung einiger Medikamente an Schwangere. So wies die IMS-Statistik aus, daß bei 790 000 gestellten Diagnose-Fällen „Schwangerschaft“ 913 000 Verordnungen verabreicht wurden. Bei rund 44 Prozent der Diagnosen seien blutbildende eisenhaltige Mittel verordnet worden, deren Wert fachlich umstritten sei. Bei rund 19 Prozent seien Mittel gegen Schwangerschaftserbrechen verschrieben worden. Als meist verordnetes Mittel — nämlich bei 72 000 Diagnosen — wies die Statistik Lenotan aus, ein Arzneimittel, bei dem in den USA der Verdacht auf Verursachung von Mißbildungen ausgesprochen wurde. Nicht zuletzt aufgrund dieser Zusammenhänge hat die Herstellerfirma die Produktion dieses Arzneimittels Mitte letzten Jahres eingestellt.

Die Statistik zeige weiterhin, daß etwa 50 000 mal bei uns in der Bundesrepublik an Schwangere Sexualhormone verordnet werden, obgleich beispielsweise in den USA ausdrücklich vor der Verwendung von Sexualhormonen während der Frühschwangerschaft gewarnt werde.

Bei 10 000 der gestellten Schwangerschafts-Diagnosen wurden Beruhigungsmittel, wie z. B. Valium, verordnet, obwohl die Verordnung derartiger Tranquillizer immer wieder Gegenstand fachlicher Kritik sei.

Farthmann betonte, sicherlich gebe es in der täglichen Praxis manche Situation, in der der Arzt abwägen müsse, ob er einer Schwangeren ein nebenwirkungsreiches Medikament verabreichen dürfe. Aber gerade mit Blick auf die Folgen des Congenital-Unfalls sei eine besondere Vorsicht bei der Verordnung von Medikamenten in der Schwangerschaft mehr als angezeigt.

Dies zeigten nicht zuletzt auch die jüngsten Erkenntnisse der sogenannten „Perinatal-Studie“ in Nordrhein-Westfalen, deren erste Ergebnisse aus dem Gebiet Nordrhein jetzt vorlägen. Anhand dieser Studie, an der sich unter der Trägerschaft von Ärztekammern und Kassenärztlicher Vereinigung mehr als die Hälfte aller geburtshilflichen Kliniken und Krankenhausabteilungen freiwillig beteiligten, konnte nachgewiesen werden, daß heute bei 4,9 Prozent aller Neugeborenen Fehl- und Mißbildungen unterschiedlicher Schweregrade festzustellen waren. Farthmann erklärte, wenn auch entsprechend der Schätzung von Fachleuten davon auszugehen sei, daß die Mehrzahl dieser Fehlbildungen genetisch verankert sei und nur etwa 5 Prozent auf Alkohol, Nikotin und Medikamente zurückzuführen sei, so wären damit doch bei immerhin etwa 350 bis 400 Kindern in Nordrhein-Westfalen pro Jahr solche Schäden leicht vermeidbar.

Auffallend sei auch die Flut von Verschreibungen an Frauen der mittleren und älteren Jahrgänge. Aus den IMS-Zahlen könne hochgerechnet werden, daß für die knapp 10 Millionen Frauen im Alter von 40 bis 65 Jahren 120 Millionen Mal ein Krankheitsbild diagnostiziert und 144 Millionen Medikamente verschrieben werden. Aufgrund dieser Fakten müsse endlich eine ernsthafte Diskussion über das gesellschaftliche Phänomen des Arzneimittelverbrauchs geführt werden. Farthmann begrüßte in diesem Zusammenhang ausdrücklich den gemeinsamen Appell der Ärztekammer Nordrhein und der Kassenärztlichen Vereinigung an die Ärzteschaft, eine mißbräuchliche Verwendung von Arzneimitteln zu erschweren. In dem Appell heißt

es, die ärztlichen Körperschaften beobachten mit Sorge den nach wie vor bestehenden Mißbrauch von Arzneimitteln und daraus entstehende Abhängigkeit. „Vor allem müsse verhindert werden, daß Süchtige anstelle von Rauschgiften in den Konsum bestimmter Arzneimittel ausweichen“, betonte die Ärzte-Organisation.

Minister Farthmann forderte die Pharmaindustrie mit Nachdruck auf, den Verschreibungsindex für Pharmazeutika allen an der Auswertung interessierten Institutionen, also den für das Gesundheitswesen und die Arzneimittelsicherheit verantwortlichen Bundes- und Landesbehörden, den Krankenkassen, wissenschaftlichen Einrichtungen und insbesondere auch den ärztlichen Organisationen zur Verfügung zu stellen. Farthmann: „Ich halte es im Falle der IMS-Statistiken für absurd, daß zwar bei den Kassenärzten Daten eingeholt werden, den betroffenen Ärzten jedoch keine entsprechende Informationen seitens IMS zur Verfügung gestellt werden, aus denen sie möglicherweise Fehler in ihrem Ordnungsverhalten erkennen können.“ Nur wenn den Ärzten auch die entsprechenden Informationen zukämen, wären auch entscheidende Verbesserungen des Ordnungsverhaltens zu erwarten.

Für die ärztlichen Organisationen und die Gesundheitsbehörden in Nordrhein-Westfalen wäre beispielsweise die Klärung der Frage von Interesse, weshalb in den IMS-Statistiken bei einer Gegenüberstellung der Diagnosehäufigkeiten der einzelnen erfaßten Regionen der Bundesrepublik Nordrhein-Westfalen relativ schlecht abschnide.

Beispielsweise liege Nordrhein-Westfalen bei rheumatischen Erkrankungen um 4 Prozent, bei Erkrankungen des Kreislaufsystems um 7 Prozent, bei Erkrankungen der Verdauungsorgane um 11 Prozent, bei Erkrankungen der Atmungsorgane um 12 Prozent und bei der Diagnose „Seelische und Nervenkrankungen“ gar um 20 Prozent über dem Bundesdurchschnitt.

**besondere
die reise** 

**Sowjetischer Orient/
Mittelasien**

Rundreisen durch Städte
aus 1001 Nacht

16 Tage ab **DM 2.033**

Flug-/Busreise durch
Usbekistan und Kasachstan

9 Tage ab **DM 1.598**

Pamirgebirge-Karakumwüste

9 Tage ab **DM 1.337**

hertel-reisen · lang'l dörp 12
2301 hohenhude · ☎ 04340/1777

Hans-Ulrich Deppe: Rede auf der Demonstration der Fachkonferenz Medizin in den VDS am 25. Januar 1984 in Bonn gegen die 5. Änderung der Ap- probationsordnung

Einer der wichtigsten Punkte in der gegenwärtigen Veränderung der ärztlichen Ausbildung ist die Einführung einer zusätzlichen zweijährigen Praktikumsphase, der „Arzt im Praktikum“. Sie soll die „praktische Qualifikation der zukünftigen Ärzte“ verbessern. Es heißt, daß sie infolge der „hohen Zahl der Medizinstudenten unzureichend“ sei.

Freilich ist zu begrüßen, wenn man sich über eine bessere Qualifikation der Ärzte und damit über eine bessere Gesundheitsversorgung der Bevölkerung Gedanken macht. Verdächtig ist allerdings, daß seitens der ärztlichen Landesorganisationen immer dann von einer Verbesserung der ärztlichen Qualität gesprochen wird, wenn aus berufsegoistischen Gründen die Zahl der Ärzte kleingehalten werden soll.

Der „Arzt im Praktikum“, so wie er in dem Entwurf formuliert wurde, bringt noch keine Verbesserung. Wo steht geschrieben, was der Auszubildende in dieser Zeit zu lernen hat? Wo sind die „erfahrenen Ärzte“, die anleiten sollen und die dazugehörigen Stellen? Schon heute ist es doch so, daß die fertigen Ärzte, die sich im Krankenhaus in der Facharzt-Weiterbildung befinden, vor allem auf ihre autodidaktischen Fähigkeiten angewiesen sind. Schon heute droht doch die Versorgung im Krankenhaus in Hektik abzugleiten, weil nicht genügend Personal eingestellt wird.

Es entsteht also der massive Eindruck, daß mit der geplanten zusätzlichen Praxisphase von zwei Jahren die Regierung dem Drängen der ärztlichen Landesorganisationen nachgegeben hat. Diese befürchten aus ihrer Sicht eine sogenannte Ärzteschwemme und wollen sich deshalb für zwei Jahre Luft verschaffen. In dieser Zeit sollen grundsätzliche Veränderungen des Zugangs zum ärztlichen Beruf ausgebrütet und durchgesetzt werden. Dabei geht es den wirtschaftlichen Interessenorganisationen der Ärzte traditionell um die Erhaltung von Einkommensprivilegien — insbesondere ärztlicher Großverdiener.

Ganz im Gegenteil zu diesen Vorstellungen ist in der zunehmenden Ausbildungszahl von Ärzten aber keineswegs eine Katastrophe zu sehen. Mehr Ärzte bieten vielmehr die Chance für längst fällige Reformen mit dem Ziel: mehr Zeit für die Patienten und weniger unzumutbare Belastungen für Ärztinnen und Ärzte! Die Drei-Minuten-Medizin könnte endgültig auf den Müllhaufen der Geschichte geworfen werden.

Unter solchen Voraussetzungen bedarf es keines gesonderten Status „Arzt im Praktikum“. Würde vielmehr die vorliegende Approbationsordnung, die ja auf dem Papier gerade die praktische Seite der Mediziner Ausbildung betont und seit Jahren boykottiert wird, richtig angewandt und voll durchgesetzt, dann könnte man sich die laufende Diskussion um die Ärzteausbildung ersparen.

Ein weiterer Punkt im Novellierungsprozeß der ärztlichen Ausbildung ist das Prüfungssystem:

- Es ist vorgesehen, daß Prüfungen nur noch einmal — statt zweimal — wiederholt werden können. Lassen Sie es mich deutlich formulieren: Es gibt keinen empirischen Beleg dafür, daß dadurch bessere Ärzte und Ärztinnen ausgebildet werden.

Auch darin ist das Nachgeben der Regierung gegenüber den Selektionsforderungen der ärztlichen Landesorganisationen zu sehen, immer weniger Ärzte auszubilden.

- Ein Wort zu den zusätzlichen mündlichen Prüfungen: Insgesamt ist es zu begrüßen, daß in Zukunft auch mündliche Prüfungen zur Beurteilung von Studenten in der Ärztlichen Vorprüfung ermöglicht werden. Nicht zuletzt auch im Interesse der Studenten selbst. Gleichwohl ist jedoch hinzuzufügen, daß die Studenten zu ihren bestehenden Belastungen durch Studien und Prüfungen zusätzlich belastet werden. Es ist nämlich davon auszugehen, daß die mündlichen Prüfungen zusätzliche Prüfungsinhalte zu den schrift-

lichen enthalten. Es ist auch nicht auszuschließen, daß einzelne Prüfer — wie das zur Zeit der Bestallungsordnung durchaus Praxis war — wieder ihre „Steckenpferde“ zum alleinigen Prüfungsinhalt machen werden.

Abschließend einige Sätze dazu, wie gegenwärtig mit den psychosozialen Fächern gespielt wird: Der vorliegende Entwurf sieht vor, daß der schriftliche Prüfungsfragenanteil für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie in der Ärztlichen Versorgung von 60 auf 40 Fragen gekürzt wird. Das bedeutet keineswegs, daß damit eine allgemeine Verringerung der schriftlichen Prüfungsfragen vorgesehen ist. Vielmehr sollen diese zwanzig Prüfungsfragen zusätzlich der physiologischen Chemie zugeschlagen werden. Warum wohl, fragt man sich? Und als lapidare Begründung erläutert man einzig, „wegen der zunehmenden Bedeutung der physiologischen Chemie“.

Nun — angesichts der zunehmenden Bedeutung psychosozialer Bedingungen bei der Entstehung und dem Verlauf von Krankheiten ist es völlig unverständlich, warum diese Fächer noch weiter an den Rand des Medizinstudiums gedrängt werden sollen. Ist in den Ministerien noch immer nicht bekannt, daß ein Drittel bis die Hälfte der Patienten, die heute den niedergelassenen Arzt aufsuchen, kein nachweisbares organisches Leiden haben und trotzdem krank sind? Ist denn nicht bekannt, daß die Erfolge der modernen Medizin auch ein Heer von chronisch Kranken schaffen? Ihre Betreuung erfordert qualifizierte psychosoziale Kompetenzen. Soll mit der Reduzierung der Bedeutung der psychosozialen Fächer etwa der Anfang gemacht werden, in Zeiten zurückzufallen, die Alexander Mitscherlich schon in den sechziger Jahren zu Recht kritisierte: „Medizin ohne Kenntnis der Phantasie ist Veterinärmedizin“; und man könnte fortfahren „Medizin ohne sozialwissenschaftliche Erkenntnis ist zulieferst unsocial“?

Oder aber ist die bewußte Beschneidung und Vernachlässigung der psychosozialen Dimension in der medizinischen Ausbildung Teil jener diskriminierenden und ekelhaften Kampagne, die heute wieder offensiv gegen Homosexuelle und die soziale Indikation im §218 geführt wird? (Ich erinnere an den Fall Kießling!) Es entsteht ein Klima, in dem diejenigen wieder Oberwasser bekommen, die soziale medizinische Probleme mit biologischen Instrumenten lösen wollen. Wohin das führen kann, wissen wir aus unserer Geschichte und ist dort im Detail nachzulesen. Auch dies ist ein Grund, warum wir heute hier stehen!

Wo Pillen allein nicht helfen

Psychosomatische Medizin ist nicht einfach eine neue Technik. Sie fordert dem, der sie anwendet, viel ab an Engagement und Bereitschaft, sich selbst in Frage zu stellen.

Jürgen Peter Stössel hat psychosomatisch orientierte Mediziner besucht und ein Buch darüber geschrieben. Es erscheint im Mai unter dem Titel „Wo Pillen allein nicht helfen — Erfahrungen mit der psychosomatischen Medizin“ beim Droemer-Verlag. dg veröffentlicht vorab einen Auszug aus dem 23. Kapitel des Buches.

Über seinem Schreibtisch hängt das Bild eines Mannes, dem ich auf meiner Reise immer wieder begegnet bin: Thure von Uexküll. Als Professor Wolf-

ram Schüffel meinen abschweifenden Blick bemerkt, lächelt er. Verlegen? Nein. Das ist eine alte Geschichte. Und Schüffel, seit 1976 Leiter der Abteilung Psychosomatik im Zentrum für Innere Medizin der Universität Marburg, bekennet sich dazu. Sein Vater sei früh gestorben. Den Stiefvater habe er nicht gemocht. So habe er sich später immer wieder Vaterfiguren gesucht. Zuerst Alexander Mitscherlich, den er als Student in Heidelberg kennengelernt habe. Dadurch sei er zwar angeregt worden, sich weiter mit Psychosomatik zu beschäftigen. Doch was Mitscherlich darunter verstanden habe, sei ihm zu einsichtig gewesen, zu wenig somatisch. Ach ja, das kenne ich nun schon zur Genüge. Und auch was dann kommt; die Hoffnung, die Schüffel auf die neugegründete Universität Ulm setzte, die Enttäuschung darüber, daß kein Ganzes entstehen kann aus den einzelnen Teilen, solange das Bild, das sich die Medizin vom Menschen macht, zersplittert ist — immer wieder bin ich auf ähnliche Erfahrungen gestoßen. Jedoch: „Die sich des Vergangenen nicht erinnern, sind dazu verurteilt, es noch einmal zu erleben.“ Diesen Satz habe ich mir neulich aufgeschrieben. Darunter stand: Santayana, Philosoph. Ich kenne ihn nicht, weiß nicht, in welchem Zusammenhang das gesagt wurde. Aber es gilt, scheint mir, im Großen wie im Kleinen, für die Gesellschaft wie für den einzelnen, für die individuelle Krankengeschichte, aber auch für die Sozialgeschichte der Medizin. Also will ich mich mit Professor Schüffel noch einmal erinnern an seine Anfänge im Department für Innere Medizin der Ulmer Reformhochschule.

Schöffel: „Ich bekam dort 1968 eine Assistentenstelle und hatte als Stationsarzt zum Beispiel einen 14jährigen Jungen zu betreuen. Er war hochgradig adipös und wurde nun zum Abspecken auf Nulldiät gesetzt, dadurch aber immer gereizter, aggressiv, so daß er schließlich sein Kofferradio nach einer Schwester geworfen hat. Es war abzusehen, daß er die paar Pfunde, die er verloren hatte, bald wieder zunahm. Der endokrinologische Konsiliarius stellte Hyperinsulinismus fest, aber das war mir auch klar, daß bei Adipositas die Bauchspeicheldrüse zu viel Insulin produziert. Der Psychotherapeut, den ich ebenfalls um Rat fragte, diagnostizierte orale Triebdurchbrüche. Doch das war für mich ebenfalls nichts Neues. Dann gingen die beiden Spezialisten weg, und ich konnte sehen, wie ich zurechtkam mit dem Jungen. So ging es damals vielen in Ulm. Herr von Uexküll vertrat zwar das Konzept der Integration, aber er war als Abteilungsleiter in der Aufbauphase mit ganz anderen Aufgaben beschäftigt, und es fehlten die Mitarbeiter, die uns anleiten konnten, wie Innere Medizin und Psychotherapie zu verbinden sind. Ich fühlte mich in der Situation eines Studenten, und deswegen habe ich mich dann auch mit den Studenten zusammengetan. So sehe ich das heute.“

Daraus entstanden seit 1969 die sogenannten Anamnesegruppen, die mir Professor Uexküll als ermutigendes Beispiel studentischer Selbsthilfe geschildert hat. Denn dabei wird systematisch eingeübt, was in den überfüllten „Gegenstandskatalogen“ der heutigen Medizinausbildung zu kurz kommt: das Gespräch. In diesen Gruppen können die Studenten lernen, ihre Beziehung zum Patienten so zu gestalten, daß sie dessen Bedürfnissen und der Realität seiner Krankheit gerecht wird. Im Mittelpunkt steht die Erhebung der Anamnese: Mit Hilfe der Erinnerung (griechisch: Anamnese) des Patienten wird seine Vorgeschichte rekonstruiert, wobei sich im Idealfall somatische, psychische und soziale Aspekte gleichermaßen berücksichtigen und verknüpfen lassen mit dem erlebten Bild des Gesamtgeschehens, das der aktuellen Krankheit vorausgegangen ist. Das verlangt freilich eine andere Einstellung gegenüber dem Kranken, als sie dem Arzt in der Regel an der Universität vermittelt wird. Was er dort lernt, zwingt ihn, sich von eigenen und fremden Gefühlen zu distanzieren, um einen vermuteten Krankheitsprozeß objektivieren zu können. Doch guter Wille allein reicht nicht aus, um die Rolle des distanzier-ten Beobachters aufzugeben. Diese Erfahrung blieb auch Wolfgang Schöffel nicht erspart:

„Wir hatten damals in Ulm den Anspruch, als Internisten psychosomatisch tätig zu sein. Aber wir stießen immer wieder an die Grenze beim Versuch, die Biographie des Patienten, seine soziale Situation zu erfassen, und diese Gesichtspunkte in unsere Arbeit mit körperlich Kranken einzubeziehen. Deshalb griffen wir bereitwillig das Fortbildungsangebot von Rolf Adler auf, der in den USA gewesen war, bei George Engel in Rochester, und uns die dort entwickelte Interview-Technik zur Anamneseerhebung zeigen wollte. Engel ist praktizierender Internist und Psychoanalytiker, und seine Technik des problemzentrierten, assoziativ geführten Gesprächs verbindet beide Bereiche, schien also genau das zu sein, was wir suchten. Nun, Adler führte uns das vor und wir hörten zu, machten dann selbst unsere ersten Versuche, aber das waren wirklich erste unbeholfene Schritte, weil wir das bisher Gelernte ablegen mußten. Das haben im Grunde nur wenige durchgehalten. Die einen wanderten ab in die traditionellen Bereiche, Kardiologie, Nephrologie etcetera. Das war deutlich zu beobachten in der Gruppe, die mit Herrn von Uexküll aus Gießen nach Ulm gekommen war. Den anderen war dieses Vorgehen zu wenig psychoanalytisch. Das waren zum Teil somatisch sehr qualifizierte Kollegen, aber sie wurden fasziniert von der Psychoanalyse und zogen sich dann auf die Couch zurück. So vergrößerten sich auch die Spannungen innerhalb der Abteilung, die ja Innere Medizin mit den Schwerpunkten Psychosomatisch und Psychotherapie vertreten sollte, deswegen zunächst auch eine doppelköpfige Leitung hatte, Uexküll und Thomä, doch dann zog die Psychotherapie aus, worin sich eben meines Erachtens eine bis heute nicht überwundene Auseinandersetzung innerhalb der psychosomatischen Medizin widerspiegelt. Das hätte für uns ein Warnzeichen sein sollen, zurückblickend kann man das sagen. Es wurde zu wenig auf die institutionelle Verankerung der psychologischen Weiterbildung geachtet, so daß letztlich nur wenige durchgehalten und in der Form weitergemacht haben, wie wir es mit Rolf Adler begonnen hatten.“

Auf einmal weiß ich auch, warum mich das Bild über Schöffels Schreib- tisch überrascht hat. Die gleiche Aufnahme des „Vaters“ der integrierten Psychosomatik habe ich vor kurzem in Bern gesehen, genauer: im Zimmer von Dr. Jörg Michael Herrmann. Er gehörte lange Zeit zur Abteilung Psychosomatik der Universität Ulm, war dann leitender Oberarzt der „Medizinischen Abteilung Lory“ des Berner Inselspitals, um 1983 wieder nach Ulm zurückzukehren. Dort hat sich freilich unter dem neuen Leiter Professor Samir Stephanos vieles verändert, was zumindest erschwerte, die früher in Ulm und heute noch in Bern angestrebte ganzheitliche Betreuung aller Patienten zu verwirklichen. Nach seinem Gastspiel an der Donau war Adler sieben Jahre lang Oberarzt der Medizinischen Klinik des Inselspitals in Bern, wo er mit einer Gruppe von Gleichgesinnten Pionierarbeit leistete für eine internistisch-psychosomatische Medizin, die den Dualismus zwischen Körper und Seele gar nicht erst aufkommen lassen will. Durch diesen integrativen Zugang läßt

sich auch die Aufspaltung der emotionalen Bindung des Patienten an zwei Ärzte vermeiden.

Daß dies möglich ist, stellt Adler nun als Chefarzt der „Medizinischen Abteilung Lory“ unter Beweis. Der Name bezieht sich auf Carl L. Lory, „Großkaufmann in Moskau“, der in seinem Testament verfügt hat: „Ich bezwecke, im Inselspital mehr Platz zu schaffen, damit nicht so viele Kranke abgewiesen werden müssen. Die zu erstellenden Gebäude sollen zur Pflege meiner leidenden Mitmenschen dienen, nicht zu Lehrzwecken.“ So wurde zwischen 1927 und 1929 das nach dem Stifter benannte Haus errichtet. Es kann zwar von der äußeren Ausstattung her nicht mit den modernen Klinikbauten des Inselspitals konkurrieren. Doch die darin untergebrachten Patienten bekommen einen Vorgeschmack dessen, was Adler und seine Mitarbeiter als Fernziel ihrer Bemühungen ansehen: „... daß klinische Medizin einmal identisch mit psychosomatischer Medizin sein möge.“ Der Schwerpunkt der Abteilung, zu der außer dem Lory-Haus noch das Ernst-Otz-Heim gehört für überwiegend pflegebedürftige Patienten, liegt in den Bereichen Geriatric (Altersheilkunde), Rehabilitation, zum Beispiel nach Schlaganfällen, sowie „Problempatienten“. „Dazu zählen alle jene Kranken, die für den nicht psychosomatisch geschulten Arzt zum Problem werden, weil ihre komplexen somatischen Leiden eine umfassende und langfristige Betreuung erfordern, für die in der Akutklinik die Zeit fehlt und gegenwärtig auch kaum die notwendigen therapeutischen Möglichkeiten vorhanden sind. Vor allem aber betrifft dies Patienten, die ihre Erkrankung ausschließlich körperlich erleben und jeden Kontakt zu einem Seelenspezialisten ablehnen, sowie solche, bei denen eine Überweisung zum Fachpsychotherapeuten überflüssig ist, wenn die somatische Ausbildung ergänzt wird durch eine „patientenorientierte“ Haltung.“

In Bern werden diese Bestrebungen zudem von psychiatrischer Seite durch einen Konsiliar- und Liaisondienst unterstützt, der inzwischen zu einem einheitlichen Ausbildungsmodell geführt hat. Auch das Interesse der übrigen Kliniken des Inselspitals ist gewachsen. Doch leicht haben es die psychosomatisch tätigen Ärzte trotz allem nicht, bewegen sie sich doch „in einer Art Grauzone zwischen den etablierten Spezialitäten“, wie es die „ganzheitlich“ ausgerichteten Internisten und Psychiater an der Universität Bern einmal formulierten. So wurde beispielsweise Adlers Ernennung zum Professor, obwohl die übliche Frist nach der Habilitation längst verstrichen war, von der Fakultät hinausgezögert. Der Grund: Die örtliche Tageszeitung hatte eine Reportage über das Lory-Haus veröffentlicht. Was darin über den Umgang mit kranken Menschen zu lesen war, stimmte zwar, doch eben deswegen empfanden es die Vertreter der traditionellen Medizin als Verstoß gegen die akademischen Spielregeln. Weil auf diese Weise öffentlich wurde, was anderswo ver-säumt wird.

Als ich Ende 1982 in Bern war, hatte Adler soeben die Mitteilung erhalten, daß er sich nun offiziell Professor nennen darf. Ob er großen Wert darauf legt? Ich glaube nicht. Er wirkte auf mich eher introvertiert, fast scheu, ohne freilich mit seinem profunden medizinischen Wissen und seinen kommunikativen Fähigkeiten, der trainierten Sensibilität im psychosozialen Bereich, die nie den Bezug zu den somatischen Befunden verliert, hinter dem Berg zu halten. Dabei war er mitunter beinahe schulmeisterlich bemüht, andere teilhaben zu lassen an dem, was er in der Begegnung mit dem Patienten erfuhr, worauf seine Meinung zu einem diagnostischen oder therapeutischen Problem beruhte. Aber gerade dieses didaktische Interesse bewahrte die Demonstrationen davor, zu eitler Selbstdarstellung zu werden. So konnte er beispielsweise einem jungen Assistenzarzt begründen, warum Medikamente aus der Gruppe der Betablocker nicht plötzlich abgesetzt werden sollen, und er tat dies mit einer Anschaulichkeit, die mir auch als Medizinjournalist Bewunderung abnötigte: Weil sich die Zellen sozusagen wehren gegen diese Mittel, indem sie vermehrt Rezeptoren bilden, also jene Anlagestellen für die auf Herz und Blutgefäße wirkenden Katecholamine, die durch Betablocker besetzt werden. Wenn man nun diese Medikamente plötzlich entzieht, so fangen die auf einmal frei werdenden Rezeptoren hungrig die Katecholamine ein mit der entsprechenden Gegenreaktion, die für den Patienten gefährlich sein kann. Kurz darauf erläuterte Adler jedoch an einem Beispiel, wie wichtig es ist, sich stets vor Augen zu halten, „daß der Patient immer recht hat, auch wenn wir ihn oft nicht gleich verstehen.“

Die Leidensgeschichte einer inzwischen 26jährigen Frau hat damit begonnen, daß sie über Schmerzen im Rücken klagte. Sie beschrieb diese selbst mit den Worten: Als ob ein Knopf nicht aufgeht. Die Schmerzen waren zum ersten Mal aufgetreten in der Kirche, wohin sie häufig gegangen war, um dort zu beten. Doch die Ärzte glaubten die Ursache ihrer Beschwerden gefunden zu haben, nachdem ein erhöhter Blutdruck gemessen und daraufhin die Nieren untersucht worden waren. Dabei entdeckte man eine Verengung am Übergang vom Nierenbecken zum Harnleiter. Die deswegen vorgenommene Operation mußte wiederholt werden, weil es infolge Narbenbildung erneut zu einer Verengung an dieser Stelle gekommen war. Von ihren Schmerzen wurde die Patientin dadurch immer noch nicht befreit. Was sich dahinter verbarg, stellte sich erst heraus, als der Vater berichtete, die Patientin habe sehr an ihrem Bruder gehangen. Er sei gestorben an einer Bauchfellentzündung, ausgelöst durch einen Knopf! Wie der in die Bauchhöhle gelangt ist, habe ich ver-

gessen. Doch Adler wollte mit diesem Beispiel ja in erster Linie darauf hinweisen, was alles passieren kann, wenn der Arzt nur auf organische Befunde starrt. In diesem Fall wurde zudem gleich am Anfang ein Fehler begangen, den auch reine Somatiker gewöhnlich vermeiden. Die Diagnose der Blutdruck-Erhöhung beruhte nämlich auf einer einmaligen Messung, die noch dazu ein für die Patientin fremder Arzt vorgenommen hatte. Die mit einer solchen Situation verbundene Aufregung kann den Blutdruck vorübergehend ansteigen lassen. Die Messung hätte demnach zumindest noch einmal wiederholt werden müssen, bevor eine Untersuchung der Nieren veranlaßt wurde. Außerdem wäre die dabei festgestellte Anomalie sicherlich nicht sofort operiert worden, wenn ein Doktor früher darauf geachtet hätte, daß die Patientin immer noch das Bild ihres vor vielen Jahren gestorbenen Bruders bei sich trug. Die junge Frau hatte trotz allem Glück, weil sie wenigstens nach der zweiten — überflüssigen — Operation ins Lory-Spital kam. Dort wurden auch schon „Problempatienten“ behandelt, die das medizinische Unverständnis noch viel teurer bezahlen mußten. Jene 58jährige Frau zum Beispiel, die wegen schwerster Schmerzen im Bereich des Unterhautgewebes innerhalb von zehn Jahren 25 Operationen über sich ergehen ließ und von verschiedenen Schmerzmitteln abhängig geworden war. Ich wollte es erst nicht glauben, als ich die Krankengeschichte las. Doch sie war verfaßt worden von einem Arzt, der in Bern die Interview-Technik gelernt hatte, um eine vollständige Anamnese zu erheben, nicht nur hineinzufragen, was er für wichtig hält, sondern dem Kranken auch Gelegenheit zu geben, alles auszusprechen, was ihn beschäftigt.

Das setzt voraus, daß sich der Patient von Anfang an seines Arztes sicher sein kann, dessen warmes und wohlwollendes Interesse spürt. So selbstverständlich das klingt, so oft wird dieses Vertrauen verspielt, weil das emphatische Eingehen auf die Persönlichkeit des Patienten und seine momentane Situation eben nicht zum Selbstverständnis einer Medizin gehört, die nur nach objektiven Befunden fahndet. Daher wird der Patient meist viel zu früh durch „geschlossene“ Fragen festgelegt auf bestimmte Antworten, mit denen der Doktor zielstrebig das Symptom einzukreisen versucht. Orientiert er sich jedoch primär nicht an den medizinisch verwertbaren Anzeichen einer Krankheit, sondern am Patienten, wird er ihm durch „offene“ Fragen ermöglichen, erst einmal seine Geschichte zu erzählen, mit seinen eigenen Worten und in der Reihenfolge, die ihm folgerichtig und wichtig erscheint. Auch das ist schwieriger zu verwirklichen, als es sich anhört. Denn der traditionell ausgebildete Arzt hat gelernt, möglichst rasch diejenigen Informationen zu beschaffen und nach einem vorgefaßten Plan zu ordnen, die zu einem der scheinbar fest umrissenen „Krankheitsbilder“ in seinem Kopf passen. Der psychosomatisch geschulte Arzt läßt dagegen, so Adler, „die Informationsfäden sich nach ihrer eigenen Logik (die psychodynamischen Prozesse des Patienten entspricht) zu einem Topfchen weben“. So trete ein Anamnese-„Muster“ hervor, das für den jeweiligen Patienten charakteristisch sei und die verschiedenen Aspekte in engem Zusammenhang wiedergebe.

Aufgrund seiner langjährigen Erfahrung betont Adler, „daß der in dieser Technik Geübte nicht mehr Zeit benötigt, um eine zuverlässige Anamnese zu erheben, als andere Ärzte“. Und wenn das Erstinterview wirklich einmal länger dauert, dann handelt es sich gewöhnlich um „Problemfälle“, wie die 58jährige Patientin, bei der die Versäumnisse der vorausgegangenen Diagnostik und die einschneidenden Fehler der darauf basierenden Therapie sich derart angehäuft hatten, daß viel Zeit und Mühe aufgewendet werden mußte, um schließlich doch noch ihre Krankengeschichte sichtbar zu machen. Sie wurde bestimmt durch ein Leben voll Verzicht, Verzweiflung und Verlust. Mit 19 hatte die Patientin aus Trotz gegen die Eltern einen um 17 Jahre älteren Mann geheiratet. Die Ehe, ohne emotionale Bindung eingegangen, war eine einzige Qual, die nur erträglich wurde durch den sehr geliebten Sohn. Der aber kam 20jährig bei einem Autounfall ums Leben, kurz nachdem die Patientin von einem Freund verlassen worden war. Ihre Trauer und den tiefen Schmerz — Reaktionen auf Ereignisse, die ihr buchstäblich unter die Haut gingen — konnte die Patientin nicht anders ausdrücken als durch heftige, aber nicht genau lokalisierbare körperliche Beschwerden, die freilich zehn Jahre lang kein Arzt richtig gedeutet hat.

Wie die verschiedenen Bereiche der menschlichen Existenz zusammenwirken im Vorfeld dessen, was dann als Krankheit in Erscheinung tritt, wird in den patientenorientierten Anamnesen so augenfällig, daß sich der Außenstehende fragt: Warum ist dieses Vorgehen immer noch die Ausnahme und nicht längst die Regel, an die sich jeder Arzt hält, ob er in der Praxis tätig ist oder in der Klinik, in der Inneren Medizin, in der Frauenheilkunde oder in welcher Disziplin auch immer? Die Antwort ist auf den ersten Blick ebenso einfach wie skandalös: Die Theorie der bisher vorherrschenden Medizin führte in der Praxis zu einer Ungenauigkeit, in weiten Bereichen sogar zu einer völligen Blindheit, was in einem grotesken Mißverhältnis steht zu ihrem Anspruch, exakt zu sein, und zum Aufwand, mit dem ein begrenzter Sektor menschlichen Krankseins erforscht wird. In dem „Lehrbuch der psychosomatischen Medizin“, das Thure von Uexküll herausgegeben hat (Verlag Urban & Schwarzenberg), wird zwar versucht, eine „allgemeine Theorie der Medizin zu entwickeln und dabei die speziellen Probleme der einzelnen Disziplinen zu integrieren“ unter dem Aspekt der Einheit des erkrankten Menschen und der

Veränderung dieser Einheit. „Doch abgesehen davon, daß diese Theorie vorerst kaum Aussicht hat, in die offiziellen Lehrpläne aufgenommen zu werden; ihre praktische Umsetzung stößt an eine Grenze, die in dieser Theorie selbst begründet ist. Denn der psychosomatisch tätige Arzt, so schreibt der Herausgeber, „muß bereit sein, das Bild, das er sich vom Menschen und damit auch von sich selbst gemacht hat, zu verändern, sobald sich die Notwendigkeit ergibt.“

Diese „Vorläufigkeit und Unabgeschlossenheit“ widerspricht grundsätzlich der methodischen und begrifflichen Einheitlichkeiten, mit der die verschiedenen Fächer der Medizin die in ihre Zuständigkeit fallenden Krankheiten darstellen. Dennoch, die damit vertraut sind, macht die Offenheit einer so verstandenen psychosomatischen Medizin daher zunächst einmal Angst. Sie wird häufig rationalisiert, also abgewehrt mit dem Vorwurf mangelnder Genauigkeit im Detail — ein Vorwurf, der zutrifft, aber kein Vorwurf sein kann, wenn erkannt wird, daß die weitere Aufsplittung der Medizin in immer neue Spezialgebiete nicht nur für den einzelnen Patienten und das System der Gesundheitsversorgung einen zu hohen Preis hat, sondern auch für die Ärzte. Sie bezahlen dafür mit dem Verlust an Menschlichkeit, da sie gezwungen sind, in ständig kleiner werdenden Bereichen noch mehr Wissen und spezielle Fähigkeiten zu erwerben, was ihnen den Blick für's Ganze versperrt und weder Zeit noch Kraft läßt, um sich selbst zu entwickeln. Sie leben in einem Expertengetto, dessen Länge ihnen nur nicht bewußt wird, weil alle anderen, die nicht über ihre spezielle Kompetenz verfügen, von diesem Bezirk ausgeschlossen sind.

Der psychosomatische Zugang verlangt ausdrücklich, die Komplexität der Phänomene Krankheit und Gesundheit zu sehen, während doch Wissenschaftlichkeit bislang gerade darin bestand, die Vielfalt der Erscheinungen und Vorgänge aus ihrem lebendigen Kontext zu isolieren. Dieses reduktionistische Denken führt zu Ergebnissen, die um so exakter werden, je bedeutungsloser sie für die individuelle und soziale Wirklichkeit sind — ein Dilemma, das gegenwärtig vor allem von einigen führenden Vertretern der Physik als Anstoß für einen Wandel begriffen wird, wie beispielsweise der Bestseller des im kalifornischen Berkeley tätigen dWiesers Fritjof Capra („Wendzeit“) belegt. In der Medizin wird das Umdenken dadurch erschwert, daß der von Capra bei vielen seiner Kollegen beobachtete Kontrast zwischen ihrer alltäglichen Lebensweise und ihrer Forschungsarbeit, für den Arzt unmittelbar praktische Konsequenzen hat, sobald er dem Patienten gegenübertritt. Selbst wenn er das psychosomatische Grundproblem seines Berufes erkennt, so fürchtet er doch, den alten Halt loszulassen, bevor ein neuer in greifbarer Nähe ist. Hinzu kommt: Wer nicht nur intellektuell die vertraute Position aufgibt, sondern praktische Schritte in geistiges Neuland wagt, wird dabei immer auch mit sich selbst konfrontiert. Professor Adler: „Die Interview-Technik zwingt den Interviewer, sich den psychischen Spannungen und Konflikten des Patienten zu stellen, was seine eigenen unerledigten Konflikte aktiviert ...“ Hat der Arzt bisher nur Fragen gestellt, die der Patient möglichst direkt und präzise beantworten soll, so muß er sich nun selbst befragen, welche Empfindungen und Gedanken während des Gesprächs in ihm geweckt werden. Und er muß bereit sein, seine eigenen Reaktionen in Frage zu stellen. Lernt aber ein Arzt, auf diese Weise mit dem Patienten zu sprechen, erwächst ihm daraus die Chance, so Adler, „seine eigene Persönlichkeit ein Stück weit zu modifizieren.“ Was wiederum die Voraussetzung jeder psychosomatischen Tätigkeit ist.

Demnach kann sich in der Medizin nur etwas ändern, wenn die Individuen, die sie praktizieren, sich selbst ändern. Das können sie aber nur in dem Maße, in dem sich die Theorie der Medizin verändert, was seinerseits an Veränderungen des Bewußtseins gebunden ist. Doch das fällt auch nicht vom Himmel, sondern entwickelt sich durch das Tätigsein des Individuums unter bestimmten gesellschaftlichen Bedingungen, deren Veränderung die Voraussetzung wäre, daß — doch genug. Durch philosophische Zirkelschlüsse ändert sich gar nichts. Und irgendwo muß man ja anfangen.

Zwar ist es nie zu spät, wie jene Ärzte zeigen, die aus dem Unbegriffen an der eigenen Praxis heraus noch einmal neu beginnen. Doch die psychosomatische Medizin fände zweifellos eine größere Verbreitung, wenn von vorneherein die dazu notwendige Einstellung vermittelt würde, die gleichsam den Boden vorbereitet für spezielle Kenntnisse und Fähigkeiten.

ÖKO-TEST

M A G A Z I N

Eine ökologische Zeitschrift für den Hausgebrauch. Helfen Sie mit beim Start.

Gegen Ende 1984 soll eine ökologische Publikums-Zeitschrift auf den Markt kommen: das ÖKO-TEST-Magazin. Das Besondere an der Zeitschrift ist das Alltägliche: Die Berichte und Tests befassen sich mit dem Nitrit in der Wurst, dem Schwefel im Wein, der Atemluft im Auto. Unabhängige Labors wie das Bremer Umwelt-Institut untersuchen Lebensmittel, Haushalts-Chemikalien, Gebrauchsgegenstände, Arbeitsgeräte, das Wasser und die Luft auf Schadstoff-Belastung und Umweltverträglichkeit.

Ein solches Blatt gibt es bisher nicht. Wir sehen in diesem Projekt wegen seiner Konkurrenzlosigkeit und seiner guten Verkaufschancen kein neues Zuschuß-Unternehmen, sondern haben es auf Rentabilität hin konzipiert.

Gesucht werden jetzt Gesellschafter, die sich am Verlag beteiligen. Die Mindesteinlage beträgt 500 DM. Die Haftung ist auf die Einlage beschränkt. Geboten werden die üblichen Steuervergünstigungen (Verlustzuweisungen) für 1984. Später sind Gewinne zu erwarten.

Bisher haben sich schon 126 Gesellschafter mit mehr als 150 000 DM engagiert.

Zu den Gesellschaftern gehören u. a. (Erlaubnis zur Namensnennung liegt vor): Prof. Dr. Armin Bechmann, Landschaftsökonom, in den letzten drei Jahren Vorstandssprecher des Freiburger Öko-Instituts; Wolfgang Becker, Arzt und Apotheker, Redakteur des „arznei-telegramms“; Gerd Billen, Pressereferent des Bundesverbandes Bürgerinitiativen-Umweltschutz (BBU); Prof. Dr. Hans C. Binswanger, Nationalökonom, Mitglied im wissenschaftlichen Beirat der Zeitschrift „Natur“; Harry Bohnsack, Pharmareferent und Stadtratsmitglied der Grünen; die Bürgernitiative Umweltschutz Lüchow-Dannenberg e. V.; Prof. Dr. Wolfgang Däubler, Jurist, Arbeitsrecht-Kommentator; Dr. Bernd Gabel, Lebensmittelchemiker, Mit-

begründer des Bremer Umwelt-Instituts; Dr. Rainer Griebhammer, Chemiker, SPD-Bundestagsassistent, Vorstandsmitglied des Freiburger Öko-Instituts; Dr. Knut Krusewitz, Umweltwissenschaftler; Peter Lindner, SPD-MdL; Dr. Konrad von Moltke, Leiter des Instituts für Europäische Umweltpolitik; Klaus Renken, Vorsitzender des Stiftungskomitees zur Verleihung der Umweltschutz-

medaille; Hannelore Saibold, Gesundheitsberaterin, Bundestagsnachrückerin der Grünen; Prof. Dr. Gert Sommer, Diplom-Psychologe; Dr. Klaus Stoppel, Chemiker, Mitarbeiter im Institut für Umwelt-Analyse Bielefeld; Willi Tatge, Diplom-Betriebswirt, Bundestagsnachrücker der Grünen; Monika Zimmermann, Diplom-Politologin, ehem. BBU-Vorstandsmitglied für den Fachbereich Chemie.



Alles, was Sie über dieses Projekt wissen müssen, enthält unsere Info-Mappe mit dem 24seitigen Beteiligungsprospekt (Kostenbeitrag von 4 DM erbeten). Schreiben Sie an das ÖKO-TEST-Magazin, Lange Straße 57, 6000 Frankfurt 1.

Frieden hat seinen Preis — und Helfen ist Gold.

Sozialabbau und Aufrüstung ergänzen sich

Am Bundeshaushalt läßt sich vorrechnen: Was im Krankenhaus eingespart wird, darf in der benachbarten Kaserne zusätzlich ausgegeben werden. Der Sozialabbau zugunsten der Rüstung geht weiter — nur flotter. Für den sozialen Sektor bleiben die „ideellen Werte“.

„Wenn Sie unbedingt hierbleiben wollen, müssen Sie eventuell einige Tage auf dem Flur liegen.“ Dann wird wieder ein Bett eingeschoben oder eine Oma auf dem Flur plaziert. Wer kennt nicht die Bilder auf den internen Stationen?

Kein Wunder, ging die Zahl der Krankenhausbetten doch von 1976 bis 1981 von 727 000 auf 696 000 zurück, davon ist ein zunehmender Anteil in privater Hand. Dies soll sich nach dem Willen der Regierenden nicht ändern; der Betten- und Personalabbau soll beschleunigt werden: Der Bremer Senat will 1100

der 7000 Stellen an den Bremer Krankenhäusern vernichten. In Hamburg sollen 1100 Betten „abgebaut“ werden. Dies wird 1700 Arbeitsplätze und 200 Ausbildungsplätze überflüssig machen. In Berlin wurden bereits 1000 Betten „abgebaut“ und 2000 Mitarbeiter entlassen. In Nordrhein-Westfalen wurden von 1973 bis 1981 118 Krankenhäuser aufgelöst. Damit fielen für die Versorgung der Bevölkerung 7800 Betten weg; ihnen sollen bis 1985 noch einmal 1000 bis 2000 Betten folgen.

Dem „überzogenen Anspruchsdenken“ geht es an die Gurgel. Lag, wegen der steigenden Arbeitslosigkeit, der Aufwand für Sozialhilfe 1982 um immerhin 10,5 Prozent über dem Aufwand von 1981, so soll von derzeit 32,3 Prozent die Sozialleistungsquote auf unter 30 Prozent bis 1987 gedrückt werden. Auch die Kuren gingen zurück: gab es 1982 schon einen Einbruch von 20 Prozent, so waren es 1983 noch einmal 14 Prozent.

Ebbe herrscht freilich nicht in allen Kassen. Im Rüstungssäckel klingelt's immer vernehmlicher. Und in den nächsten Jahren soll die Aufrüstung noch forciert werden:

Nach dem Finanzbericht 1984 der Bundesregierung sollen die Bundesaussgaben insgesamt um 27,8 Milliarden bis 1987 zunehmen. Davon entfallen 22,4 Milliarden auf die „allgemeine Finanzverwaltung“. Darunter fallen die Bedienung der Bundes-schulden und in gewissem Rahmen auch Aufwendungen für die Bundesbediensteten. Diese Ausgaben sind also nicht zu beeinflussen. Unterm Strich bleiben 5,4 Milliarden an Steigerungen. Nach dem Finanzbericht sollen jedoch allein die Militärausgaben um 7,0 Milliarden steigen. Das bedeutet, daß in anderen Haushalten 1,6 Milliarden eingespart werden müssen, vornehmlich im Sozialbereich. Rüstung durch Sozialabbau!

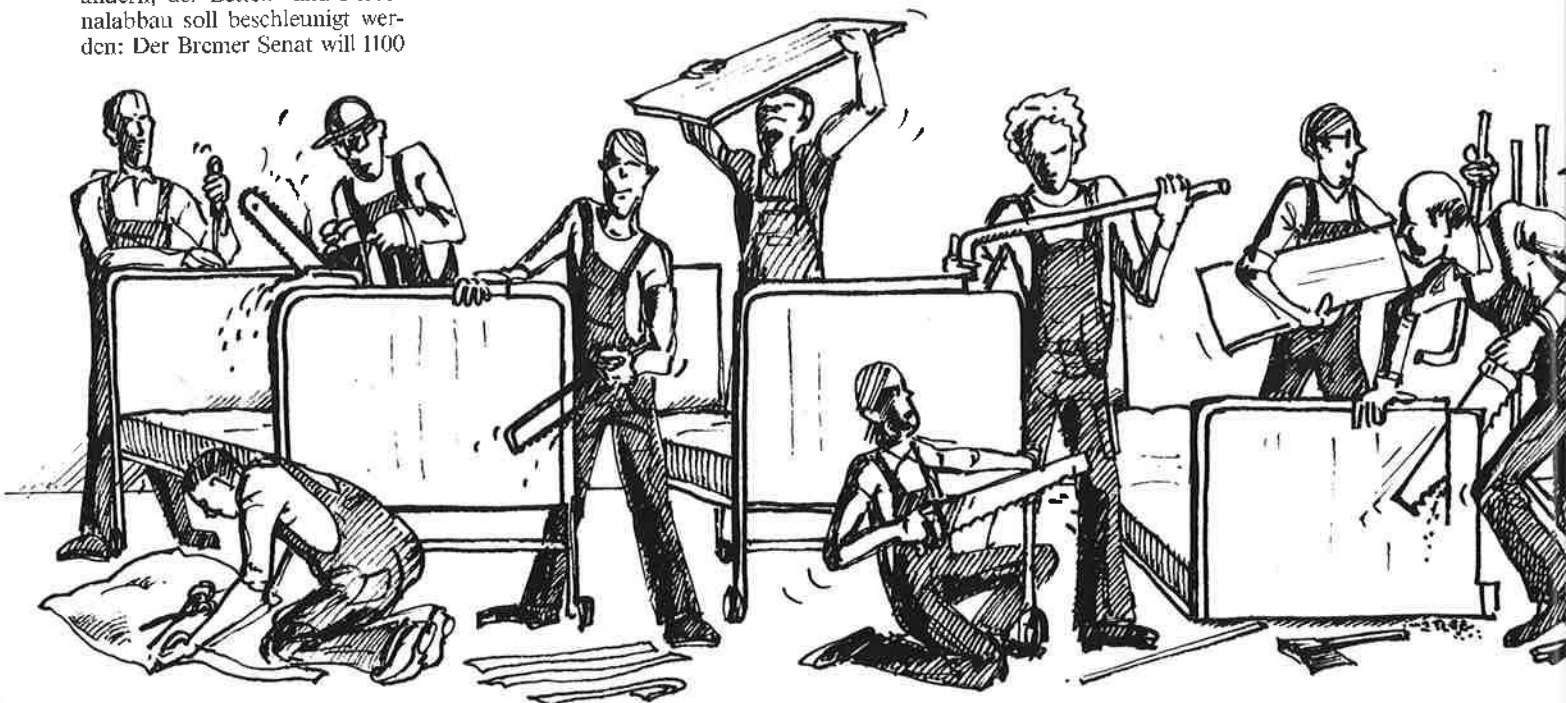
Allein die steuer- und sozialrechtlichen Bestimmungen, die zwischen 1981 und 1983 in Kraft traten, führen nach Berechnungen des DGB dazu, daß die Masseinkommen bis 1985 mit 176 Milliarden Mark belastet werden, während die Unternehmer um 35 Milliarden entlastet werden.

So zeigt denn auch jeder der bisherigen Haushalte deutlicher

die Umverteilung: Während der Bundeshaushalt 1984 um 1,6 Prozent wächst, steigt der Verteidigungshaushalt um überdurchschnittliche 2,4 Prozent. Der Einzelplan „Arbeit und Soziales“ nimmt bei unverändert hoher Arbeitslosigkeit dagegen nur um unterdurchschnittliche 1,0 Prozent zu. Um 18,9 Prozent werden „Post- und Fernmeldewesen“, um 3,8 Prozent „Jugend, Familie und Gesundheit“ und um 13,0 Prozent „Bildung und Wissenschaft“ gekürzt.

„Wir sparen, um Schulden abzubauen, ... um Steuern zu senken, ... um die Arbeitslosigkeit zu überwinden.“ so Minister Blum in der Haushaltsdebatte. Konkret heißt dies: Allein durch das Haushaltsbegleitgesetz erfahren die Unternehmer eine Steuerentlastung von wenigstens 3,6 Milliarden, während die Belastung der Bevölkerung 1984 sich auf 15,5 Milliarden beläuft. Bis 1987 wird die Bevölkerung allein durch das Haushaltsbegleitgesetz für 1984 mit über 80 Milliarden belastet.

Solche Prämissen sind nicht erst seit der „Wende“ gültig. Schon im sozialliberalen „Nachtragshaushalt 1980“ wurde zusätzlich eine Milliarde für Munitions- und Treibstoffbeschaffung für die Bundeswehr und für Militärhilfe für die Türkei aufgebracht. Gekürzt wurde dafür in den Ressorts Verkehr, Wissenschaft, Arbeit und Wirtschaftliche Zusammenarbeit. Unter anderem kam es zu Streichungen im Modellprogramm zur Reform der psychiatrischen Versorgung, bei Investitionen auf dem Gebiet der Luftreinhal-tung bei Altanlagen, bei Maßnahmen zur Arbeitsbeschaffung, bei der Forschung auf dem



Gebiet der Ergonomie und des Schutzes vor Lärm am Arbeitsplatz, bei der Sanierung von Rhein und Bodensee und bei der Stiftung „Deutsches Krebsforschungszentrum“ in Heidelberg.

Bei den Haushaltsberatungen vom Dezember 1980 wurden für den MRCA Tornado zusätzliche 700 Millionen beschafft, deren Existenz noch kurz vorher bestritten worden war, als es um die Finanzierung von Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen ging.

Bei den Haushaltsberatungen vom Mai 1981 erhielt das Verteidigungsministerium weitere 850 Millionen. Sie wurden aufgebracht durch Fahrpreiserhöhungen der Bundesbahn, Streichung bei den Sparprämien und Einsparungen im Forschungsetat.

So stiegen denn insgesamt von 1979 bis 1983 die Ausgaben des Verteidigungsministeriums um genau 10 Milliarden oder 27,3 Prozent, die des Ministeriums für Bildung und Wissenschaft dagegen um nur 9,5 Prozent. Das Ministerium für Familie, Jugend und Gesundheit hat 1983 sogar 5,5 Prozent weniger als 1979. Die Ausgaben für militärische Beschaffungen erhöhten sich im selben Zeitraum um 45 Prozent. Freilich bleibt so auch im Bundeshaushalt 1984 der Sozialhaushalt mit 59 Milliarden an erster Stelle vor dem Verteidigungshaushalt mit 48 Milliarden. Dies ändert sich, wenn man die wirklichen Rüstungslasten betrachtet, zählen doch nach NATO-Kriterien zu den Verteidigungsausgaben wesentlich mehr Posten als der Einzelplan 14 („Verteidigung“) des Bundeshaushalts. So müssen

auch die Kosten für den Wehrbeauftragten, für NATO-Verteidigungs- und Ausrüstungshilfe, für Bundesgrenzschutz, Versorgung und Stationierungstruppen berücksichtigt werden. „Der Regierungsentwurf des Bundeshaushalts 1984 sieht Verteidigungsausgaben nach NATO-Kriterien in Höhe von 58,95 Milliarden DM vor,“ vermerkt denn auch stolz das Verteidigungs-Weißbuch 1983 der Bundesregierung. Das sind dann nur noch einige Millionen weniger als im Einzelplan des Ministers für Arbeit und Soziales aufgeführt.

Rechnet man dazu noch die Ausgaben für die „Frontstadt“ Westberlin, wie dies die Bundesregierung gegenüber der NATO zu tun pflegt (was allerdings die NATO nicht anerkennt) und die anteiligen Zinslasten, so kommt man auf die staatliche Summe von 91 Milliarden Mark, die 1984 für Rüstung ausgegeben werden.

„Frieden in Freiheit hat seinen Preis,“ nennt das die Bundesregierung im Verteidigungs-Weißbuch 1983. Ganz immateriell sieht sie dagegen die sozialen Probleme. „Nur wenn verstärkt Menschen Menschen helfen, wächst die Qualität unseres Gemeinwesens,“ meint Bundeskanzler Kohl und leitet damit die Aktion „Reden ist Silber, Helfen ist Gold“ ein. Darauf verläßt sich dann freilich niemand, wenn es um konkrete Kürzungen im Gesundheitswesen geht. So sollen die verschiedenen Bettenstreichungen durch ein erhöhte Belegung und eine verkürzte Verweildauer aufgefangen werden. Derselbe Kranke soll in Hamburg also statt durchschnittlich 14,6 Tagen nur

noch 13,6 Tage im Krankenhaus liegen. Und in Nordrhein-Westfalen soll diese Zeit 1985 nur noch 15,5 Tage betragen statt 16,7 Tage 1975.

Niemand fragt auch danach, wer die Arbeit machen soll, wenn Wiederbesetzungen, wie von Bund und Ländern beschlossen, ein halbes Jahr hinauszögert werden sollen.

Dabei besteht im Sozial- und Gesundheitsdienst ohnehin seit Jahren ein erheblicher Fehlbefund an Personal. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hat errechnet, daß in Krankenhäusern sofort 28.000 Schwestern und Pfleger benötigt würden. Bis 1985 müßte das Pflegepersonal um insgesamt 60.000 verstärkt werden. Nach anderen Berechnungen besteht in den Sozialen Diensten bis 1990 ein Bedarf von 360.000 und im Notrufrettungsdienst von 35.000. Im öffentlichen Gesundheitssektor laut Deutscher Krankenhausgesellschaft, Marburger Bund und Wissenschaftlichem Institut der Ortskrankenkassen ein Bedarf von 30.000 Medizern, darunter 20.000 Krankenhausärzten.

Mit derartigen Problemen muß sich die Bundeswehr nicht herumschlagen. 1984 wird der Anteil der längerdienenden Soldaten um 4.500 erhöht, bis 1987 soll er um 12.000 steigen. 520 zusätzliche Unterführerstellen werden 1984 eingerichtet, 250 weitere Soldatenplanstellen geschaffen zum „Abbau des Verwendungsstaus“.

Schon im Dezember forderte NATO-Oberbefehlshaber Rogers, daß das Verhältnis von Militär- zu Sozialausgaben in den NATO-Staaten von bisher eins zu sieben auf eins zu drei verändert werden müsse.

Ob dies gelingt oder abgewiesen werden kann, darüber entscheidet auch in diesem Jahr der Kampf um die 35-Stunden-Woche.

Walter Popp

Kosten

in der Rüstung

Betriebskosten für den Leopard II/Jahr 75.000 DM

Einmotten eines veralteten Panzers M 48 5 Mio. DM

1 Leopard II 4,2 Mio. DM

1 Tornado-Kampfflugzeug 87 Mio. DM

Infrastrukturprogramm für AWACS, deutscher Anteil 80 bis 84: 2,4 Mrd. DM

Manöverschäden 1981 und 1982 jeweils 240 Mio. DM

zusätzliche US-Brigade bei Garlstadt/Bremen; bundesdeutsch finanzierte Truppenunterkünfte: 171 Mio. DM

Wartime Host Nation Support Abkommen mit USA: deutscher Anteil 1983 bis 1989 600 Mio. DM zusätzliche jährliche Betriebskosten (unbefristet) 50 Mio. DM

im Gesundheitswesen

Investitionskosten pro Bett bei Krankenhausneubauten 300.000 DM

Betriebskosten (einschl. Investitionen) eines Krankenhauses/Jahr 35 Mio. DM


Arbeitsplatz im öffentlichen Dienst/Jahr (Arbeitgeberkosten: einschl. Rentenvers., 13. Monatsgehalt, Ortszuschlag, Urlaubsgeld usw.) Krankenschwester 31.700 DM, Stationschwester 33.000 DM

1 CT-Gerät 2 bis 3 Mio. DM

1 Sonografiegerät 150.000 DM

1 Notarztwagen 250.000 DM





Evang. Krankenhaus Elsey Zentrale Drogenentgiftung für Nordrhein-Westfalen

Bisher galt beim Drogenentzug: erst entgiften, dann beginnt die Therapie. Seit Anfang des Jahres wird jetzt in Elsey am Rande des Sauerlands ein neues Modell praktiziert: Bei der „Zentralen Drogenentgiftung“ werden die Patienten vom ersten Tag an therapeutisch betreut. Unterstützende Medikamente gibt es nicht. Joachim Gill hat sich umgesehen.

Mit dem therapeutischen Leiter, Dieter Sawalies, vereinbarte ich einen Besuch auf der Station und hielt mich am 9. März einen ganzen Tag lang dort auf. Im Team herrschte gerade Krisenstimmung. Am Vortage hatte man zwei rückfällige Patienten

rauswerfen müssen. Das galt es jetzt in der Therapie mit den anderen Patienten nutzbringend aufzuarbeiten. Das Team arbeitet berufsübergreifend und setzt sich zusammen aus: Psychologe, Sozialarbeiter, Sozialpädagogin, Krankenschwester, -pfleger und Exuserin (ehemalige Drogenabhängige). Medizinisch wird die Abteilung von Dr. Hilscher, dem Chefarzt der Inneren Abteilung des Krankenhauses, betreut.

Im Stationszimmer herrschte während des ganzen Tages rege Betriebsamkeit — das Telefon befand sich im Dauerbetrieb. Es wurde vor allem mit den Drogenberatungsstellen (Drobs) und den Langzeiteinrichtungen verhandelt. Am späteren Vormittag schaute ich mir mit Dieter das Haus an. Soeben war die vormittägliche Gruppensitzung zu Ende gegangen. Alle Patienten, bis auf die Küchenbesetzung, konnten jetzt Pause machen. An der Einrichtung der Station war die Aufbausituation unübersehbar. Der voll ausgestattete Werkraum wird bisher nur sporadisch genutzt. Die Zweibettzimmer der Patienten kamen mir sehr eng vor. Überall herrschte räumliche Enge. Der „große“ Thera-

pieraum beispielsweise ist viel zu klein für körperliche Entspannungsübungen mit allen Patienten. Aus einer Sitzcke tönte uns das gekonnte Gitarrenspiel eines lässig rauchenden Patienten entgegen. Dieter erklärte mir zu meiner Verwunderung, dieser Patient stecke voll im Entzug.

Auch die vier Patienten, die sich zu einem Gespräch mit Dieter und mir bereitfanden, wirkten entspannt und lässig. Sie machten kein Hehl aus ihrer Wertschätzung für diese Modellstation. Alle befanden sich seit etwa drei bis vier Wochen in Behandlung.

Franco, ein wortgewandter und temperamentvoller Italiener, berichtete über seine Entgiftung in psychiatrischen Landeskrankenhäusern: „Ich war völlig mir selbst überlassen, kein geeigneter Ansprechpartner weit und breit. Mit den Alkoholikern bin ich nicht klargekommen. Nach jeder Entlassung bin ich sofort wieder rückfällig geworden. Im Allgemeinkrankenhaus war von körperlicher Entgiftung erst gar nicht die Rede. Die waren dort alle sehr lieb zu mir, aber viel zu harmlos! Der Zugang zum Medikamentenschrank war kinderleicht.“

Hast du hier denn was dazu-gelernt?

„Erstmal war ich richtig erleichtert, daß ich hier an keinerlei Stoff ran gekommen bin. Da konnte ich mir selbst nicht mehr länger aus dem Weg gehen. Mit Hilfe der Gruppen- und Einzelgespräche und des gesamten Klimas hier hab ich angefangen nachzudenken. Ich hab jetzt die Gewißheit, daß ich unbedingt eine Langzeitbehandlung mitmachen muß.“

Michael möchte vorerst keine „Langzeit“ mitmachen. Er will es erst mal ambulant versuchen. Seine erste Entgiftung bisher habe er ohne jegliche Medikamente eigentlich ganz glimpflich überstanden. Die ganze Atmosphäre hier sei prima.

Britta hat sich bereits im Strafvollzug befunden und auch Therapieabbrüche hinter sich. Sie wirkt nachdenklich und offen. „Meine Erfahrung hier ist: Nach dem ganzen Hin und Her zwischen Knast und „Langzeit“ bin ich hier zum ersten Mal zur Ruhe gekommen. Mir hat inzwischen gedämmert, daß nur eine „Langzeit“ mir wirklich helfen kann.“ Später bestätigte Dieter meinen Eindruck, daß sie in be-

zug auf ihre Krankheitseinsicht und die Behandlungsmotivation im Vergleich zu den anderen sehr weit sei. Ich konnte dies auch an ihrer Art feststellen, wie sie die Äußerungen der anderen mitverfolgte und gestisch und verbal kommentierte.

Maik ist gegenwärtig der Gruppensprecher. Auch er hat Knasterfahrten gesammelt — ein Verfahren schwebt noch.

„Für mich waren gerade die Ereignisse der letzten Tage sehr wichtig. Die Rückfälle der anderen haben mich völlig ins Schleudern gebracht. Ich stand auch kurz vor 'nem Rückfall. Ich weiß jetzt, daß ich nur dann eine Chance habe, wenn ich total abstinente lebe. Nach 'ner Entgiftung in einer psychiatrischen Abteilung oder einem Krankenhaus war ich entweder gar nicht richtig clean oder sofort anschließend rückfällig geworden. Ich fands übrigens gut, wenn es für alle Junkies genug von solchen Stationen wie der hier geben würde!“

Ich fragte noch einmal nach, wie sie alle den Entzug ohne medikamentöse Unterstützung erlebt hätten. Das sei ganz locker gegangen. Und Franco fügte hinzu: „Im Krankenhaus hätt' ich 'nen Turkey auf die Matte gelegt, daß die mich sofort mit Haldol vollgepumpt hätten.“

Als Dieter für kurze Zeit den Raum verließ, um einen Patienten zu holen, der Fotos machen sollte, versuchte ich noch mal unbefangene Kritik zu hören zu bekommen. Es kamen jedoch nur die für Suchtpatienten üblichen Klagen. Der sehr straffe

Tagesablauf hielt sie ganz schön auf Trab, andererseits gäbs aber auch Monotonie und im Team gäbs schwache Therapeuten. Ihre Erwartungshaltung an das Team war sehr hoch.

Dieter war über die sehr positive Haltung der Patienten zu der Station angenehm überrascht. Ich konnte ihm nach dem Gruppengespräch noch einige Fragen stellen: Nach welchem Konzept richtet ihr euch?

„Wir orientieren uns an den bewährten Konzepten der Langzeit-Drogentherapie und gehen nach dem Prinzip der 'therapeutischen Gemeinschaft' vor, wie etwa Selbstorganisation der alltäglichen Aufgaben, zum Beispiel Kochen und Putzen; Aufteilung verschiedener Verantwortungsbereiche und Setzung bestimmter Regeln fürs Zusammenleben. Als wichtigste Regeln gelten: keinerlei Drogen und Suchtmittel, keine Anwendung von körperlicher Gewalt. Regelverstöße ziehen übrigens nicht immer einen Rausschmiß nach sich. Sie dienen als wichtigste Anknüpfungspunkte unserer Therapie.“

Was ist unter einem 'kalten Entzug' zu verstehen, und wie geht ihr mit den Patienten um, die im Entzug stecken oder gerade aus ihm herauskommen?

„Es handelt sich um einen Entzug ohne Medikamente. Wir geben dabei dem Patienten Hilfestellung mit Gesprächen, Entspannungsübungen und verschiedenen Freizeitangeboten wie Sport-, Foto- und Nähgruppen. Die Teilnahme an diesen Gruppen ist übrigens Pflicht.

Gruppengespräche finden zweimal täglich und Psychotherapiegruppen dreimal wöchentlich statt. Dabei schafft das in den Gruppen erlebte Zusammengehörigkeitsgefühl den notwendigen Halt für die Entzugssituation und vermittelt die Sicherheit und Geborgenheit gegen die Gefühle von 'innerer Leere', die sich nach dem Entzug einzustellen pflegen. Einen besonderen Stellenwert besitzt dabei die Körperarbeit. Er muß nämlich erst wieder lernen, seinen Körper wahrzunehmen.“

Wie reagieren eigentlich die Dobs auf euch? Betrachten die euch als unliebsame Konkurrenz oder als hilfreiche Neuerung?

„Ungefähr die Hälfte begegnet uns eher mißtrauisch abwartend, und die andere Hälfte hat uns sofort mit offenen Armen angenommen. Wir wollen und können kein Ersatz für die Dobs sein! Ich bin während meiner langjährigen Arbeit als Langzeit-Drogentherapeut immer wieder zu der Erkenntnis gekommen, daß wir vor dem Beginn einer 'Langzeit' eine andere Entgiftungsbehandlung benötigen, als die bisherigen in Krankenhäusern, wo keine sinnvolle Therapievorbereitung möglich ist. Wir erwarten, daß mit den günstigeren Voraussetzungen einer ganzheitlichen Entgiftungsbehandlung, wie wir sie hier vornehmen, auch die anschließenden Abbrecherquoten in der 'Langzeit' gesenkt werden können. Die meisten brechen dort übrigens in den ersten beiden Wochen ab. Die Resonanz aus den Langzeiteinrichtungen von

Nordrhein-Westfalen auf uns ist übrigens durch die Bank gut!“

Wie hoch ist denn eure Abbrecherquote?

„Überraschenderweise“ liegt sie bisher deutlich niedriger als in den Langzeiteinrichtungen. Dort liegt sie bei etwa 60 Prozent über die Gesamtdauer. Einige Langzeiteinrichtungen fordern mittlerweile von ihren Patienten eine vorherige Entgiftung bei uns als eine Aufnahmevoraussetzung.“

Könntet ihr eigentlich alle Drogenabhängigen, die in NRW eine 'Langzeit' mitmachen wollen, behandeln?

„Nein, das könnten wir nicht. Wir haben bei einer Anzahl von 16 Plätzen und einer Verweildauer von zwei bis vier Wochen eine Jahreskapazität von ungefähr 350 bis 400 Behandlungen. Die Verweildauer richtet sich im Einzelfall stets nach den medizinischen und psychologischen Besonderheiten des Patienten. In Nordrhein-Westfalen besteht zur Zeit ein Bedarf von ca. 1300 Langzeittherapien pro Jahr. Falls sich unser Modell bewährt, plant das zuständige Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales den Aufbau von zwei weiteren 'Zentralen Drogenentgiftungen'. Bisher haben uns übrigens unser Träger, das Krankenhaus und das Ministerium hervorragend unterstützt.“

Man kann sagen, daß es sich bereits in der jetzigen Aufbauphase um eine für den Bereich der Drogentherapie wichtige und richtungsweisende Neuerung handelt. Sie wird die Lücke schließen können, die bisher bei der Entwicklung regionaler und örtlicher Verbundsysteme (bestehend aus Dobs, Langzeit- und Nachsorgeeinrichtungen) offengeblieben war und durch Entgiftungen in Allgemeinkrankenhäusern und psychiatrischen Kliniken nie therapeutisch sinnvoll hätte geschlossen werden können.

Gesundheits- und sozialpolitisch ermutigend ist für mich, daß trotz allgegenwärtiger Einschnitte ins Netz der psychosozialen Versorgung trotzdem noch Neuansätze möglich sind.

Joachim Gill



v.l.n.r.: Michael, Britta, Maik, Franco



Eine von vielen, aber wohl die grausamste Form der Unterdrückung von Frauen ist die Klitorisbeschneidung, wie sie in der Dritten Welt noch heute — und sogar zunehmend — gang und gäbe ist. Angelika Gördes-Giesen und Dorle Reiß stellen die grausamen Techniken vor.

Die Klitorisbeschneidung wird in weiten Teilen Afrikas, der arabischen Halbinsel, aber auch in Australien, Indonesien, Malaysia und neuerdings in südamerikanischen Staaten durchgeführt. Letzteres ist ein kaum noch nachzuvollziehendes Phänomen, das nicht mehr mit Berufung auf „alte Traditionen“ erklärt werden kann.

Zu den afrikanischen Ländern, in denen die weibliche Beschneidung — in welcher Form auch immer — üblich ist, gehören: Senegambie, Sierra Leone, Guinea, Obervolta, Niger, die Elfenbeinküste, Ghana, Benin, Nigeria, Mali, Ägypten, Äthiopien, Kenia. Die Infibulation

wird vornehmlich in Somalia und im Sudan angewandt. Dort — wie auch in anderen Staaten — ist die Beschneidung bzw. Infibulation gesetzlich verboten, strafrechtliche Konsequenzen hat eine Zuwiderhandlung jedoch nicht, positive Auswirkungen dieser Vorschriften wurden bislang nicht festgestellt.

Art und Ausmaß der Beschneidung unterscheiden sich von Land zu Land, von Stamm zu Stamm und von Stadt zu Land. Die Häufigkeit des Eingriffs hängt stark mit dem Bildungsniveau zusammen. In der gebildeteren Oberschicht sind

aber immer noch bis zu 70 Prozent aller Frauen beschnitten, in den ländlichen Gebieten oft 100 Prozent. Nach offiziellen Schätzungen gibt es ca. 30 Millionen beschnittene Frauen, und jährlich kommen ca. 5 Millionen hinzu. In einigen Ländern wird die Beschneidung zunehmend in Krankenhäusern ausgeführt.

Bessere hygienische und medizinische Bedingungen können jedoch diese Verletzung des Menschenrechts auf körperliche Unversehrtheit nicht rechtfertigen. Unabhängig davon, daß die Krankenhäuser an den Operationen verdienen, ist auf diese

VERGEWALTIGT MISSHANDELT VERSTÜMMELT

Grausame Riten gegen Frauen

Art zumindest das Leben vieler Mädchen nicht mehr so gefährdet — und es besteht die Möglichkeit, daß über die Krankenhäuser und vor allem über Ärztinnen Aufklärungsarbeit betrieben werden kann.

Die Mädchen werden teilweise schon kurz nach der Geburt, spätestens aber bis zum Ende der Pubertät, durch die örtliche Beschneiderin, eine Dorfhebammen oder von weiblichen Verwandten, einschließlich der eigenen Mutter und unter Ausschluß der Männer genital verstümmelt.

Während der „Operation“ sitzt das Mädchen auf einem Stuhl oder liegt auf einer Matte. Eine Betäubung erscheint den wenigsten Stämmen notwendig, lediglich die Massai in Kenia lassen die Mädchen vor dem Eingriff in kaltes Wasser steigen. Das Ertragen der unsagbaren Schmerzen wird als eine Art Mutprobe verstanden, jede Schmerzensäußerung mit Verachtung bestraft. Das Mädchen hat damit Schande über die Familie gebracht, eventuelle Heiratsversprechen sind auf diese Weise schon rückgängig gemacht worden.

Von mehreren Frauen festgehalten, muß das Mädchen die Beschneidung über sich ergehen lassen. Die Beschneiderin heftet zunächst — mit Dornen oder Harz — die großen Schamlippen an die Oberschenkel und schneidet die Klitoris mehr oder weniger vollständig heraus. Je nach Art der Beschneidung werden dann auch noch die großen und kleinen Schamlippen abgetrennt, so daß der Genitalbereich eine einzige Wunde ist. Ist die Operation beendet, überzeugen sich oftmals die anwesenden Frauen noch, ob die Klitoris auch genügend entfernt worden ist, indem sie die Wunde nacheinander mit den Fingern abtasten. Zur Blutstillung werden Heilkräuter, Butter oder Sand aufgelegt.

In Mali will es der Brauch, daß die Mädchen anschließend noch tanzen müssen! Wird neben der Exzision auch ein Infibulation vorgenommen, muß das Mädchen — von den Knien bis zur Taille einbandagiert — ungefähr vierzehn Tage nahezu unbeweglich auf einer Matte liegen bleiben. Alle Exkremente gehen während dieser Zeit in den Verband. Erst am Hochzeitstag wird die Vagina von der Beschneiderin oder dem Ehemann wieder geöffnet.

Die körperlichen und seelischen Folgen einer Beschneidung sind gravierend. Bei dem Eingriff selbst verbluten viele

Mädchen, weil eine Arterie verletzt wurde, benachbarte Organe (Harnröhre, Damm, Blase, After) werden angeschnitten, und nicht wenige sterben durch die große Schockwirkung. Unhygienische Schneidewerkzeuge — wie Glasscherben, Rasierkliegen, Blechdosen und Messer — können zu Blutvergiftungen und Infektionen führen. Abszesse und Unfruchtbarkeit sind häufige Resultate. Lebenslange Schmerzen beim Wasserlassen und Geschlechtsverkehr und dann auch die soziale Ächtung bei Kinderlosigkeit macht den Frauen noch Jahre später zu schaffen. Durch Narbenbildung kann es zu einer Scheidenverengung kommen, Tot- und Fehlgeburten sind die Folge.

Neben diesen körperlichen Auswirkungen gibt es natürlich auch psychische Traumata. Eine Quelle berichtet, wie ein Mädchen des nachts aufgeschreckt wird, weil es glaubt, Einbrecher befänden sich im Haus. Es ist aber die Mutter mit anderen weiblichen Angehörigen, die kommen, um sie zu beschneiden. Der Verrat der Mutter, die Ängste und Schmerzen während des Eingriffs bleiben unauslöschliche Erinnerung, vor der auch einge Frauen in den Selbstmord flüchten.

Was die sexuellen Empfindungen angeht, so ist es fraglich, ob Beschneidene überhaupt noch orgasmusfähig sind. Mit der Verstümmelung ihrer Geschlechtsorgane werden sie in ihrer Sexualität zumindest stark eingeschränkt.

Stellungnahmen der betroffenen Frauen selbst liegen nur sehr vereinzelt vor. Aufgrund der Jahrtausende alten Traditionen empfinden viele die Beschneidung als notwendigen Bestandteil ihrer Lebensregeln. Einige wehren sich rein gefühlsmäßig gegen diese Riten, als seelische und körperliche Verstümmelung.

Widerstand gegen sexuelle Verstümmelung

Eines der häufigsten Argumente gegen eine Aufklärung besagt, Klitorisbeschneidung und Infibulation seien alte Traditionen und in der jeweiligen Gesellschaft seit langem fest verankert. Als Beweis darauf verwiesen, daß Frauen selbst die sexuelle Verstümmelung ihrer Töchter befürworten und sie ja auch durchführen.

Die Frauen sind aufgrund ihrer gesamten Sozialisation und ihres gesellschaftlichen Umfeldes gezwungen, sich so und nicht anders zu verhalten. Frauen,

die die Beschneidung und Infibulation ihrer Töchter oder anderer Mädchen verhindern wollen, stoßen auf großen Widerstand. So kommt es vor, daß kleine Mädchen gegen den Willen ihrer Eltern beschneitten werden.

Der Widerstand der afrikanischen und orientalischen Frauen gegen diese Menschenrechtsverletzung organisiert sich dennoch zunehmend. Frauen schreiben Bücher und gründen Vereinigungen zur Abschaffung der sexuellen Verstümmelungen. Sie betreiben Aufklärungsarbeit, indem sie mit Frauen in der Stadt und auf dem Land reden, Frauen, die ebenso betroffen sind wie sie selbst und deren Sprache sie sprechen. Sie versuchen Einfluß auf das Gesundheitswesen ihres Landes zu nehmen und erwarten Unterstützung aus dem Ausland.

Es ist zweifelhaft, ob sexuelle Verstümmelung zu den Initiationsriten zu zählen sind. Diese Riten existieren bei vielen Stämmen und Völkern und symbolisieren den Übertritt vom Kindes- in das Erwachsenenalter. Den Kindern werden Kenntnisse vermittelt, die sie später zum (Über)leben im Busch dringend benötigen. Für Mädchen sind Initiationsriten nicht so gebräuchlich und werden von Stamm zu Stamm unterschiedlich gefeiert.

In jedem Fall aber sind die Initiationsriten positive Erlebnisse im Leben der Jugendlichen. Die Ereignisse der Initiation sind wichtig, um als Erwachsene/r der vorgesehenen Stellung im Stamm gerecht werden zu können.

Sexuelle Verstümmelung gibt es auch bei Stämmen, bei denen ansonsten keine Initiationsriten gebräuchlich sind. Während die Initiationsriten immer weniger gebräuchlich sind, greift die sexuelle Verstümmelung der Mädchen um sich. Sie dient nicht dazu, eine Frau selbstständiger sondern gefügig zu machen. Sie, die Frau, wird zu einer Sache degradiert, mit der „verfahren“ wird. Ein wichtiger Teil ihrer Identität als Frau geht verloren, die Lust an der Sexualität — und die auf Seitensprünge — beeinträchtigt.

Über die Motive dieser Verstümmelung gibt es viele Thesen: Sadismus, Unterdrückung der Frau durch den Mann im patriarchalischen System, die Frau als Besitztum des Mannes, Steigerung des Lustgewinnes des Mannes.

Als Begründung für die Notwendigkeit der Beschneidung müssen verschiedene Männer-

phantasien herhalten. Einige Völker glauben, Mädchen und Jungen seien bei der Geburt zweigeschlechtlich. Bei den Mädchen sei die Klitoris ein verkümmertes Penis, der abgeschnitten werden müsse, um eine Frau aus ihr zu machen. Bei den Jungen soll die Vorhaut eine Art Scheide sein, die ebenfalls abgeschnitten gehört. Diese Begründung zählt zu den ältesten und stammt aus dem pharaonischen Ägypten.

Ähnlich mythologisch ist der Glaube, die Klitoris sei der letzte Zahn eines Gebisses, das die Frauen früher in ihrer Scheide getragen hätten. Dieser Zahn stelle dann beim Geschlechtsakt eine Gefahr für die Männer dar.

Unbeschneidete Frauen sind angeblicher sexhungriger. Nach arabischer Vorstellung verliert aber ein Mann drei Viertel seines Verstandes, wenn sein Glied regt, ohne befriedigt zu werden. Oft herrscht auch die Ansicht, unbeschneidete Frauen könnten unfruchtbar werden, ihre Klitoris vergrößere sich auf Penislänge und störe den Geschlechtsverkehr.

Zu abendländischer Selbstgerechtigkeit besteht indessen kein Anlaß. Man denke an das Folterinstrument des Keuschheitsgürtels, bei uns seit dem 13. Jahrhundert verbreitet, das viele Frauen an Infektionsleiden zu Grunde gehen ließ. Noch 1880 warb ein französisches Kaufhaus mit folgender Anzeige für sein Produkt „la chamoise de force“: „Es besitzt verschiedene Vorteile. Es kann nicht nur die Reinheit der Jungfrau gewahrt, sondern auch die Treue der Ehefrau erzwungen werden. Der Gatte kann seine Frau verlassen, ohne fürchten zu müssen, daß seine Ehre beleidigt wird. Die Väter können ihrer Elternschaft sicher sein und brauchen nicht den schrecklichen Gedanken zu hegen, ihre Kinder seien die Abkömmlinge eines anderen.“ Auch Infibulationen gab es in Europa bis ins 20. Jahrhundert hinein.

Die 1983 in Lausanne gegründete Organisation „Terre des femmes“ (franz.: Erde der Frauen, in Anlehnung an „Terre des hommes“: Erde der Menschen — oder Männer) hat die Klitorisbeschneidung zum Gegenstand einer internationalen Kampagne gemacht. Das Genfer Abkommen berücksichtigt nicht die Verfolgung aufgrund des Geschlechts, wie die aufgrund von Rasse oder Religion. Die Rechtsstellung der Frauen, die nach Mißhandlungen oder Verstümmelungen aus ihren Heimatländern geflüchtet sind, ist damit

einfache Beschneidung (Circumcision): Abtrennung der Klitorisvorhaut. Manchmal wird auch ein kleiner Teil der Klitoris entfernt.

Klitorisbeschneidung (Excision): Ganze oder teilweise Abtrennung der Klitoris und der äußeren Schamlippen.

pharaonische Beschneidung und Infibulation: Die Infibulation (von lat. fibula = Klammer, Spange, Agraffe) ist immer Bestandteil der pharaonischen Beschneidung. Hierbei werden sowohl die Klitoris als auch die kleinen Schamlippen abgetrennt. Anschließend wird die Vulva vernäht, um den Vagina-Eingang auf Bleistiftdurchmesser zu reduzieren. Um einem totalen Verschließen der Operationswunde entgegenzuwirken — wodurch die Ausscheidung von Urin und Menstruationsblut verhindert würde — wird die noch offene Wunde ein dem erwünschten Durchmesser entsprechender Gegenstand (wie z. B. ein Streichholz oder Aststück) eingeführt.

Introcision: Erweiterung der Vagina durch Aufreißen mit der Hand, Auf- oder Einschneiden, meist bei Kindsbräuten, aber auch im Zuge der Auftrennung einer vorangegangenen Infibulation.

Re-Infibulation: Sie wird an Witwen, geschiedenen Frauen und in einigen Ländern auch nach der jeder Geburt vorgenommen, um eine durch die Geburt unelastische Vagina wieder zu verengen. Manche Ehemänner lassen ihre Frauen auch infibulieren, um jeglichen Geschlechtsverkehr während einer Abwesenheit — z. B. zur Jagd oder auf Reisen — unmöglich zu machen.

denkbar schlecht. Terre des femmes will das Genfer Abkommen entsprechend erweitern.

Kontakt: Terre des femmes
Menschenrechte für die Frau e.V.
c/o F. Teegen
Hüggstr. 6
3000 Hannover

Angelika Gordes-Giesen
Dorle Reiß

„Ein Menschenleben ist unbezahlbar“

Hat die bundesdeutsche Pharmaindustrie plötzlich ihr soziales Herz für die Dritte Welt entdeckt? Dies fragt sich verwundert der aufmerksame Zeitungsleser angesichts einer groß aufgemachten Anzeigenkampagne des „Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie e.V.“ in den großen Illustrierten.

Unter der Überschrift „Millionen Menschen haben keine Wahl zwischen Hunger und Krankheit“ greift dieser beherzt die soziale Frage auf. Der staunende Leser erfährt weiter, daß Wissenschaftler der deutschen Pharmaindustrie endlich ein Mittel gegen die Bilharziose entdeckt haben (eine Parasitenkrankung, die sogar zum Tode führen kann und von der ca. 200 Millionen Menschen in den Entwicklungsländern betroffen sind). Die deutsche Pharmaindustrie macht Schluß mit dieser Geißel: „Schon durch eine Eintages-Behandlung kann der Krankheitserreger vernichtet werden.“ Und dies alles ohne „strikte ärztliche Überwachung“. Einzige Bedingung für den Erfolg: „Nur durch die Behandlung größerer Bevölkerungsgruppen ganzer Gebiete kann die Bilharziose bekämpft und ihre Ausbreitung verhindert werden.“ Die Anzeige endet fettgedruckt: „Pharma-Forschung ist teuer. Aber ein Menschenleben ist unbezahlbar.“ Der Leser lehnt sich zufrieden

zurück und wird sich gegebenenfalls als Tourist dieses Wundermedikament besorgen.

Das wird ihn zwar teuer zu stehen kommen. Eine Packung Biltricide® (Praziquantel) von Bayer kostet in einer BRD-Apotheke immerhin 79,50 DM, aber „für die Entwicklung des

vorspiegelt. Dabei ist Praziquantel gar kein Ergebnis systematischer Forschung: „Unsere Forschung beschäftigt sich mit der Bilharziose seit nun 50 Jahren“. Das Medikament wurde zunächst bei Merck als Beruhigungsmittel entwickelt. Da die Substanz in diesem Anwendungsbereich zu wenig wirksam war, wurde sie bei Bayer in der Tropenmedizin getestet, wo dann die Wirksamkeit gegen Würmer herausgefunden wurde.



Sowjetischer Orient / Mittelasien
15-Tage-Rundreise 23.6.-7.7.84
 Moskau-Samarkand-Buchara-Taschkent-Alma-Ata
 VP/DZ, Reiseleitung,
 Informationsprogramm „Gesundheitswesen“
 ab/an Berlin-Schönefeld **DM 1.890**

besondere die reise

hertel reisen, 2301 hohenhude, tel. 0 43 40 / 17 77

Praziquantels haben Bayer und Merck allein etwa 40 Mill. Mark aufwenden müssen“, rechtfertigt sich Merck. Dies ist ein ziemlich kleiner Betrag, „denn im Durchschnitt betragen die Kosten der Entwicklung eines neuen Wirkstoffes rund 90 Millionen DM. Diese relativ geringen Entwicklungskosten kamen dadurch zustande, daß die Weltgesundheitsbehörde (WHO) und Forschungseinrichtungen der Länder der Dritten Welt angesichts der Bedeutung von Praziquantel bei der zeit- und kostenintensiven klinischen Prüfung mitgewirkt haben. Die klinische Prüfung konnte so ohne großen Aufwand an vielen Patienten in der Dritten Welt durchgeführt werden.

Diese Mithilfe schlug sich aber nicht entsprechend im Preis nieder. Zwar geben Bayer und Merck Praziquantel in bevorzugten Großpackungen an die Entwicklungsländer ab. Dennoch kostet die Eintages- und Einmaldosis zwischen 8,— und 19,20 DM. Das ist meist mehr als für die Gesundheitsversorgung pro Kopf und Jahr in den Entwicklungsländern zur Verfügung steht. Dadurch wird der Masseneinsatz von Praziquantel in Frage gestellt.

Der wirtschaftliche Grund für die Preiserhöhung ist einfach erklärbar: Bayer und Merck haben noch für viele Jahre das Monopol über das unter Patentschutz stehende Praziquantel und wollen möglichst viel daran verdienen. Das große Geld aber bringen die Erstländertouristen und die Reichen in den Entwicklungsländern, nicht die Armen.

So erweist sich diese Anzeigenkampagne nur als zynischer Bluff, der Anstrengungen der Pharmamultis für die Krankheiten der Entwicklungsländer nur

Es ist das einzige Medikament seit Jahren, das Pharmamultis für die Dritte Welt entwickelt haben. Bundesdeutsche Unternehmen erzielen über 10% ihres Umsatzes in Entwicklungsländern. Dagegen gibt die Pharmaindustrie nur 1,1% ihrer Forschungsmittel für Tropenmedikamente aus.

Dieses und weitere Beispiele werden in der 2. Aktionswoche der BUKO-Pharma-Kampagne ausführlich dargestellt werden, zu der möglichst viele entwicklungs- und gesundheitspolitische Gruppen angesprochen werden sollen.

Während dieser Woche vom 2.-12. Mai 84 wird ein Bus mit Dias, Sketchen und Aktionen durch die ganze Bundesrepublik nach Genf zur Weltgesundheitsversammlung fahren. Für die Aktionswoche können weiterhin vierseitige Faltblätter zu den Themenkomplexen Bilharziose und Durchfallerkrankungen bei der BUKO-Pharma-Kampagne bestellt werden wie auch das abgebildete DIN A 3 Plakat.

Wer sich darüberhinaus regelmäßig über die Arbeit der BUKO-Pharma-Kampagne informieren möchte, kann dies durch den Bezug des Pharma-Briefes tun (ca. 10 Ausgaben/Jahr für 15 Mark incl. Porto).

Gunar Stempel

Anfragen und Bestellungen:
 BUKO-Pharma-Kampagne
 August-Bebel-Str. 62
 4800 Bielefeld 1
 Tel: 0521/60550

Literatur:

- 1) Mike Müller, Heile und herrsche — Gesundheit in der Dritten Welt und die Politik der Pharma-Industrie, Rotbuch Verlag Berlin, 1983
- 2) Blätter des IZ 3, W., Nr. 113 (Pharmamultis als Entwicklungshelfer), 1983, Informationszentrum 3. Welt, Kronenstr. 16, 78 Freiburg, 2,50 DM

STOP



für gefährliche Pharmaexporte

2. Aktionswoche **2.-12.5.84**
BUKO PHARMA-KAMPAGNE

Die Grünen: „Selbsthilfe unterstützen!“

Marita Wagner zum Rheumabericht der Bundesregierung

Von der Bundestagsfraktion der Grünen erreichte uns eine Stellungnahme zum jüngst publizierten Rheumabericht der Bundesregierung. Marita Wagner, Krankengymnastin aus Borken in Westfalen, ist „Nachrückerin“ für die Abgeordnete Waltraut Schoppe, die sich hauptsächlich mit Gesundheitspolitik befaßt.



Marita Wagner

Die Forschung, Therapie und Rehabilitation bei Rheuma hinkt in der Bundesrepublik Deutschland um Jahrzehnte hinter dem Ausland her. Das gilt auch für die Entwicklung der in den sechziger Jahren von Ärzten gegründeten Rheumaliga, einer großen „Selbsthilfeorganisation“. Daß sie dies nicht ist, zeigt uns ihre Organisationsform. Im Bundesvorstand sitzen hauptsächlich Ärzte und andere Profis. Diese vertreten hauptsächlich ihre eigenen schulmedizinischen und politischen Interessen. Die Mitgliederzeitschrift „Mobil“ enthält zum Beispiel mehr Pharmawerbung als das „Deutsche Ärzteblatt“. Deshalb kann die Rheumaliga auch keinen Alleinvertretungsanspruch für rheumakranke Menschen erheben. Die Rheumaliga hat offensichtlich die Alibifunktion, die Betroffenen auf diesen Verband zu fixieren, um Selbsthilfe zu behindern.

Am Beispiel Rheuma zeigen sich mal wieder sehr deutlich die Grenzen der Schulmedizin, der Einfluß der Pharmaindustrie und Mißachtung von sogenannten Außenseitermethoden.

Pharmaindustrie: Die Forschung über die symptomatischen, schmerzlindernden Medikamente liegt weitgehend in der Hand dieser Industrie. Gerade die Rheumamittel sind mit erheblichen Nebenwirkungen behaftet. Die Neueinführung verschiedener „Wundermittel“ hat in den letzten Jahren und gerade in letzter Zeit immer wieder zu Arzneimittelskandalen geführt.

Schulmedizin: Eine Grundlagenforschung gibt es seit zwanzig Jahren und hat außer Medikamenten kaum etwas gebracht. Grundlagenforschung, die die sogenannten Außenseitermethoden (Naturheilmittel, Diät etc.) außen vor läßt, kann hier auch nicht weiterhelfen. Die finanzierten Forschungen sind aber ausschließlich auf die klinische Schulmedizin fixiert. Kurzfristige Erfolge sind hier auch deshalb nicht zu erwarten, weil die Entstehungsbedingungen entzündlicher rheumatischer Erkrankungen weitgehend unbekannt sind.

Behandlungen, die nicht schulmedizinisch anerkannt sind, werden von den Kassen nicht bezahlt. Anerkannte Therapien werden nicht bezahlt, da die Rheumaliga solche Kurse anbietet. Da die Rheumaliga Zuschüsse dafür erhält, werden viele gezwungen, Mitglieder der Rheumaliga zu werden, um eine Therapie zu erhalten.

Wir fordern deshalb eine Entkopplung von Therapie und Liga und Mittel für die Erforschung der sogenannten alternativen Therapieform. Selbsthilfegruppen sollten unterstützt werden, auch wenn sie kritisch zur Rheumaliga stehen.

Einen Rheumatologen, der vorher Internist oder Orthopäde war, brauchen wir nicht. Er wird auch mit dem Zusatztitel so weiterbehandeln wie vorher. Ärzte sollten den ganzen Menschen als Einheit verstehen und behandeln, nicht nur die Funktionsstörung oder das einzelne Organ. Schöne neue Häuser mit glänzenden Apparaten, schlechte Ernährung, menschenfeindlichen Wock- und Besuchszeiten können nicht heilen. Begrüßenswert wäre es außerdem, wenn genügend Helfer im Krankenhaus angestellt werden. Ebenso sollten genügend Helfer ambulant zur Verfügung stehen.

Eine kontinuierliche ambulante Versorgung von Rheumakranken kann entscheidend sein für einen günstigen Krankheitsverlauf. Diese sollte gewährleistet werden. Spar- und Kostendämpfungsmaßnahmen stehen dem aber entgegen. Ein Beispiel: Wenn der Arzt angehalten wird, pro Rezept nur noch sechs Behandlungen zu verordnen, so bewirkt dies:

1. daß der Patient häufiger den Arzt konsultieren muß, was zu höheren Arztkosten führt;
2. daß bei dem Arzt eine

Hemmschwelle aufgebaut wird, Behandlungen zu verordnen.

Andere Formen der ambulanten Versorgung sollten hier geschaffen werden. Die Modellvorhaben der Bundesregierung sind hier ein Schritt in die richtige Richtung, lassen allerdings die Vermutung zu, daß sie nur der Gewissensberuhigung dienen sollen.

Noch ein paar Bemerkungen zu den Arbeitsbedingungen und der Arbeitsplatzsituation: Schlechte Arbeitsbedingungen (dauernde Fehllage, Kälte, Nässe) haben einen Einfluß auf die Entstehung von degenerativen rheumatischen Erkrankungen. Hier sollte der Schwerpunkt liegen auf der Verbesserung der Arbeitssituation der Beschäftigten. Teilzeitarbeitsplätze lösen hier das Problem nicht, wenn die Bedingungen gleich bleiben. Sie dürfen auch nur auf freiwilliger Basis beruhen und bei voller sozialer Absicherung und gleichzeitiger Anpassung aller Arbeitsplätze an die Erfordernisse bewegungsingeschränkter Menschen eingerichtet werden.

Abschließend ein Wort zur Mittelverwendung des Bundesministeriums für Jugend, Familie, Gesundheit.

Die „Merkblätter zur Rheumaprophylaxe“ werden dort finanziell unterstützt. Dieser Titel ist allerdings irreführend. Er beruhigt und weckt falsche Hoffnungen. Für eine Krankheit, deren Ursache man nicht kennt, kann man kaum vorbeugende Maßnahmen treffen. Man kann durch verschiedene Maßnahmen allerdings versuchen, dem Fortschreiten der Erkrankung entgegenzuwirken (dafür ist Prophylaxe aber die falsche Bezeichnung). Hier sollte die Konzeption der Blätter also überdacht werden. Außerdem fordere ich eine Unterstützung der Betroffenen selbsthilfe statt eines Verbandes mit solchen Organisationsstrukturen, wie sie die Rheumaliga hat. Dies gilt nicht nur für den Bereich der Rheumakranken, sondern für den gesamten Gesundheitsbereich (Krebs, MS, Alkohol).

Marita Wagner

Ein Symposium in Belo Horizonte hat der Psychiatrie des ganzen Kontinents neue Perspektiven gegeben. Horacio Riquelme berichtet in zwei Teilen über die Hintergründe.

Cinara fordert seine Befreiung

Ein Netzwerk für demokratische Psychiatrie in Lateinamerika

2. Teil

Chile: Therapie von Opfern der Folter

Aus einem Land, in dem brutale Unterdrückung und offenkundige Mißachtung der Menschenrechte seit zehn Jahren von der Militärdiktatur und deren Folterexperten praktiziert werden, wurde über die psychosoziale Tätigkeit von PIDEE (Vereinigung zum Schutze der vom Ausnahmezustand geschädigten Kinder) und der Vicaria de solidaridad berichtet. Über die entlarvenden Mitteilungen hinaus vermittelten diese Beiträge etwas über die Gefährlichkeit der Arbeit für die Therapeuten wegen ihres Kontaktes mit unmittelbaren Opfern der Diktatur oder deren Familienangehörigen, über ihre Zweifel im psychotherapeutischen Prozeß, aber auch über ihre dem Zweifel trotzend Überzeugung von der Bedeutung ihrer Tätigkeit.

Lateinamerikanisches Kollektiv zur psychosozialen Arbeit in Belgien

Das Kollektiv befaßt sich mit der im umfassenden Sinne verstandenen Reintegration psychisch Kranker, die durch Gefängnis und Folter in Lateinamerika oft zu wahren menschlichen Wracks gemacht worden sind. Seit seiner Gründung 1974 hat das Kollektiv von Sozialarbeitern, Pädagogen, Psychologen und Psychiatern mehr als 600 solcher Personen in seiner reintegrativen Arbeit betreut. Ergänzend dazu hat sich das Kollektiv sowohl für die Pflege der lateinamerikanischen Kultur (um den sogenannten Kulturschock bei den Emigranten kreativ umzumünzen) als auch für eine konstruktive Beziehung zur Kultur des Aufnahmelandes eingesetzt.

Über die Gestaltung der therapeutischen Aktivitäten mit Gefolterten in Chile und Lateinamerika berichtet das Kollektiv: „... der grundlegende psychotherapeutische Beitrag ist der Testimonio (Erfahrungsbericht).

Der Testimonio besteht in dem wortgetreuen Festhalten der Erfahrung von Unterdrückung und Folter, die der Betroffene erlitten hat. Die Schilderung dieser Erfahrung wird direkt aufgenommen und dann schriftlich dokumentiert. So wird der Testimonio zu einer Anklage, zu einem Mittel zum Wiederaufbau der historischen Vergangenheit des Subjektes und ebenso zu einem therapeutischen Instrument...



Es werden ca. drei bis sechs Sitzungen abgehalten um die Ereignisse bei Festnahme und Folter detailliert aufzunehmen; durch die Einbeziehung der Lebensgeschichte seit der Kindheit wird die Integrierung der traumatischen Erfahrung in den allgemeinen Lebenskontext des Subjektes ermöglicht...

Die Bereitschaft des Therapeuten, an dieser inneren — brutalen, verfolgenden Welt teilzunehmen, schafft eine Erleichterung der ängstlichen Spannung beim Subjekt, mehr noch: sie bekräftigt die therapeutische Allianz, indem eine soziale Verpflichtung beiderseits und eine Weltanschauung geteilt werden.

Zur wundersamen Wirklichkeit Lateinamerikas

Der psychische Versorgungsbereich in Lateinamerika ist selbstverständlich auch ein Austragungsfeld des Phänomens, das sich als die „wundersame Wirklichkeit der Neuen Welt“ begreifen läßt. Denn die psychokulturelle Entwicklung des Subkontinents ist durch intensive Einflüsse indigener, afrikanischer und europäischer Kultur-

dere bei den Armen von Stadt und Land, an vorderer Stelle.

In diesem Bild aus Haiti ist eine Voodoo-Zeremonie dargestellt. Die Szene vermittelt einen Eindruck über die soziokulturelle Beimischung von Symbolelementen (weiße Kreuzfahne, rituelle Waschungen etc.), sie zeigt aber auch, daß die Krankheit zum Alltag gehört, der Kranke durch Zuwendung seiner sozialen Gruppe besser genesen kann.

Im Rahmen des Netzwerkes Alternativen zur Psychiatrie in Lateinamerika gibt es einige Ansätze, die einen Zugang zu den vielfältigen Gestaltungen solcher Riten und Gebräuche versuchen, zum einen wegen der besseren Kommunikation mit der daran teilnehmenden Bevölkerung, zum anderen weil hier Kernformen psychotherapeutischen Verstehens und Handelns vorhanden sind, die Verständnis und Anerkennung verdienen.

„... unsere Kritik an den Asylen und repressiven Institutionen in Lateinamerika muß notwendigerweise das Aufzeigen möglicher positiver Alternativen beinhalten. Dazu gehört die Kenntnisnahme, die Wertschätzung der autochthonen Methoden zur Lösung des Irreseins, des Wahns, des psychischen Leidens schlechthin, Methoden, die aus dem indoamerikanischen und afroamerikanischen Kulturerbe stammen“.

Nicht im allgemeinen Unbehagen stehengeblieben

Wegen der Vielfalt an Parallelveranstaltungen während des Symposiums kann dieser Bericht keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben, will aber auf die möglich neuen Perspektiven aufmerksam machen, die im Bereich der psychotherapeutischen Tätigkeit in Lateinamerika entwickelt werden. Dazu gehören auch die Themenbereiche, die sich in Form offener Seminare mit Zusammenhängen zwischen Gesellschaft und Psychiatrie befaßten:

- Psychische Gesundheit und Arbeit, Bericht und teilweise theoretische Diskussion über Arbeitsbedingungen im städtischen Bereich bzw. Arbeitslosigkeit und der psychischen Gesundheit von Bevölkerungsgruppen in Brasilien an Fallbeispielen;

- Frauen in der Gesellschaft: Im Forum zur Frauenfrage wurden u. a. geschlechtsspezifische Sozialisierungsbedingungen und alltägliche Gewalt gegen Frauen unter Vertreterinnen aus mehreren Ländern Lateinamerikas und aus Italien eingehend diskutiert. In diesem Kontext sind er-

wähnenswert zum einen das fast überall in Lateinamerika gehäufte gemeinsame Auftreten einer depressiven Entwicklung bei vielen Frauen und Alkoholismus bei vielen Männern sowie die psychotherapeutischen Ansätze zu deren Bewältigung durch solidarische Arbeit unter den Betroffenen, Familienangehörigen und Gesundheitsagenten.

Es ist jedoch beim Symposium nicht nur bei einem allge-

meinen Unbehagen über die Zustände der Psychiatrie in Lateinamerika geblieben, denn die neueren Versuche zeugen von einer aktiven Bereitschaft, die Grenzen psychotherapeutischer Tätigkeit zu erweitern.

Kennzeichnend für das Symposium des Netzwerkes ist, daß im Abschlußdokument die sozialen Mißstände in Lateinamerika als wesentlich für das Entstehen und den Verlauf psychi-

scher Erkrankungen benannt werden (z. B. Kindermißhandlung und -ausbeutung; gesellschaftliche Ächtung großer Personengruppen: alte Menschen, Homosexuelle, Indianer etc.).

So ist es nun verständlich, daß sich der Betonung des Zusammenhangs von politischer Unterdrückung und Formen psychotherapeutischer Praxis die zentrale Forderung nach Achtung der Menschenrechte anschloß.

Schließlich fand der Bezug zur aktuellen Lage seinen Niederschlag in einer Verurteilung der US-Invasion in Grenada sowie der Bombardierung eines psychiatrischen Krankenhauses durch die Luftwaffe der USA, in deren Verlauf mehr als 80 Zivilisten, in diesem Fall psychisch Kranke, „zufällig“ den Tod fanden.

Schwarze Friedens-Liste

Entlassung eines Pflegers wirft Verdacht auf

Gibt es im Ruhrgebiet schwarze Listen mit Krankenhausangestellten, die zuviel Wirbel mit Friedensinitiativen machen? Diese Frage stellt sich nach dem Rausschmiß des Marler Krankenpflegers Werner Becky.



Die Klinikleitung präsentierte dem Pfleger eine Leistungsbeurteilung, unterzeichnet von der Stationschwester und der Oberin, die Becky unterstellte, er habe wenig getan und das Wenige falsch gemacht.

Während des halben Jahres seiner Tätigkeit freilich hatte Becky entsprechende Vorwürfe nie zu hören bekommen. Einmal wurde er allerdings unfreiwillig Zeuge eines Gesprächs zwischen der Stationschwester und der Oberin über seine Qualifikationen. Damals, nach einem Vierteljahr, attestierte die Stationschwester Becky gute Leistungen, wenn auch noch mit Anfangsschwierigkeiten. Der Leistungsbericht nach einem halben Jahr lösten dann unglaubliches Staunen auf der Station aus.

Nicht nur Becky vermutet heute für die Entlassung politische Gründe, obwohl er sich in dem halben Jahr seiner Probezeit im Krankenhaus nicht politisch oder gewerkschaftlich betätigte. Der Personalratsvorsitzende deutete den wahren Grund für die Entlassung an: „Man weiß von Ihren Aktivitäten in Herne.“ Ähnliches erfuhr Becky von Oberarzt Dr. Chinchilla.

Die deutlichen Anhaltspunkte für eine verdeckte politische Kündigung veranlaßten Becky, Rechtsmittel einzulegen. Bei einem Güutetermin empfahlen die Richter den Vertretern der Klinik und der Stadt zu deren Überraschung, die Kündigung rückgängig zu machen. Sie folgten der Empfehlung nicht; am 29. Februar mußte Becky gehen. Als er am folgenden Tag zur Klinik ging und seine Arbeitskraft anbot, verwies ihn der Klinikleiter persönlich des Hauses.

Das Verfahren vor dem Arbeitsgericht wird für Mitte Mai erwartet. Becky wird in dem Verfahren nicht von der ÖTV unterstützt; heute beurteilt er seine Zurückhaltung in Bezug auf gewerkschaftliches Engagement während des letzten halben Jahres als Fehler. „Von denen kennt mich eben keiner“, bedauert Becky.

Dafür zog der Fall Becky in der ersten deutschen Stadt, die sich zur „atomwaffenfreien Zone“ erklärte, politische Kreise. Becky wollte den Vorwurf der mangelnden Leistung nicht auf sich sitzen lassen und suchte per Inscrat in der *Marler Zeitung* Patienten, die sich von seinen Leistungen ein Bild hatten machen können. Die Reaktion war verblüffend. Unter vielen positiven Zuschriften schrieb ein älterer Mann von Becky, er sei „sehr freundlich, hilfsbereit und immer zur Stelle“ gewesen. Er könne sich nicht vorstellen, daß man ihm zu Recht gekündigt habe.

Für einigen Wirbel sorgte auch, daß Becky sich tagtäglich — unterstützt vom Marler Komitee gegen die Berufsverbote — vor der Klinik postierte und Beschäftigte, Patienten und Besucher ansprach. Ein Bürgerantrag

im Stadtrat auf Wiedereinstellung wurde gegen den Widerstand der grünen Fraktion in nichtöffentlicher Sitzung behandelt und abgeschmettert. In der Argumentation gegen den Antrag tat sich besonders der Rechtsdezernent der Stadt, Bolz, hervor. Bolz war es auch, der das Kündigungsschreiben und den weiteren Schriftwechsel gegenzeichnete. Der CDU-Mann gilt als Verfechter eines harten Kurses gegen die Friedensbewegung. Erst unlängst geriet er in die Schlagzeilen, als er die Versetzung einer Lehrerin betrieb. Über die Grenzen der Stadt wurde Bolz mit der Abschiebung eines Ghanaers aus der Bundesrepublik bekannt. In nichtöffentlicher Sitzung griff Bolz dann zu starken Vorwürfen an die Adresse Beckys. Von Verschlingen war die Rede, die eigentlich zu fristloser Entlassung Anlaß gewesen wären, hätten sie sich tatsächlich ereignet.

Klaus Prediko, SPD-Mann im Krankenhausausschuß, wandte sich öffentlich an die Klinikleitung mit der Forderung, die wahren Gründe für die Entlassung Beckys auf den Tisch zu legen.

Werner Becky, Vater zweier Kinder von vier und elf Jahren, hat sich unterdessen arbeitslos gemeldet. Ein Angebot hat er noch nicht bekommen. Er zweifelt auch daran, daß eine erfolgreiche Vermittlung zustandekommt: Einem Arzt, der mit Becky zusammen die Friedensinitiative im Herner Marienhospital gegründet hatte, war seinerzeit nahegelegt worden, von sich aus zu kündigen. Er hatte sich darauf eingelassen, weil er schon eine andere Stelle in Aussicht hatte. Jetzt wurde ihm dort während der Probezeit gekündigt . . .

Werner Becky (33) war während seiner Lernpflegerzeit im Marienhospital Herne maßgeblich an der Gründung und Organisation der klinikinternen Friedensinitiative beteiligt. Daß er — zusammen mit einigen anderen Kollegen — deswegen nach dem Examen nicht übernommen wurde, schreibt er diesem Engagement zu.

Als frisch examinierter Krankenpfleger schickte Becky zwanzig Bewerbungen quer durch das Ruhrgebiet und erntete ausschließlich Absagen. Zum 1. September schließlich stellte ihn die Städtische Paracelsus-Klinik in Marl ein. Man suchte händeringend einen Pfleger; die Einstellung kam schnell und unbürokratisch — wie es sich heute darstellt, unüberlegt — zustande. Mit Ablauf der sechsmonatigen Probezeit erhielt Becky dann allerdings seine Kündigung.

Begründet wurde die für Becky und seine Stationskollegen überraschende Entlassung mit unzureichenden Leistungen.

„Ich denke an Katrin“

Ulrike Gründler, Kinderkrankenschwester aus Münster, war in Mutlangen und hat uns einen Bericht geschickt.

Würde sich die weite Fahrt von Münster nach Mutlangen für ein Wochenende lohnen? In mir siegte das Bedürfnis, die Aktivitäten der Friedensbewegung in Mutlangen selbst zu erleben und zu unterstützen. So fuhr ich mit vier Freunden zum ersten Pershing-Depot.

Ich denke an Katrin, ein 850-Gramm-Baby, welches ich wochenlang gepflegt habe. Es wurde beatmet, mehrmals reanimiert, blind, schwer lungengeschädigt und geistig behindert entlassen. Welch eine Mühe, Welch ein Einsatz mit allen Möglichkeiten der heutigen Wissenschaft und Technik für das Leben. Am Ende die quälende Frage, hätte man Katrin nicht besser sterben lassen sollen? Hier lagern Mordgeschosse, die Millionen von Menschen ... Ich empfinde es als meine Pflicht, gegen eine Entwicklung einzutreten, die das gesamte Leben mit dem Untergang bedroht, gegen die Produkte der perfekten Wissenschaft und Technik für den Tod zu demonstrieren.

Freitagabend erreichen wir das schwäbische Dorf. Im Ortskern weist ein Schild zum US-Airfield. Es liegt auf einer Anhöhe und ist hell erleuchtet. Ein mehrere hundert Meter breiter Streifen Land rund um das Depot ist als militärischer Bereich ausgewiesen und mit NATO-Draht abgesichert. Zehn Demonstranten stehen vor der Absperrung. Einer von ihnen führt uns zur fünf Minuten entfernten Presschütte, ein altes Haus, welches ein Bauer der Friedensbewegung zur Verfügung gestellt hat. Wir werden freundlich empfangen und erfahren im Gespräch mit einem der fünfzehn Daueranwesenden. Aktuelles vom Widerstand im Zentrum des Aufrüstungswahnsinns:

Mehr als zehntausend Gruppen seien bisher in Mutlangen gewesen und hätten gegen die ersten startbereiten Pershing-II-Raketen friedlich demonstriert. Sie reisen nicht nur aus allen Teilen der BRD an, sondern auch aus anderen Ländern, um ihren

Protest gegen den Rüstungswettlauf zum Ausdruck zu bringen. Seit der Stationierung finden vor dem Raketen Depot ununterbrochen Tag und Nacht, bei jedem Wetter, Mahnwachen statt. Blockiert werden in erster Linie die Pershing-Transporter. Etwa 700 Personen sind bisher bei verschiedenen Aktionen vorläufig festgenommen worden. Mitte Februar begannen die ersten Gerichtsverhandlungen.

Die anfänglichen Schwierigkeiten mit einem Teil der Mutlanger Bevölkerung, die so ausführlich durch die Presse gingen, sind durch Gespräche und Übereinkünfte abgeschwächt worden.

Am nächsten Morgen beim Frühstück mit einer Heidelberger Gruppe erfahren wir, daß nachts noch vierzehn Rüstungsgegner aus Münster angekommen sind. Dann stehen wir am

Stacheldraht des US-Airfields, der mit Friedenstauben, Transparenten und vielen bunten Wollfäden „verziert“ ist. Wir diskutieren mit Polizisten, denen die Dauerpräsenz von Friedensgruppen nicht gefällt. Viele haben bereits Überstunden machen müssen.

Um 14 Uhr ist Schichtwechsel der amerikanischen Soldaten. Mit weißen Holzkreuzen in den Händen — jedes erinnert an einen seit 1945 stattgefundenen Krieg — wird der ins Depot fahrende LKW von einem Teil der Demonstranten blockiert. Ein Polizist sagt seinen Spruch auf: „... sonst werden wir unmittelbaren Zwang anwenden!“ Ein zweiter fotografiert alle anwesenden Friedensfreunde. Wir singen deutsche und englische Friedenslieder. Es dauert eine ganze Weile bis abgeräumt werden soll. Der LKW wird dann

freiwillig durchgelassen. Ein Demonstrant steckt zwei Kreuze vorn an den LKW, mit denen die Soldaten ins Militärgebiet fahren. Die Stimmung ist gut, es wird getanzt und gesungen. Einheimische Frauen bieten uns warmen Tee an.

Sonntag morgen kommt ein Bus aus München mit christlich bewegten Friedensfreunden. Sie sind schon zum dritten Mal hier. Um fünfzehn Uhr findet der schon traditionelle Waldspaziergang statt, zu dem viele Demonstranten aus der unmittelbaren Umgebung kommen. Obwohl die polizeiliche Kontrolle verstärkt ist, schaffen es einige Aktive, den Stacheldraht auseinanderzureißen und Zaunpfähle umzubiegen.

Für Ostern und Pfingsten haben sich schon viele Friedensgruppen angemeldet, und im Sommer werden Friedenscamps stattfinden. Der Widerstand wird weitergehen, wir bleiben dabei. Mutlangen ist zum Symbol des Widerstandes der Friedensbewegung geworden.

Ulrike Gründler



Nur noch ein müder Seufzer

Hochhuths „Ärztinnen“ als DDR-Film

Helmut Copak hat sich bei den Filmfestspielen in Westberlin den DDR-Kassenschlager angesehen.

Zwei Jahre hätten die Filmrechte an dem Theaterstück von Rolf Hochhuth rumgelegen. Kein Regisseur aus dem Westen hätte zugegriffen. Und dann habe er sich erst dafür interessiert, meinte sich entschuldigend der DDR-Regisseur Horst Seemann (geb. 1937) in einem Pressegespräch auf der Berlinale in Westberlin.

In Zusammenarbeit mit dem schwedischen Fernsehen und zwei anderen Produktionsfirmen in der BRD und der Schweiz sei dann der Film an den „Originalschauplätzen“ des Theaterstücks gedreht worden, in Frankfurt, Stockholm, Zürich usw. So bekamen zuerst die Zuschauer in der DDR die Verfilmung eines BRD-Schauspiels zu sehen. Das allein hätte schon genügt, um den Film in der DDR zu einem Kassenerfolg werden zu lassen. Und das wurde er dann auch.

Die Filmemacher und die Schauspieler, die zur Uraufführung auf den Filmfestspielen angereist waren, konnten sich mit dem beruhigenden Gefühl der Kritik im Westen stellen, daß der Film schon jetzt in der DDR sein Geld einspielen würde. Aber es wäre natürlich schön, wenn er auch im Westen ein Erfolg würde.

Als die Zuschauer nach der Morgenveranstaltung am 27. Februar aus dem Zoopalast kamen und wieder ihre Mäntel angezogen hatten, muß nicht nur dem optimistischen Produzenten klar geworden sein, daß sich der DDR-Erfolg hier nicht wiederholen lassen würde. Die kühle, reservierte Aufnahme des Films durch das Publikum wurde noch von der der Journalisten übertrifft. Dabei stritt man sich nicht so sehr um die Aussage des Films oder um den wesentlichen Inhalt: Hochhuth stellt in seinem Schauspiel die Verstrickung von Ärzten in die Geschäfte der Pharmaindustrie dar: Vertuschung von Schlampe in der Produktion. Es geht auch um riskante wissenschaftliche Untersuchungsreihen mit neuen Medikamenten. Nebenwirkung: Tod.

Anhand der Geschichte zweier Ärztinnen, die jede auf ihre Weise an den Praktiken der Pharmaindustrie beteiligt sind, wird sehr anschaulich demonstriert, wie sich bei der „gekauften“ Arzneimittelforschung immer wieder die Kapitalinteressen durchsetzen. Das klingt platt, aber tendenziell bleibt das eine ständige Gefahr, solange nicht die Pharmaindustrie aus der Marktwirtschaft herausgelöst wird und einer demokratischen Kontrolle unterstellt wird.

Aber das ist selbstverständlich nicht die Botschaft des Films. Das liegt noch in weiter Ferne. Denn im Film treibt es die Pharmaindustrie in Zusammenarbeit mit skrupellosen Professoren, ehrgeizigen Assistenzärzten, feigen Mitwissern, aber auch mit arglosen, tüchtigen Ärztinnen, noch ungestört weiter. Die Wirkungslosigkeit der gesetzlichen Kontrollinstanzen, z.B. Strafrecht, läßt außerdem den Schluß zu, daß durch individuelle Aktionen von Einzelkämpfern an diesem Zustand sowieso nichts geändert werden kann. So werden weiter die Dollars bestimmt, was aus Untersuchungsreihen der Pharmaindustrie herauskommen soll. Aber die Empörung fängt dennoch langsam an zu wachsen. Und dazu kann auch dieser Film beitragen.

Wenn z.B. die nette Ärztin (Judy Winter) verzweifelt am

Totenbett ihres eigenen Sohnes steht, wird es wohl auch dem letzten Zuschauer klar, was der Film bezweckt. Nun wird auch sie endlich einsehen müssen, worauf sie sich mit ihrem gutgläubigen Vertrauen in die herrschenden Mechanismen der medizinischen Forschung eingelassen hat, sollte man meinen.

Aber kommt das nicht reichlich spät? Als ob es nicht schon genügt hätte, zu zeigen, daß eine ihr anvertraute Patientin an ihrer leichtsinnigen Behandlung mit einem neuen Medikament gestorben ist. Oder die andere Geschichte: Ihre Mutter (Inge Keller), als Ärztin in der Pharmaindustrie beschäftigt, soll vertuschen, daß in Spanien Patienten an verseuchten Medika-

menten gestorben sind. So geht das ständig weiter. Fast wie in einem Arztroman, wo das wesentliche schon passiert ist, aber die Seiten noch nicht voll sind. Dann hat man für den letzten Toten nur noch einen müden Seufzer über.

Dennoch sollte man sich diesen Film nicht entgehen lassen, wenn er bei uns anläuft. Es wäre übrigens auch mal interessant, einen Film zu sehen, der eine ähnliche brisante Thematik hat und der von einem Westteam in der DDR gedreht würde. Denn neben den großen Erfolgen — vor allem im präventiven Bereich — gibt es in der DDR bestimmt noch genügend Widersprüche, denen eine größere öffentlich Aufmerksamkeit dringend nötig täte. Denn fremde Augen sehen manchmal mehr. Dafür ist dieser Film ein schönes Beispiel. H.C.

**Der Regisseur:
Horst Seemann**

Foto: Copak



Judy Winter

Foto: Defa





„... daß die Herren vom Wydener Programm die Lockpfeife vergeblich blasen!“

Vor hundert Jahren wurde die gesetzliche Unfallversicherung eingeführt.

Der Gegenstand der Unfallversicherungsgesetzgebung war für den Bismarck-Staat nicht ganz neu. Schon mit dem Haftpflichtgesetz von 1871, das die Sozialdemokratische Arbeiterpartei auf ihrem Dresdner Parteitag kritisierte, hatte das frisch geeinte Deutsche Kaiserreich entsprechende Anstrengungen unternommen. Es galt, gesetzliche Regelungen zu fixieren, die durch die Entwicklung der kapitalistischen Produktions- und insbesondere Verkehrsverhältnisse unumgänglich geworden waren. Z. B. bei Eisenbahnunfällen, wo unmittelbare Interessen der herrschenden Kreise berührt wurden, galt das Prinzip der vollen Schadenersatzleistung für Personen- und Sachschäden.

Dabei mußte aber von den Betroffenen das unzweifelhafte Verschulden des Unternehmers

beziehungsweise seiner Bevollmächtigten am Unfall nachgewiesen werden. August Bebel schätzte noch vorsichtig, daß mehr als 80 Prozent der Unfälle überhaupt nicht durch das Haftpflichtgesetz abgedeckt waren. Dies hatte zur Folge, daß die durch Unfälle erwerbsunfähig gewordenen Arbeiter mitsamt ihren Familien der öffentlichen „Armenpflege“ anheim fielen.

„Andererseits drängten auch die Arbeitgeber auf eine Neugestaltung der Unfallgesetzgebung, weil ihnen die Kosten selbst für den Bruchteil des Schadenersatzes, für den sie haftpflichtig gemacht wurden, zu hoch erschienen (...). So nahmen Industrielle (...) direkten Einfluß auf die Vorbereitung des Unfallversicherungsgesetzes“.

Frühe Sozialdemokratische Vorschläge zu Hauptprinzipien für ein Unfallversicherungsgesetz — von Bebel im Februar 1879 im Reichstag dargestellt — waren abgelehnt worden. 1880 hatte Bismarcks „Sozialspezialist“ Hofmann ein „Unfallanzeigengesetz“ ausgearbeitet. Er hatte Bebels Vorschlag „Unfallmeldepflicht der Unternehmer“ darin verarbeitet.

Nachdem der Inhaber der Berliner Diskontobank, Russell,

in einer Denkschrift dazu von „gleichsam zur Mode gewordenen, zu weit gehenden Humanitätsbestrebungen“ gesprochen hatte und das Gesetz auch sonst keine Unterstützung fand, ließ Bismarck das Gesetz und Hofmann fallen. Um für die Reichstagswahl im Oktober 1881 einen „Wahlschlager“ zu haben, legte Bismarck am 15. Februar 1881 dem Reichstag einen ersten Entwurf für ein Unfallversicherungsgesetz vor. Für ihn ging es darum, mit dem sozialpolitischen „Zuckerbrot“ des Unfallgesetzes die Ambitionen der jungen Sozialdemokratie und Gewerkschaftsbewegung zu lähmen und die Reichsregierung zu stärken.

„Geben Sie dem Arbeiter das Recht auf Arbeit . . . , geben Sie ihm Arbeit, solange er gesund ist, sichern Sie ihm Pflege, wenn er krank ist, sichern Sie ihm Versorgung, wenn er alt ist, wenn Sie das tun . . . , wenn der Staat etwas mehr christliche Fürsorge für den Arbeiter zeigt, dann, glaube ich, daß die Herren vom Wydener Programm (gemeint sind die Sozialdemokraten) ihre Lockpfeife vergebens blasen werden . . .“, beschwor Bismarck in Erläuterung seines Programms dem Reichstag im Mai 1884.

Mehr als drei Anläufe waren notwendig gewesen, drei verschiedenartige Gesetzentwürfe, „mehr als drei Jahre hatten die herrschenden Klassen gebraucht, um sich in einem verbissenen Tauziehen um Grundprinzipien und einzelne Paragraphen über dieses Gesetz zu einigen. Heftig waren unmittelbare Profitinteressen des industriellen Großkapitals und der privaten Versicherungsgesellschaften, bürgerlich-liberale, junkerlich-konservative oder klerikale Gesellschaftsauffassungen und die politischen Absichten der bonapartistischen Diktatur zusammengeprallt.“

Obwohl einige Großindustrielle auch mit dem dritten Entwurf immer noch nicht zufrieden waren und um das ‚freie Unternehmertum‘ fürchteten, reichte ihr Einfluß nicht aus, das Gesetz vom Tisch zu fegen. Am 6. Juli 1884 wurde die Unfallversicherung Gesetz, am 1. 10. 1885 wirksam. Bismarcks Staatssekretär Boetticher interpretierte noch Monate nach der Verabschiedung vor beunruhigten Industriellen den Sinn des Gesetzes (auf der Generalversammlung des Zentralverbandes Deutscher Industrieller im Oktober 1884): „Wir wollen ihren Interessen dienen, und wir wollten ihr etwas schaffen, mit dem die Industrie bestehen kann . . . Wir arbeiten für sie und werden nicht aufhören für sie zu arbeiten“.

Übrigens: Die Renten für die Arbeitsunfallopfer mit einer Erwerbsminderung von unter 20 Prozent wurden während der großen Weltwirtschaftskrise 1929/32 mit einer der Brüningsschen Notverordnungen gestrichen. Dies sollte nur befristet — für die Zeit der Krise — gelten. Sechs Jahre hatten die Auseinandersetzungen um die Neuregelung der Unfallversicherung gedauert, als in der CDU/CSU/FDP-regierten BRD 1963 das ‚Unfallversicherungsneuregelungsgesetz‘ in Kraft trat. Wenigstens noch größeren Rentenraub haben die Gewerkschaften, Rentnerverbände und sozialorientierte Opposition damals abwehren können.

(Zitate: „Das Sozialistengesetz“, Dietz-Verlag, Berlin 1980)

Zum Inhalt und Charakter der Bismarckschen „Sozialgesetze“ siehe auch: dg 6/81 u. 1/82, „Sozialgesetzliche Chronik“ im Doku-Teil.

Helmut Koch

Beifallsstürme und Boxhiebe

KONGRESS BERICHTE

**Vierter medizinischer Kongreß zur Verhinderung eines Atomkriegs,
Tübingen 30. März — 1. April**

„Unser Eid auf das Leben verpflichtet zum Widerstand“, stand auf dem Spruchband über der Mensa in Tübingen. Sage und schreibe fünftausenddreihundert Menschen aus dem Gesundheitswesen waren dem Motto gefolgt, und vierundfünfzig Kinder hatten sie auch noch mitgebracht, wie die Veranstalter des Vierten Medizinischen Kongresses zur Verhinderung eines Atomkriegs nachgezählt hatten. Also Rekordbeteiligung, und das ein halbes Jahr nach Beginn der Raketenstationierung! Allerdings ist die Zahl der älteren Teilnehmer nicht gestiegen, zumindest, wenn man mit dem Vorjahreskongreß in München vergleicht.

Zwei Ergebnisse vorweg: Dem Kongreß wurde von der IPPNW ein „Tübinger Aufruf zur ärztlichen Kriegsdienstverweigerung“ vorgestellt. Er stellt fest, daß ein „reibungslos funktionierender Sanitätsdienst der Bundeswehr“ den „Krieg wahrscheinlicher“ macht. Im Sinne der Heilbronner Erklärung rufen deshalb die Unterzeichner — auch als Selbstverpflichtung — zur Kriegsdienstverweigerung auf.

Am Sonntagnachmittag fuhr eine hundert Kongreßteilnehmer mit vierzehntausend Mark, die als Spenden auf dem Kongreß zusammengekommen waren, zu dem Häuflein verbliebener Blockierer nach Mülhagen. Was dort geschah, ging am gleichen Abend stündlich durch die Nachrichten: Ausgerechnet als sich die Ärztinnen und Ärzte vor dem Tor des Raketendepots versammelt hatten, fuhr immer wieder Polizeiautos durch die Menge, bis eines von ihnen steckenblieb. Nachdem auf einem weiteren Fahrzeug dann umständlich eine Video-Kamera montiert worden war, prügelte eine Hundertschaft Polizisten dem blockierten Transporter eine Gasse. Frauen wie Männer, auch ältere, wurden mit Boxhieben auf die Seite getrieben.

Das umfassende Programm lag — leider erst — auf dem Kongreß vor. Wer die Wahl hat, hat die Qual: Neben den Blöcken „Studien“ zu den Auswirkungen eines Atomkriegs, „Mißbrauchte Medizin/Militarisierung der Medizin“, „Neue Waffentechnologien“, „Rüstung und Sozialabbau“ wurden noch dreizehn Arbeitsgruppen angeboten.

**Dem streitbaren
Rhetorik-Professor
Walter Jens
spendeten die
Kongreßteilnehmer
minutenlang
stehend Applaus.
Jens forderte die
versammelten
Mediziner auf, sich
mit ihrer
Geschichte auseinanderzusetzen.**

Beifallsstürme ertete der rhetorisch brillierende Walter Jens. Ein Fazit seiner Rede: Aufgabe des Naturwissenschaftlers sei aktuell die Aufarbeitung der eigenen Geschichte, der Geschichte der Naturwissenschaft und ihres Mißbrauchs.

Ebenfalls beeindruckend der immer noch agile 82jährige Walter Fabig: Die Friedensbewegung müsse auf die Gewerkschaften zugehen — „ohne Friede kein sozialer Fortschritt!“ Noch einmal der ehemalige Chefredakteur der Gewerkschaftlichen Monatshefte und Hitler-Verfolgte: „Der Friede ist eine zu ernste Angelegenheit, als daß man ihn den Militärs und Politikern überlassen dürfte.“

Karl-Rainer Fabig aus Hamburg zeigte eine reich bebilderte Übersicht über die Auswirkungen des Umweltkriegs der Amerikaner in Vietnam. Erschütternd zu hören waren das Ausmaß der Besprühung Vietnams, die ökologischen Folgen und vor allem die gesundheitlichen Auswirkungen — eine Zunahme von Tumoren, Fehl- und Totgeburten und mißgebildeten Kindern. Mit ähnlichen Folgen sei hier zu rechnen, so Fabig. Der Einsatz chemischer Kampfstoffe werde von den USA wie der BRD zu-

nehmend in strategische Konzepte eingebaut.

Die Podiumsdiskussion am Samstagabend brachte dagegen wenig Neues. Nach der Ausladung von Generalarzt Linde und entsprechender mehrwöchiger „Würdigung“ im Ärzteblatt war Karsten Vilmar, Präsident der Bundesärztekammer, natürlich erschienen. Inhaltlich bot er wenig Nennenswertes: Immerhin versicherte er, daß man an Approbationsentzug bei Verweigerung der katastrophenmedizinischen Fortbildung nicht denke. Gleichzeitig verwies er aber darauf, daß dafür ohnehin der Regierungspräsident zuständig sei. Ganz anders dagegen Helmut Becker, bis vor kurzem zweiter Vorsitzender der Berliner Ärztekammer: Die Bundesärztekammer habe den vorhandenen Beschlüssen zum Atomkrieg keine Praxis folgen lassen. Vor allem sei die Aufforderung des Weltärztesbundes, die Bevölkerung über Atomkriegsfolgen aufzuklären, nie ernsthaft angegangen worden. Becker bei anderer Gelegenheit: Wenn Vilmar immer „Terminschwierigkeiten“ bei derartigen Kongressen hätte, brauche er doch nur einmal weniger nach Grado oder Bad Gastein zu fahren. So etwas trifft, es bringt auch Spaß und Stimmung. Regelrecht fortschrittlich nahm sich Vilmar neben G. Osterwald von der Ärztekammer Niedersachsen aus.

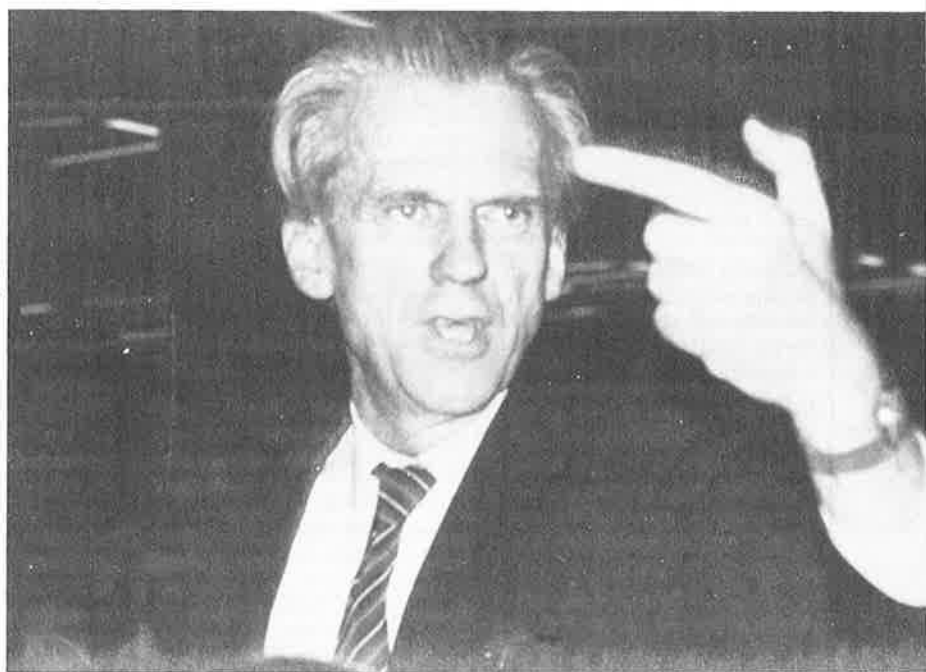
Für Osterwald ist Feindbildabbau erst möglich, wenn in der DDR alles so ist wie hier.

Was sonst noch geboten wurde? Man konnte einfach nicht alles mitnehmen: Mecktersheimer, Albrecht, Richter, Lempp, Schrempf usw. Die Veranstalter hatten jedenfalls ein nettes Programmheft mit Kurzzusammenfassungen vorgelegt.

Sicher gab es auch einige Kritikpunkte: Der Ort war unglücklich gewählt, weit außerhalb der Stadt, die vielen Frontalvorträge waren ermüdend. Gleichwohl: die Friedensbewegung lebt, auch nach dem Stationierungsbeginn, und kann noch blühen! Der nächste Kongreß scheint gesichert: Die Ruhrgebiets-Initiativen haben für das Frühjahr 1985 ins Revier eingeladen.

Robert Jungk gab allen auf den Weg: „... als Hitler im Kaukasus stand, als ganz Europa unter der Knute des Diktators stand — auch wir haben damals gesagt, jetzt ist es zu Ende, und ein paar von uns haben geglaubt, es darf nicht so sein. Ich glaube, wir werden die Schrecklichkeiten der Entwicklung nur dann beseitigen können, wenn wir sowohl kritisch wie hoffnungsvoll sind.“

Barbara Halbeisen-Lehnert
Walter Popp





Wolfgang Jantzen,
Sozialgeschichte des
Behindertenbetreuungswesens,
Verlag Deutsches
Jugendinstitut, München, 1982

Das vorliegende Buch ist Bestandteil einer Veröffentlichungsreihe des Projektes „Integration von Kindern mit besonderen Problemen“ am Deutschen Jugendinstitut. Von hier erging an Jantzen der Auftrag, ein Gutachten zu diesem Themenkomplex zu verfassen, um aus der Darstellung der deutschen Geschichte des Behindertenbetreuungswesens dessen Eigenarten deutlich werden zu lassen.

Seine Ausführungen beginnen mit der „Entstehung der Behindertenbetreuung in der bürgerlichen Gesellschaft“. Jantzen zeigt hier Übergangsstrukturen zum frühen Kapitalismus auf, wobei er genauer auf die „bürgerliche Aufklärung und absolutistische Armenpolitik“ eingeht und die „Entwicklung der Psychologisierung gestörter Reproduktion“ an der allmählichen Ausdifferenzierung von Störungen und deren Umsetzung in medizinische, pädagogische und psychologische Kategorien beschreibt.

Es schließt sich eine umfangreiche Darstellung über „Strukturen der Behindertenbetreuung vor der Reichsgründung 1871“ an, in der drei unterscheidbare Richtungen der „Schwachsinnigenfürsorge“ im 19. Jahrhundert, die philanthropisch-karitative, die pädagogische und die medizinische, benannt und analysiert werden.

Den Hauptkomplex des Gutachtens stellt das Kapitel „Vom Kaiserreich bis zur Bundesrepublik: Behindertenbetreuung im imperialistischen Deutschland“ dar.

Sehr prägnant werden die Entwicklungen der Hauptsäulen der sozialen Infrastruktur von 1871–1890 dargestellt. Ein Exkurs über die „Ideologieentwick-

lung“ zu dieser Zeit schließt sich an. Näher eingegangen wird in diesem Zusammenhang auf Entwicklungen der Philosophie, auf die Entwicklung von Rassismus, Sozialdarwinismus und Eugenik und auf die Entwicklung des Biologismus in der Psychiatrie am Beispiel des Psychopathiebegriffs.

Dieser Erörterung wichtiger ideologischer Strömungen folgt eine umfangreiche Darlegung zur „Ausgestaltung der sozialen Infrastruktur“ (von 1890–1918). In den gleichen Zeitraum fällt die „Neuformulierung der Fragen der Behindertenbetreuung“ durch Kraepelin. Im Mittelpunkt dieser Betrachtungen steht der Nachweis, „wie eine neue Gruppe der traditionellen Intelligenz, die Psychiatrie und später die Kinder- und Jugendpsychiatrie, die bisherige Ausrichtung in den Bereichen der Behindertenbetreuung ablöst und die Paradigmen der Sozialpädagogik und Schulpädagogik soweit notwendig organisch einbindet.“

In einem weiteren, sehr umfangreichen Teil seines Gutachtens stellt Jantzen „Hauptlinien der Entwicklung der Behindertenbetreuung von 1919–1933“ dar. Näher geht er auf die Vorstellungen vom „Sozialstaat“, die „präfaschistische Ideologieentwicklung“ und „die führende Rolle der Kinder- und Jugendpsychiatrie“ ein. Es wird dargestellt, „wie sich in der Weimarer Republik vielfältige Positionen und Varianten ideologischer Begründung von Behindertenbetreuung entfalten und vermischen, ... wobei die theoretischen Hauptlinien der Behindertenpädagogik nach wie vor in extrem konservativer und reaktionärer Ausgestaltung verlaufen. Die Ergänzung des christlich-karitativen, sozialpädagogischen Ansatzes erfolgt durch lebensphilosophische geisteswissenschaftliche Antworten der bürgerlichen Pädagogik (z. B. H. Nohl) bzw. im katholischen Bereich durch die neothomistische Ausformulierung einer Heilpädagogik durch Bopp.“ Andere Ansätze, wie z. B. der von Hanselmann, kommen nicht zur Entfaltung.

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie (am deutlichsten vertreten durch Villingen) übernimmt zunehmend Ordnungsfunktionen im Sozialstaat und sichert die Abstimmung zwischen Staat und den Wohlfahrtsverbänden.

Die bis zu diesem Zeitpunkt vorherrschende Ideologieentwicklung fügt sich nahtlos in den Faschismus ein. In dem Kapitel „Die Neuordnung des deutschen Imperialismus im »völkischen Führerstaat«, Erhöhung der Ausbeutung

durch Demagogie und Terror und faschistische Lösung der »Volksenttarnung« weist Jantzen unter Berücksichtigung ökonomischer, sozialer und ideologischer Faktoren nach, daß sich das Verhältnis von Faschismus und Behinderung in der Kurzformel: Behinderung = Vernichtung, prägnant ausdrücken läßt. Wichtig bleibt auch der Aufweis, daß sich aus einer solchen Auffassung ergebende Denkstrukturen und Praktiken ihre Kontinuität bis in die heutige Zeit bewahrt haben.

In welcher Art und Weise tradierte Vorstellungen in die Behindertenbetreuung heutiger Zeit eingeflossen sind, weist Jantzen in dem Kapitel „Sozialpolitische Restauration, Reproduktionskrise in der sozialen Infrastruktur und Aufbrechen der Klassegegensätze in der Behindertenbetreuung: Die Entwicklung im Nachkriegs-Deutschland und in der BRD von 1945 bis heute“ nach. Jantzen gibt einen Abriss der Sozialpolitik im allgemeinen und stellt deren strukturelle Ergebnisse dar. Gleiches geschieht für die Bereiche Bildung und Gesundheit.

In der Darstellung der Ideologieentwicklung geht Jantzen stärker ein auf die Weiterentwicklung der Unerziehbarkeitsdoktrin durch Stutte, den Ausbau eines existenzphilosophisch-reaktionären Paradigmas durch Moor und auf die Modernisierung der Hilfsschulpädagogik durch Bleidick.

Abgeschlossen wird das Gutachten durch zwei kürzere Kapitel zu den Themen „Allgemeine soziologische Bestimmungsmomente von Behinderung in der kapitalistischen Gesellschaft“ und „Ausländische Erfahrungen in der Strategie der Reduzierung und Vermeidung des sozialen Ausschlusses von Behinderten.“

Ich kann dieses Buch uneingeschränkt weiterempfehlen, stellt es doch die vielen Wege und Irrwege in der Behindertenbetreuung einmal systematisch dar. Kann aufgrund dieses Anspruches vieles nur kurz dargestellt werden, regen die vielfältigen Quellenhinweise jedoch dazu an, interessante Teilaspekte intensiver an anderer Stelle weiterzuverfolgen.

Norbert Störmer

ALB-Sonderheft 2/1984

AIR LAND BATTLE

und die Rolle der Bundesrepublik



„Air Land Battle“, oder kurz ALB, ist seit 1982 die verbindliche Kampfdoktrin der US-Streitkräfte für Europa und die 3. Welt. Die ALB-Konzeption eines präventiven Angriffskrieges sieht den frühzeitigen Einsatz chemischer und atomarer Waffen vor. Als Stationierer der Pershing II und Cruise Missiles, als einziger Mitunterzeichner des Perspektivkonzeptes ALB 2000 und als Drehscheibe für eine US-Intervention im Nahen Osten spielt Bonn eine Schlüsselrolle im ALB-Konzept.

Das ALB-Sonderheft 2/1984 dokumentiert das ALB-Konzept und analysiert erstmals umfassend seine Bedeutung für die BRD und die 3. Welt.

Inhalt: Einschätzung des ALB-Konzeptes und seiner Auswirkungen für die 3. Welt • Standort der BRD im NATO-Konzept gegenüber der 3. Welt • **Dokumentation:** Originalfassungen von ALB 1986 und ALB 2000 • Stimmen aus dem Pentagon und von NATO-Militärs • Beiträge zum BRD-Engagement im Nahen und Mittleren Osten von J. Reents (Grüne), H. Hoffmann (SPD), H. J. Wischnewski (SPD) und A. Mertens (CDU)

Umfang ca. 48 Seiten, Preis 4 DM, 33% Rabatt ab 10 Ex. Erhältlich im linken Buchhandel oder gegen Einsendung des Coupons. Vorauszahlung in Briefmarken bei Bestellungen unter 10 DM. Porto 0,60 DM je Heft. Jahresabo 25 DM.

Coupon/Bitte einschicken!

Ich bestelle:

☐ ... Ex. ALB-Sonderheft 2/1984 ALB

☐ ein kostenloses Probeheft des ALB

☐ ein Jahresabo ab Nr. _____

Name: _____

Adresse: _____

Unterschrift: _____



IMPRESSUM

Herausgeber

Heinz-Harald Abholz (West-Berlin), Hans-Ulrich Deppe (Frankfurt), Heiner Keupp (München), Brigitte Kluthe (Riedstadt), Hans Mausbach (Frankfurt), Wolfgang Münster (Hattlingen), Christina Pötter (Gießen), Michael Regus (Siegen), Annette Schwarzenau (Hamburg), Hans See (Frankfurt), Harald Skrobles (Riedstadt), Peter Stössel (München), Alf 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: Dotlev Uhlenbrock; Gesundheitsversorgung: Gregor Weinrich, Uli Menges, Joachim Gill; Arbeits- und Lebensverhältnisse: Norbert Andersch; Pharma- und Geräteindustrie: Uli Raupp; Umwelt: Peter Walgor; Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen: Matthias Albrecht, Edi Erken; Ausbildung: Eckard Müller, Peter Liebermann; Internationales: Gunar Stempel, Felix Fichter; Frauenprobleme: Ulla Funke; Pflegeberufe: Peter Liebermann; Historisches: Helmut Koch; Kultur und Subkultur: Helmut Copak

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

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

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

Nachdruck nur nach Zustimmung der Redaktion.

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

Die Zeitschrift „DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN“ erscheint monatlich bei:

Pahl-Rugenstein Verlag GmbH, Gottesweg 54, 5000 Köln 51, Tel. 021/364051, Konten: Postsparkasse Köln 6514-503, Stadtparkasse Köln 10652238 (für Abo-Gebühren).

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

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

Redaktions- und Anzeigenschluß für 6/84: 5. 5. 84.

Graphik: Christian Paulsen

Titelbild: Michael Bauer

Layout: Matthias Albrecht, Edi Erken, Ulla Funke, Norbert Mappes

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

JSSN: Nr. 0172-7091

wir über uns

Gesundheitstag in Bremen

Für den Gesundheitstag vom 2. bis 7. Oktober planen wir einen Beitrag zur grundsätzlichen Klärung gesundheitspolitischer Fragen.

Arbeitstitel: „Kann man Gesundheit kaufen?“ Außerdem planen wir Veranstaltungen zum Pharmamarkt (Frage der Selbstmedikation), zur Umwelt (Wer vergiftet uns? Wer bezahlt dafür?), zur Ausbildung (Warum werden wir zu Reparaturspezialisten ausgebildet?) und zu den gesundheitlichen Aspekten der 35-Stunden-Woche.

Alle sind zur Diskussion und Mitarbeit aufgerufen. Wir freuen uns über jeden Anruf.

dg-Seminar zur Krankenhausfinanzierung

„Krankenhaus — Strukturreform oder Finanzverschiebung?“ ist der Titel eines dg-Seminars, das am 19. oder am 26. Mai 1984 in Dortmund stattfinden wird. Wer hat Interesse, an dem eintägigen Seminar teilzunehmen? Kontakt: Matthias Albrecht, Tel. (02 31) 75 38 80.

Interview geplatzt

Eigentlich war für dieses Heft ein Interview mit dem Dortmunder AOK-Chef Vogelsänger vorgesehen. Vogelsänger, im Ärzteblatt als „publizitätsversessen“ bezeichnet, hat mit seinen Enthüllungen den berühmten Dortmunder Abrechnungsskandal ins Rollen gebracht. In letzter Minute verbot Nordrhein-Westfalens Gesundheitsminister Farthmann, der die Rechtsaufsicht hat, seinen Beamten jede öffentliche Äußerung zum Thema.

dg-Kontakte

Ansbach: Birgitta Eschenbacher, Am Heimweg 17, 8800 Ansbach, Tel. (0981) 144 44; Berlin: Hermann Diltich, Grunewaldstr. 28, 1000 Berlin 41, Tel. (030) 822 63 28; Bonn: Edi Erken, Eckenstr. 28, 5205 St. Augustin 2 (Hangelar), Tel. (02241) 291 78; Bremen: Cornelia Selke, Clausewitzstr. 25, 2800 Bremen 1, Tel. (0421) 23 43 71; Darmstadt: Jürgen Frohnert, Neutscher Weg 3, 6101 Modautal-Ernsthofen; Dortmund: Matthias Albrecht, Am Kühlenweg 22, 4600 Dortmund 50, Tel. (0231) 75 38 80; Düsseldorf: Gunar Stempel, Aachener Str. 198, 4000 Düsseldorf, Tel. (0211) 1511 87; Duisburg: Felix Richter-Hebel, Hochfeldstr. 19, 4100 Duisburg 17, Tel. (02136) 51 20; Frankfurt: Klaus Priester, Schloßstr. 96, 6000 Frankfurt 90, Tel. (0611) 70 54 49; Gießen: Claudia Göttmann, Bismarckstr. 6, 6300 Gießen, Tel. (0641) 752 45; Göttingen: Barbara Wille, Ostlandweg 23, 3400 Göttingen, Tel. (0551) 337 10; Hamburg: Robert Pfeiffer, Kurfürstenstr. 45, 2000 Hamburg 70, Tel. (040) 656 48 45; Hanau: Hans See, Gustav-Hoch-Str. 37, 6450 Hanau, Tel. (06181) 839 81; Hannover: Martin Walz, Tiestestr. 19, 3000 Hannover 1, Tel. d. (05132) 90 65 57/p; (0511) 8188 68; Hattlingen: Wolfgang Münster, Marxstr. 19, 4320 Hattlingen, Tel. (02324) 6 74 10; Heidelberg: Michael Gerslner, Burgstr. 44, 6900 Heidelberg, Tel. (06221) 47 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; Kiele: Ulla Funke, Steinbergen 33, 4182 Uedem, Tel. (02625) 84 24; Köln: Peter Liebermann, Mommeler Str. 10, 5000 Köln 60, Tel. (0221) 71 17 06; Lengerich: Jan Hendrik Herdtlass, Niedereingel 3, 4540 Lengerich; Linz/Rhein: Richard Beitzel, Magdalena-Daemen-Str., 5460 Linz, Tel. (02644) 551; Lübeck: Angela Schürmann, Stadtweide 99, 2400 Lübeck, Tel. (0451) 50 33 55; Mannheim: Werner Weindorf, Friedrichstr. 57, 6800 Mannheim, Tel. (0621) 85 54 05; Marburg: Hanna Koch, Alter Ebsdorfer Weg 18, 3550 Marburg; Minden: Volker Happmann, Bäckerstr. 41, 4950 Minden; Mönchengladbach: Joachim Gill, Weichselstr. 65, 4050 Mönchengladbach 1, Tel. (02161) 48 04 27; München: Margret Lambardt, Pommernstr. 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 Lohtor 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) 61 61; 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 Schleizer, Ringsstr. 22, 7900 Ulm-Lehr, Tel. (0731) 665 44; Viersen: Sebastian Slier, Hermann-Ehlers-Str. 5, 4050 Viersen 12, Tel. (02162) 776 94.

Spenden

Immer noch gehen auf unserem Konto Beiträge zu den Kosten ein, die uns der Prozeß mit dem „Deutschen Ärzteblatt“ verursacht hat. Die Spendenfreudigkeit unserer Leser hat uns schon gewaltig entlastet. Aber unser Redaktionskonto hat sich von dem Schlag noch längst nicht erholen können. Wir sind auch weiterhin dankbar für Spenden auf das Sonderkonto Norbert Andersch, Postgiroamt Essen Nr. 154 20-430.

Dr. Wilhelm Schmidt	Heidelberg	DM	20,—
Jutta Sloot	Bremen	DM	20,—
Dr. Bauer	Rosenheim	DM	100,—
Dr. Gerstner	Heidelberg	DM	20,—
Klaus-Dieter Koch	Hannover	DM	30,—
Angelika Balmes	Duisburg	DM	25,—

**Das nächste Heft
erscheint am
12. Mai.
dg-Report:
Gentechnologie**



PAHL-RUG.GOTTESW.54 5000KOELN
G 2961 E 394711 343

KARL BOEKER
CARL VON OSSIEZKY STR. 23 A

4800 BIELEFELD 1

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



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

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

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

**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 April 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.

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



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



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

☐ Knorr, Geschichte der
Friedensbewegung

☐ Platonow,
Unterhaltsame Psychologie

Bitte, schicken Sie das Buch an folgende Adresse:

Name _____

Vorname _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

Beruf _____

Unterschrift _____

Name _____

Vorname _____

PLZ/Ort _____