

dg

DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN

ZEITSCHRIFT FÜR GESUNDHEITS-
UND SOZIALBERUFE



35 Stunden — auch bei uns?
Lindan im Wald
Manöverschäden

der kommentar

dg-Redakteur
Helmut Copak (36),
Diplom-Psychologe,
lebt in Münster



Sterbehelfer in Weiß

Im Frühjahr 1938 traten Angehörige eines in der Universitätsklinik in Leipzig stationierten Kindes namens Knauer an Hitler mit der Bitte heran, die Tötung ihres Kindes zu veranlassen; es sei blind geboren, ihm fehle ein Bein und ein halber Arm und es sei idiotisch. Hitlers Leibarzt Karl Brandt begutachtete das Kind, und bald darauf wurde seine Tötung verfügt.

Noch im ersten Halbjahr 1939 wurde eine Kommission eingesetzt, die sich um die Einrichtung sogenannter Kinderfachabteilungen kümmern sollte. In den insgesamt 21 Abteilungen, die über das ganze Deutsche Reich verteilt waren, erfolgte in kurzer Zeit die organisierte Tötung von insgesamt fünftausend Kindern durch Morphinum-Hydrochloral, Luminal oder Nahrungsentzug — häufig sogar gegen den Willen der Eltern.

Mit einem ganz harmlos aussehenden, auf Hitlers privatem Briefpapier geschriebenen Erlaß, über den sich vermutlich auch heute noch kaum jemand aufregen würde, begann eine beispiellose Vernichtungsaktion, die von vielen Medizinhistorikern zu Recht als Vorläufer der großen Massenvernichtungsaktionen in den Konzentrationslagern eingestuft wird.

Man muß sich das mal vorstellen: In dem auf den 1. September 1939 zurückdatierten Papier war anfangs nur die Rede davon, daß die Befugnisse namentlich zu bestimmender Ärzte erweitert werden sollten, so „daß nach menschlichem Ermessen unheilbar Kranke bei kritischer Beurteilung ihres Krankheitszustandes der Gnadentod gewährt werden kann“.

* * *

Knapp fünfzig Jahre später prahlt ein gewisser Wilhelm Rasche, 67, Arzt aus Würzburg, in der Bildzeitung: Ich gab 700 Kranken Gnadentod. In einer Welle von Selbstbezeichnungen drängen wieder einmal Deutsche darauf, die Sterbehilfe aus ihrer Halblegalität zu befreien. Auffällig an der seit Jahren geführten Debatte ist, daß keiner der Beteiligten auch nur im Traum die Vernichtungsaktionen der Faschisten nachträglich billigen würde. Es geht den meisten ja nur um die rechtliche Billigung von „Hilfe im Sterben“, d. h. um die Legalisierung passiver Sterbehilfe.

Zur Verdeutlichung ihrer guten Absichten werden wir in regelmäßigen Abständen mit echten Fallbeispielen konfrontiert, die sich allesamt noch im Rahmen der gesetzlich gedeckten ärztlichen Entscheidungsmöglichkeiten bewegen. Die Fälle, die jedoch vor die Gerichte kommen, bewiesen immer wieder, wie gefährlich nahe passive Sterbehilfe und Mord sein können.

Das unbegrenzte Vertrauen, mit dem jetzt die Sterbehelfer in Weiß geradezu überschüttet werden, sollte uns skeptisch machen.

Und wenn dann noch die Forcierung der Sterbehilfedebatte in Zeiten wirtschaftlicher Krisen stattfindet, dann ist Skepsis noch zu wenig!

Der Tod ist nie nur ein individuelles Ereignis, daß man losgelöst von der Gesellschaft — workshopmäßig — betrachten kann und nur noch therapeutisch zu begleiten bräuchte. Der Wille, weiterzuleben und teilzuhaben am Leben ist abhängig von dem, was die Gesellschaft uns noch zu bieten hat. Und da sieht es wirklich düster aus. Hieran etwas zu ändern, sollte bei der sicherlich überfälligen Debatte um Sterbehilfe *nie* vergessen werden.

Das kann meinetwegen ruhig als ein Ausweichen vor dem Todesthema mißverstanden werden. Aber müssen wir nicht erst alle unsere Kräfte in die Verbesserung der Lebensmöglichkeiten stecken, bevor wir über den Tod reden? Darunter fällt zum Beispiel: unsere Perinatalogie auf den Stand zu bringen, der woanders schon längst erreicht ist. Und endlich die Versorgung der Alten so zu regeln, daß sie noch Spaß am Leben haben und nicht um ihren Tod betteln.

DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN

ZEITSCHRIFT FÜR GESUNDHEITS-
UND SOZIALBERUFE

Inhalt

6/84



**dg-Report zur 35-Stunden-Woche: ÖTV
läuft hinterher / Arbeitszeit als Gesund-
heitsproblem: Gespräch mit Hoesch-
Betriebsräten / Wissenschaftlich ver-
brämte Arbeitgeber-Argumente Seite 8**



**Ene, mene, muh — und raus bist du!
Ulli Raupp nahm an einem Fortbildungs-
seminar mit Triage-Übung teil. Seite 18**



**Die ehemalige Schule in Varensell
bei Bielefeld diente als privates
Altenheim — bis die Behörden es
schließen mußten. Für dg berichtet
Theresia Brechmann. Seite 27**

dg-Report

Wieder kämpfen lernen!	8
35 Stunden sind machbar, Herr Nachbar!	10
Ganz schön angeschnitten	
ZDF über Klinik in Braunschweig	11
Urlaubsgeld an St. Peter	
Katholische Tricks in Rheingebirg	11
Unglückliche Jugend	
Arbeitgeber-Argumente	15
Es gibt auch ein Leben vor der Rente	
dg-Gespräch mit Hoesch-Betriebsräten	12

Gesundheitsversorgung

Verlumpt, verliert, vergrämt	
Skandal um Altenheim in Bielefeld	27

Arbeitsmedizin

Arbeitssch(m)utz	
DGB-Forderungen zur Betriebsmedizin	28

Internationales

People's Clinic	
Arbeiterelbsthilfe in Arizona	16
Bittere Pillen für die Dritte Welt	
BUKO-Pharmakampagne	26

Frieden

Wie sortiere ich korrekt?	
Triage-Übung	18
Kriegerspur in Wald und Flur	
Umwelt- und Gesundheitsschäden durch Militär	20

Umwelt

Der 180-Millionen-Deal	
Agent-Orange-Vergleich in den USA	22
Wer gibt dem Wald den Rest?	
Lindan gegen Borkenkäfer	24

Pharma

id-Artistik	
Ingeborg Simon zu einem Berliner Projekt	19

Historisches

Alte Kamellen in neuer Tüte	30
-----------------------------	----

Kultur

Männersex leichtgemacht	
Masturbationsführer aus den USA	23

Dokumente

Statement zur Arbeitszeitkonferenz der ÖTV — Bereich Gesundheitswesen	I
Kriegspharmazie	
Vortrag auf Tübinger Kongreß	II
Materielles Elend, soziale Not und seelisches Leid — Referat von Erich Wulff, II. Teil	IV

Rubriken

Leserbriefe	4
Aktuelles	5
Termine/Kleinanzeigen	7
Kongreßberichte	33
Buchkritik	33
Wir über uns	35

Leser-Brief

Ein Mensch ist keine Kaulquappe

Zu dem umstrittenen Kurzartikel »Was ist Leben?« im Heft 3 (4/84) erreichte uns eine weitere Zuschrift.

Ich bin Gegner des § 218 StGB. Wenn die Gesellschaft, in der ich lebe, meint, den Schwangerschaftsabbruch überhaupt gesetzlich reglementieren zu müssen, dann bitte durch eine umfassende Sozialgesetzgebung, die kleinen Menschen eine derartige Lebensqualität sichert, daß jeder Schwangerschaftsabbruch aus Notlagenindikation überflüssig wird.

Anna Galönsi belegt ihren Standpunkt mit unrichtigen Argumenten: Sie schließt sich der Meinung Sebastian Haiffners an, erst bei der Geburt entstehe menschliches Leben. Der Fötus sei kein Mensch, sei Leben erst auf der Stufe der Kaulquappe. Und: „Wir sind keine Hindus, wir töten mit gutem Gewissen sogar Tiere, die auf einer weit höheren Entwicklungsstufe stehen als ein 3-Monats-Fötus“.

Sicher weist die Entwicklung des Individuums gewisse Ähnlichkeiten mit der Entwicklung der Menschheit als biologischer Art auf. Die entscheidenden Parallelen sind spätestens seit F. Engels „Der Anteil der Arbeit an der Menschwerdung des Affen“ bekannt und beschrieben. Nun hat F. Engels ebendort auch die Kriterien benannt, die das menschliche Leben zu dieser einzigartigen Ausnahme machen, als die wir uns fühlen. Daß diese Kriterien von einem Säugling neun Monate nach seiner Geburt noch nicht alle erfüllt werden können, darf uns ebenso wenig schrecken, wie gut abgerichtete Nutztiere, die diesem Säugling in vielen Bereichen überlegen sind und die wir mit gutem Gewissen töten. Denn wir benötigen nur sehr wenig Geduld, und aus diesem Wesen mag sich ein Einstein, Lenin oder Neruda entwickeln. Schon mehr darf es uns erschrecken, daß es, wenn auch selten, Menschen gibt, die auch nach mehrjähriger und intensiver Förde-

rung nicht die Leistungen eines Neunmonatssäuglings oder auch nur einer Ratte erreichen und wohl nie erreichen werden. Und obwohl ich während meines Medizinstudiums mehrere vergleichsweise „hochintelligente“ Ratten getötet habe, trete ich allen Versuchen, die Euthanasie schwer geistig und körperlich behinderter Menschen auch nur diskussionsfähig zu machen, entschieden entgegen und habe nach den geschichtlichen Erfahrungen von vor 40 Jahren auch allen Grund dazu. Hat doch der für Euthanasiemorde des Faschismus verantwortliche Professor Catel noch in den sechziger Jahren den Vorschlag verbreitet, man solle Schwangerschaften nicht aus genetischer Indikation abbrechen, sondern erst nach Geburt bei gesicherter Diagnose dies unwerte Leben ausmerzen. Die Entwicklungsstufe des Individuums als Maßstab zu nehmen, ob menschliches Leben vorliegt oder nicht, muß in die Gaskammer führen.

Wie steht es mit der Entwicklungsmöglichkeit? Der von S. Haiffner zum Beispiel genommenen Kaulquappe dürfen wir optimale Entwicklungsmöglichkeiten angedeihen lassen ohne Mangel an Nahrung, Lebensraum und mit den besten Anregungen für ihren bescheidenen Geist. Sie wird sich im günstigen Fall zu einem Frosch wandeln, der auch durch den Kuß einer Prinzessin niemals zu einem menschlichen Wesen wird. Dagegen kann eine menschliche Samen- und Eizelle selbst unter den ungünstigen Bedingungen eines chronisch alkoholvergifteten mütterlichen Stoffwechsels zwar zu einem geschädigten, so doch zweifelsfrei menschlichen Wesen heranreifen. Und sollten wir es für sinnvoll erachten, genügend Forscher damit zu beschäftigen, befruchtete menschliche Eizellen auf geeigneten noch zu erfindenden Nährböden

anzuzüchten, so wird es nicht lange dauern, bis der erste Mensch ohne Mithilfe eines Uterus „geboren“ wird.

Demnach besteht menschliches Leben bereits in der genetischen Information des haploiden Chromosomensatzes. Noch 60 Stunden nach Befruchtung ist jede einzelne Zelle des neuen Organismus „omnipotent“, in der Lage, ein menschliches Individuum zu bilden. Aber kein Mensch kann allen seiner vielen Millionen Ei- oder Samenzellen die Entwicklungsmöglichkeit zum Menschen bieten. Die Auswahl oder Abwahl trifft nicht nur der, der eine Schwangerschaft abbricht, sondern schon der, der, um es nicht dazu kommen zu lassen, den Geschlechtsverkehr meidet. Der Jesuitenpater, der sich im Zölibat jeden Geschlechtsverkehr versagen muß, läßt seine genetische Information ebenso zugrundegehen wie eine Hure, die abtreibt, und ist nicht weniger schuldig. Und kein anderes Mitglied der Gesellschaft kann in diesem Stadium einspringen, um diese Information vor der Löschung zu bewahren. Denn überlebensfähig ist diese Information, das Programm eines neuen Menschen erst dann, wenn es im Uterus auf ein absolutes Minimum von etwa 800 herangewachsen ist. Vorher ist jeder Außenstehende machtlos und sollte sich auch nicht durch Gesetze die Macht anmaßen. Und wem daran gelegen ist, daß möglichst viel menschliches Leben in unserer Gesellschaft Entwicklungsmöglichkeit erhält, muß ein Klima schaffen, in dem vom Jesuitenpater bis zur Hure alle ihre Kinder menschenwürdig aufwachsen lassen können.

P.S.: Im Deutschen Ärzteblatt vom 30. 3. 1984 war zu lesen, daß der Mensch im Sinne des § 217 StGB bei seiner Geburt zu existieren beginnt. Ein Jurist hat die Frage erörtert, was genau darunter zu verstehen sei, nämlich der Beginn des normalen Geburtsvorganges mit den Eröffnungswehen und nicht erst mit den Preßwehen. Damit ist alles geklärt?

RALE CÜPPERS
Kiel

Gegen „Selbstbeteiligung“

Gegen die von Ärzteverbänden und Arbeitgebern geforderte Einführung bzw. Erhöhung der sogenannten „Selbstbeteiligung“ der Sozialversicherten an den Kosten für ärztliche Behandlung sprachen sich am 19. Mai auf einer Diskussionsveranstaltung der Vereinigung Demokratische Zahnmedizin (VDZM) in Frankfurt Vertreter der Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokraten im Gesundheitswesen (ASG), des Bundesverbandes der Ortskrankenkassen (BdO), des Deutschen Arbeitskreises Zahnheilkunde (DAZ) und der VDZM aus. In einer Erklärung heißt es, die „Selbstbeteiligung“ sei der Versuch, den „Verteilungskampf um den knapper werdenden Honorarkuchen auf dem Rücken der Patienten auszutragen.“

Auf der Mitgliederversammlung der VDZM am gleichen Wochenende wurde der Zahnarzt Gunter Richter aus Nidda zum neuen Vorsitzenden der Organisation gewählt.

Gesundheit und Verbraucher

Zahlreiche gesundheitliche Aspekte kamen bei einem Hearing der grünen Bundestagsfraktion zum Thema Verbraucherpolitik am 19./20. Mai in Bonn zur Sprache. Zu dem Treffen waren Vertreter von traditionellen und „alternativen“ Verbraucherschutzorganisationen aus dem ganzen Bundesgebiet erschienen.

Zu den Schwerpunkten des Hearings, die eigens in Arbeitsgruppen diskutiert wurden, zählte neben den Komplexen „Ernährung“, „Neue Medien“, „Chemie im Haushalt“ auch das Thema Gesundheit. Unter der Leitung von dg-Redakteur Peter Walger entwickelte die Arbeitsgruppe Forderungen zur Umkehr der Beweislast bei der Gesundheitsgefährdung durch neue Stoffe (Unbedenklichkeitsnachweise) und zur Verbesserung gesundheitlicher Bedingungen am Arbeitsplatz. Unter anderem wurde die Forderung nach der 35-Stunden-Woche erhoben. Angeregt wurde außerdem die Einrichtung einer Informationsbörse, die Initiativen und Betroffenen die Anschriften umweltbewußter Ärzte und Wissenschaftler vermitteln könnte.

Sonderheft zur Familienplanung

Zur Praxis der Familienplanungsarbeit, ihrer Organisation und ih-

rer Finanzierung, aber auch über die damit verbundenen politischen, ideologischen und ethischen Probleme ist ein erheblich erweitertes Sonderheft der Verbandszeitschrift „Pro familia magazin — Sexualpädagogik und Familienplanung“ erschienen. Einen besonderen Schwerpunkt innerhalb des Hefts bildet der internationale Aspekt des Themas.

Einzel Exemplare können kostenlos bezogen werden; bei mehr als fünf Exemplaren Sonderpreis auf Anfrage: Gerd J. Holtzmeyer Verlag, Weizenbleek 77, 3300 Braunschweig.

Giffransport: falsche Frachtpapiere

Zwei Tonnen der hochgiftigen Chemikalie Perfluorbutansulfonylfluorid gelangten bei einem Verkehrsunfall im Dalaaser Tunnel in Vorarlberg/Österreich in die Umwelt. Die Frachtpapiere eines umgekippten LKW, der außer der Chemikalie 23 Tonnen Stahlrohre geladen hatte, wiesen fälschlich einen ungefährlichen Stoff aus. Erst Stunden nach dem Unfall konnte das Gift, das Atemwegslähmungen und Verätzungen hervorruft, in Telefonaten mit dem Empfänger des Frachtguts, der Firma Bayer, identifiziert werden. Hinweise auf die Gefährlichkeit hatten erste Analysen der Feuerwehr am Unfallort ergeben.

Die österreichischen Behörden haben eine Klage gegen die Firma Bayer angekündigt.

Krankenpflege zur Nazizeit

Unter dem Titel „Geschichte der Krankenpflege — Versuch einer kritischen Aufarbeitung“ ist beim Gesundheitsladen Berlin eine 100 Seiten umfassende Broschüre erschienen, die sich hauptsächlich mit der Beteiligung von Krankenschwestern und Krankenpflegern an den Massenvernichtungen der Nazis befaßt. In erster Linie sind



Dokumente aus Prozeßakten wiedergegeben. Ein Interview mit einer Zeitzeugin, eine Zeittafel und eine Bibliographie bieten sich als Material für weitere Arbeit an. Zu beziehen über: AK Krankenpflege beim Gesundheitsladen Berlin, Gneisenaustraße 2, 1000 Berlin 61.

„Arbeiterprojekt Chile“

Mit Spenden, vor allem aus dem Ausland, soll die Einrichtung einer Poliklinik in der Stadt Santiago de Chile finanziert werden. Seit 1973 haben Arbeitslose und deren An-



gehörige keinen Anspruch mehr auf eine kostenlose medizinische Versorgung. Bisher wurde versucht, das Problem, das vor allem auch Gewerkschafter betraf, die von den Obristen gefoltert wurden, auf der Basis persönlicher und politischer Solidarität zu lösen.

Geplant ist in der Klinik eine Versorgung in den Bereichen Allgemeinmedizin, Kinderheilkunde, Chirurgie und Psychiatrie. dg wird in einer der nächsten Ausgaben ausführlich über das Projekt berichten.

Spenden unter dem Stichwort „Arbeiterprojekt Chile“ auf das Konto 41 200 851 00 (Luis E. Tobar) bei der Dresdner Bank Hamburg (BLZ 200 800 00)

AK „Kunstfehler in der Geburtshilfe“

Zu seiner 4. Bundestagung kam am 12. und 13. Mai der Arbeitskreis „Kunstfehler in der Geburtshilfe“ in Dortmund zusammen. Vor ca. 100 Zuhörern setzten sich die Teilnehmer einer Podiumsdiskussion vor allem für eine Stärkung der Position der Hebamme im Kreißsaal ein.

Der Vorsitzende der Organisation, Pejo Boeck, legte detailliert die „kriminologischen“ und juristischen Möglichkeiten dar, „Kunstfehlern“ auf die Spur zu kommen.

Seit der Gründung im November 1982 hat sich die Zahl der Mitglieder um das Siebenfache auf 350 erhöht. Mittlerweile wurde eine Geschäftsstelle eingerichtet und eine Diplom-Sozialpädagogin eingestellt.

AKG, Hamburger Straße 50, 4600 Dortmund 1, Tel. (0231) 52 58 72. Öffnungszeiten: montags und donnerstags 10 bis 20 Uhr, dienstags, mittwochs und freitags 10 bis 15 Uhr.

Hebammen: 200 Mark pro Geburt

200 Mark statt, wie zunächst vorgesehen, 181 Mark werden die Hebammen in Zukunft pauschal für jede von ihnen geleitete Geburt erhalten. Mit dieser Änderung stimmte jetzt der Bundesrat einer Verordnung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales zu, nach der den Hebammen künftig die Besuche bei Mutter und Kind einzeln vergütet werden sollen. Bisher war eine Pauschale von 261 Mark gezahlt worden, die alle Besuche mit einschloß.

Der Entwurf des Arbeitsministeriums hatte bei den Hebammen heftige Proteste ausgelöst. Die jetzige Regelung entspricht der Forderung des Bundes Deutscher Hebammen (BDH), die allerdings verbandsintern auf heftige Kritik gestoßen war.

Kammerwahlen in Hessen

Die ersten Löcher in die Festungsmauer ihrer Ständesvertretung haben oppositionelle Ärzte in Hessen schon vor acht Jahren geschlagen. Der dritte Anlauf ist in vollem Gange.

Zwischen dem 18. und dem 28. Juni haben Hessens 18 000 Ärzte Gelegenheit, brieflich die 80 Delegierten ihrer Kammer zu wählen. Mit Spannung wird vor allem das Ergebnis für die Liste Demokratischer Ärzte erwartet, die 1976 erstmals mit acht Vertretern in die Kammer einzog und

ihre Fraktion 1980 auf zehn vergrößerte.

Obwohl die Delegierten der Liste sechs (Demokratische Ärzte) von den Vertretern der traditionellen Ständesorganisation konsequent geschnitten und sogar aus der Delegation der Hessen für die Bundesärztekammer herausgehalten werden, können die Oppositionellen nach weiteren vier Jahren Kammervertretung mit einigen Erfolgen vor ihre Wählerschaft treten. So wurde durch Intervention beim hessischen Landtag ein Passus in der Berufsordnung verhindert, der auch das außerberufliche Verhalten der Ärzte reglementieren sollte. Auf Anregung der Liste demokratischer Ärzte stellte Hessens Ärztekammer auch als erste in der Bundesrepublik mehrheitlich fest, daß Hilfe im Atomkrieg nicht möglich sei.

Die erste Wahl zu einer Ärztekammer nach der „Wende“ steht auch unter dem Zeichen zweier Skandale, die die linken Ärzte aufdeckten. Präsidiumsmitglied Furch, Chef einer Frauenklinik und Mitglied der rechtsradikalen „Europäischen Ärzteaktion“, hatte die Namen zweier hessischer Ärzte, die Schwangerschaftsabbrüche vornehmen, zusammen mit der Zahl der bei ihnen registrierten Abtreibungen an die CDU weitergegeben.

Aufsehen erregten auch die Zustände in einem Seniorenwohnheim, das dem Versorgungswerk der hessischen Kammer gehört. Zwölf der 46 Mitarbeiter des Heims wurden unlängst fristlos gekündigt. Sie gaben zu Protokoll, im Haus habe eine Atmosphäre der Angst geherrscht, und wiesen mit ärztlichem Attest nach, daß sie sogar geschlagen

worden seien. Als Direktor des Kammer-Wohnheims, das nur zu 40 Prozent — mit ausgewählten Personen — belegt ist, amtiert der Sohn des Geschäftsführers der hessischen Ärztekammer.

Für die kommende vierjährige Legislaturperiode haben sich die „Demokratischen Ärzte“ vor allem den Kampf gegen den Sozialabbau vorgenommen, in Hessen sollen 4000 Betten gestrichen werden. — Zu den Forderungen der Liste sechs zählt auch die 35-Stunden-Woche als Therapie gegen Arbeitslosigkeit im Krankenhaus.

Winfried Beck, niedergelassener Orthopäde aus Offenbach und Nr. 1 der Liste Demokratischer Ärzte: „Wir rechnen mit einem Sitz mehr.“

Nach der Wahl wollen die 118 Kandidaten nicht einfach wieder auseinandergehen, sondern sich eine Organisationsform suchen, um ihre Arbeit verbindlicher zu machen.

NTL

Unterrichtsschwestern protestieren

Scharfe Kritik an der Ausbildungssituation in der Krankenpflege wurde auf der Bundestagung der Arbeitsgemeinschaft der Unterrichtsschwestern und Unterrichtspfleger in Dortmund laut. Bemängelt wurde insbesondere die Qualität der Unterweisung auf der Station, die oft von Zufällen abhängt und für die im Arbeitsplan der Stationen keine Kapazitäten frei sei-

en. Pflegeschüler würden oft zu Tätigkeiten herangezogen, die ihrem Kenntnisstand nicht entsprächen.

Der Geschäftsführer des Verbandes, Holger Liebsch, kritisierte darüber hinaus, daß in den Plänen des Gesetzgebers kein Schlüssel für die Zahl der Lehrkräfte vorgegeben sei. Im Jahre 1980 standen 80 000 Schülern nur 4380 Unterrichtskräfte gegenüber.

Eine international besetzte Podiumsdiskussion machte deutlich, daß die Ausbildungsqualität in der BRD deutlich hinter der anderer Länder zurückbleibt.

Grüne: Brief an Vilmar

„Erstaunen und Befremden“ hat die Bundestags-Nachrückerin der Grünen, Marita Wagner, in einem Brief an die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Deutschen Ärztetags über die Ablehnung eines Antrags geäußert, nach dem suchterzeugende Medikamente nicht mehr als Probemuster an Arztpraxen abgegeben werden sollten. Die Grünen im Bundestag hätten mehr von diesem Ärztetag erwartet, der sich ein wichtiges Thema gewählt habe.

In scharfer Form setzte Marita Wagner sich mit dem Ordnungsverhalten der Ärzteschaft auseinander: „60 Millionen verordnete Psychopharmaka-Pakungen bezeugen die massenhafte und allzuoft kritiklose Verord-

nungswut.“ Mit der Ablehnung des Antrags auf Einschränkung der Ärztemuster werde der „hohe Stellenwert sichtbar, den Ärzte



Marita Wagner

der medikamentösen Therapie einräumen.“ Weiter heißt es in dem Brief: „Leider waren die meisten Delegierten nicht in der Lage, hier zumindest ein Zeichen zu setzen. Die Pharmavertreter werden sich sicherlich bei ihrem nächsten Arztbesuch dafür erkenntlich zeigen.“

Und es kommt doch von der Luft

Farthmann legt Studie zu Pseudo-Krupp vor

Mit spontanem Applaus reagierten Vertreter von 18 nordrhein-westfälischen Pseudo-Krupp-Initiativen auf die Ergebnisse einer Studie, die der Chef der Essener Kinderklinik, Professor Harald Haupt, im Beisein des nordrhein-westfälischen Gesundheitsministers Professor Friedhelm Farthmann am 17. Mai in Düsseldorf den versammelten Eltern vorstellte.

Haupt wies nach, daß die Anfallshäufigkeit bei Kindern, die wegen Pseudo-Krupp in Kliniken eingewiesen wurden, an Tagen mit hoher Schwefeldioxid-Belastung der Luft doppelt so hoch liegt wie an anderen Tagen. Unterhalb eines Wertes von 300 Mikrogramm pro Kubikmeter Abluft lag die Anfallshäufigkeit bei 2,9 Prozent, oberhalb dieses Werts bei 4,9 Prozent. Ein entsprechender Zusammenhang wurde für die Belastung mit Staub nachgewiesen. Bei einer Belastung von weniger als 400 Mikrogramm litten 6 Prozent der Kinder unter Anfällen, bei einem höheren Wert waren es 12,6 Prozent.

Bei diesen Werten handelt es sich um den ersten Teil einer Studie, die Farthmann im Anschluß an aufsehenserregende Veröffentlichungen zum Zusammenhang von Pseudo-Krupp und Luftverschmutzung in Auftrag gege-

ben hatte. Die Ergebnisse von entsprechenden Beobachtungen bei niedergelassenen Kinderärzten und bei Eltern stehen noch aus.

Der Applaus der Vertreter der Initiativen galt vor allem der Tatsache, daß damit zum ersten Mal

gegolten. Erste Hinweise über Zusammenhänge zur Belastung der Luft mit Staub und Schwefeldioxid hatte der Essener Kinderarzt Dr. Berthold Mersmann gegeben, der in seiner Praxis ein merkwürdiges Ansteigen der Pseudo-Krupp-Anfälle zum Wochenende hin beobachtet hatte. Mersmann fand heraus, daß zu den besagten Zeiten die Meßstationen für die Luftbelastung außer Betrieb gesetzt wurden. Weitere Nachforschungen wurden dem Kinderarzt aber durch die Verweigerung von Meßergebnissen erschwert.

Noch nach einer Veröffentlichung des „Spiegel“ im Januar hatten die Chefs aller nordrhein-westfälischen Kinderkliniken, die

einer Beunruhigung in der Bevölkerung Kenntnis erlangt und wollte der Sache wissenschaftlich nachgehen.“ Nach eigenem Bekunden habe der Minister sich dann sehr gewundert, daß sich auf seine Anfrage bei der Essener Pseudo-Krupp-Initiative Elterngruppen aus 18 Städten meldeten. Je zwei Vertreter wurden dann nach Düsseldorf eingeladen.

Unter den anwesenden Eltern befand sich eine Frau, der ihr einjähriges Kind während eines Pseudo-Krupp-Anfalls im Arm gestorben war. Die Obduktion des Kindes hatte keinen Anhalt für eine Virusinfektion ergeben.

Trotz der Genugtuung über die Ergebnisse der Studie mochte sich im Sitzungssaal 38 des Düsseldorfer Gesundheitsministeriums keine entspannte Atmosphäre einstellen. Alle Angriffe auf seine Umweltpolitik wies Minister Farthmann aggressiv zurück. Mit seiner Ankündigung, einen Vorstoß in der Konferenz der Umweltminister zu wagen, gaben sich die meisten Eltern nicht zufrieden. Obwohl Farthmann versicherte, allen Beschwerden von Eltern nachgehen zu wollen — in Troisdorf bei Bonn war das grüne Umwelttelefon nicht besetzt, beim Kölner Gewerbeaufsichtsamt niemand zu erreichen — legte sich die gereizte Stimmung nicht. Kritiker wurden von Farthmann derb zurechtgewiesen. Ein Vater: „Er hat sich aufgeführt wie ein Feldweibel.“

Elternvertreter werteten das Treffen dennoch positiv, da der von ihnen behauptete Zusammenhang von Pseudo-Krupp und Luftverschmutzung nun endgültig nicht mehr zu leugnen sei.

Vor den Vertretern der Pseudo-Krupp-Initiativen stellt Farthmann die neue Studie von Professor Haupt vor: Pseudo-Krupp-Anfälle nehmen zu, wenn die Luftverschmutzung steigt!



von offizieller Seite ein Zusammenhang von Pseudo-Krupp und Luftverschmutzung zugegeben wurde. Bisher hatte Pseudo-Krupp als reine Viruserkrankung

von Farthmann zusammengefaßt worden waren, jeden Zusammenhang von Pseudo-Krupp und Luftverschmutzung abgestritten. Farthmann jetzt: „Ich habe von

Rechte statt Blumen

Frauenprotest in Bonn

Acht- bis zehntausend Frauen aus dem ganzen Bundesgebiet folgten am 12. Mai einem Aufruf zur „Aktion Muttertag“ nach Bonn. Unter dem Motto „Nicht nur Blumen — Rechte fordern wir“ hatten zahlreiche Organisationen, unter ihnen die „Arbeitsgemeinschaft sozialdemokratischer Frauen“ (AsF), Grüne, evangelische Frauengruppen, autonome Frauengruppen, Demokratische Fraueninitiative (DFI), Friedensgruppen, die DFG-VK, Arbeiterwohlfahrt, Pro Familie, Demokratische Sozialisten, mehrere Ausländergruppen, Frauen der „Grauen Panther“, zu einem Marsch von der Bonner Nordbrücke zu einer Kundgebung im Hofgarten aufgerufen. Die Schwerpunkte des Protests fanden sowohl auf den Transpa-

renten als auch in den Kundgebungsreden ihren Ausdruck: Protest und Verweigerungsauftritt zur Einbeziehung von Frauen in die Bundeswehr, Aushöhlung des Paragraphen 218 durch Streichung der Notlagenindikation, Protest gegen die Bundesstiftung „Mutter und Kind“ und die Forderung nach der 35-Stunden-Woche anstelle „flexibler Arbeitszeiten“.

Foto: Tauchert



Bonn erlebte eine ungewöhnliche bunte und laute Demonstration. Die Demonstrantinnen verschafften sich sowohl mit Sprechhören als auch mit Rasseln, Kochtöpfen, Hupen und Sirenen Gehör.

Demnächst soll über eine weitere bundesweite Protestaktion der Frauenbewegung im Winter entschieden werden.

Aufschwung für die Pharmariesen

Mit einem deutlichen Plus schlossen nahezu alle Pharmakonzerne ihre Jahresbilanz für 1983 ab. Die Umsätze stiegen in der Regel um 6 bis 8 Prozent; noch günstiger lagen die Dividenden.

Während die Arzneimittelpreise im Jahr 1983 gemessen an der Gesamtentwicklung des Preisniveaus deutlich überdurchschnittlich um 5,8 Prozent stiegen, sank die Anzahl der Rezepte im Jahr der Einführung der sogenannten „Negativliste“ (keine Kassenerstattung bei Bagatelilverordnungen) um 10 Prozent. Entsprechend erklärt sich die Steigerung dadurch, daß immer größere Packungen und teurere Medikamente verschrieben wurden.

Die Entwicklung im einzelnen: Sandoz AG: Umsatzplus von 8 Prozent, davon ein Drittel durch Preiserhöhungen. Gewinnsteigerung um 17 Prozent.

Hoechst AG: Umsatzplus von 6 Prozent. Jahresüberschuß im ersten Quartal 1984 15 Prozent gegenüber dem Vergleichsquartal 1983. Inlandsinvestitionen rück-

läufig, aber Dividenden-Explosion: plus 27 Prozent.

Degussa: Umsatzplus (Gesamtkonzern): 25 Prozent; Pharmasparte: 6 Prozent. Investitionssteigerung um 14 Prozent. Die Hälfte der Summe fließt in Rationalisierungsprojekte.

BASF: Gewinnexplosion: Plus von über 60 Prozent, damit wieder vor Hoechst und Bayer. Rückgang der Investitionen um 18 Prozent. Stellen werden um 1740 reduziert.

Cyanamid GmbH: Umsatzplus von 8 Prozent, zu 60 Prozent aus der Pharmasparte (Lederle-Arzneimittel). Gewinne der Muttergesellschaft um 26 Prozent gestiegen. Keine Änderungen beim Personalbestand.

Pharma Schwarz: Umsatzplus von 12 Prozent, 245 Neueinstellungen, davon 76 in der BRD. Boehringer Mannheim: Dividendensteigerung um 15 Prozent. Merck: Gewinnsteigerung um 30 Prozent.

Eli Lilly: Umsatzplus von 7 Prozent, Rendite plus 11 Prozent.

Kleinanzeigen

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

Arzt/in (evtl. Kinder-, Frauen-) für Partnerschaftsmodell in ländlicher Gegend bei Hildesheim gesucht.
Knud Staar, Wiesenstr. 4, 3205 Bockenem, Tel. (05067) 1006, 2200

Suche Leute, die Erfahrungen mit alkoholgeschädigten Kindern haben — bin Pflegemutter eines solchen Kindes.
Helga Thater, Talstraße 46, 4330 Mülheim/Ruhr.

Projektgruppe für berufsübergreifende Gruppenpraxis, z. Z. Dipl.-Psychologin, Dipl.-Ökotrophologin, Allgemeinarzt, Zahnarzt, sucht **Ärztin mit gyn. Erfahrung und Arzt/Ärztin mit Zusatztitel Psychotherapie.** Präventivmed. und naturheilkundliche Orientierung. Beginn 1985, Raum Köln/Bonn/Aachen, Brigitte, 02 28/25 52 14 o. Pitt 02 28/66 98 83.

Welcher als KDVler anerkannte **Arzt** hat Interesse, den **Zivildienst** an einem psychiatrischen Krankenhaus im Raum Hannover abzuleisten? ZDL-Stelle als Arzt frei ab 1.7. '84, Tel. 05 11/85 36 18 ab 19.00 Uhr (Reinhold).

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!

**30. August — 2. September
Hückeswagen**

Symposium der Deutschen Gesellschaft für therapeutisches Puppenspiel

Kontakt: Katharina Sommer, Parcusstr. 13, 6100 Darmstadt

**15. — 17. Juni
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. (02 11) 35 45 91.

**22. — 24. Juni
Mannheim**

18. Deutscher Kongreß für Allgemeinmedizin und Familienmedizin

Kontakt: Fa. Zietemann GmbH, Obere Gasse 6, 7500 Karlsruhe

**25. Juni
Dortmund**

Veranstaltung: „Leistungs- und Kostentransparenz in der gesetzl. Krankenversicherung“

Rusche, KV Westfalen-Lippe; Nadolny, LdO Westfalen-Lippe
Ort: Gaststättenbetriebe der Westfalenhalle, Konferenzraum 1 (19.30)

**6. — 8. September
Mannheim**

2. Internationaler Op.-Kongreß für Krankenpflege im Operationsdienst

Kontakt: H.-J. Peters, Fachgruppe Op.-Dienst im DBfK, Krankenhaus Wesel, Schermbecker Landstraße 88, 4230 Wesel, Tel. (281) 10 63 99.

**20./21. September
Osnabrück**

20. Wissenschaftliche Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin

Themen: Sozialmedizin, Sozialrecht, Gesundheitsökonomie
Kontakt: Tel. (05 41) 2 23 18

**3. — 7. September
Marl**

Seminar: Patientenzentrierte Pflege — Umgang mit Kranken, Schwerkranken und Sterbenden

Kontakt: AK, Lucy-Romberg-Haus, Wiesenstr. 55, 4370 Marl/Westfalen.

35-Stunden-Woche in der ÖTV

„Wieder kämpfen lernen!“

Norbert Andersch hat an seiner Gewerkschaft einiges zu kritisieren. Er schrieb auf, was nach seiner Ansicht hätte besser laufen können — und was noch laufen kann.

Erst in wenigen Tagen geht der 10. Gewerkschaftstag der ÖTV über die Bühne. Aber schon heute steht fest: die Mehrheit der Mitglieder steht fest hinter der Forderung nach der 35-Stunden-Woche.

Bei der jahrelangen Stillhaltetaktik der ÖTV ist dies ein erstaunliches Ergebnis. Es ist eine Ermutung für die Gewerkschaftsmitglieder, die in zähen und endlosen Diskussionen ihre Kollegen von der Richtigkeit ihrer Forderungen nach wöchentlicher Arbeitszeitverkürzung überzeugt haben.

Die Bilanz der letzten fünf Jahre nämlich war für die ÖTV alles andere als erfolgreich: Reallohnabbau, Sozialdemontage, Massenentlassungen, Privatisierungen in großem Stil und beispiellose Rationalisierungskampagnen; dies alles lief ab ohne die entschiedene Gegenwehr der großen Massenorganisation im öffentlichen Dienst.

Die eigene Kampfkraft blieb ungenutzt. Und weniger die Niederlagen als der Mangel an Kampferfahrung schlug sich zuletzt negativ nieder. Mutlosigkeit und Resignation hatten sich in den ÖTV-Reihen breit gemacht, Verzweiflung und Zerstrittenheit waren an die Stelle gewerkschaftlicher Geschlossenheit getreten. Die letzten Tarifabschlüsse als Ergebnis konspirativer Ver-

handlungen an geheimgehaltenem Ort hatten auch das Vertrauen in die Gewerkschaftsführung untergraben. Zu der Minderung der Mitgliederzahl durch Arbeitslosigkeit kamen nicht wenige Austritte enttäuschter Kollegen.

All das hatte in den letzten Monaten zum Teil zu massiver Kritik auch innerhalb der ÖTV geführt:

- So erklärte der ÖTV-Bezirk Nordrhein-Westfalen II: „Die Tarifpolitik der letzten Jahre, beispielhaft verdeutlicht in der Tarifrunde 83, ist in mehrfacher Hinsicht gescheitert. Eine wesentliche sozialpartnerschaftlich ausgerichtete Tarifpolitik, die die von Regierungen und Arbeitgebern verordnete Rotstiftpolitik grundsätzlich akzeptiert und sich allein an den immer enger werdenden Verhandlungsspielräumen orientiert, kann . . . keine Erfolge erzielen. Sie hat im Gegenteil zu einer Schwächung der Verhandlungsposition der ÖTV in den Tarifaussinandersetzungen sowie zu einem Vertrauensschwund in der Mitgliedschaft geführt.“

- Auf der Bundesjugendkonferenz der ÖTV wurde offen von einem „Versagen der Tarifpolitik“ in den letzten Jahren gesprochen. Die Kampfkraft der Arbeiter und Angestellten innerhalb der Gewerkschaft sei ungenutzt geblieben: Dringend notwendig sei eine „offensive Vertretung eines wirtschaftlichen Alternativkonzepts“; längst überfällig die Schulung der Mitglieder in Bezug auf die Arbeitszeitverkürzung, um die schon verlorene Zeit in der bisherigen Diskussion wieder aufzufangen.

Doch vor das aktive Handeln hatte die ÖTV diesmal, anders als in den letzten Jahren, eine umfangreiche Diskussion gesetzt. „Mitdenken, mitreden, Arbeitszeit verkürzen“ nannte die Gewerkschaftsführung die reichlich spät eröffnete Generaldebatte innerhalb der eigenen Mitgliedschaft. Es bleibt nachzufragen, warum die Arbeitszeitdiskussion in der ÖTV bislang so stiefmütterlich behandelt worden war. Ungeklärt bleibt auch, warum die Kündigung der Arbeitszeitbestimmungen in diesem Jahr erneut so spät erfolgte, daß ein gemeinsames Vorgehen mit der IG Metall und der Drukker-Gewerkschaft nicht mehr möglich wurde. Eigentlich sollte die Erkenntnis, daß gemeinsames Vorgehen stärker macht, doch zum gewerkschaftlichen Allgemeinut gehören.

„Generaldebatte reichlich spät“

Zweifellos war die Arbeitszeit-Diskussion in der ÖTV mehr als notwendig. Sie hat viele Defizite aufgearbeitet. Sie hat aber auch viele Defizite erst so richtig offengelegt.

So erklärte Hans Kaifer von den Westfälischen Elektrizitätswerken auf der Arbeitszeitkonferenz: „Es besteht eine erschreckende Unkenntnis über die Ziele und Anwendungsmöglichkeiten der Arbeitszeitverkürzung. Dies ist sicherlich auch die Folge einer relativ späten Vorbereitung, in der Organisation Diskussionsergebnisse der Mitglieder- und Betriebsversammlungen sind, daß Arbeitnehmer überwiegend die Argumente der Arbeitgeberseite vertreten.“



Die Arbeitszeitkonferenz der ÖTV hat in diesem Diskussionsprozeß eine wichtige Orientierung gesetzt. Sie hat klar gezeigt, daß es in der ÖTV-Mitgliedschaft eine Mehrheit für die 35-Stunden-Woche gibt. Die Konferenz war aber weniger ein „Signal der Verbundenheit mit der IG Metall und der Drucker-Gewerkschaft“ wie Monika Wulf-Matthies als Vorsitzende die reichlich späte Terminierung dieser Arbeitstagung verstanden haben wollte.

Sie war vielmehr ein erster Schlußpunkt unter eine manchmal auch lähmende und ermüdende Auseinandersetzung, zu einem Zeitpunkt, wo so mancher ÖTV-ler und auch die streikenden Kollegen schon die Kraft der Organisation und das Gefühl von Geschlossenheit und Solidarität gebraucht hätten.

„Eher Rechen- als Kampfaufgabe?“

Unbeschadet jeden demokratischen Diskussionsstiles hätte auch schon früher ein klares Wort der Gewerkschaftsführung und eine richtungswisende Orientierung manche Verwirrung und Unsicherheit in der Mitgliedschaft verhindern können. Es bleibt nicht recht verständlich, warum angesichts eines geschlossenen Unternehmerlagers ein differenziertes Auszählen aller Schwachpunkte, Widersprüchlichkeiten und kontroversen Meinungen in der ÖTV so dringend notwendig war. Die Buchhaltermentalität, mit der manche ÖTV-Sekretäre vor der Arbeitszeitkonferenz durch ihre Reihen zitiert, ließ glauben, daß es sich beim Kampf um die 35-Stunden-Woche eher um eine Rechen- denn um eine Kampfaufgabe hande-

le. Das Ergebnis solcher Zählversuche deutete dann auch praktisch nie einen kämpferischen Weg in die Zukunft, es konfrontierte einen eher schmerzlich mit den eigenen Fehlern der letzten Jahre.

Gerald Kempfski, Betriebsratsvorsitzender in einem Hamburger Transportunternehmen sagt dazu: „Es ist noch gar nicht so lange her, da gab es im Hamburger Angestelltenausschuß der ÖTV eine eindeutige Mehrheit gegen die 35-Stunden-Woche. Inzwischen ist das genau umgekehrt. Wir haben Klarheit darüber gewonnen, daß diese Forderung der Einstieg in notwendige Veränderungen ist; daß auch die 35-Stunden-Woche nicht ausreicht, um all die Probleme, vor denen wir als Gewerkschafter stehen, zufriedenstellend zu lösen.“

Das wichtigste in diesem Prozeß war wohl die immer spürbarer werdende Einsicht, daß es um die Zukunft der Gewerkschaften geht. Die Einsicht in den politischen Charakter der Auseinandersetzung hat mehr und mehr Kollegen dazu gebracht, sich für die 35-Stunden-Woche auch aktiv einzusetzen, schon in Kürze wird zu sehen sein, daß unseren Einsichten Taten folgen werden.“

Der Blick auf die laufenden Auseinandersetzungen zeigt, daß auch diesmal jene Gewerkschaften entschlossen vorgehen, die über die meiste Kampferfahrung verfügen. Kampferfahrung heißt nicht, daß diese Organisationen nur erfolgreiche Auseinandersetzungen mit dem Unternehmerlager hinter sich hätten. So streikte die IG Metall im Winter 78/79 44 Tage lang. In dem mutigen Arbeitskampf um den Einstieg in die 35-Stunden-Woche stand sie allein auf weiter Flur. Die Forderung war damals schon so richtig wie heute, das Ziel wurde aber nicht erreicht.

Solche Erfahrungen fehlen den Kollegen der ÖTV. Niederlagen haben sie in den letzten Jahren auch eingesteckt — allerdings kampflose Niederlagen.

Jetzt sieht es so aus, als wolle man wieder das Kämpfen lernen. Kam die klare Orientierung in der ÖTV auch erst spät, so hat diese Verspätung doch einen heilsamen Vorteil: So mancher Kollege ist aufgewacht durch die Härte der Unternehmenseite, durch das üble Zusammenspiel von Bundesregierung, Arbeitgeber, Presse und Bundesanstalt für Arbeit.

„Mancher Kollege ist aufgewacht“

„Streikfragen sind keine Rechtsfragen, sondern Machtfragen“. Dieser Satz stammt von Heinz Kluncker, dem ehemaligen Vorsitzenden der ÖTV, und er sollte klarmachen, daß die ÖTV mehr als eine Tarifrunde verliert, wenn sie in dieser historischen Auseinandersetzung nicht klaren Kurs behält. Monika Wulf-Matthies hat, zumindest was die verbalen Beteuerungen angeht, an der Entschlossenheit der ÖTV keinen Zweifel aufkommen lassen. Auf einer Solidaritätsveranstaltung für die Metall- und Druck-Kollegen erklärte sie: „Die Unternehmer wollten ihren Streik, jetzt haben sie ihn.“ Es bleibt zu hoffen, daß den starken Worten auch in der eigenen Organisation die entsprechenden Taten folgen. ■



35 Stunden sind machbar, Herr Nachbar!

Sabine Schneiderhan, Kinderkrankenschwester aus Tübingen, hat sich mit den gängigen Gegenargumenten auseinandergesetzt.

Ein in den Kliniken häufig zu hörendes Argument ist: „Ich möchte erst mal 40 Stunden arbeiten ...“

Stimmt, in den Kliniken werden sehr viele Überstunden gemacht. Meiner Ansicht nach ist es aber mindestens genau so schlimm, daß die Überstunden von vielen Kolleginnen und Kollegen oft nicht vollständig aufgeschrieben werden, daß sie sich scheuen, alle Überstunden aufzuschreiben, oder es gar als Selbstverständlichkeit ansehen, unbezahlte Arbeit zu leisten. Erst, wenn das abgebaut ist und die Verwaltungen diese Fülle an Überstunden mal zu Gesicht bekommen, ist es für Personalrat und Gewerkschaft leichter, sich für mehr Personal einzusetzen. Wir werden auch nach Einführung der 35-Stunden-Woche weiterhin Überstunden machen müssen, doch es ist erwiesen, daß sich das Niveau der Überstunden an der tariflich zu leistenden Arbeitszeit orientiert. Im übrigen stammen die Anhaltswerte unseres Personalbedarfs noch aus dem Jahre 1969, obwohl sich in der Medizin so viel verändert hat: mehr Technisierung, höherer Patientendurchgang, umfassendere Behandlungsmöglichkeiten.

Ist unser Gesundheitswesen human, wenn wir unseren Patienten gegenüber ständig gestreßt und genervt sind auf Grund zu hoher Arbeitsbelastung? Ist es denn human, wenn wir uns keine Zeit mehr nehmen können, mit

den Patienten über ihre Probleme und Alltäglichen zu reden, sondern nur noch von Zimmer zu Zimmer hetzen, während Kolleginnen und Kollegen von uns auf der Straße sitzen und Schülerinnen und Schüler nach der Ausbildung nicht übernommen werden? Wäre es nicht viel humaner, mit mehr Personal ruhiger zu arbeiten? Gibt es nicht andere Möglichkeiten, die Krankenkassen zu entlasten?

Ich möchte hier nur mal einige Beispiele nennen:

1. Ausdehnung der ambulanten Gesundheitsversorgung
2. Das Abrechnungssystem der niedergelassenen Ärzte sollte so geändert werden, daß die Leistungen, die der Arzt für den Patienten abrechnet, transparent, somit kontrollierbar sind und von ihm quittiert werden. Denn wie viele Leistungen jährlich abgerechnet werden, die nicht erbracht wurden, läßt sich nur erahnen.
3. Bessere Kontrolle der Verschreibungswut vieler Ärzte (s. dg 4/84)
4. Harte Auflagen an die Pharmaindustrie, u. a. auch über die Verpackungsgröße der Medikamente, denn was täglich in Kliniken und Krankenhäusern an Medikamentenampullen weggeworfen werden muß, überschreitet jegliche Toleranzschwelle (bestimmte Medikamente, z. B. Eiweiße, sind, nachdem sie geöffnet wurden nicht mehr lange verwendbar. Wir in der Kinderklinik ziehen z. B. 2ml aus einer 50 ml Flasche, der Rest fliegt raus!)
5. Warum braucht man in Kliniken immer noch mehr Einmalmaterial und noch mehr einzeln Abgepacktes? Der Müllberg wird immer größer, die Umwelt immer mehr belastet, die Krankenkassen immer mehr geschöpft und zugleich die Stellen in der Sterilisation abgebaut, u.v.m.

Und solange unsere Regierung sich nicht scheut, Milliarden in eine atomare Hochrü-

stung zu stecken, werde ich mir nicht den Kopf zerbrechen über die Finanzierung einer humanen Gesundheitsversorgung!

Wenn man sich dann noch überlegt, daß die Beseitigung der Arbeitslosen den Krankenkassen Mehreinnahmen in Milliardenhöhe bringt, wird jedes weitere Gegenargument überflüssig. Zur Durchführung der 35-Stunden-Woche mit vollem Lohn- und Personalausgleich läßt sich kein Grundmodell aufstellen, da jede Klinik, jedes Krankenhaus andere Dienstzeiten hat. Wir haben uns in unserer Betriebsgruppe überlegt, daß es vernünftig wäre, nicht mehr zwölf Tage am Stück arbeiten zu müssen, sondern dazwischen mal einen freien Tag zu haben. Sicher wird diese Organisation am Anfang schwierig sein und Verwirrung bereiten, doch wenn wir uns zusammensetzen und nach einer Regelung suchen, die für uns am geeignetsten ist, wird sich auch diese Arbeitszeitregelung in absehbarer Zeit in den allgemeinen Krankenhausbetrieb eingliedern lassen.

Zum Schluß noch eins: Wir dürfen uns nicht irre machen lassen von solchen Katastrophenmedizinem wie Koslowski, Tübingen, der anläßlich eines Chirurgenkongresses in München bedauerte, daß Ärzte und Pflegepersonal im BAT allen Angestellten im öffentlichen Dienst gleichgestellt wurden, und gleichzeitig massiv Stellung gegen die Arbeitszeitverkürzung bezieht. „... Aber Krankheiten machen keinen Urlaub, sie kennen keine 40-Stunden-Woche, sie dulden keinen Aufschub.“ Und weiter: „Schlimm ist, daß heute in unseren Krankenhäusern und Kliniken die Arbeitszeitregelung mehr Gewicht hat, als die Rücksicht auf die Kranken.“

Lassen wir uns doch von solch üblem Geschwätz nicht einschüchtern, sondern setzen wir uns aktiv für die 35-Stunden-Woche mit vollem Lohn- und Personalausgleich in unseren Abteilungen, auf Station, in Betriebsgruppen und Personalversammlungen ein!

Ganz schön angeschmiert

Wie das ZDF zeigen wollte, daß es mit der 35-Stunden-Woche im Krankenhaus nicht klappt — und unfreiwillig das Gegenteil bewies

Freitag, 11 April: In Wiesbaden läuft noch die Arbeitszeitkonferenz der ÖTV, da flimmert in der ZDF-Nachrichtensendung um 21 Uhr ein Beitrag über die städtischen Kliniken Braunschweig aus der Kiste. Tenor: Die Einführung der 35-Stunden-Woche im Bereich der Städtischen Kliniken Braunschweig bringe dort zwar 300 neue Stellen, aber die Personalkosten stiegen dadurch um 15 Millionen Mark. Dies wiederum führe zu einer Pflege-satzerhöhung von 265 auf 300 Mark pro Tag. Das Ganze sei Ergebnis einer Studie der Stadtverwaltung Braunschweig. Schließlich müßten die Beitragssätze der Krankenkasse wieder erheblich ansteigen.

dg ging dieser Meldung nach, da Zahlen und Fakten zu den Folgen der Verkürzung der wöchentlichen Arbeitszeit im Krankenhaus relativ dünn gesät sind.

Bei einem ersten Gespräch mit dem Kreisgeschäftsführer der ÖTV Braunschweig am 12. April erfuhren wir, daß es sich bei der „Studie der Stadtverwaltung“ um eine „Anfrage der CDU-Ratsfraktion vom 17.11.1983“ handelte. Die Antwort der Stadtverwaltung lag zur Ratssitzung vom 25. Januar 1984 vor.

Die CDU-Ratsherren hatten wissen wollen, in welchen Bereichen die 35-Stunden-Woche

„zwingend zu Personalerweiterungen führt“ und „welche Auswirkungen das ggfs. insbesondere in kostenanrechnenden Einrichtungen, z. B. Klinikum,“ hat.

Die Stadtverwaltung errechnet in ihrer Antwort 294 neue Stellen bei Einführung der 35-Stunden-Woche allein im Klinikum Braunschweig bei bisher 2063 Beschäftigten. Da allerdings dem Personal der Kliniken schon eine tägliche Frühstückspause von zehn Minuten plus Wegezeit zugestanden worden sei, betrage die effektive Wochenarbeitszeit schon jetzt nur 38,75 Stunden. Da diese Pausenregelung in Zukunft bei 35 Stunden nicht

mehr zugestanden werden dürfe, liegt die Zahl zusätzlicher Stellen bei 221 Stellen. So weit lag das ZDF also mit seiner Meldung noch ungefähr richtig. dg

Weiterhin geht die Stadtverwaltung in ihrer Antwort von durchschnittlichen Personalkosten je Stelle von 50 000 pro Jahr aus — ob das der Realität in den Krankenhäusern entspricht, soll hier nicht weiter untersucht werden — allerdings ist dieser Betrag sicher zu hoch angesetzt, denn die Bundesregierung rechnet zum Beispiel in ihrem Gesetzentwurf zur Novellierung der Bundesärzteordnung eine BAT II-Stelle pro Jahr mit 50.000 Mark. Die meisten Stellen im Krankenhaus liegen aber unter diesem Betrag.

Die Personalkosten pro Jahr gibt die Braunschweiger Stadtverwaltung jedoch nicht mit 15, sondern 11 Millionen Mark an. Der Pflegesatz steigt damit von 268,89 (ZDF 265 Mark) um 23,16 auf 292,05 (ZDF 300 Mark).

Kollege Kanne von der ÖTV korrigiert gegenüber dg auch diese Zahl: die Steigerung des Pflegesatzes liege wahrscheinlich nur bei 15 Mark pro Tag.

Und die Auswirkungen auf die Beitragssätze der Krankenkassen?



Kanne: „Ich bin selbst Versichertenvertreter in der Betriebskrankenkasse der Stadt Braunschweig. Bei uns würde sich eine solche Pflegesatzerhöhung bestenfalls an der zweiten Stelle hinter dem Komma bemerkbar machen. Bei der augenblicklichen Kassennlage der Krankenkassen ist die 35-Stunden-Woche kein finanzielles Problem. Es werden doch derzeit ständig die Beiträge gesenkt.“

Lutz Pütz, Personalratsvorsitzender der Städtischen Kliniken, meint dg, mit dieser Anfrage hätten sich CDU und Stadtverwaltung lediglich produzieren wollen, Chefärzte und Klinikverwaltung hätten sich gegenüber dem ZDF gegen die 35-Stunden-Woche profilieren können. Und die Beschäftigten? Bei ihnen sei das kein Diskussionsthema. „Wir schaffen die Arbeit schon jetzt nicht mehr“, das ist nach der Erfahrung des Personalrates Jochen Pütz die allgemeine Stimmung.

Was bleibt von der ZDF-Meldung vom April? Unfreiwillig bestätigt sie: die 35-Stunden-Woche schafft viele neue Stellen. Folgt man dem Braunschweiger Berechnungsmodell, dann könnten im Krankenhauswesen un-

Urlaubsgeld an St. Peter

Tricks mit der 35-Stunden-Woche an einem katholischen Krankenhaus

Wir bitten Sie, damit einverstanden zu sein, daß Ihre Dienstzeit von bisher 40 Stunden auf 35 Stunden in der Woche herabgesetzt wird.“

Diese Bitte flatterte am 22. März den Beschäftigten des St. Nikolaus-Hospitals in Rheinberg am linken Niederrhein ins Haus. Absender war keineswegs die Gewerkschaft ÖTV, sondern der vom Generalvikariat in Münster eingesetzte Verwaltungsdirektor Küppers.

„In Übereinstimmung mit der Mitarbeitervertretung möchten wir möglichst keine Kündigung aussprechen, sondern u.a. durch Kürzung der Arbeitsstunden bei Mit-

nicht vernichtet Arbeitsplätze“ überschrieben sie ihr Flugblatt mit der Einladung zu einer Protestveranstaltung. Zu dieser Veranstaltung erschienen die Vertreter des Krankenhausträgers nicht.

Die Auseinandersetzungen um das Rheinberger Krankenhaus dauern schon geraume Zeit. Bei schlechter Belegung und recht langer Verweildauer möchte nicht nur das Generalvikariat in Münster, sondern auch Arbeitsminister Farthmann das Krankenhaus am liebsten schließen. Die Beschäftigten des Krankenhauses und die ÖTV befürchten den Verlust von 130 Arbeitsplätzen; von 17 394 gemeldeten Arbeitslosen im Kreis Wesel kommen, so die ÖTV, jetzt schon 500 aus dem Bereich Gesundheitswesen.

Schon im Mai 1983 mußte die ÖTV die Beschäftigten des Krankenhauses darauf hinweisen, daß sie den Vorschlag der Krankenhausleitung ablehnen sollten, „auf das diesjährige Urlaubsgeld zu verzichten und der Kirchengemeinde St. Peter zu spenden.“

Im März 1984 kam der vom Generalvikariat eingesetzte Sparkommissar mit folgenden Vorschlägen heraus:

- Abberufung der Ordensschwestern
- Streichung von 20 der 130 Stellen
- Kürzung der Wochenarbeitszeit um fünf Stunden.

Jetzt werden plötzlich wieder Mitarbeiter eingestellt, allerdings mit Zeitverträgen für ein halbes Jahr. Immer stärker werden die engagierten ÖTV-Mitglieder der St.-Nikolaus-Klinik unter Druck gesetzt: der Sprecher der Vertrauensleute wurde aus der OP-Abteilung auf die Innere versetzt, weil sich fünf Kollegen über ihn wegen „unkollegialen Verhaltens“ beschwert hätten. Er klagt jetzt auf Wiedereinstellung in seine bisherige Arbeit vor dem Arbeitsgericht.

Der Druck auf die Beschäftigten reichte bisher nicht aus, alle von den Segnungen der 35-Stunden-Woche mit Lohnkürzung zu überzeugen.

Letzten Endes geht es dem Krankenhausträger auch um ein anderes Ziel: möglichst noch durch Sparmaßnahmen die Schulden abbauen und dann ohne Belastung der Krankenkasse das Krankenhaus ganz zu schließen. Unfreiwillig demonstriert diese Auseinandersetzung noch etwas anderes: die oft zu hörende Behauptung, aus organisatorischen Gründen sei die 35-Stunden-Woche im Krankenhaus nicht durchführbar, wird nicht einmal beim Generalvikariat ernst genommen. Warum sollten wir es glauben?

arbeiten, die nicht nur auf ihr Einkommen angewiesen sind, den notwendigen Kostenausgleich schaffen“, heißt es in dem Schreiben weiter.

Während nach der Zustimmung der Mitarbeitervertretung 33 Pfleger, Schwestern und Küchenhilfen dem Vorschlag des Verwaltungschefs zustimmten, gingen die ÖTV-Mitglieder des Krankenhauses und die lokale ÖTV auf die Barrikaden. „Lohnver-

gefähr 110 000 Stellen neu geschaffen werden.

Die zweifellos steigenden Pflegesätze werden keineswegs ausfüllen, die Krankenkassen werden nicht über Gebühr belastet. Vielmehr sind sie gerade jetzt zur Finanzierung von Stellenerweiterungen in der Lage.

So kehrt sich das ZDF-Schreckbild von der 35-Stunden-Woche im Krankenhaus bei näherem Hinschauen schnell um in ein optimistisches Gemälde.

Am 6. Juli will die Ratsfraktion der Grünen im Rat der Stadt Braunschweig einen Antrag einbringen, die Forderung der Gewerkschaften zur 35-Stunden-Woche zu unterstützen. ÖTV-Sekretär Kanne erhofft sich von dieser Initiative eine Belebung der Diskussion, auch wenn der Antrag bei einer rechnerischen Mehrheit von CDU und FDP wenig Chancen haben dürfte.

Ob der Antrag nicht auch ein Anstoß für die Diskussion im Krankenhaus sein könnte?

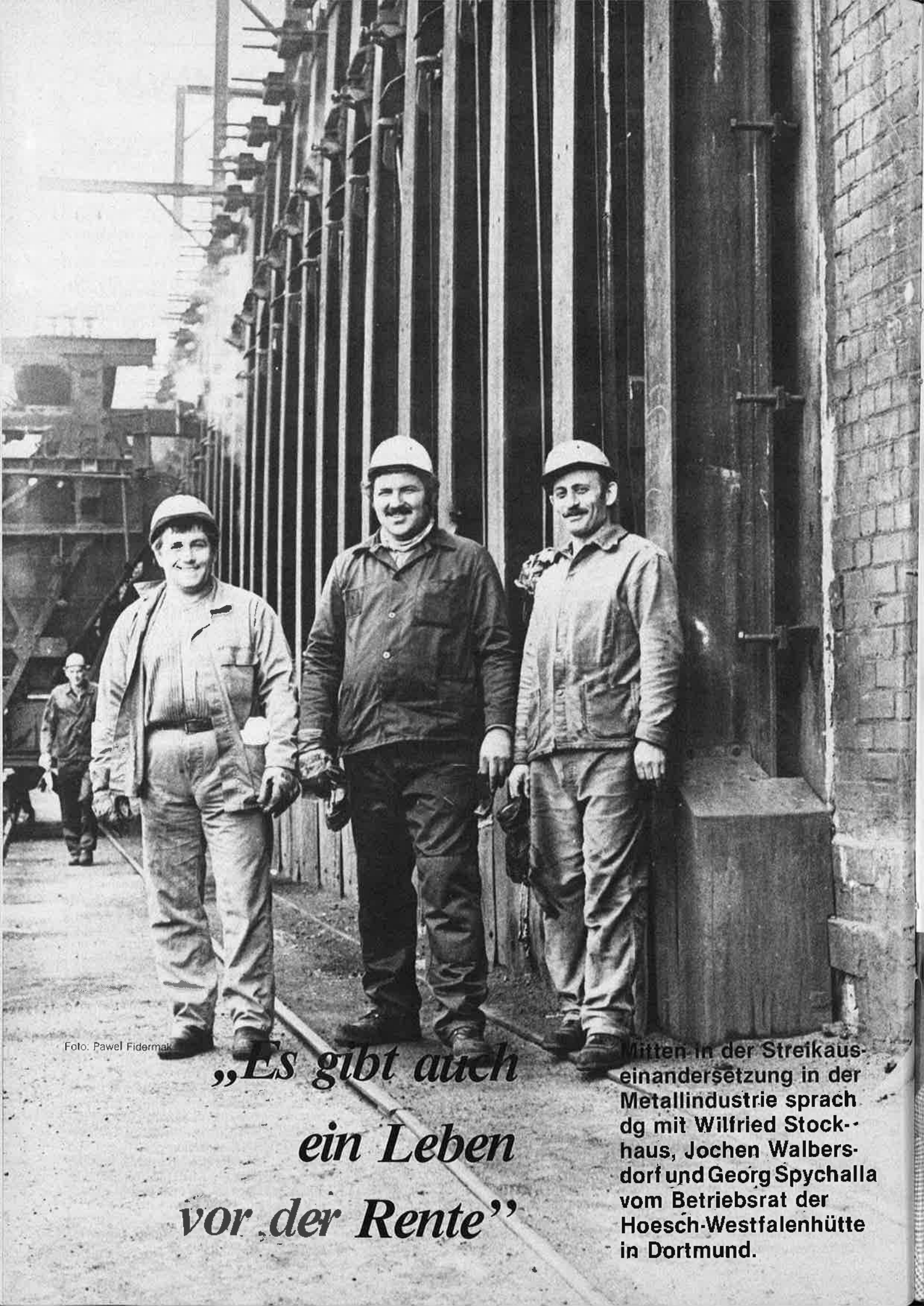


Foto: Pawel Fidermak

*„Es gibt auch
ein Leben
vor der Rente“*

Mitten in der Streikauseinandersetzung in der Metallindustrie sprach dg mit Wilfried Stockhaus, Jochen Walbersdorf und Georg Spychalla vom Betriebsrat der Hoesch-Westfalenhütte in Dortmund.

dg: Welche Hauptziele verfolgt Ihr mit Eurer Forderung nach der 35-Stunden-Woche?

Gregor Spychalla: Wir haben immer klar gesagt: Unser Hauptziel war und bleibt, Arbeitslosigkeit abzubauen, weil Arbeitslosigkeit — und die Angst davor — Menschen in ihrer Gesundheit beeinträchtigt. In der Öffentlichkeit weniger herausgestellt haben wir den Humanisierungseffekt. Aber: wenn hier Gerüchte auftauchen, daß die Kollegen eventuell früher ausscheiden können, dann rennen sie uns die Bude ein, dann kommt ein Schwall von Nachfragen: Stimmt das, kann ich jetzt auch raus? Das ist ein Indiz, daß die Leistungsverdichtung, also das, was der einzelne schafft, stramm zugenommen hat.

dg: Könnt Ihr dazu ein paar Beispiele nennen?

Jochen Walbersdorf: Wir haben in der Summe etwa 35 Prozent Belegschaft abgebaut, während wir das Arbeitsstundenvolumen um fast 50 Prozent abgebaut haben. Die noch bestehenden Betriebe fahren jetzt Hochproduktion mit im Durchschnitt 20 bis 25 Prozent weniger Belegschaft. Das ist eine Produktivitätssteigerung von 25 bis 40 Prozent in zehn Jahren. Und dann spielt der qualitative Sektor noch eine Rolle: bei den hochwertigen Produkten ist die Arbeitsintensität höher. Man kann da nicht einfach Tonnen vergleichen.

dg: Welchen gesundheitlichen Effekt könnten die 35-Stunden-Woche bringen?

Wlfrid Stockhaus: Jede Verkürzung der Wochenarbeitszeit wird eine Entlastung sein. Heute liegt das durchschnittliche Rentenalter bei 54,5 Jahren. Man kann sich vorstellen, wie es bei weiterer Leistungsverdichtung aussehen wird. Aber der volkswirtschaftliche Aspekt: Sicherung und Schaffung neuer Arbeitsplätze, steht für uns im Vordergrund.

dg: Welche Rolle spielt Schichtarbeit in Eurem Betrieb?

Jochen Walbersdorf: Ein Stahlbetrieb ist ein Conti-Betrieb. Das heißt: es wird an 365 Tagen im Jahr gearbeitet; der Großteil der Belegschaft ist rund um die Uhr beschäftigt.

Wir sind davon abgekommen, Schichtarbeit wie in früheren Jahren mit großen Zuschlägen zu bezahlen. Spätestens beim ersten Kampf um den Einstieg in die 35-Stunden-Woche 1978/79 ist eine Menge für die Schichtarbeiter herausgekommen.

dg: Was heißt Conti-Schicht im Klartext?

Jochen Walbersdorf: Der Tag ist in drei mal acht Stunden aufgeteilt. Wir haben vier komplette Mannschaften; eine davon ist immer in den freien Tagen. Der Schichtenplan geht über ein Vierteljahr, im Wechsel: Frühschicht, Nachtschicht, Mittagschicht. Es wird nicht nach Wochen eingeteilt, sondern geht kontinuierlich durch: zum Beispiel sieben Tage Nachtschicht, fünf Tage Mittagschicht, dann ein langes Wochenende von vier Tagen. Wenn 42 Stunden beisammen sind, kommt der „Eiertag“, der abgefeiert werden muß.

„Ein Schichtarbeiter weiß schon heute, ob er am 17. Juni 1993 arbeiten muß“

Gregor Spychalla: Die freien Tage liegen nur einmal im Monat am Wochenende, sonst in der Woche. Wer also Schulkinder hat, kann nur einmal im Monat mit ihnen einen Sonntagsausflug machen. Was aber noch frustrierender ist, jedenfalls für mich war es so: Der Schichtplan ist ein Raster, nach dem sich das ganze Leben richtet. Ein Kollege auf Conti-Schicht kann sich ausrechnen, daß er am 17. Juni 1993 arbeiten muß.

Wlfrid Stockhaus: Trotz der hohen Arbeitslosigkeit arbeiten ja noch sehr viele Frauen, deren Männer Conti-Schicht machen. Die familiäre Kommunikation ist sehr stark belastet, ich kenne das aus eigener Anschauung.

Jochen Walbersdorf: Schichtarbeit hat ja erhebliche Konsequenzen auch, wenn man überhaupt am gesellschaftlichen und politischen Leben teilnehmen will. Die Mittags-

schichtwoche ist absolut tot. Die Nachtschichtwoche auch; da könnte man abends was machen, unterliegt aber einer unheimlichen Begrenzung, weil man weiß: um 21 Uhr muß man zur Arbeit, wo es dann um 22 Uhr losgeht. Oft gerät man regelrecht in Panik und guckt dauernd auf die Uhr.

dg: Welche gesundheitlichen Schäden treten bei Conti-Schichtarbeitern gehäuft auf?

Wlfrid Stockhaus: Die gesamten vegetativen Störungen, vor allem die Schlafstörungen, die durch den Schichtwechsel hervorgerufen werden. Dazu kommt die eigentliche Arbeitsbelastung. Bei der Umstellung auf Rechner, Computer, Datensichtgeräte ist die geistige Anspannung gar nicht mehr zu vergleichen mit der Situation vor zehn, fünfzehn Jahren, als die körperliche Belastung noch ganz im Vordergrund stand.

Jochen Walbersdorf: Wir haben auf der Hütte 16 Prozent Schwerbehinderte, selbst produziert! Das ist Ergebnis der Gesamtbelastung, wobei wohl die Ernährungsstörungen im Vordergrund stehen. Denn jede Woche muß der Ernährungsfahrplan geändert werden.

dg: Bei Euch gibt es schon lange Kurzarbeit ...

Jochen Walbersdorf: Ja, da hat rasch ein Gewöhnungsprozeß eingesetzt. Man sagt: 32 Stunden sind eine gute Sache. In den Störungsbereichen zum Beispiel ist keiner mehr bereit, außer der Reihe zu erscheinen. Die Leistungskurve ist natürlich rapide nach oben gegangen. In den Maschinenbetrieben ist die Produktion voll durchgelaufen. Die Frachtarbeiter aus der Reparatur haben in 32 Stunden soviel repariert wie vorher in 40 Stunden. Was geschaffen werden müßte, ist der Lohnausgleich! Wir haben 32-, 28- und 24-Stunden-Wochen seit eineinhalb Jahren. Finanziell ist das ein Skandal.

dg: Welche technologischen Veränderungen gehen bei Euch derzeit vor sich?

v.l.n.r.: Wlfrid Stockhaus, Jochen Walbersdorf, Gregor Spychalla





Foto: Pawel Fidermak

Jochen Walbersdorf: Der Wandel geht von der schweren körperlichen Arbeit — die auf die Knochen ging — zur verstärkten geistigen Anspannung. Auf einem Steuerstand zum Beispiel muß blitzschnell reagiert werden. Da sitzt ein einziger, ganz isoliert, manchmal auch zwei — die haben dann aber keine Möglichkeit zur Kommunikation. Sie müssen auf Vorgaben in den Prozeß eingreifen. Wenn wir als Betriebsräte auf den Steuerstand gehen, können wir mit denen nicht reden, weil die so angespannt sind. Sie haben Angst, die fahren die Anlage zu Schrott. Da ist es dann eine Entlastung, wenn tatsächlich einmal eine Störung da ist, und sie müssen runter und ein Blech aus der Anlage ziehen.

Von Kranführern, die acht Stunden allein in der Kanzel hängen, kennen wir, daß die sich Geschichten ausgedacht haben, zum Beispiel, sie seien Bomberpilot. Wir deuten das als Krankheitszeichen.

„Jede Verkürzung der Arbeitszeit wird eine Entlastung sein“

dg: Diese isolierte Arbeitssituation hält auch über Jahre an?

Jochen Walbersdorf: Das geht über Jahre — acht Stunden in der Isolation. Die Kommunikation etwa in einer Reparaturkolonne — wo es um Zuhause, um Borussia und Politik geht — fehlt vollkommen.

dg: Den Gewerkschaften wird vorgeworfen, alle wirtschaftlichen Probleme über die 35-Stunden-Woche lösen zu wollen.

Wilfried Stockhaus: Wie ihr von einem „demokratischen Gesundheitswesen“ spricht, kann man auch von einem „gesunden Staatswesen“ oder einer „gesunden Volkswirtschaft“ sprechen. Und die ist nicht gesund, wenn es zweieinhalb Millionen Arbeitslose gibt. Da von Regierungsseite nichts

„Wir haben 16 Prozent Schwerbehinderte — selbst produziert!“

unternommen wird, bleibt uns von gewerkschaftlicher Seite nur der Weg über die Verkürzung der tariflichen Wochenarbeitszeit.

Es gab natürlich auch bei uns Diskussionen um andere Modelle. Man könnte das Rentenalter auf 55 Jahre festlegen — dann könnte man gesundheitlich besonders belastete Kollegen über den Montanvertrag schon mit fünfzig Jahren ins Altersruhegeld bringen. Da sind wir aber nicht einheitlicher Meinung. Es fehlen auch die gesetzlichen Grundlagen.

dg: Warum wird dieser Weg nicht weiter verfolgt?

Gregor Spychalla: Es gibt auch ein Leben vor der Rente, das ist für uns der Grund. Es ist doch kein Zustand, daß einer mit 55 Jahren gesellschaftlich nicht mehr arbeitsfähig ist.

dg: Der Krankenstand bei den gesetzlichen Krankenkassen liegt so niedrig wie niemals zuvor. Wie sind eure Erfahrungen?

Jochen Walbersdorf: Die Drohung mit der Entlassung, die ja bei Hoesch in den letzten Jahren ständig vorhanden war, führt zu Erscheinungen, die fast nicht zu begreifen sind. Der Krankenstand ist von sechs bis sieben auf drei bis dreieinhalb Prozent zurückgegangen. Kollegen über 50, die nach Manteltarifvertrag unkündbar sind, schleppen sich krank durch, weil sie Angst haben, hinterher nicht ausscheiden zu können. Da lassen sich Kollegen gesundschreiben, das kriegen wir oft von den Ärzten mit, obwohl jeder sagt: der kann nicht mehr. Wer für vierzehn Tage krankgeschrieben ist, kommt nach einer Woche wieder.

dg: Wie ist die Zusammenarbeit mit den Betriebsärzten?

Gregor Spychalla: Zum Teil recht gut. Einige kapieren recht gut, wenn es Probleme gibt im Betrieb, und verschreiben nicht einfach ein paar Pillen. Die rufen dann von sich aus hier an.

Vorruhestand? „Die über 55-jährigen kann man an zwei Händen abzählen!“

dg: Wie steht ihr zu den Vorruhestandsplänen der Bundesregierung?

Wilfried Stockhaus: Da geht es ja nur um die 59er Regelung. Nach unserem Sozialplan können die Kollegen mit 55 Jahren ausscheiden. Die über 55-jährigen kann man bei uns an zwei Händen abzählen. Wenn das durchschnittliche Rentenalter bei 54,5 Jahren liegt, kann man sich ausrechnen, was die gesetzliche Vorruhestandsregelung zum Abbau der Arbeitslosigkeit beiträgt.

dg: Mit welcher materiellen Absicherung scheiden die Kollegen mit 55 Jahren aus?

Wilfried Stockhaus: Mit 92 Prozent des Netto-Jahreseinkommens — Sonderzuschläge und dreizehntes Monatsgehalt einbezogen.

Gregor Spychalla: Mit gewissen Unterschieden ist das überall in der Stahlindustrie so.

Aber wie wird das Ausscheiden mit 55 Jahren aufgenommen? Da sehen wir zwei Dinge: Wir bekommen die Bude eingerannt, wenn es ums Ausscheiden geht, und wir sehen die Tränen in den Augen, wenn der Tag kommt.

Jochen Walbersdorf: Das, was viele vorhaben in ihrer Planung, hält nicht länger als zwei bis drei Monate. Dann tut sich oft ein regelrechtes Loch auf. Wer Conti-Schicht hatte, hat eben in der Freizeit nie kontinuierlich etwas gemacht.

dg: Vielen Dank!



Isolation am Arbeitsplatz: „Die denken, sie sind Bomberpilot!“

Wenn die Margarine-Industrie gut genug zählt, erklären deutsche Mediziner wissenschaftlich, daß Butter schädlich ist. Legt die Butter-Industrie noch etwas drauf, zieht die Margarine im „wissenschaftlichen Vergleich“ den kürzeren. Das ist hierzulande „Auftragsforschung“. Das Wort in sich ist schon ein Widerspruch. Die Aufträge sind meist so eindeutig, daß sich ehrliches Forschen von vornherein verbietet: es könnte beim gewünschten Ergebnis hinderlich sein.

Wo wissenschaftliche Erkenntnisse klar und eindeutig sind — so glaubt zumindest der anständige Laie — kann so etwas nicht passieren. Daß Arbeitsbelastung und Frühinvalidität zum Beispiel in einem engen Zusammenhang stehen, wird kein Mensch ernsthaft bestreiten. Und doch gelang es bundesdeutschen Medizinern wieder einmal, „im Auftrag“ das Gegenteil zu beweisen. Verblüffend nicht nur das Ergebnis der Studie — sondern auch ihr Zeitpunkt: pünktlich zur Tarifrunde 1984.

Mit nicht zu übersehender Schadenfreude präsentierte Baden-Württembergs Arbeits- und Sozialminister Schlee der erstaunten Presse die Ergebnisse einer von ihm selbst bestellten Studie. Da stand es schwarz auf weiß: nicht die spezifischen Belastungen der Arbeitswelt seien — wie oft behauptet — schuld an der fast fünfzigprozentigen Frühinvalidität, sondern Faktoren der Freizeitgestaltung und der persönlichen Lebensführung. Fazit für die Betroffenen: Frühinvalid — selber schuld!

Die Freude über dieses alle wissenschaftliche Erkenntnis auf den Kopf stellende Ergebnis hatte Schlees Ministerium schon zuvor zu einer gezielten Indiskretion verleitet, die als wohlüberlegte Schützenhilfe gedacht war:

Rechtzeitig zu den Tarifverhandlungen mit der IG Metall hatte man die Studie mit den „sensationellen Ergebnissen“ dem Geschäftsführer des Verbandes der württembergischen Metallindustrie zugespielt.

Der dankbare VMI-Chef Stihl schlug dann seine vermeintliche Trumpfkarte den IG Metall-Verhandlungsführern auch entsprechend um die Ohren: als Gegenargument zu deren 35-Stunden-Forderung.

Anfangs noch verdutzt über das üble Zusammenspiel von Landesregierung und Unternehmerseite, erholte sich die Gewerkschaft schnell. Renommiertere Arbeitswissenschaftler (unter ihnen dg-Mitarbeiter Klaus Priester) brauchten nicht lange, um das Elaborat so auseinanderzupflücken, daß nichts mehr als Peinlichkeit zurückblieb. Ein „verlogenes Machwerk“ konnte die IG Metall die Schlee-Studie unwidersprochen titulieren. Die alte Volksweisheit: „Wees Brot ich eß, des Lied ich sing“, bestätigte sich, wobei statt des Brotes im Sprichwort 755.000 Mark in der Kasse des Instituts für Empirische Soziologie in Nürnberg klingelten.

Die ganze Konzeption der Untersuchung hatte Kenner der Materie denn auch schon frühzeitig vermuten lassen, daß die Auftragsarbeit nicht irgendwelchen unbedarft-

»Un- glückliche Jugend«

Was man mit der Wissenschaft alles machen kann

Von Norbert Andersch

Die Studie des Nürnberger Instituts war in der Tat ein „genialer Streich“: sie blendet in weiten Bereichen den Arbeitsprozeß schlicht und einfach aus. Von 250 Antwortmöglichkeiten der „wissenschaftlichen Befragung“ befassen sich ganze zwei unmittelbar mit den Arbeitsbedingungen. Da brauchten sich die „Wissenschaftler“ denn auch gar nicht in die Niederungen des ordinären Betriebsalltags herabzulassen.

Die wissenschaftliche Begründung, mit der man die unerwünschte Arbeitswelt aus dem Blickfeld schaffte, ist so dämlich wie unverfroren: wenn — so sinngemäß die Studie — 50 Prozent der Arbeiter einer Firma als Frühinvalid ausgeschieden, die übrigen 50 Prozent aber trotz gleicher Belastung nicht krank werden, dann kann es schlecht die Arbeit sein, die zur vorzeitigen Berentung führt.

Statt dessen muß in der Studie eine (Originalzitat) „eher schwere unglückliche Jugend“ erhalten, oder es wird als völlig neue Kategorie in der wissenschaftlichen Diskussion der Typus der (Originalzitat) „schon seit jeher kränkenden Person“ erfunden.

Sollte sich diese neue Argumentationsweise einbürgern, kann man sich in Zukunft auf einiges gefaßt machen: da werden die SS-Verbände Studien vorlegen, daß die 50 Prozent erschlagener KZ-Häftlinge nicht auf ihr Konto gehen, sondern selbst schuld sind. Denn — logisch — die anderen 50 Prozent haben doch diese Methoden überlebt. Da kann es schlecht der Knüttel auf den Kopf, da wird es eher die unglückliche Jugend oder das provokatorische Auftreten der Opfer gewesen sein, das ihren Tod ausmachte.

So geschehen hat dann der Lungenkrebs nicht mehr mit dem Rauchen zu tun, und die Verkehrsunfälle stehen in keinem „Ursachenzusammenhang“ (so eine neue Wortschöpfung der Schlee-Studie) mit dem Autofahren.

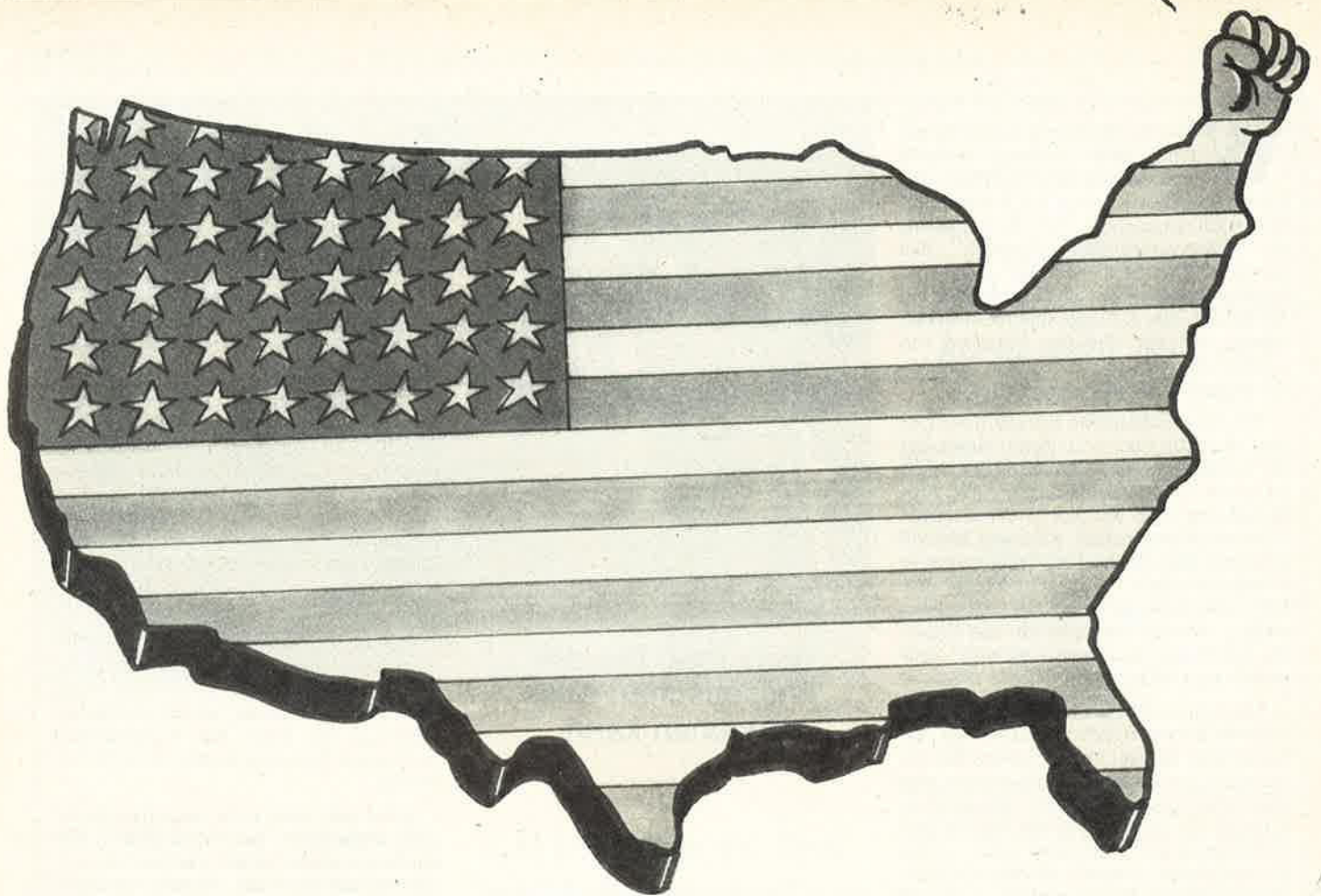
Die Studie — aus öffentlichen Geldern finanziert — als Schlag gegen Gewerkschaften und fortschrittliche Arbeitsmediziner gedacht, erwies sich diesmal als Bumerang. Schade um das viele Geld, peinlich für die beteiligten Wissenschaftler.

Sie hatten zuvor im Vorwort der Studie noch großspurig formuliert: „die von Polemik nicht freie Auseinandersetzung verlangt dringend auf eine sachliche Ebene der Diskussion gehoben zu werden, wo mit gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnissen gearbeitet statt mit Vorurteilen hantiert werden sollte.“

Mittlerweile sind die Dinge wieder im Lot. Minister Schlee schweigt sich über die Studie aus, und auch die Arbeitgeber werden ungern an ihre Argumente von gestern erinnert.

„Zuviel Arbeit macht krank“ diese Erkenntnis ist unwiderlegt und so klar, daß Zehntausende dafür in diesen Wochen streiken: für kürzere Arbeitszeit und für die 35-Stunden-Woche.

ten Wissenschaftlern zugemutet worden war. Minister Schlee wußte wohl, daß sich hinter der von ihm beauftragten wissenschaftlich klingenden Einrichtung das CSU-nahe „Institut für freie Berufe“ verbarg. Gut Freund also.



People's

Streikende Arbeiter in Arizona

Clinic

unterhalten eigenes Krankenhaus

Kupferarbeiter in Clifton/Arizona, seit zehn Monaten im Streik, unterhalten sogar die örtliche Klinik selbst. In ihrem Städtchen gehört buchstäblich alles dem bestreikten Konzern.

„Gouverneur Bruce Babitt hat den Einsatz von Nationalgarde angeordnet, um in zwei Bergarbeiterstädten die Ruhe wiederherzustellen, nachdem es am Wochenende zu gewalttätigen Auseinandersetzungen im Zusammenhang mit einem seit zehn Monaten andauernden Streik von Kupferminenarbeitern gekommen war.

Letztlich wurden zehn Personen am Samstag festgenommen, nachdem sich zur Unterstützung der Streiks im Gebiet von Clifton und Moranci etwa 400 Personen versammelt hatten und es zu Steinwürfen gekommen war.

Unter den Festgenommenen befinden sich acht streikende Arbeiter sowie ein Nicht-Streiker, dem vorgeworfen wird, eine Waffe auf die Demonstranten gerichtet zu haben.

Es ist das zweite Mal, daß die Nationalgarde ausgeschiedt wurde in diesen unerbittlichen Streik gegen den Konzern Phelps Dodge, den größten Kupferproduzenten in dem größten kupferproduzierenden Staat der USA. Der Konzern setzt seit dem 1. 7. 1983 nichtstreikende Arbeiter und neu angestellte Arbeiter in seiner Kupfermine ein . . .

Den gewalttätigen Auseinandersetzungen vom Samstag ging eine friedliche Demonstration vor den Toren von Phelps Dodge in Morenci mit etwa 1000 Teilnehmern voraus. Diese Demonstration wurde unterstützt von einer Unterstützungsgruppe der Frauen der streikenden Kupferminenarbeiter.

Keine Macht der Welt kann uns besiegen, sagte Dr. Jorge O'Leary, einer der Unterstützer des Streiks, der seinen Arbeitsplatz im konzern eigenen Krankenhaus in Clifton verloren hat, nachdem er die Streikenden öffentlich unterstützt hatte. Er betreibt jetzt eine „Free Clinic“, wo er die Streikenden kostenlos behandelt.

Das meldete Associated Press am 6. Mai aus Arizona.

Bei Bergbau-Tarifverhandlungen in den USA Anfang des Jah-

res 1983 wurde von den beteiligten Gewerkschaften mit allen Minen-Konzernen der USA ein Tarifvertrag ausgehandelt, der ein Einfrieren der Löhne für die kommenden drei Jahre vorsah. Viele Minen waren geschlossen worden, es war zu großen Entlassungswellen gekommen, und die Zukunft dieses Industriezweiges wurde in den dunkelsten Farben beschrieben.

Die beteiligten Gewerkschaften erklärten sich daher mit dem Einfrieren der Löhne einverstanden. Lediglich der genannte Konzern Phelps Dodge lehnte den Vertrag ab und verlangte zusätzlich eine radikale Streichung nahezu aller Sozialleistungen.

Versorgung im Krankenhaus verweigert

Die Arbeiter traten daraufhin am 1. Juli 1983 (!) in den Streik, den sie bis heute (!) fortführen. Das betroffene kleine Städtchen Clifton in Arizona erlebte von da an eine Geschichte wie aus den frühesten Zeiten des Frühkapitalismus: Als Ersatz für die Streikenden flog der Konzern Streikbrecher ein, die zum Teil zum halben Lohn zu arbeiten bereit waren, da sie selbst seit langem arbeitslos waren. Sämtliche Wohnhäuser der Stadt gehör-

ren dem Konzern, die streikenden Arbeiter wurden gekündigt, die Wohnungen sollten die Streikbrecher bekommen. Die bis dahin tariflich abgesicherte kostenlose medizinische Versorgung in dem einzigen und natürlich auch konzern-eigenen Krankenhaus wurde den Streikenden und ihren Familien verweigert.

Einen anderen Arbeitgeber von Bedeutung gibt es in dieser Region nicht. Die Arbeiter, die zum großen Teil seit vielen Generationen dort leben und in den Kupferminen arbeiten, hatten nicht nur plötzlich kein Geld mehr, sie bekamen auch alle Sozialleistungen entzogen. Zusätzlich trat zum ersten Mal seit langer Zeit das an sich winzige Fließchen San Francisco River über die Ufer und zerstörte 600 der 1800 Häuser des Städtchens.

Ein Teil der alten Belegschaft kehrte mühsam und resigniert an seinen Arbeitsplatz zurück. Der überwiegende Teil der Arbeiter aber kämpft bis heute weiter.

Phelps Dodge ist so kompromißlos, daß von Anfang an der Verdacht auftauchte, daß es sich hier nicht ausschließlich um eine reine Tarifaufeinanderstellung handeln könne. Selbst das Repräsentantenhaus der Vereinigten Staaten sah sich genötigt, einen Untersuchungsausschuß einzusetzen, der im März 1984 sein Ergebnis veröffentlichte: Das Ziel von Phelps Dodge besteht eindeutig darin, den am Streik beteiligten dreizehn Gewerkschaften das Rückgrat zu brechen.

Wörtlich faßt der Ausschuß sein Untersuchungsergebnis so zusammen:

„... der Streik ... ist eine Katastrophe für die Arbeiter von Phelps Dodge, oder, um die Terminologie des Konzerns zu benutzen, für die früheren Arbeiter. Die überwiegende Mehrheit der Streikenden, die von dem Untersuchungsausschuß angehört wurden, sind in den Städten, die die Mine umgeben, aufgewachsen. ... Diese Städte, in denen die Arbeiter von Phelps Dodge leben, ... sind isolierte Gemeinden und befinden sich praktisch im Besitz des Konzerns. Phelps Dodge ist eigentlich der einzige, der hier Vermögenssteuer zahlt. Dem Konzern gehören die Wasserwerke, die Elektrizitätsgesellschaft, das Krankenhaus und das Warenhaus. Ihm gehört das einzige Motel, die Bowlingbahn, das einzige Theater der Stadt. Er hat in der Gemeinde die Schule gebaut und die Straßen. Und was am wichtigsten ist: dem Konzern gehört die überwiegende Mehrheit der Häuser der Stadt.“

Um seine Vorstellungen mit allen Mitteln durchzusetzen, hat der Konzern seine enorme finanzielle Macht über diese Städte als gewaltige Waffe eingesetzt ... Diejenigen Arbeiter, die ihre legitimen Forderungen bei der Entscheidung über ihre Arbeitsbedingungen erhoben haben, wurden gezwungen, nicht nur ihren Arbeitsplatz, sondern auch ihre ganze Lebensmöglichkeit aufs Spiel zu setzen.“

Mit welcher Unnachgiebigkeit Phelps Dodge die Auseinandersetzungen eskalieren ließ, zeigte sich auch, als sich einer der Werksärzte von Phelps Dodge, Dr. Jorge O'Leary, weigerte, die streikenden Arbeiter in den (werkseigenen) Gesundheitseinrichtungen und im dazugehörigen Krankenhaus nur noch gegen sofortige Barzahlung zu behandeln. Er behandelte die Arbeiter und ihre Familien weiterhin kostenlos und kritisierte öffentlich die unmenschliche Poli-

Der Doktor hilft (nicht) nur gegen bar

tik des Konzerns. Daraufhin wurde ihm fristlos gekündigt.

Die Streikenden reagierten sofort: Sie richteten dem in der ganzen Gegend gut bekannten und beliebten Dr. O'Leary in einem leerstehenden Gebäude, einer ehemaligen Samenhandlung, eine kleine Klinik-Praxis ein. Diese übernahm fortan unter dem Namen People's Clinic die kostenlose medizinische Versorgung der Streikenden und ihrer Familien.

Das umgebaute Gebäude wurde mit gebrauchten Möbeln eingerichtet, eine Untersuchungseinrichtung kam aus einem Krankenhaus in Phoenix, andere Ärzte spendeten Verbandsmaterial und Instrumente, sogar pharmazeutische Firmen spendeten Medikamente, Hilfsorganisationen stellten Geld zur Verfügung.

Dr. Jorge O'Leary, der selbst eine Familie mit sechs Kindern hat, arbeitet ohne Honorar. Jeden Tag werden dreißig bis vierzig Patienten behandelt, Wunden genäht, Knochenbrüche gerichtet und eingegipst, Kinder-vorsorgeuntersuchungen durchgeführt, auch Entbindungen gehören zur täglichen Arbeit.

Die People's Clinic ersetzt aber den Streikenden und ihren Familien nicht nur die verlorengegangene medizinische Versorgung, sie dient auch als Kommunikationszentrum, und ihr Funktionieren ist den Streikenden ein wichtiger Beweis für ihre eigene Kraft, die sie dem übermächtigen Konzernriesen entgegensetzen.

Inzwischen hatten die Streikenden auch sensationelle Machenschaften des Konzerns Phelps Dodge aufgedeckt: Der Konzern behauptet, daß die ökonomischen Schwierigkeiten des ganzen Industriezweiges neben der sinkenden Nachfrage nach Kupfer auf Grund der neuen Glasfaser- und Kunststoffkabeltechnologien auch hauptsächlich auf der Konkurrenz aus der Dritten Welt begründet sei, da dort die Arbeitskräfte sehr billig seien und die dortigen Minen das Kupfer dementsprechend billiger, d. h. zu Dumping-Preisen anbieten könnten.

Das Streikkomitee wies detailliert nach, daß Phelps Dodge selbst zu den Eigentümern dieser Minen in der Dritten Welt gehört. Phelps Dodge investiert nicht nur direkt, insbesondere in Südafrika, es ist sogar durch seinen eigenen Aufsichtsratsvorsitzenden, George Monroe, in der Leitung des zweitgrößten US-Investors in Südafrika, der Manufacturers Hanover Bank, vertreten.

In den südafrikanischen Minen wird unter Bedingungen gearbeitet, daß sich sogar die schwarzen südafrikanischen Arbeiter weigern, in diese Minen einzufahren. Die Bezahlung unterschreitet selbst das, was sie normalerweise bekommen, die Minen selbst werden als sehr gefährlich angesehen. Aus diesem Grund muß Phelps Dodge Wanderarbeiter aus den Nachbarstaaten, etwa Namibia, anheuern.

Der Streik der Kupferminenarbeiter dauert jetzt über zehn Monate und ist für die Arbeiter, ihre Familien und für die ganze Region äußerst hart. Phelps Dodge benutzt alle erlaubten und unerlaubten Mittel, um die Streikfront zu brechen: zum Beispiel die Streichung der kostenlosen medizinischen Versorgung. Es sollte deswegen dringend eine internationale Solidarität entstehen, gerade weil es sich diesmal um eine Auseinandersetzung in der „Ersten“ und nicht in der „Dritten“ Welt handelt, die aber eminent viel mit den Zuständen und der Ausbeutung in der Dritten Welt, hier besonders in Südafrika, zu tun hat.

Unsere Unterstützung sollte sich auf die People's Clinic konzentrieren, der wir mit Geld sehr viel helfen können. Da es in den USA alles zu kaufen gibt, was die People's Clinic zum Arbeiten braucht, entstehen keine Sammlungs- und Transportprobleme, wenn wir der People's Clinic möglichst schnell möglichst viel Geld zukommen lassen.

Erpressung mit der Dritten Welt

Aus diesem Grund hat z. B. der Vorstand von medico international am 7. Mai 1984 beschlossen, der People's Clinic einen Solidaritätsbetrag von 10.000 Mark zu überweisen.

Spenden (bitte möglichst schnell) auf das Konto-Nr. 303-006978 bei der Frankfurter Sparkasse von 1822, BLZ 500 502 01, Kto.-Inh. Bernd Hontschik Stichwort: People's Clinic

Weitere Informationen sind erhältlich bei **Bernd Hontschik Richard-Wagner-Str. 3 6000 Frankfurt/Main 1**

OGSP



Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V.



Name

Adresse

☐ Bitte schicken Sie mir 1 Exemplar „Panikpersonen sofort eliminieren“ Preis 9,- DM in Briefmarken anbei

☐ Bitte schicken Sie mir kostenloses Informationsmaterial der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie

Ausschneiden, aufkleben und zu beziehen bei: Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (OGSP), Postfach 12 53, 3050 Hannover 1

An der Stirnwand der Eingangshalle prangt die 'Bürgerinformation' des Innenministers: „Instrumente und Wege kommunistischer Einwirkung auf die Protestbewegung in der BRD zur Verhinderung der NATO-Nachrüstung“. Einen Meter daneben die große IRO-Weltkarte mit Deutschland und den Ostgebieten des Reiches in den Grenzen von 1937. Auf dem Boden zwanzig als Schwer- und Schwerstverletzte 'todesnah' Geschminkte. Wir befinden uns in der Landespolizeischule 'Carl Severing' in der Bonhoefferstraße in Münster. Katastrophenmedizin ist angesagt. Knapp fünfzig Teilnehmer sind am Samstag der Einladung der Akademie für ärztliche Fortbildung der Ärztekammer Westfalen-Lippe und des Landesverbandes des Deutschen Roten Kreuzes gefolgt. Das Thema: „Ärztlicher Einsatz im Katastrophenfall — Dringlichkeitsbestimmung für Behandlung und Transport bei Massenansturm von Verletzten“.

Als 'Gast' dürfen wir den Herrn Oberstabsarzt Dr. Demmer begrüßen. Die Tatsache, daß die Veranstaltung in der Polizeikaserne stattfindet, hat wirklich nur etwas mit der günstigen räumlichen Lage zu tun. (Der Eintritt ist frei — Personal- ausweise bitte mitbringen.) Die Chirurgen aus Olpe, Münster und Hannover, die das Podium bevölkern, geben sich Mühe, den Verdacht, sie könnten auch nur irgendetwas mit dem Militär zu tun haben, schon zu entkräften, bevor er richtig laut wird.

„Der Kriegsfall überschreitet den Katastrophenfall . . . — in der Katastrophenmedizin ändern sich nur die äußeren Bedingungen, die Medizin bleibt dieselbe“, meint Dr. Meyer aus Olpe. „Massenanfall von Verletzten wird leider häufig mit Kriegsmedizin in Zusammenhang gebracht . . . — aufgrund der Gebietsüberschneidung flossen militärische Begriffe in die Katastrophenmedizin ein“, ergänzt Professor Lingemann aus Münster.

Die 'Triage' wird erklärt, Kernstück der Katastrophenmedizin. Die Übersetzung 'Selektion' finden die Kollegen nicht gut, der Begriff ist durch unsere Geschichte so vorbelastet. Triage, erfahren wir, ist Situationsanalyse, Dringlichkeitsbestimmung für die Behandlung und deren Einleitung.

Was wir jetzt an Schemata für die Dringlichkeitsbestimmung an die Hand bekommen, darf um Gottes Willen nicht schematisch angewendet werden; Kategorie I, Behandlungsdringlichkeit, lebensrettende Sofortmaß-

Wie sortiere ich korrekt?

Ulli Raupp ließ sich bei einer Übung in Katastrophenmedizin zeigen, wie man »Verwundete« in Kategorien einteilt.

nahmen: bei Atemnot, Schock oder schwerer Blutung. Kategorie II, Transportdringlichkeit — stationäre Krankenhausbehandlung notwendig. Zum Beispiel Bauchverletzung, offene Knochenbrüche, Schädel-Hirnverletzungen, Verbrennungen von zwanzig bis vierzig Prozent der Körperoberfläche, Blutung aus großen Schlagadern. Hier wird noch zwischen sofortigen Transport uns späterem Transport unterschieden. Kategorie III, Leichtverletzte, ambulante Behandlung, Sammeltransport.

Die Kategorie IV hat, sagt der Referent, so einen bitteren Beigeschmack. Das sind die hoffnungslos Schwerverletzten (Wartefälle), mit 'infauster' (= aussichtsloser) Prognose. Und erläuternd fügt er hinzu, daß wir das ja kennen, denn auch „auf der Intensivstation muß entschieden werden, ob ein Ende mit Würde ermöglicht werden kann“.

Die Diskussion muß unterbrochen werden, wir müssen zu den praktischen Übungen, weil sonst die kunstvoll aufgetragene Schminke verläuft. In der schön bebilderten und plakatierten Eingangshalle liegen 20 'Notfälle' zum Triagieren. Die einheitliche Situationsbeschreibung fehlt (also keine Katastrophe!), was der Übungsleiter bedauernd feststellt. Auch von den Verletzten, soweit sie reden dürfen, nennt jeder eine anderen Unfallhergang.

Auf einem vorbereiteten Zettel wird nun munter diagnostiziert und triagiert. Dann Falldiskussion im Plenum. Bei den ersten zehn Fällen wird schon für sieben die Transportdringlichkeitskategorie II festgestellt, zweimal die Drei und einmal die Vier — (ein wirklich hoffnungsloser Fall mit offenem Schädelbruch mit Hirnaustritt und zusätzlich offener Brustverletzung mit Atemstörung).

und dann würde nach den Kriterien der Transportkapazität entschieden.

Frage: Entweder die Infrastruktur ist kaputt, und es existiert nur noch eine Resikapazität für die Versorgung — dann muß bitte aber diese Situation beschrieben werden; oder die Infrastruktur ist intakt, und dann ändert bzw. erhöht sich ja laufend die Versorgungskapazität, da Hilfe aus größerer Entfernung herankommen kann. Ist dann nicht aber die ganze Kategorisierung sinnlos, da in kürzester Zeit ausreichend Hilfe zur Verfügung steht? Der Oberstarzt nickt zustimmend. Vom Podium wird Verständnis für das 'Problem' bedeutet, die Frage aber nicht beantwortet. Die Veranstaltung endet. Viel habe man hinzulernt, viele Probleme aus neuer Sicht, . . . viel muß noch gemacht . . ., danke und schönes Wochenende.

Ich gehe zu Oberstarzt Demmer, sage, daß es schade sei, daß er nicht mehr richtig zu Wort gekommen ist. Er wirkt unzufrieden, fast etwas böse über den Ablauf der ganzen Veranstaltung: Was da so alles erzählt worden wäre; im Prinzip sei Kriegsmedizin dasselbe wie Katastrophenmedizin. Der Kriegsfall ist doch nur ein Sonderfall der Katastrophe. Was heute hier gelaufen wäre, sei keine kata-



Foto: Raupp

Wartefall heißt also warten auf den Tod, könnte der aufmerksame Zuhörer meinen. Aber auch eine Verbrennung von 50 oder 60 Prozent hat doch noch realistische Chancen, vorausgesetzt, die Behandlung beginnt sofort? Der Referent wird nervös: Natürlich bekommt auch der seine Infusion und Schockbehandlung und Eiweiß . . . Also doch nicht hoffnungslos?

Oberstabsarzt Demmer wird unruhig. Als bei den nächsten sechs Fällen wieder fünfmal die Zwei bestimmt wird, kann er nicht mehr an sich halten: Das ist doch witzlos, man muß doch davon ausgehen, daß man mehr Schwerstverletzte hat und nur begrenzte Transportkapazität, und dann muß man sich entscheiden. In der Wehrmedizin bekäme jeder — soweit notwendig — ein Schockbehandlung,

strophendenmedizinische Übung gewesen, sondern reine 'Notfallmedizin'. Bei einer Katastrophe müsse man eben voraussetzen, daß die Infrastruktur wenigstens zeitweise, wenn nicht ganz zerstört sei. Eine solche, richtige Katastrophe haben wir bei uns ja noch nie erlebt, und die Triage sei mit allen Konsequenzen ja noch nie richtig ausprobiert worden.

Ulli Raupp

DOKUMENTE

Statement zur Arbeitskonferenz am 10. und 11. April 1984 in Wiesbaden — Bereich Gesundheits- wesen

Von Hannelore Feldkamp, Vertrauensleute-
Sprecherin, Städtische Kliniken Duisburg

Vorbemerkungen:

Im Jahre 1980 waren in der Bundesrepublik Deutschland fast 1,8 Mio. Menschen im Gesundheitswesen erwerbstätig. Damit ist das Gesundheitswesen im engeren Sinne ein bedeutender Teilarbeitsmarkt; jeder zehnte Erwerbstätige findet hier eine Beschäftigung. Nimmt man den Bereich spezifischer Vorleistungen wie der pharmazeutischen Industrie, der medizinisch-technischen Industrie u.s.w. hinzu, so waren 1980 mehr als 2 Mio. im gesamten Bereich Gesundheit tätig.

Beschäftigungsbereiche im Gesundheitswesen:

a) Krankenhausbereich einschließlich Kurkliniken und Sanatorien mit Mittel- und Großbetrieben — insgesamt ca. 775.000 Beschäftigte — Stand: 31.12.1981 — in öffentlicher, frei-gemeinnütziger und privater Trägerschaft.

b) ambulanter Bereich mit Klein- und Kleinstbetrieben, wie beispielsweise Arzt-, Zahnarzt- und Tierarztpraxen, Apotheken, Sozialstationen, Hauspflegeeinrichtungen, Gesundheitsämter, arbeitsmedizinische Zentren, Rettungswachen, Heimdialyse-Einrichtungen — vorherrschend in privater und frei-gemeinnütziger Trägerschaft und zu einem geringen Anteil in öffentlicher Trägerschaft.

Organisationsgrad der Beschäftigten im Gesundheitswesen:

Mit rund 132.000 Mitgliedern im Bereich Gesundheitswesen ist der Organisationsgrad insgesamt zwar relativ gering, mit allerdings positiver Tendenz.

Entwicklung der wöchentlichen Arbeitszeit seit 1958:

— bis 1958	54 Wochenstunden danach stufenweise Abbau, und zwar
— bis 1968 auf	47 Wochenstunden (in 10 Jahren Abbau von 7 Wochenstunden)
— ab 1974 (1.10.74) auf	40 Wochenstunden (in 6 Jahren also nochmals Abbau von 7 Wochenstunden)

Insgesamt wurde im Gesundheitswesen die Arbeitszeit in 16 Jahren um 14 Wochenstunden verkürzt.

Urlaub

Der Urlaub hat sich im gleichen Zeitraum nahezu für alle verdoppelt; jedenfalls im öffentlichen Dienst.

Zusatzurlaub

Der 1981 abgeschlossene Tarifvertrag über Zusatzurlaub für Schichtarbeit, Wechselschicht und Arbeit zu unregelmäßigen Zeiten gilt auch für das Gesundheitswesen.

Bereitschaftsdienst/Rufbereitschaft

Der am 1.1.1983 in Kraft getretene Tarifvertrag über Bereitschaftsdienst im Krankenhaus brachte eine Verringerung der Bereitschaftsdienste für Ärzte, Krankenpflegepersonal und medizinisch-technische Assistenten.

Änderung der Dienstplangestaltung in Krankenhäusern:

In Krankenhäusern ist bis zum heutigen Tage die 6-Tage-Woche üblich. Bis Anfang der 70er Jahre wurde sehr viel in geteiltem Dienst gearbeitet. Mit Reduzierung der wöchentlichen Arbeitszeit, konkret etwa ab Einführung der 40-Stunden-Woche 1974, wurde der geteilte Dienst zurückgedrängt und durch das Dreischichten-System in nahezu allen Krankenhäusern ersetzt, mit Ausnahme des ärztlichen Dienstes. Mit Einführung der 40-Stunden-Woche bzw. des Schichtdienstsystems konnten die im Krankenhaus Beschäftigten erstmals über eine längere zusammenhängende Freizeit — je nach Schicht — vormittags oder nachmittags verfügen.

Einfluß der Arbeitszeitverkürzung auf die Zahl der Beschäftigten:

Hierüber liegen nur für den Krankenhausbereich weitgehend gesicherte statistische Zahlen vor.

Beschäftigtenentwicklung von 1969 bis 1981:

	Planmäßige Betten	Beschäftigte in Krankenhäusern insgesamt	Ärzte	Krankenpflegekräfte
1969	677.695	455.667	41.589	187.971
1974	716.530	579.330	58.430	238.312
1979	712.055	742.161	70.038	253.864
1981	695.603	775.135	74.656	285.293

Wie dieser Statistik zu entnehmen ist, nahm die Zahl der planmäßigen Betten bis 1974 um ca. 39.000 zu und ab 1974 bis 1981 um etwa 21.000 (20.927) ab. Die Entwicklung der Bettenstatistik ist insofern bedeutsam, weil das Krankenhausbett als Planungsgröße für den Personalbedarf verwandt wird und an jedem Krankenhausbett sozusagen rund gerechnet ein Arbeitsplatz hängt.

Die Zahl der Beschäftigten in Krankenhäusern insgesamt hat von 1969 bis 1974 um rund 120.000 und bis 1981 nochmals um rund 195.000 zugenommen, in 12 Jahren also um rund 315.000.

Eins steht fest: Ohne Arbeitszeitverkürzung wäre diese zusätzliche Zahl der Beschäftigten nie erreicht worden.

Arbeitsmarktsituation:

Nennenswerte Arbeitslosigkeit gab und gibt es im Gesundheitswesen vor allem bei Arzthelfern, medizinisch-technischen Assistenten, Masseuren und medizinischen Bademeistern und in sozialen Berufen. Bis 1983 gab es in einigen Berufen Personalmangel.

Seit etwa 1983/1984 scheint eine Umkehrung der Arbeitsplatzsituation im Gesundheitswesen, vor allem im Krankenhausbereich, einzutreten. Vermehrte Anstrengungen im Ausbildungsbereich bei gleichzeitiger Strangulierung der Personalhaushalte und Bettenabbau verknappen die Zahl der Arbeitsplätze.

Beispielsweise finden in der Krankenpflege Auszubildende nach bestandener Prüfung nur schwer in dem von ihnen bevorzugten Raum oder Fachbereich einen Arbeitsplatz. Teilzeitbeschäftigung und flexibilisierte Arbeitszeiten nehmen zu;

Überstunden und Bereitschaftsdienste werden aber immer noch in erheblichem Umfang geleistet.

Die aktuelle Diskussion um die Ärzteschwemme zeigt, daß in den nächsten Jahren hohe Zahlen von Studienabgängern einem begrenzten Stellenangebot in den Krankenhäusern gegenüberstehen.

Allerdings hätten allein durch Umsetzung des Tarifvertrages über Bereitschaftsdienst im Krankenhaus nach vorsichtigen Schätzungen etwa 6.000 Stellen zusätzlich geschaffen werden müssen, was nicht geschehen ist.

Nur zögernd wird dieser Tarifvertrag von den Trägern in den einzelnen Krankenhäusern umgesetzt. Immerhin hat Bremen beispielsweise für die städtischen Krankenhäuser 52 und Stuttgart 54 zusätzliche Stellen geschaffen.

Rationalisierung/Leistungsverdrichtung:

Etwa ab Mitte der 70er Jahre setzte auch im Gesundheitswesen die Rationalisierungswelle voll ein, und zwar zunächst in Form von Zentralisierung und Technisierung.

In Krankenhäusern durchgeführte Wirtschaftlichkeitsüberprüfungen wurden etwa ab Mitte der 70er Jahre bis zum heutigen Tage annähernd flächendeckend durchgeführt und mehr und mehr zu Wegbereitern für Rationalisierung und Privatisierung.

Hier hat sich vor allem die aufgrund der sogenannten Kostenexplosion im Gesundheitswesen von Bund, Ländern und Gemeinden gemeinsam mit den Kostenträgern betriebene Kostendämpfungspolitik negativ bemerkbar gemacht.

Der statistisch nachweisbare Zuwachs an Beschäftigten wird seit geraumer Zeit im Zusammenhang mit der anhaltenden Kostendiskussion im Gesundheitswesen von Krankenkassen und Politikern immer wieder ins Feld geführt und zum Anlaß für Sparbeschlüsse und Rationalisierungsmaßnahmen genommen.

Die Krankenkassen tragen nicht mehr alle Personalkosten. Das wirkt sich vor allem negativ auf die Stellenpläne der Krankenhäuser aus. Das derzeit von Gesundheitspolitikern strapazierte Motto: So viel ambulant wie möglich, so wenig stationär wie nötig, sieht einen Abbau von Krankenhausbetten und weniger stationäre Behandlung vor, ohne daß der ambulante Bereich in gleichem Maße entsprechend ausgebaut und mit dem notwendigen qualifizierten Personal versehen würde.

Dies führt letztlich zum Personalabbau im Gesundheitswesen insgesamt.

Leistungsverdichtung hat sich vor allem durch die medizinische Entwicklung (Zunahme von Diagnostik und Therapie und neuen technischen Verfahren), durch Verkürzung der Verweildauer und Zunahme der Krankenhaushäufigkeit bemerkbar gemacht.

Durchschnittliche Verkürzung der Verweildauer:
1960 — 28,7 Tage
1981 — 19,4 Tage;

Im Akut-Bereich hat sogar eine Verkürzung der Verweildauer auf 14,7 Tage stattgefunden.

Zunahme der stationär behandelten Kranken:
1970 — 9,3 Millionen
1981 — 11,6 Millionen

Diskussion zur Arbeitszeitverkürzung:

Aufgrund der vielen in der Vergangenheit nicht besetzbaren Stellen, der oftmals nur auf dem Papier durchgeführten 40-Stunden-Woche, erforderlicher Überstunden und Bereitschaftsdienste, von Arbeits-hetze und Streß und dem nicht einzulösenden Anspruch, eine humane Krankenversorgung aus Mangel an Zeit zu gewährleisten, wurde das Thema Arbeitszeitverkürzung im Bereich Gesundheitswesen zu Beginn überwiegend so diskutiert, daß beispielsweise die 35-Stunden-Woche auf dem Papier steht, taktisch aber nicht durchführbar sei.

Breite Unzufriedenheit bei den Beschäftigten über ihre inhumane Arbeitssituation, die sich bis hin zu vereinzelten auch öffentlichen Aktionen äußerte, machte sich vor allem in den letzten fünf Jahren bemerkbar.

Immer häufiger wurde auch von den Beschäftigten im Gesundheitswesen der Anspruch auf humane Arbeitsbedingungen, insbesondere geregelte Arbeitszeit und damit Teilnahme am sozialen, gesellschaftlichen und kulturellen Leben, angemeldet.

Seit dem Hauptvorstandsbeschuß zur Arbeitszeitverkürzung wurde die Diskussion von der Mehrheit der Beschäftigten im Gesundheitswesen dahingehend geführt, daß es bei Tarifverhandlungen über die 35-Stunden-Woche keine Abkoppelung des Gesundheitswesens — wie seinerzeit bei Einführung der 40-Stunden-Woche — geben dürfte. Von den Betroffenen werden in diesem Zusammenhang Möglichkeiten der Dienstplangestaltung bei Einführung der 35-Stunden-Woche diskutiert und insbesondere der Gewinn an Lebensqualität durch mehr Freizeit gewertet.

So könnte zum Beispiel bei Einführung der 35-Stunden-Woche auch im Krankenhausbereich endlich die 5-Tage-Woche mit 2 freien Tagen wöchentlich eingeführt werden.

Kostenrelevanz:

Arbeitszeitverkürzungen in Form der 35-Stunden-Woche bei entsprechender Personalausweitung werden wie jede Lohn- und Gehaltserhöhung voll auf den Pflege-satz durchschlagen und sind deshalb über die Krankenkassen vom Versicherten zu tragen. Die Beschäftigten im Gesundheitswesen aber sind bereit und haben das in verschiedenen bundesweiten Aktionen bereits getan, der Bevölkerung den engen Zusammenhang bzw. die Wechselwirkung von humanen

Arbeitsbedingungen und einer humanen Krankenversorgung zu verdeutlichen.

In dem Zusammenhang ist auch zu fragen, was eine Gesellschaft bereit ist, sich eine humane Krankenversorgung kosten zu lassen. Dabei ist zu verdeutlichen, daß den angeblich knapper werdenden Mitteln im Personalsektor enorme Verschwendungen und Gewinnspannen zum Beispiel bei der Pharma- und Geräteherstellerindustrie gegenüberstehen.

Das Gesundheitswesen bietet noch erhebliche Expansionsmöglichkeiten und kann einen Beitrag zur Lösung der gegenwärtigen und künftigen Arbeitsmarktprobleme leisten, wenn zum Beispiel

- die von vielen Beschäftigten über ein vertretbares Maß hinaus geleistete Mehrarbeit in Form von Überstunden und Bereitschaftsdiensten abgebaut wird,
- der ambulante Bereich mit qualifiziertem Personal weiter ausgebaut wird,
- Vorbeugung, Wiederherstellung und die Versorgung von alten Menschen die Bedeutung erhält, die gesundheitspolitisch längst geboten ist.

Rechnerische Darstellung des zusätzlichen Stellenbedarfs im Krankenpflegedienst bei Einführung der 35-Stunden-Woche:

1969 wurde von der Deutschen Krankenhausgesellschaft bei der Berechnung der Anhaltszahl für die Besetzung der Krankenhäuser mit Pflegekräften die ab 1971 tariflich vereinbarte 45-Stunden-Woche zugrunde gelegt. Für die „Allgemeine Krankenpflege“ betrug die Anhaltszahl

1:3,7

das heißt, auf 3,7 durchschnittlich belegte Betten wurde eine Planstelle im Pflegedienst berechnet.

1974 wurde von der Deutschen Krankenhausgesellschaft nach Einführung der 40-Stunden-Woche die Anhaltszahl für zentralisierte pflegerische Versorgungsdienste von 1969 hochgerechnet und mit

1:3,27

angegeben.

Diese Anhaltszahl gilt noch heute in den meisten Krankenhäusern als Grundlage der Personalbemessung und wird bei den Wirtschaftlichkeitsprüfungen als Maßstab angelegt. Alle anderen und von der Gewerkschaft ÖTV immer wieder geltend gemachte Einflußfaktoren fallen in der Regel unter den Tisch.

Eine Verkürzung der regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit um 5 Stunden hat also rechnerisch seinerzeit eine Verringerung der zu versorgenden belegten Betten um

0,43 pro Pflegekraft

gebracht.

Eine Verkürzung der Wochenarbeitszeit um weitere 5 Stunden — nämlich von 40 auf 35 regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit — muß also, alle anderen Einflußfaktoren einmal außer acht gelassen, eine weitere Verringerung der zu versorgenden belegten Betten pro Pflegekraft bringen, und zwar auf

1:2,84.

Das würde bedeuten, daß auf einer 33 (32,7)-Betten-Station, für die nach den hochgerechneten Anhaltszahlen von 1969 zur Zeit 10 Planstellen für den Pflegedienst im Tagdienst errechnet werden, bei Einführung der 35-Stunden-Woche 11,46, das sind rund gerechnet 1,5 Planstellen mehr, benötigt werden.

In dem hier zu berücksichtigenden vergangenen Zeitraum haben aber auch noch eine ganze Menge anderer Einflußfaktoren, wie z. B. kürzere Verweildauer, Urlaubsverlängerung, Einführung von Zusatzurlaub für Schichtarbeit, Verbesserungen der Freistellungen nach dem Mutterschutzgesetz, Rückgang der Ordensschwester und die medizinische Entwicklung überhaupt beschäftigungspolitisch in diesem Bereich zu Buche geschlagen.

Legt man den gleichen Berechnungsmodus wie seinerzeit zugrunde und berücksichtigt dabei nur den Faktor Arbeitszeit, bringt die Reduzierung der wöchentlichen Arbeitszeit auf 35 Stunden ein Mehr an Planstellen von rund 35.000.

Rationalisiert worden ist in den letzten Jahren auch ohne Arbeitszeitverkürzung, und die kürzlich erhobene Forderung der Arbeitgeber, im Gesundheitswesen alle Rationalisierungsreserven auszuschöpfen, zeigt, wohin der Weg führen soll.

Solidarischer Beitrag der Beschäftigten im Gesundheitswesen zur Durchsetzung der 35-Stunden-Woche:

Das Gesundheitswesen ist ja nicht gerade der kampferprobteste Bereich der Gewerkschaft ÖTV. Erst vor etwa zwei Jahren wurde im Zusammenhang mit der beabsichtigten Ein-Prozent-Kürzung auch dieser Bereich in die Diskussion um Arbeitskampfmaßnahmen einbezogen. Es kann aber davon ausgegangen werden, daß sich die Mehrheit der Beschäftigten im Gesundheitswesen bei Auseinandersetzungen um die 35-Stunden-Woche mit anderen Bereichen solidarisch verhält und diese Solidarität auch bereit ist durch Aktionen öffentlich zu stärken.

Ulrike Faber: Kriegs- pharmazie Vortrag auf dem Vierten Medizinischen Kongreß zur Verhinderung eines Atomkriegs, Tübingen, 30. März bis 1. April 1984.

Im Oktober 1980 erschien von der „Münchener Medizinischen Wochenschrift“ ein Schwerpunktheft „Katastrophenmedizin“. Alle Autoren waren Offiziere der Bundeswehr. Das Thema „Pharmazie im Katastrophenfall“ wurde von Oberfeldapotheker Schell bearbeitet. Eine Übersichtsarbeit, denn, so Schell, „Pharmazie im Katastrophenfall ist bisher ein noch wenig bearbeitetes Gebiet“. Schell schlägt vor, insgesamt erhebliche Vorräte von relativ wenigen Arzneimitteln anzulegen. Wie? Nach dem Vorbild der Bundeswehr und den Standardisierungsverfahren der NATO für den Verteidigungsfall. Zu den Verwundeten, auf die es sich einzustellen gilt, gehören natürlich auch durch atomare, biologische und chemische Kampfstoffe Geschädigte.

Weitere Arbeiten zum Thema werden wesentlich konkreter. Sehr ausführlich beleuchtet Flottillenapotheker Dr. Vollhardt die Problematik. Das Auffälligste an seinem Artikel in der DAZ² ist die gründliche Vermischung von militärischen und zivilen Aufgaben. Alle pharmazeutischen Einrichtungen sieht er mit dem Auge des Zivilschutzstrategen, seine Zahlen sind atemberaubend: 16.232 Apotheken stellen ein dezentralisiertes Versorgungsnetz dar, 125.000 pharmazeutische Auslieferungslager halten 40.000 verschiedene Arzneimittel bereit, 100 tote Zivilisten kommen im künftigen Krieg auf einen toten Soldaten, 240.000 Patienten können in Hilfskrankenhäusern versorgt werden. Für 349.500 Verletzte stehen 699 Sanitätszüge bereit.

Vollhardt schwärmt auch davon, durch welches nahezu lückenloses Gesetzeswerk man schon jetzt alles im Griff hat: „Das „Gesetz zur Anpassung des Gesundheitswesens an besondere Anforderungen eines Verteidigungs-falles“ (Gesundheits-sicherstellungsgesetz) wird Eingriffsbefugnisse auch in private Apotheken regeln. Das Krankenhausfinanzierungsgesetz regelt den Schutzraumbau. Die Apothekenbetriebsordnung regelt den Mindestvorrat an Arzneimitteln. Das Bundesleistungsgesetz ermöglicht die Anordnung zumutbarer Einbauten bereits in Friedenszeiten. Das Gesetz über den Zivilschutz und das Gesetz über die Erweiterung des Katastrophenschutzes stellen die Sanitätsbevorratung sicher. Für Vollhardt dennoch alles nicht genug: „Es muß mehr getan werden.“

Bannert und Hehenberger, Apotheker im Zentralklinikum Augsburg, haben diese Anregung aufgegriffen. In Krankenhauspharmazie 5/83³ beschreiben sie die

Herstellung von Arzneimitteln im Katastrophenfall nach der Devise „Hilfe durch Eigenhilfe“. Die von ihnen entwickelten Herstellungsvorschriften wirken sehr simpel, nichts weiter als einige physikalische Kontrollwerte, Sterilfiltration mit Hilfe einer Gasflasche, wenn der Strom ausfällt, zur Not reicht das schwebstoffarme Leitungswasser für Infusionslösungen. Sie selbst halten in Augsburg für alle Fälle bereit: 2000 100-ml-Durchstechflaschen, jeweils 2000 selbstbedruckte verschiedenfarbige Etiketten, und an Rohstoffen im einzelnen 500 000 Dosen Atropin, 275 000 Dosen Adrenalin, 100 000 Dosen Diazepam, 50 000 Dosen Furosemid, Morphin, Phenobarbital, 10 000 Dosen Lidocain und Novaminsulfon. Einleitend stellen sie in ihrer Arbeit fest: „Im Katastrophenfall ist es völlig unvorhersagbar, welche Arzneimittel in welchem Umfang benötigt werden!“ Nun liegen dort ein paar bereit.

Apotheker Einberger⁴, der sich auch der Katastrophenpharmazie gewidmet hat, empfiehlt dagegen arbeitsteiliges Vorgehen und fordert, daß jede Apotheke zur Herstellung einer Arzneiform in größerem Umfang ausgestattet sein sollte. Denn er hält es für „fahrlässig, wenn wir uns auf die große Leistungsfähigkeit der Pharmaindustrie verlassen“. Deshalb müssen die Apotheker ihr „eigenstes Wissen, nämlich die Herstellung von Arzneimitteln, jederzeit parat haben!“ Auch über Lagerungsprobleme hat er sich den Kopf zerbrochen, z. B. daß ein Kilogramm Kochsalz als physiologische Lösung 110 l Volumen einnimmt, und daß sich schon aus diesem Grunde die Bevorratung mit Fertigarzneimitteln nicht eignet.

Mit Zerstörung der Infrastruktur, Materialengpässen und Energieausfall rechnet Oberstapotheker Heidemanns⁵. Deshalb sollte improvisierte Arzneimittelherstellung in jeder öffentlichen Apotheke, Krankenhaus-Apotheke, Bundeswehr-Apotheke und in pharmazeutischen Hochschulinstituten möglich sein, die, wie er vermutet, über ein „Spitzen-Know-how“ verfügen. Seine Vorstellungen sind noch simpler als bereits erwähnte: Man nehme ein Kapselsteckbrett und eine ungeübte Person und schon hat man im 24-Stunden-Schichtbetrieb 20 000 Kapseln. Man gebe einen gehäuften Eßlöffel Acetylsalicylsäure (das sind 15,60 g bis 19,80 g, wie er hat messen lassen) zu 500 ml Zuckersirup — fertig ist ein Arzneimittel ausreichender Qualität!

Was charakterisiert die hier dargestellten Arbeiten über Katastrophenpharmazie?

Erstens: Einzelne Katastrophenerscheinungen werden willkürlich aufgezählt, die sich zudem noch widersprechen: keine Energie, aber eine intakte Wasserleitung, Schwerpunktmäßig verteilte Notherstellung, aber zerstörte Infrastruktur, „Anfällige“ (?) Pharmaindustrie, aber unversehrte Hochschulinstitute. Jede vernünftige Überlegung müßte aber von vorstellbaren konkreten Katastrophensituationen ausgehen, um darauf die zu planenden Maßnahmen zu beziehen!

Zweitens: Die Autoren unterscheiden nicht zwischen verschiedenen möglichen Katastrophen. In politischer Blindheit halten sie einen Atomkrieg für ebenso unvermeidbar wie eine Naturkatastrophe. Daraus folgt dann fast wie von selbst die Vermischung von Zivilschutz und Katastrophenschutz. Einmündend in den Zivilschutz, bedeuten ihre Vorschläge eine Militarisierung der Pharmazie, und unter diesem Gesichtspunkt müssen wir sie sehen, z. B. Ausweitung der Vorratshaltung durch Änderung der Apothekenbetriebsordnung, Eingliederung der Apotheken in den Zivilschutz durch das Gesundheitsschutzgesetz, Entwicklung von Standardrezepturformeln!

Drittens: Die Autoren setzen pharmazeutische Betriebsamkeit an die Stelle gesellschaftlicher Verantwortung. Mit Scheuklappen versehen, sind sie auf „ureigenste Apothekeraufgaben“ fixiert und unfähig zu erkennen, daß die einzige Chance überhaupt in der Verhinderung des Krieges liegt.

Viertens: Die Autoren wecken durch wahllose, konkretistische Einzelvorschläge den Eindruck, die Pharmazie könne im von ihnen gedachten Ernstfall alles im Griff haben. Aber: 97 Prozent aller Arzneimittel werden industriell gefertigt. Es wäre schlicht unmöglich, Apotheken technologisch, materiell und personell so auszustatten, daß sie diese Produktion, noch dazu in Situationen extrem hohen Bedarfs, übernehmen könnten. Warum auch?

Von den 27 Krankenhaus-Apotheken Westberlins z. B., stellen die meisten überhaupt keine Infusionslösungen selbst her, und keine einzige produziert den gesamten eigenen Bedarf. Aber es sind so viele Infusionslösungen gelagert, daß hier kaum ein Mangel bei der Versorgung vieler Schwerverletzter auftreten könnte. Die Lager können binnen Stunden wieder aufgefüllt werden. Nur in einem Krieg wäre dies nicht so, aber in einem Krieg ist eben eine planbare medizinische Versorgung nicht mehr möglich!

Die Katastrophenvorstellungen der Katastrophenpharmazeuten

Auf welche Katastrophen ist die Pharmazie vorzubereiten? Dazu gibt es folgende Aussagen:

Flottillenapotheker Vollhardt: „Die Katastrophe ist zum einen eine Wende zum Unheil, zum anderen ein schweres unglückliches Ereignis. Die Katastrophe reicht vom einfachen Notfall bis zum schlimmsten Fall einer Katastrophe, dem Krieg ... Kriege, ob konventionelle oder mit ABC-Massenvernichtungsmitteln, sind nicht naturgegeben, sondern werden vom Menschen verursacht; auch Revolutionen sind vom Wesen her — im Gegensatz zu Evolution — katastrophal ... Hungersnöte und Seuchen sind typische Sekundärkatastrophen, besonders nach Naturkatastrophen und Kriegen ... Wie anfänglich dieses System (der Katastrophenversorgung U.F.) aber ist, zeigen gerade in letzter Zeit die verschiedensten Katastrophen, wie z. B. die Schneekatastrophe in Schleswig-Holstein ...“

Oberfeldapotheker Schell: „Technisches und menschliches Versagen, Terroranschläge und Sabotage können ganz außergewöhnliche Situationen bringen, die in ihrer Vielfalt bedacht sein müssen und die unter Umständen sogar die Gefahren durch chemische Kampfstoffe einschließen müssen.“

Chefapotheker Einberger, ehemals Sanitätsoffizier: „Die über den Akutfall hinausreichenden Folgen einer Katastrophe im Hinblick auf die weitere Existenz der betroffenen Bevölkerung können hier nicht ausgeführt werden und sollen nur als längerfristiges Versorgungsproblem erwähnt sein.“

Katastrophen

Da wir keine Gegner des Katastrophenschutzes sind, scheint es nun sinnvoll, die Möglichkeiten der medizinischen Versorgung in konkreten Situationen zu betrachten.

1. Naturkatastrophen

- Sturmflut 1962 in Hamburg: Versorgung von außen war möglich.
- Waldbrandkatastrophe 1975 in Niedersachsen: die individualmedizinische Versorgung war gesichert, d. h. keine Notwendigkeit „Katastrophenmedizinischen“ Handelns.
- Schneekatastrophe 1978/79 in Schleswig-Holstein und Niedersachsen: keine ernstlichen Zwischenfälle für die von der Außenwelt abgeschnittene Bevölkerung. Selbst Dialysepatienten wurden versorgt.

Was davon bietet Anlaß für den Katastrophenschutz-Boom seit 1980?

2. Der chemische Super-GAU als Industriekatastrophe

Phosgen ist ein extrem giftiges, für die Kunststoffherstellung in großem Maßstab produziertes Gas. Phosgentanks gibt es in vielen größeren Chemiebetrieben. Das Platzen eines Phosgentanks mittlerer Größe in einem Gebiet mittlerer Bevölkerungsdichte würde weit über 2000 Soforttote und 20 000 zum Teil schwer Verletzte fordern. Die meisten Städte des Ruhrgebiets liegen in einem solchen Risikobereich. Das Berstisko eines Phosgentanks, so wurde bekannt, ist 50mal größer als die Wahrscheinlichkeit einer Naturkatastrophe.⁶ Solche konkrete Möglichkeit einer schon seit Jahrzehnten drohenden konkreten Katastrophe wurde von unseren Katastrophenapothekern niemals genannt. Warum nicht? Ist sie zu konkret? Würden die Apotheker im Ruhrgebiet nicht mitmachen? Weil es auf der Hand liegt, daß ein solches Unglück abwendbar ist? Oder geht es am Ende gar nicht um solche Katastrophen?

3. Der Krieg

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat drei verschiedene Kriegsabläufe und ihre Folgen dargestellt:⁷

1. eine 1-Megatonnen-Bombe auf eine Großstadt wie London,
2. ein Krieg mit kleinen taktischen Waffen, zusammen 20 Megatonnen in Mitteleuropa,
3. ein weltweiter Krieg mit 10 000 Megatonnen, das ist gerade die Hälfte aller Kernwaffenvorräte.

In London gäbe es 1,5 Millionen Tote und ebensovielen Verletzte. In Mitteleuropa gäbe es 9 Millionen Tote und Schwerverletzte, davon 8 Millionen Zivilisten.

In einem Weltkrieg gäbe es über 1 Milliarde und 150 Millionen Tote, und 1 Milliarde 100 Millionen Verletzte, also die Hälfte der Menschheit wäre sofort betroffen, im Rest der Welt würden viele Millionen Menschen in den folgenden Jahren wegen der Ernteausfälle verhungern. Auf der nördlichen Halbkugel gäbe es über 12 Millionen zusätzlicher Krebskrankheiten, von Tuberkulose und Pest zu schweigen.

In den USA gibt es 2000 Verbrennungsbetten, in Westeuropa 1500. Nach einem vergleichsweise „kleinen“ Bombardement wie in Hiroshima gäbe es 13 500 lebende Verbrennungsoffer. Für sie bräuchte man, beispielhaft berechnet, an einem einzigen Tag: 50 625 l Elektrolytlösungen
50 625 l kolloidale Lösungen
27 000 l Aminosäure- und Glukoselösungen
27 000 Ampullen Digitalis
48 600 Ampullen Dopamin
202 500 g Penicillin
4 320 000 mg Gentamycin
40 500 Flaschen Metronidazol
40 500 Ampullen Ranitidin
40 500 g Corticoide
67 500 Ampullen Diazepam
194 400 Ampullen Fentanyl

Und Apotheker Heidemanns, mitten im Inferno, will pro Tag 20 000 Kapseln produzieren!

Die WHO sagt aus: kein Gesundheitssystem der Welt könnte die Opfer eines Atomkrieges versorgen. Und es ist wenig wahrscheinlich, daß in Mitteleuropa ein Krieg ohne Atomwaffen geführt wird. Doch nicht nur Atomwaffen sind gefährlich: moderne konventionelle Waffen sind Hochgeschwindigkeitsgeschosse, Flächenwaffen wie Artilleriegranaten mit 14 000 bis 15 000 Splittern, Clusterbomben mit 200 000 Kügelchen, Napalmbomben. Sie erzeugen komplizierte, teilweise großflächige Verletzungen.

Auch konventionelle Kriege sind eine atomare Gefahr: zerstörte Atomkraftwerke könnten halb Europa verseuchen.

Es wird im nächsten Krieg keine Medizin mehr geben! Es wird im nächsten Krieg keine Pharmazie mehr geben!

Literatur

- ¹ Schell, F.: Pharmazie im Katastrophenfall, Münch. med. Wschr. 122, 1463 (1980)
- ² Vollhardt, H.: Versorgung mit Arzneimitteln im Katastrophenfall, Deutsche Apothekerzeitung 122, 296 (1982)
- ³ Bannert, C., Hehenberger, H.: Herstellung von Arzneimitteln im Katastrophenfall, Krankenhauspharmazie 5, 105 (1983)
- ⁴ Einberger, C.: Arzneimittelherstellung in der Apotheke unter dem Aspekt eines Katastrophenfalls, Deutsche Apothekerzeitung 123, 1675 (1983)
- ⁵ Heidemanns, H. A.: Herstellung von Arzneimitteln im Notfall — Möglichkeiten und Grenzen, Deutsche Apothekerzeitung 123, 1676 (1983)
- ⁶ Koch, E. R., Vahrenholt, F.: Seveso ist überall, Kiepenheuer & Witsch, Köln 1978, S. 102
- ⁷ Die Folgen eines Atomkrieges. Eine Studie der Weltgesundheitsorganisation WHO, Hamburg: APPELL Gesundheitswesen für den Frieden.
- ⁸ Deutsche Apothekerzeitung 122 (1982)

Materielles Elend, soziale Not und seelisches Leid

Referat von Erich Wulff
auf dem DGVT-Kongreß
in Berlin
II. Teil

In diesem Zusammenhang taucht die Frage auf, ob bei längerer Arbeitslosigkeit, vor allem bei Menschen, die das Arbeitsleben kaum kennengelernt haben, also beispielsweise Jugendarbeitslose, nicht eine andere, der Normopathie komplementäre seelische Leidens- und Verbiegungsform auftritt. Bestimmte Zusammenhänge sogenannten devianten Verhaltens zur Arbeitslosigkeit sind ja empirisch bereits aufgearbeitet worden: Dazu gehört die Zunahme von Alkoholismus, von Drogenkonsum und -mißbrauch, von Kriminalität. Auch der Zerfall familiärer Beziehungen ist zu beobachten, beispielsweise in den Großstadtghettos der USA, Chester HINES hat dies meisterhaft beschrieben. Aus einer moralisierenden, normopathischen Perspektive lassen sich diese Erscheinungen unter dem Oberbegriff der Verwahrlosung zusammenfassen (und aburteilen). Gleichwohl handelt es sich hier nicht bloß um Zuschreibungsprozesse durch andere, wie wir gesehen haben, Normopathen. In der Situation längerer Arbeitslosigkeit und der damit oft einhergehenden sozialen Marginalisierung kann tatsächlich eine grundlegende, regressiv Voränderung des Wirklichkeitsbezuges erfolgen, die ich in einem anderen Zusammenhang — bei der Analyse der psychischen Veränderungen von Insassen sogenannter fester Häuser — „Zerspielung“ der Wirklichkeit genannt habe. Wo, weil die Aussicht, im Arbeitsprozeß — und damit im Kernbereich der Gesellschaft — wieder Fuß zu fassen, verschwindend gering ist und die normopathischen Abwehrmechanismen gegen die in der Wirklichkeit uneinlösbaren Bedürfnisse nicht mehr greifen, dort wird jedenfalls von einem Teil der Betroffenen dieser Wirklichkeit ihre Besetzung mit Ernsthaftigkeit gleichsam gezogen. Sie verliert so ihre Widerständigkeit (gegenüber Wünschen, Phantasmen) und verwandelt sich in mehr oder weniger beliebiges und reaktulierbares Spielmaterial, mit dem man so, wie es einem die momentanen Bedürfnisse diktieren, umspringen kann, — in eine Szene absurden Theaters.

Mit diesem Begriff der Zerspielung hoffte ich etwas positiver, Bedürfnisorientierter zu fassen, was im Begriff der Anomie und der Verwahrlosung normorientiert zum Ausdruck kam. Bedürfnisse, deren Befriedigung in der Wirklichkeit versagt ist, darunter auch durchaus positive wie diejenigen nach Kreativität und Spontaneität, brechen nach dem Zusammenbruch normopathischer Ordnungsprinzipien zunächst nur in bestimmten steuerungsgeminderten Situationen, später u. U. auch dauerhaft durch und verabsolutieren sich. Sie verwirklichen sich aber nicht durch eine Veränderung der Wirklichkeit bezüglich deren materieller, stofflicher Seite, auch nicht in erkämpften, allgemein durchgesetzten Veränderungen der gesellschaftlichen und persönlichen Verhältnisse, sondern nur dadurch, daß Dingen und Menschen willkürlich beliebige Identitäten zugeschrieben werden und sie in Beziehungsformen zueinander gesetzt werden, die nur im Kopf des zerspielenden Subjekts existieren,

denen zufolge dieses aber, um sie gleichsam zu „realisieren“, mit Dingen und Menschen dann auch handelnd umzugehen versucht. Noch genauer gesagt: Erst in einem solchen handelnden Umgangsversuch finden die bedürfnisgesteuerten Identitäts- und Beziehungszuschreibungen bei nicht-psychotischen Menschen eine Verwirklichungsmöglichkeit, kann sie (wenn auch nur als Spiel-)Wirklichkeit erfahren werden. — Ich kann diese Gedankenfäden, die mir entscheidend zu sein scheinen, hier nicht weiter fortführen, und auch nicht den imaginären destruktiven Dialog, den Normopathen und Verwahrloste — positiv gefaßt, Zerspieler der Wirklichkeit — miteinander austragen. Daß in Krisen neben Depressivität, diese beiden Haltungen Krisen gegenüber gleichzeitig vorkommen, beide sich entwickeln und vermehren, macht wohl auch statistische Untersuchungen — beispielsweise über die Häufigkeit krimineller Handlungen in Krisenzeiten — so schwierig und in ihren Ergebnissen so widersprüchlich, wie ALI WACKER dies 1977 dargestellt hat.

In einem nächsten Anlauf möchte ich noch die Frage stellen, welche Situation zu einer solchen Gleichzeitigkeit von Normopathie, Verwahrlosung und Depressivität führen können. Daß Drohen, bzw. Eintreten der Arbeitslosigkeit in ökonomischen Krisen eine solche Situation ist, daran besteht wohl kaum ein Zweifel. Dazu vorweg: Längerdauernde Arbeitslosigkeit ist m. E. eben nicht bloß eine von vielen einengenden und die Entfaltungsmöglichkeiten behindernden Situationen im menschlichen Leben, die mit institutionellen Hilfen mehr oder weniger unbeschadet überstanden werden kann. Ich zögere nicht, in ihr eine Extremlastung zu sehen, in der Richtung, wenngleich noch nicht im Grade, darin Lagerhaft und Anstaltsleben nicht unähnlich. Es handelt sich um Deprivation, wie bei der sensorischen (in Einzelhaft) und der sozialen (in den meisten Anstalten und Gefängnissen) um eine Deprivation, die einen wesentlichen Strang des menschlichen Wirklichkeitsbezuges zerschneidet. Deshalb ist es auch gar nicht so verwunderlich, daß die Pathologie, die bei längerer Arbeitslosigkeit beschrieben wird, in ihrer Art (allerdings auch hier zu meist nicht in ihrem Schweregrad) derjenigen ähnelt, die bei Lagerinsassen — Nazi-Verfolgten, Kriegsgefangenen etc. — beschrieben worden ist. Ich gebe dies vorläufig als einen ersten Eindruck wieder, meine aber, daß in der Überprüfung einer derartigen Hypothese eine wichtige zukünftige Forschungsaufgabe auch und besonders für Psychologen liegt.

Was ist aber nun dasjenige, was sich in der Krise, insbesondere der längeren Arbeitslosigkeit, den Betroffenen an Wirklichkeitsbezug entzieht und ihn zu regressiven Formen von Wunscherfüllungen (sei es Normopathie, sei es Zerspielung) zwingt? MOHR und FRESE haben die Situation von längerfristigen Arbeitslosen — in Anlehnung an Seligmann — als Kontrollverlust (bzw. Nicht-Kontrolle), an anderen Stellen auch als „gelernte Hilflosigkeit“ beschrieben. Man kann dies einfach auch so sagen, daß der Arbeitslose erfährt, seine eigene Situation (in der Wirklichkeit) immer weniger in der Hand zu haben, immer weniger selbst steuern und beeinflussen zu können. Solche Situationen sind — darin ist das Schrifttum bis BECK sich einig — depressionsfördernd. Unter verschärften äußeren Bedingungen, unter anderem aber dann, wenn der Arbeitsbezug zur Wirklichkeit noch gar nicht in der Persönlichkeit, dem Charakter eines Menschen verwurzelt ist, mag eine solche depressive Phase einfach übersprungen werden eben in Richtung auf das, was ich vorhin Zerspielung der Wirklichkeit genannt habe. Im Vorfeld, besonders bei älteren Arbeitern, die ihren Arbeitsplatz noch haben, aber ständig um ihn bangen müssen, mag die Depressivität auch noch mit normopathischen Projektionen abgewehrt werden können.

In diesem Zusammenhang scheint es mir übrigens fraglich zu sein, ob der von MOHR und FRESE verwendete Begriff der Kontrolle die Ebenen vielfältiger Wirklichkeitsteilnahme durch das tätige Objekt überhaupt abdecken kann, nicht vielmehr nur eine (relativ eingeschränkte) Dimension davon widergibt. Ich hätte eher die Neigung, davon zu sprechen, daß langfristige Arbeitslosen so etwas wie ein eigenes, eigenverantwortliches Beteiligtsein an der Wirklichkeit gewonnen ist. Von diesem Begriff her fänden sich dann

auch Anknüpfungspunkte zum Aneignungsbegriff der dialektisch-materialistischen Philosophie, mit dem, gerade hinsichtlich der hier zu Verhandlung stehenden Sachverhalte, eine Menge anzufangen ist, auch deshalb, weil dieser Begriff sehr intensiv auch auf Identität, und damit auf den subjektiven, besser: subjektivierenden, Aspekt, jeder Wirklichkeitsbeziehung verweist, ihren Stoffwechselcharakter gleichsam deutlich macht. Arbeitslosigkeit wäre also als schwerwiegende Störung des Stoffwechsels des Menschen mit der Natur, aber auch mit der gesellschaftlichen und kulturellen Wirklichkeit zu fassen. Erst wenn man dies tut, wenn man einen solchen Stoffwechsel als lebensnotwendig für die psychophysische Gesundheit des einzelnen begreift, so werden auch die psychosomatischen Leidensaspekte dieser Störung, die von vielen Autoren beschrieben worden sind, etwas verständlicher.

Am Ende meiner Darstellung soll noch ein Hinweis gegeben werden, was in einer so trostlosen Situation wie ökonomischer Krise und Arbeitslosigkeit hilfreich sein kann. MOHR und FRESE führen hier die „Aufrechterhaltung eines hohen Maßes an Aktivität“ an, das Beispiel, das sie dazu geben, ist eine aktive Beteiligung an politischer oder gewerkschaftlicher Arbeit. „Für Personen, die in einer Gewerkschaft Mitglied sind, besteht nur ein sehr geringer Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Depression, während derselbe Zusammenhang bei Personen sehr hoch ist, die nicht Mitglied einer Gewerkschaft sind.“ Ich glaube, es versteht sich von selbst, daß dabei nicht einfach gemeint sein kann, der Erwerb eines Mitgliedsbuches einer Gewerkschaft verhindere bereits das Auftreten von Depressionen. Wenn auch in der Wirkung weniger ausgeprägt, ist nach diesen Autoren auch die Aktivität im sozialen und Freizeitbereich geeignet, dem Arbeitslosen Depressivität vom Leibe zu halten. Und schließlich spielt bei letzterem noch die Zukunftsorientierung des Arbeitslosen eine Rolle, die von MOHR und FRESE allerdings auch wieder nur, unter den wenig tauglichen Begriff der Kontrolle subsumiert und die zudem noch auf die Hoffnung, in absehbarer Zeit wieder Arbeit zu finden, eingeengt wird.

Trotz der schiefen begrifflichen Formulierungen ergeben sich aus dieser Arbeit, die Sèves Annahmen empirisch verifiziert, praktisch wertvolle, auch theoretisch wichtige Hinweise: Wenn man sich mit Schicksalsgefährten zum Ziel der Überwindung der gemeinsamen Situation (der Arbeitslosigkeit) zusammenschließt, und wenn man in der Zukunft für sich selber, die Schicksalsgefährten und (ich extrapoliere, in die gesellschaftliche Entwicklung) der Menschheit Chancen und Möglichkeiten sieht, die eine lästige Verwirklichung für den einzelnen möglich machen, ihrer aber auch bedürfen, dann wirken sich die gesundheitlichen Beschädigungen weniger schwerwiegend aus. Und wir können wohl auch voraussetzen, daß sie unter solchen Bedingungen nach dem Ende der gesellschaftlichen Marginalisierung durch die Arbeitslosigkeit auch eher überwunden werden können. Kurz, es geht darum, in einer Situation, wo die gegenwärtige Wirklichkeit nur wenige Ansatzpunkte für eine subjektive Teilhabe einen subjektiven Aneignungsprozeß bietet, der zukünftigen Möglichkeiten der Überwindung dieser Situation, nicht nur allgemein, sondern auch durch und für einen selbst, sicher zu sein, sich in der tristen Gegenwart also konkrete Zukunftsperspektiven zu bewahren. Wieder wird hier eine Parallele zur Verfolgten-Psychologie und -Psychiatrie deutlich: Auch im KZ haben diejenigen, die kollektiv organisiert waren und gleichzeitig sich ihre Zukunftsorientierung bewahren konnten, d. h. konkret die bewußt Politischen, eher als die anderen überlebt, weniger an dauerhaften seelischen Schäden davongetragen, bzw. die letzteren nach der Befreiung besser verarbeitet und überwinden können. Und damit bin ich wieder bei dem zu Beginn dieses Vortrages angerissenen subjektiven Faktor, der weder in einer Milieu- noch in einer Dispositionstheorie aufgeht, wenn man die Augen für ihn und seine Wirksamkeit offenhält. Wenn die Gegenwart ihm auch keinen Ansatzpunkt an der Wirklichkeit gewährt und ihn auf imaginäre Befriedigungen zurückverweist, so bleibt er gleichwohl in einer möglichen — im Kollektiv auch konkret zur Verwirklichung anstehenden — Zukunft verankert, selbst wenn diese Zukunft im Augenblick noch nicht viel mehr ist als ein Prinzip Hoffnung.

Wo für Arzneimittel wie für Schweizer Käse gewonnen werden darf, wo Marketingstrategien über den medizinischen Fortschritt bestimmen, wo die Apotheke zum Drugstore wird, kurz — in einem Lande, wo das Geschäft mit der Krankheit blüht, sollte man doch nicht so entsetzt und überrascht tun, wenn auch unsere halbweißen Götter sich anschicken, in die Niederungen des lukrativen Pharmageschäfts hinabzusteigen — wie jüngst in Westberlin.

Dort haben sich ein paar clevere Mediziner zusammengesetzt und darüber nachgedacht, wie man sich angesichts düsterer Wirtschaftsprognosen vom Kuchen des Pharmageschäfts ein kleines Stückchen abschneiden kann. Sie beschlossen, eine Genossenschaft zu gründen, taten es und gaben ihr den klang- und kunstvollen Namen „id-art“.

Mit ihrer Hilfe kaufen sie nun preiswert angebotene arzneiliche Wirkstoffe, die keinen Patentschutz mehr genießen, und verwandeln sie in „id-art“-Produkte. So einfach kann man bei uns Pharmaproduzent werden! Bis Ende Mai sollten die ersten fünf Erzeugnisse (u.a. Penicillin-, Doxycyclin- und Oxazepam-Präparate) zur Verfügung stehen.

Für einen gesicherten und wachsenden Umsatz sorgen die Eigentümer selbst, indem sie ihre Ware ärztlich verordnen. Je mehr ärztliche Genossenschaftler und je mehr verordnete „id-art“, um so höher am Jahresende die Ausschüttung.

Na und? Daß man mit der Gesundheit seiner Bürger gute Geschäfte machen kann, ist doch nichts Neues. Der Kampf um den Profit macht um das Gesundheitswesen keinen Bogen, auch wenn das Hohe Lied vom ärztlichen Berufsethos das gerne verschleiern möchte.

id-Artistik

Ingeborg Simon zu einem neuen Beutelschneider-Projekt

Die Berliner Ärztekammer — wohl wissend, was sie der Öffentlichkeit schuldig ist — zeigt sich nach der Genossenschaftsgründung moralisch entrüstet. Sie kritisiert ihre geschäftstüchtigen Kollegen und verweist auf die Berufsordnung der Ärzte, die eine Verquickung ärztlicher und wirtschaftlicher Interessen verbietet.

Einen solchen Verstoß sehen die „id-artisten“ nicht. Sie erinnern daran, daß jeder Arzt Aktionär bei Bayer oder Hoechst sein darf, ohne deswegen mit der Berufsordnung in Konflikt zu geraten. Ihre Devise lautet: der Zweck heiligt die Arzneimittel, und der Zweck — sagen sie — ist gut: Im Vordergrund ihrer Überlegungen steht der Wunsch, einen eigenen kostendämpferischen Beitrag zu leisten. Ihre Preise sollen um 20 Prozent unter dem vergleichbaren Angebot liegen.

Erwirtschaftete Überschüsse sollen — nach Abzug der Gewinne (verstet sich) — in einen Forschungsfonds fließen. Ist das nichts?

Verfolgt man die überaus breite Reaktion in der Presse, so fällt auf, daß da viel von Moral und Anstand die Rede ist, aber von niemandem die entscheidende Frage nach den gesellschaftlichen Bedingungen aufgeworfen wird, die „id-art“ denkbar und realisierbar machen.

Gerade im Gesundheitswesen werden täglich alle schönen Visionen ärztlichen Handelns von der harten Realität des Geschäfts mit der Gesundheit eingeholt, „id-art“ ist dafür nur ein Beispiel, wenn auch ein besonders anschauliches.

Das wird vor allem in der Person von Dr. Gerhard Raudszus deutlich. Er ist die Personifizierung dieses Wider-

spruchs zwischen Anspruch und Realität in seiner Doppelfunktion als aktiver Standespolitiker einerseits (er ist Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin) und als Aufsichtsratsvorsitzender der „id-art“-Genossenschaft andererseits (er hat übrigens inzwischen den „id-art“-Vorsitz aus taktischen Gründen abgegeben). In seiner Funktion als Standespolitiker z. B. weist er jeden Versuch, die ärztliche Verordnungstätigkeit im Interesse des Patienten zu verbessern — etwa durch die Einführung von „Positivlisten“ — als unstatthaften Eingriff in die ärztliche Therapiefreiheit zurück, scheut sich aber als „id-art“-Mann nicht, eben diese hochgelobte Freiheit einer Handvoll „id-art“-Produkte zuliebe aufzugeben.

Diese Doppelbödigkeit der Argumentation ist ein klassisches Merkmal kapitalistischer Gesundheitspolitik. Klassisch ist es auch, daß in dieser ganzen Diskussion der Patient und seine Bedürfnisse kein Thema sind. Sie können auch gar keine Rolle spielen, weil es den Ärztefunktionären hier nicht um arzneimittelpolitische Inhalte und Probleme geht, sondern einzig und allein um ihr gefährdetes Image.

Der Westberliner Arzt und Gesundheitsstadtrat Ellis Huber — Sprecher der „Fraktion Gesundheit in der Ärztekammer Berlin“ — warf den „id-art“-Strategen vor, mit ihrem Treiben den Glauben der Patienten an objektiv informierte unabhängige Ärzte zu zerstören.

Wenn „id-art“ das wirklich geschafft haben sollte, hat sie all den Kräften, die seit Jahren beharrlich gegen die Pharma-Industrie und ihren schlimmen Einfluß auf die ärztliche Verordnungstätigkeit kämpfen, einen guten Dienst erwiesen. „id-art“ ist für sie nur eine Bestätigung, daß ihr politischer Kampf richtig und notwendig ist.





KRIEGERSPUR

IN WALD UND FLUR

Für Umwelt- und Gesundheitsschäden sorgt das Militär schon im Frieden

Ungefähr 25% aller Umweltbelastungen werden durch militärische Aktivitäten verursacht. Dies hat das Stockholmer Friedensforschungsinstitut SIPRI ermittelt. 10% der Weltrohstoffressourcen werden für militärische Zwecke vergeudet.

Am 13. April 1984 starben zwei Franzosen im Lungenödem. Sie haben deutsche Giftgas-Granaten aus dem Ersten Weltkrieg gefunden. Am selben Tag stellt Bundesverteidigungsminister Wörner zwei „Skyguard“-Systeme der Öffentlichkeit vor. Damit sollen Tiefflieger festgestellt werden. 1983 hat es mehr als 2000 Beschwerden über Tieffluglärmbelästigungen gegeben. Am 30. April zieht ein für Chile gebautes deutsches U-Boot einen dänischen Fischkutter in die Tiefe. Drei dänische Fischer sterben.

„Nun ist endgültig Schluß“, sagte am 28. April ein Haupt-

feldwebel zu seinem 18jährigen Sohn und erschießt ihn. Sie haben sich wegen des Fernsehprogramms gestritten. Der Hauptfeldwebel gilt als „übertrieben militärisch korrekt“. Am 24. führen Schießübungen der britischen Rheinarmee auf dem Truppenübungsplatz Senne bei Paderborn zu einem Großbrand. 100 Hektar Wald werden vernichtet. Die Flammen können 40 Meter vor einem Munitionsdepot gestoppt werden. Der deutschen Polizei wird lange Zeit der Zutritt zum Truppenübungsplatz verwehrt, die deutsche Feuerwehr zu spät zur Hilfe gerufen.

Das sind Meldungen der Tagespresse aus nur zwei Wochen. Mehrere Tote, Lärmbelästigungen, psychische Schäden, Landschaftsvernichtung, Gefährdung der Bevölkerung — Alltag des Militärs. Wohlgekannt im Frieden. Militär und Gesundheit, Militär und Umwelt — das sind Themen, die in der bundesdeutschen Wissenschaft und Politik nicht existieren. Dabei sind sie allgegenwärtig.

„Kein westliches Land wird auf engem Raum militärisch mehr genutzt als die Bundesrepublik Deutschland“, vermerkt stolz das Weißbuch 1983 der

Bundesregierung. Nach ihm umfaßt das militärische Gebiet in der Bundesrepublik 403 000 Hektar. Das entspricht einem Drittel der Größe Schleswig-Holsteins oder fast der doppelten Fläche des Saarlandes. Das ist auch zweimal die Fläche der Naturschutzgebiete in der Bundesrepublik. Allein die 150 000 Hektar, die die ausländischen Streitkräfte — natürlich umsonst — nutzen, haben einen Verkehrswert von 40 Milliarden Mark. Zwei Milliarden Mark fehlen dafür jedes Jahr im Bundeshaushalt, das entspricht nämlich ihrem jährlichen Nutzwert. Jede hundertste Wohnung in der Bundesrepublik wird von den ausländischen Streitkräften genutzt; insgesamt sind das 132 000 Wohnungen, die allesamt von der Bundesrepublik — also aus Steuergeldern — gebaut sind. Für 70 Prozent dieser Wohnungen verlangt der bundesdeutsche Staat kein Entgelt.

Herbstmanöver: 21 Tote

Ein anderes Beispiel hat auch das Weißbuch parat: „In kei-

nem westlichen Land wird mehr und auf engerem Raum militärisch getübt als in der Bundesrepublik Deutschland.“ 5000 militärische Übungen finden jährlich in der Bundesrepublik statt. „Wo gehobelt wird, da fallen Späne“, würde dazu ein Kompaniefeldwebel sagen. Für den Steuerzahler fallen dabei vor allem die Kosten ab: die Manöverschäden beliefen sich 1981 und 1982 auf jeweils 240 Millionen Mark; 1978 waren es noch 101 Millionen und 1975 gar „nur“ 73 Millionen gewesen.

Doch die Kosten sagen nicht alles aus: die Ernte- und Bodenschäden, ganz zu schweigen von gesundheitlichen Schäden, lassen sich oft nicht materiell ersetzen. Getübt wird besonders gern in den Gegenden, wo auch die „Vorneverteidigung“ stattfinden soll, in den östlichen Teilen der BRD. Die Oberfranken wissen ein Lied davon zu singen. „Die Amis fahren mit ihren Panzern wie die Verrückten — grad extra durch die Felder. Jedes mal sind in unserem Dorf Gartenzäune umgefahren. Und auf der Autobahn muß man aufpassen, daß man nicht auf ihre kaputten Panzer drauffährt.“ So ein Volksschullehrer aus dem Fichtelgebirge.

Foto: dpa

Das Öko-Institut Freiburg hat Zeitungsberichte über die Herbstmanöver 1982 ausgewertet. Die schreckliche Bilanz sind 21 Tote, 39 Schwerverletzte und 149 Leichtverletzte. Zwei Millionen Liter Treibstoff wurden verbraucht; dafür könnten 20 000 PKWs jeweils 1000 Kilometer fahren. Die anerkannten Sachschäden belaufen sich auf vierzehn Millionen Mark: Da fuhr ein Fahrzeug in ein Wohnhaus, da lief Kraftstoff aus und führte zu einem Fischsterben, da stahlen Soldaten, da fuhr ein Jeep in ein Klärbecken, da wälzten Panzer Rebstöcke nieder, da wurden Felder zerpflegt, da wurde ein tausend Jahre alter Torbogen gefällt, da verlor ein Starfighter Zusatztanks . . .

Am 17. Januar 1966 flogen über der Küste von Palomares in Spanien zwei US-Flugzeuge. Sie berührten einander und stürzten ab. Dabei verlor eine B-52 vier Wasserstoffbomben mit je 1,5 Megatonnen Sprengkraft. Drei der Bomben wurden sofort gefunden, die Suche nach der vierten dauerte drei Monate und kostete Millionen. Sie wurde schließlich im Atlantik gefunden, ihr Sicherungssystem war stark beschädigt. Bis heute nicht gefunden wurden vier Wasserstoffbomben, die beim Absturz einer B-52 über Grönland verloren gingen. Das Schwedische Friedensforschungsinstitut SIPRI hat zuletzt 1977 eine ausführliche Statistik über Atomwaffenunfälle erstellt. Danach kommt es bei den US-Streitkräften durchschnittlich alle zwei bis drei Monate zu einem leichten und alle sieben bis acht Monate zu einem schweren Unfall mit Kernwaffen. Da ist es nur eine Frage der Zeit, wann es in der

denen Quellen hatte der Transporter auch einen Atomsprenkopf mitgeführt.

„Die Möglichkeit, daß Krieg durch einen technischen Fehler oder Irrtum ausgelöst werden könnte, ist praktisch ausgeschlossen,“ steht im Weißbuch 83. Dies ist angesichts der genannten Beispiele mehr als unwahr: Immerhin lagern in der Bundesrepublik mindestens 2000 Tonnen Giftgas und rund 6000 Atomsprenköpfe.

Mit allen diesen Waffen wird ständig geübt, sie werden transportiert und erneuert. 90 000 Tonnen Munition werden jährlich im Hafen von Nordenham und Bremerhaven gelöscht. Von dort fahren die Munitionszüge und Binnenschiffe mit der bri-

Die NATO: an erster Stelle beim Umweltschutz?

santen Fracht — oft ohne daß die Bundesbahnangestellten ihre Fracht kennen — in den Süden, vor allem nach Mannheim und Kaiserslautern. Von da wird die Munition in die örtlichen Depots verschoben. Immerhin 58 Munitionsdepots unterhalten die US-Truppen in der BRD, zum großen Teil mit atomaren und chemischen Waffen bestückt.

Das einzige bekannte Unglück geschah im Juni 1969 in Hannover-Linden. Ein Munitionszug mit 216 Panzergranaten explodierte im Bahnhof. Die Feuerwehr fuhr geradewegs in die Explosion, niemand wußte um den Inhalt der Waggons. Zwölf

Menschen starben und vierzig wurden schwer verletzt.

Rücksichten auf Mensch und Natur muß das Militär freilich auch nicht nehmen. Die Anstrengungen für den Umweltschutz finden „dort eine Grenze, wo die Erfüllung des Verteidigungsauftrages beeinträchtigt wird,“ so die Broschüre „Bundeswehr und Umweltschutz“ des Verteidigungsministeriums. Fast alle Umweltgesetze enthalten Sonderregelungen für die Streitkräfte. NATO-Truppen dürfen auch in Naturschutzgebieten üben; die Bundeswehr darf Wälder abholzen; Gemeinden dürfen bei Bauvorhaben nicht mitentscheiden, wenn es um die Landesverteidigung geht; beim Bau militärischer Flughäfen gibt es kein Planfeststellungsverfahren. Schließlich ist nach dem Benzinbleigesetz auch den Militärs „die Einfuhr von Ottokraftstoffen mit einem höheren als dem . . . festgelegten Gehalt an Bleiverbindungen erlaubt.“

All das ist logische Konsequenz einer weitsichtigen NATO-Politik, die früh — nämlich noch während des Vietnamkrieges — die Bedeutung der Umweltfragen erkannt hat. 1969 bereits wurde der NATO-Umweltausschuß gegründet; 1970 erst gründete die OECD ihren Umweltausschuß, und 1972 erst fand die erste UN-Umweltkonferenz statt. Kein Wunder also, daß der Bundesverteidigungsminister dem „Kabinettsausschuß für Umweltfragen“ angehört. Kein Wunder auch, daß sich Verteidigungs- und Umweltschutzausgaben in (1972 bis 1980) der BRD wie vier zu eins verhalten.

Die Friedensbewegung entdeckt erst jetzt langsam dieses Gebiet. Militärischer Landschaftsverbrauch, Gefahren und Unfälle durch Waffentransporte, Schäden und Unfälle bei Manövern, Luftlärm, Schäden durch den Dienst in der Bundeswehr, Gefahren durch Atombomben (Versuche, Materialgewinnung, Produktion, Unfälle), militärischer Verbrauch von Rohstoffen — mit solchen Themen setzen sich nur wenige Gruppen der Friedensbewegung auseinander. Nach dem Kongreß „Ökologie und Frieden“ von BBU und DFG-VK 1979

Öko-Institut weiß am meisten

folgte lange nichts mehr. Jetzt wendet sich der BBU verstärkt diesem Thema zu und hat einen eigenen Arbeitskreis gegründet. Die aktuellste Aufarbeitung hat mit einer Literaturdokumentation das Öko-Institut Freiburg geleistet.

dg wird sich in folgenden Ausgaben ausführlicher mit dem Thema beschäftigen.

Walter Rapp

Weiterführende Literatur:

Arnim Bechmann (Hg.): Umwelt braucht Frieden, fischer alternativ, 9,80 Mark.
Eberhard Dähne: Rüstung tötet schon im Frieden, Arbeitsmaterialien des IMSF 15, 3 Mark.
Arnim Bechmann (Hg.): Literaturdokumentation Umweltzerstörung durch Militär, Öko-Institut Freiburg, Hindenburgstr. 20, 78 Freiburg, 35 Mark.
Stephan Bartjes u.a.: Militarisierung der Umwelt, in: Blätter für deutsche und internationale Politik 12/80, 5,50 Mark.

Wo sind die Wasserstoffbomben geblieben?

Bundesrepublik zum ersten Unfall mit Freisetzung von Radioaktivität kommt — wenn das nicht schon längst passiert ist.

Kurz davor war es wohl am 2. November 1982. Da versagten bei einem Raketen-Transporter der US-Army in Waldprechtsweiler die Bremsen. Er überrollte einen PKW und verwickelte noch drei weitere Militärlastwagen in den Unfall. Der Fahrer des PKW, ein Familienvater, wurde getötet, zwei Soldaten waren schwer verletzt. Das Dorf wurde evakuiert; nach verschie-

10. Juni 1983:
Auf der Autobahn Würzburg-Fulda liegen drei Luftabwehrraketen vom Typ „Hawk“. Die Umgebung der Unfallstelle ist evakuiert.

Foto: dpa



Der 180-Millionen-Deal

Dioxin-Firmen kaufen sich frei

Dioxin-geschädigte US-Veteranen und die Herstellerfirmen des Gifts einigten sich auf einen Vergleich: weiße Weste für die Täter Almosen für die Opfer. Peter Walger kommentiert.

Sie haben es mal wieder geschafft, die Saubermänner aus der Chemiebranche, die Weste bleibt weiß, die Geste erscheint großzügig: Mit lächerlichen 180 Millionen Dollar verhinderten die Dow Chemical Company und sechs weitere Hersteller des dioxinversuchten Entlaubungsmittels „Agent Orange“ rechtzeitig den Beginn eines Prozesses, den die US-amerikanischen Dioxin-Opfer, Veteranen des Vietnamkriegs, angestrengt hatten, um ihre — berechtigten — Schadensersatzforderungen durchzusetzen.

Wenige Stunden vor der Wahl der Jury in dem US-Distriktsgericht in Brooklyn (New York) und damit kurz vor der Entscheidung über die Kollektivklage von etwa 15000 US-Veteranen verlas der Distriktsrichter Jack B. Weinstein das Ergebnis einer Vereinbarung. Ganze 180 Millionen Dollar sollen demzufolge von den angeklagten Firmen in einen Fonds eingezahlt werden, aus dem die Agent-Orange-Opfer entschädigt werden sollen.

Der Betrag dürfte die Verantwortlichen aus den Chefetagen der Chemie-Multis ein müdes Lächeln kosten. „Keinen signifikant negativen Einfluß auf die finanzielle Position“ erwartet auch der Sprecher von Dow Chemical von diesem Vergleich. Kein Wunder. Eine Verurteilung, die mit Sicherheit hätte erwartet werden müssen, wäre die Giftproduzenten weit teurer zu stehen gekommen.

Mit der stereotypen Behauptung, „Agent Orange“ sei ungefährlich, waren sie immer weiter in die Defensive geraten. Immerhin haben sich inzwischen über

130000 Kriegsveteranen bei der Regierung als mögliche Giftgeschädigte registrieren lassen. Rechtsexperten beziffern die Summe der Schadensersatzforderungen entsprechend auf 40 Milliarden Dollar.

Nun gibt es einen mickrigen Trost-Fonds, die Ermittlungsakten werden geschlossen, der Prozeß findet nicht statt. Die zigtausend US-Veteranen mit ihren schweren Dioxinvergiftungen dürfen sich um 180 Millionen Dollar streiten! Krebskranke, Hautvergiftete, chronisch Nervengeschädigte, Immunabwehrgeschwächte unter den ehemaligen Soldaten, mißgebildete Kinder unter deren Nachkommenschaft, leidende Frauen nach Fehlgeburten oder als Mitbetroffene in zerstörten Familien, das ganze Elend der größten Dioxin-Katastrophe Vietnamkrieg — und das nur auf der Seite der ehemaligen Angreifer! — soll mit hundert oder tausend oder ein paar mehr Dollars für jeden Betroffenen abgegolten sein?

Ganz zu schweigen davon, daß die US-Regierung sich nach wie vor weigert, auch nur einen Dollar für die Beseitigung der Schäden in Vietnam selbst auszugeben; dieser weitere Schlußstrich unter das Kapitel Vietnamkrieg darf nicht akzeptiert werden.

Es gibt zahlreiche Hinweise, daß die Chemiefirmen von der Gefährlichkeit der Herbizide gewußt haben. Es war die Dow Chemical Company selbst, die 1964, zwei Jahre nach Beginn der Gifteinsätze in Südvietnam, ihr Werk in Midland (Michigan) schließen mußte, weil sechzig Arbeiter an Chlorakne erkrankten. In Midland wurde 2, 4, 5-T hergestellt, einer der Bestandteile von „Agent Orange“. Erst 1970 gelangte eine lange verheimlichte Studie an die Öffentlichkeit, die den Verdacht begründete, 2, 4, 5-T könne Mißbildungen bei Neugeborenen auslösen. Die Wissenschaftler hatten das Produkt von Dow Chemical für ihre Tierversuche benutzt. Die Firma rechtfertigte sich mit dem Hinweis, daß die Versuchssubstanz in außergewöhnlich hohem Maße mit Dioxin verunreinigt gewesen sei.

Der Prozeß hätte Klarheit in dieses dunkle Kapitel bringen können. Das haben die Firmen gewußt, und deshalb haben sie vorsorglich 180 Millionen Dollar

lockergemacht. Möglicherweise wäre eine Lawine ins Rollen gekommen, deren Wirkung für die Chemiefirmen, allen voran die Dow Chemical Company, verheerend geworden wäre.

Die nächsten Schadensersatzforderungen warten bereits auf den Adressaten, nachdem in Missouri eine ganze Stadt wegen Dioxinverseuchung evakuiert werden mußte, weil Produk-

tionsrückstände im Straßen- und Wegebau verwandt wurden oder nachdem Herbizide vom Typ 2, 4-D und 2, 4, 5-T durch Dow Chemical nach Brasilien geliefert wurden, um die Transamazonica, eine Hochspannungsleitung, baum- und strauchfrei zu spritzen — wobei über vierzig Menschen und mehrere hundert Rinder zu Tode kamen.

Mit den 180 Millionen Dollar haben sich Dow Chemical und Konsorten erst einmal freigekauft. Ein Lichtblick, daß nicht alle der zahlreichen Veteranen-Organisationen dem Freikauf zugestimmt haben.

Peter Walger

»Agent Orange«

Von Januar 1962 bis Anfang 1970 versprühten die US-amerikanischen Streitkräfte in Südvietnam auf einer Fläche von mindestens zwei Millionen Hektar Wald Pflanzenvernichtungsmittel, in der Hauptsache das sogenannte „Agent Orange“. Das vordergründige Ziel war die Entlaubung der Wälder, um Truppenbewegungen des Vietcong entdecken zu können. Der eigentliche Zweck war die Zerstörung der Lebensgrundlagen der vietnamesischen Bevölkerung auf Jahrzehnte hin — wie sich in letzter Zeit zunehmend herausstellte, nicht nur durch die Vergiftung der Umwelt, sondern auch und gerade der Menschen selbst. Die Auswirkungen sind verheerend: enormer Anstieg der Rate der Totgeburten, der Mißbildungen und der Krebserkrankungen — Verseuchung der Natur und Zerstörung des ökologischen Gleichgewichts.

Der eigentliche Giftstoff war nicht das Entlaubungsmittel selbst, sondern seine „Verunreinigung“ mit dem sogenannten „Dioxin“, dem giftigsten Stoff, der je von Chemikern synthetisiert wurde. Es wird geschätzt, daß 300 bis 600 Kilogramm Dioxin in etwa 44 Litern „Agent Orange“ enthalten waren und auf Südvietnam verteilt wurden.

Weltweite Proteste zwangen die USA 1970 zur Einstellung der Entlaubungsaktionen. Was damals nur Vermutung war und allenfalls aus Tierversuchen bekannt, bestätigt sich heute: Dioxin ist für die erhöhte Rate von Krebsfällen, Totgeburten und Mißbildungen verantwortlich. Von diesen Schäden sind zunehmend auch ehemalige US-Soldaten und deren Kinder betroffen.



Das richteten die USA mit Dioxin in Vietnam an: Eine Mutter, die sich auf ihr Kind gefreut hatte, brachte dieses Wesen zur Welt.

Foto: Hilfsaktion Vietnam e.V.

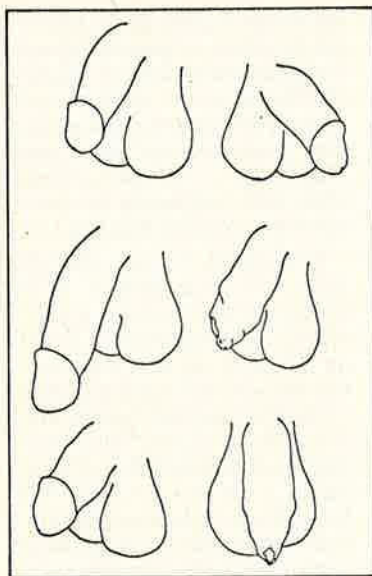


Abbildung 1: Schlappe Penis

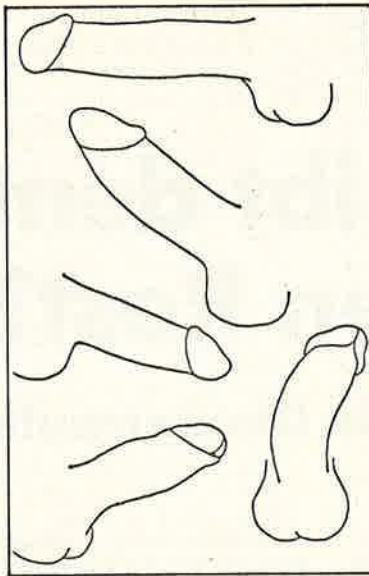


Abbildung 2: Erigierte Penis

No erection, keine
Äktsch. Bernie Z.
weiß immer Rat.

Männersex leichtgemacht

Mit Lehrbuch zum Orgasmus?

Dem Mythos zufolge sind Männer im Gegensatz zu Frauen, was Sex angeht, sehr simple Geschöpfe. Sie haben keine besonderen Bedürfnisse, sie sind fast immer bereit und willig, und ihr einziges Problem besteht darin, wie sie nur genug Sex bekommen können.

Wer denkt eigentlich so etwas? Ist das wirklich eins dieser verbreiteten Vorurteile, die uns das Leben so schwer machen? Oder verbirgt sich hinter diesem Aberglauben ein Minderwertigkeitskomplex, der gespeist wird durch die jahrelange Hinwendung der Aufklärungsarbeit auf die Frau? Während man den Frauen bei der geheimnisvollen Weiterentwicklung ihres Körpers und ihrer Gefühle zusah, sprach keiner mehr über die Sorgen, die die auslaufende Serie der letzten Männer plagten.

Die Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie hat sich jetzt das Verdienst erworben, den zu kurz gekommenen Männern in Westeuropa zur Seite zu stehen. Für sie, aber auch für interessierte Frauen, hat sie vor kurzem das amerikanische Erfolgsbuch „Male Sexuality — A Guide To Sexual Fulfillment“ übersetzen lassen.

Bernie Zilbergeld, der Autor, über den man nicht viel mehr erfährt, als daß er geboren wurde

in New Jersey und 1973 promovierte, hat seine Erfahrungen als Leiter des Men's Program und Kodirektor der klinischen Ausbildung des „Human Sexuality Programs“ der Universität von Kalifornien in San Francisco erworben. Also ein Mann von der Westküste, und wenn man den Erfahrungsberichten der Amerikareisenden Glauben schenken darf, dann ist das auch die Gegend, in der das Therapiegeschäft am besten floriert. Und wenn im Vorwort über Bernie gesagt wird, er sei einer der erfahrensten Therapeuten im Umgang mit Problemen der männlichen Sexualität, dann sollte das wohl reichen, um dem Buch auch bei uns viele Leser zu wünschen. Und wie man hört, plant die DGVt bereits eine zweite Auflage.

Also, wer kann da als Mann jetzt noch zögern? Hier wird einem Hilfe bei der Selbsterkenntnis versprochen. Tun wirs den Frauen nach, entdecken wir uns neu. Schade, daß wir keine Vagina haben, wo wir endlich mal selbst mit einem Spiegel reinucken. Bei uns ist alles schon sichtbar. Was wir entdecken könnten, was uns vielleicht an anatomischen und physiologischen Basiswissen fehlt, das paßt natürlich in eine dünne Broschüre. Das ist es auch nicht, was in dem Buch steht, jedenfalls nicht als Hauptsache.

Stattdessen werden wir zunächst mit einer Art Mahntafel konfrontiert, auf der die zehn wichtigsten Irrmeinungen über die männliche Sexualität einge-meißelt sind. Das geht von dem sattem bekannten, in jeder Illustrierten endlos durchgequatschten Mythos, daß Männer keine Gefühle zeigen dürfen, bis hin zu dem Mythos vom brutalen Fick. Damit man nun nicht gleich das Buch weglegt, wird als letzter Mythos angeführt, daß alle diese Mythen keinen Einfluß mehr auf uns hätten. Bleibt uns nichts anderes übrig, als den Kurs nochmal durchzuziehen. Und nun wieder von vorne: Nr. 1: Männer sollten gewisse Gefühle nicht haben oder zumindest nicht zeigen . . . Nr. 2: Beim Sex wie überall anders auch, zählt nur die Leistung . . . Nr. 3: Der Mann übernimmt beim Sex Verantwortung und Führung . . .

Mit zahlreichen Beispielen werden dann die wahren Bedürfnisse enthüllt, da kommen die ängstlichen, die verstörten, die überforderten, aber auch die raffgierigen und brutalen Männer zu Wort. Und jeder hat da mit den Frauen seine spezifischen Probleme.

Und für jedes Problem weiß Bernie Zilbergeld eine Lösung. Man sollte ihm die Sex-Columne beim Playboy antragen, falls er da nicht sowieso schon schreibt. Nun, das soll hier nicht abwertend gemeint sein: Wer liest nicht schon mal diese Spalten, in denen einem Hilfe und Aufklärung für alle intimen Probleme versprochen wird?

Schlimm wird es erst, wenn man sich durch ein ganzes Buch durcharbeiten muß, in dem ein geschwätziger Autor den sehr schnell desillusionierten Leser durch seine Sprechstunde für

Sexualität schleift. Nach den 23 Kapiteln hat man dann den Eindruck gewonnen, daß es für die meisten Probleme völlig ausreichend ist, die sorgfältig beschriebenen autoerotischen Masturbationsübungen auszuprobieren. Denn im wesentlichen orientiert sich die Sexualtherapie an dem von Charles Lobitz und Joseph LoPiccolo entwickelten neunstufigen Masturbationsprogramm, wie es vorher schon den Frauen mit Erfolg angedient worden war: Darunter fallen die bekannten Selbstuntersuchungen mit einem Spiegel, die manuelle Wiedereroberung vergessener Körperregionen, damit man die Zonen herausbekommt, wo man am meisten reizbar ist usw. Der Therapeut erklärt dann dem Klienten bestimmte Techniken. Dann masturbiert man sich gegenseitig, oder sieht seiner Partnerin oder seinem Partner dabei zu usw. usw.

Während dieses eher verhaltenstherapeutisch aufgebaute Programm jedweder übergreifenden Persönlichkeitstheorie entbehrt, die den Sexualproblemen einen plausiblen Stellenwert im Chaos der Beziehungsprobleme und der Suche nach „Glück“ zuweisen könnte, sind die praktischen Tips nur noch peinlich.

Nicht, daß hier die bedauernswerten Männer zu unmoralischen Handlungen aufgefordert würden! Im Gegenteil, es trieft an allen Stellen geradezu von Moral. Sondern da werden ernsthaft Fragen diskutiert, die aus dem spannenden Lieben mit seinen entsetzlichen Qualen und seinen leider immer viel zu wenigen Höhepunkten ein todlangweiliges Gesellschaftsspiel mit einer ätzenden Spielanleitung machen.

Über solche Art von Verregelung des Sexuallebens schrieb einmal der amerikanische Antipsychiater Thomas Szasz: „Wissenschaftliche Sexologie ist ein wirkliches Trojanisches Pferd: soll aussehen wie ein Geschenk der Moderne an die Menschheit in ihrem Kampf für Freiheit und Würde, es ist aber tatsächlich nur eine andere Strategie für ihre Beruhigung und Versklavung.“

Helmuth Copak

B. Zilbergeld: Männliche Sexualität

Reihe „Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis“, 5., 276 Seiten

Copyright: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, Tübingen, 1983.

Direkt zu beziehen von der DGVt, Postfach 1343, 7400 Tübingen. Preis: 25 Mark

Wer gibt dem Wald den Rest?

Vom Käferregen in die Dioxintraufe

Über den sterbenden Wald machen sich jetzt die Borkenkäfer her. Zur »Kur« gibt es noch einmal eine Ladung Gift.

Malcrische Namen haben sie, die Borkenkäfer, vor denen sich zur Zeit Waldbesitzer, Forstbeamte und zuständige Politiker fürchten wie die Alten vor den Strafen Gottes: „Kupferstecher“, „gestreifter Nutzholzbohrer“, „Buchdrucker“, „großer Waldgärtner“. Eine Invasion nicht gekannten Ausmaßes soll kommen, eine Borkenkäfer-Katastrophe wird erwartet — eine „Kalamität“, wie es in Fachkreisen heißt.

Die Voraussetzungen sind so günstig wie lange nicht: Die Wälder sind flächendeckend abwehrge schwächt, vitalitätsgemindert. Das Waldsterben, von dem nach neuesten Erhebungen jetzt über 50 Prozent des Waldes in der Bundesrepublik betroffen sind, hat die Vorarbeit geleistet: Ein gesunder Baum nämlich verstopft jedes Bohrloch des Borkenkäfers mit einem Harztropfen, tötet damit den Eindringling und verhindert jede nennenswerte Ausbreitung. Ein

kränkender oder sterbender Baum dagegen kann nicht mehr ausharren, die Käfer und andere holzbrütende Schadinsekten finden einen passenden Brutplatz, in kürzester Zeit vermehren sie sich explosionsartig. Ausschwärmende Käfer finden in absterbenden, abwehrge schwächten Wäldern unbegrenzt immer neue geeignete Bäume, die, einmal von mehreren hundert brütenden Käfern befallen, in wenigen Wochen vollständig absterben.

Während es in früheren Zeiten auch gelegentlich Borkenkäferschäden größeren Ausmaßes gegeben hat — ursächlich waren Sturmschäden, Trockenperioden oder andere den Wald schwächende Vorbelastungen — so wird für 1984 und die folgenden Jahre eine Massenvermehrung vom Ausmaß biblischer Plagen erwartet — denn es sind jetzt nicht mehr regionale Herde mit günstigen Brutmöglichkei-

ten, sondern mehr als die Hälfte des gesamten nationalen Baumbestandes bietet sich als mögliche Brutstätte an. Der Prozentsatz dürfte noch weit höher liegen, wenn nur der Anteil des Nadelwaldes berücksichtigt wird. (Die wichtigsten Borkenkäfer sind Nadelholzinsekten.)

Den Waldbesitzern droht ein akuter wirtschaftlicher Einbruch. Die Existenzvernichtung, ohnehin vorprogrammiert, läuft im Zeitraffer ab. Das Waldsterben beschleunigt sich schubartig — mit Borkenkäfern geht es halt ein bißchen schneller als ohne. Und wieder einmal bietet sich als Helfer in der Not die chemische Industrie an. Die Wunderwaffe heißt Lindan. Ob als „TOP Borkenkäfermittel“ von Schering, als „Vernidal Ultra“ oder als „Nexit stark — Nexit flüssig“ der Firma Celamerck: für dieses dioxinhaltige Insektenvernichtungsmittel Lindan wird seit Monaten in der einschlägigen Fachpresse geworben.

In Erwartung der goldenen Rendite wird schnelle und zuverlässige Wirksamkeit versprochen. Originalton Celamerck-Werbung: „Wir sichern den Erfolg Ihrer Arbeit. Nexit stark — Nexit flüssig. Schnell und zuverlässig wirksam. Besonders kostengünstig!“

In Bayern entschloß sich der Landwirtschaftsminister Eisenmann zur kostenlosen Verteilung von Lindan, zur Freude der chemischen Industrie, der die Rendite sozusagen amtlich garantiert wurde.

Daß diese grobe Fahrlässigkeit Opfer geradezu vorprogrammiert, war abzusehen — wer hält schon ein Mittel für besonders gefährlich, das der Staat kostenlos unter die Leute bringt? Schwere Gesundheitsschäden bei einem 53jährigen Landwirt und einem gleichaltrigen Waldbesitzer aus dem Bayerischen Raum nach privater Lindan-Spritzaktion veranlaßten das Ministerium schließlich, die Verteilung einzustellen.

Erst der akute Vergiftungsfall erreichte somit das, was verschiedenste Proteste aus Kreisen des Forstes, von Umweltschützern, von Greenpeace und den bayerischen Grünen nicht vermochten. Aber was heißt schon Stopp einer skandalösen kostenlosen Verteilung — Entwarnung bestimmt nicht. Lindan wird weiter gespritzt und versprüht, vielleicht im Staats- und Kommunalforst vorsichtiger als im Privatwald, aber sicher mit ansteigender Tendenz; je mehr Borkenkäfer, desto mehr Lindan.



Auch Ankündigungen, nur noch „geschultes“ und „fachkundiges“ Personal mit dem Insektizideinsatz zu betrauen, dienen mehr der Beruhigung einer kritischen Öffentlichkeit als einem tatsächlichen Umweltschutz. Möglicherweise mag eine entsprechende Vorschrift den einen oder anderen Vergiftungsfall verhindern, mit „Fachkundigkeit“ ist nämlich mehr der Selbstschutz des Lindanverspritzers als der Schutz der Umwelt gemeint. An der chronischen Vergiftung unserer Umwelt ändert sich auch bei noch so „geschulten“ Insektizidanwendung gar nichts.

Abgesehen davon, daß die Effektivität des Lindan-Einsatzes selbst zu bezweifeln ist — es kann nämlich nur liegendes Holz ausreichend behandelt werden, also nur ein Bruchteil der Brutmöglichkeiten — gibt es genügend Gründe, den Lindan-Einsatz grundsätzlich zu verbieten:

- Lindan gehört zur Gruppe der chlorierten Kohlenwasserstoffe, es ist ein chemisches Folgeprodukt von Trichlorphenol, dem Sevcso-Produkt, und damit dioxinverunreinigt. Der Lindan-Einsatz trägt also zur allgemeinen Dioxinverseuchung der Umwelt bei. Allein der Dioxingehalt bedeutet eine langfristige Gefährdung der menschlichen Gesundheit: Krebs und Mißbildungen können entstehen.

- Lindan selbst ist — abhängig von der aufgenommenen Menge — akut gesundheitsschädlich. Nach der Aufnahme über den Mund, die Haut oder durch Einatmen kann es zu schweren Vergiftungserscheinungen kommen: Erbrechen, Durchfall, Benommenheit, Übererregbarkeit, Zittern, Krämpfe, Bewußtlosigkeit, Herzrhythmusstörungen, Atemlähmung und Schäden von Leber und Blut.

- Lindan ist wie alle chlorierten Kohlenwasserstoffe fettlöslich und kann sich daher im menschlichen Fettgewebe anreichern. Im Körper wird Lindan zwar schneller abgebaut als andere Verbindungen dieser Gruppe, es entstehen jedoch Abbauprodukte, zum Beispiel Tetrachlorbenzol, die sich stärker anreichern und auch noch gefährlicher sind, im Fall der chlorierten Benzole sogar krebserzeugend sein können. In der Umwelt wird Lindan durch Mikroorganismen und durch das UV-Licht der Sonne in teilweise gefährlichere und langlebige Abbauprodukte verwandelt.

- Lindan schädigt als Fraß-, Kontakt- und Atemgift neben Forstschädlingen auch ungezielt

alle möglichen Nutzinsekten, zum Beispiel Bienen und Hummeln. Die Einbringung in Gewässer führt zu sofortigem Fischsterben.

- Auf Umwegen reichert sich Lindan in der Nahrungskette an und kann dadurch zu einer weiteren Belastung für den Menschen werden. Endprodukte dieser Anreicherungswege — bei denen die Gesamtmasse zwar abnimmt, die Konzentration aber steigt — können zum Beispiel Honig, Milch, Eier, Fische und Wild sein. Für das mittlerweile verbotene Insektizid DDT sind diese Wege weltweit ausgiebig erforscht; DDT findet sich heute selbst im Polareis. Für Lindan sind diese Wege im Prinzip die gleichen.

Es kann also überhaupt kein Zweifel daran bestehen, daß die weitere Verbreitung von Lindan eine unverantwortliche Gefährdung mit Langzeiteffekt darstellt. Kurzfristige wirtschaftliche Interessen von Holzbesitzern und von chemischer Industrie sind hierbei die entscheidenden Triebkräfte. Vernünftige Gründe für einen Insektizideinsatz gibt es nicht.

Auch Hinweise aus den Forstverwaltungen, daß man sich so weit wie möglich zurückhalten wolle und nur dort, wo es gar nicht anders gehe, Insektizide einsetzen werde, dürfen nicht darüber hinwegtäuschen, daß jedes Gramm Gift ein Gramm zuviel ist, daß die angeführten Sachzwänge allein wirtschaftlicher Natur sind.

Erfreulich zwar, daß es gegen zwei Borkenkäferarten inzwischen einsatzfähige Sexualblockstoffe und dadurch praktikable Fangmöglichkeiten auf biologischer Basis gibt. Großflächig eingesetzt, und zwar nicht nur im Staatsforst, können die hierfür entwickelten Fallen sicherlich die drohende Massenvermehrung des Buchdruckers und des gestreiften Nutzholzborkenkäfers eindämmen. Aber statt zusätzlichem Gifteinsatz müssen andere, ungefährlichere Maßnahmen ergriffen werden, um wirkungsvoll die Verbreitung des Käfers, insbesondere auch der Arten, für die es noch keine synthetischen Lockstoffe gibt, zu stoppen. Solche Maßnahmen sind zum Beispiel:

- Nicht entrindetes Holz darf nicht im Wald liegen bleiben.

- Nach Sturm- und Schneeschäden und nach dem Holzfällen müssen Aufräumarbeiten zur Auflage gemacht werden.

Nach dem uralten Prinzip der „sauberen Wirtschaft“ müssen kränkelnde Bäume rechtzeitig geschlagen und entrindet werden.

den. — Wer hier den Einwand macht, daß dieser Vorschlag in Anbetracht des Waldsterbens sicherlich in einigen Regionen der kompletten Auflösung ganzer Bestände gleichkäme, hat wahrscheinlich recht.

Für die insgesamt anfallenden Arbeiten könnten zum Beispiel Arbeitslose im Rahmen von Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen eingesetzt werden.

Ziel aller Maßnahmen ist die Verminderung der Brutmöglichkeiten der Borkenkäfer. In Verbindung mit den biologischen Fallen würde jeder Lindan-Einsatz überflüssig, selbst bei enger forstwirtschaftlicher Sicht.

Es bleibt nicht ein auch nur in Ansätzen akzeptables Argument für die chemischen Bekämpfungsprogramme übrig.

Peter Walger
Horstmar Schöne

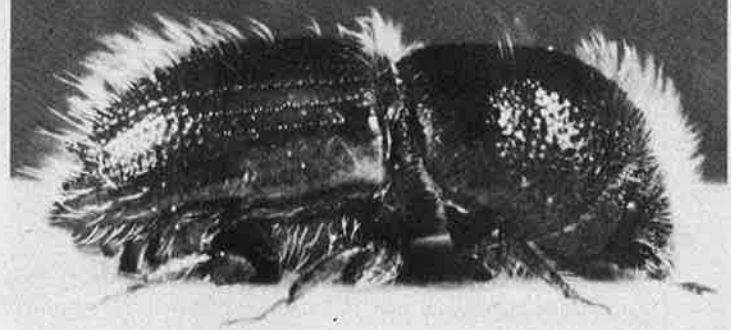
Literatur:

- 1) Vergiftete Umwelt, gefährdete Kinder. Brigitte Kluge u.a., rororo aktuell 5023.
- 2) Vergiftungsregister. W. Braun u. A. Dönhardt, Thieme-Taschenbuch.
- 3) Allgemeine und spezielle Pharmakologie und Toxikologie. W. Forth u. D. Henschler. Wissenschaftsverlag Bibliogr. Institut.
- 4) Allgemeine Forstzeitschrift, Jg. 83, 84.
- 5) Pflanzenschutz- und Schädlingsbekämpfungsmittel. D. R. Klimmer. HUNDT-Verlag.

Und so wirbt zum Beispiel die Firma Schering: kein Wort über den Inhaltsstoff Lindan

Schering
zum
Thema

Borkenkäfer



TOP Borkenkäfermittel SCHERING

Stoppt
Borkenkäferbefall –
schafft
gesunde Wälder.

Borkenkäfer und Vorkäfer sind die gefährlichsten Holzschädlinge. Seit Sommer 1980 haben sie Borken- und Vorkäferbefall in Deutschland und Österreich zu einer der größten Gefahren für den Wald gemacht. Durch ihre Fraßschäden werden die Bäume geschwächt und können schließlich absterben.

Unternehmen Sie deshalb nicht zögern, gegen Borkenkäferbefall vorzugehen, also vor allem Schutzmaßnahmen ergreifen. Denn die künftige Gesundheit ist in der Ausbreitung der Borkenkäfer und Vorkäfer gefährdet. Bei der Bekämpfung von Borkenkäfer und Vorkäfer sind die folgenden Maßnahmen zu ergreifen:

TOP Borkenkäfermittel SCHERING kann auf hochgradig wirksame Weise gegen Borkenkäfer und Vorkäfer eingesetzt werden. Nutzen Sie das Fangmittel.

Maßnahmen: TOP Borkenkäfermittel SCHERING, präventiv oder gegen

Verdacht auf Borkenkäferbefall, kann gegen Borkenkäfer und Vorkäfer eingesetzt werden. TOP Borkenkäfermittel SCHERING kann auch gegen Borkenkäfer und Vorkäfer eingesetzt werden. Nutzen Sie das Fangmittel.

Verdacht auf Borkenkäferbefall, kann gegen Borkenkäfer und Vorkäfer eingesetzt werden. TOP Borkenkäfermittel SCHERING kann auch gegen Borkenkäfer und Vorkäfer eingesetzt werden. Nutzen Sie das Fangmittel.

Maßnahmen: TOP Borkenkäfermittel SCHERING, präventiv oder gegen

Rufen Sie an: 02



SCHERING
Pflanzenschutz

Bittere Pillen für die Dritte Welt

Erster Erfolg der

BUKO-Pharmakampagne

STOP

**für gefährliche
Pharmaexporte**



Neben einer ausreichenden Nahrungsmittelversorgung, sauberem Wasser und der Verbesserung der hygienischen Verhältnisse sind auch Medikamente für die Gesundheitsversorgung in der Dritten Welt nötig. Internationale Pharmakonzerne beherrschen den Arzneimittelmarkt in diesen Ländern. Aus keinem anderen Land werden so viele Medikamente in die Dritte Welt exportiert wie aus der BRD. Bundesdeutsche Konzerne nutzen dabei die unvollkommenen Kontrollmöglichkeiten der Entwicklungsländer aus:

- Sie verkaufen zu viele entbehrliche und unsinnige Präparate in die Dritte Welt.
- Sie preisen Medikamente, die bei uns nur für zwei oder drei seltene Krankheiten zugelassen sind, in Entwicklungsländern als Allersmittel an.
- Sie verkaufen in westlichen Ländern aufgrund ihrer Risiken verbotene Medikamente in der Dritten Welt weiter.

Die Bundesregierung ist gefordert, gesetzliche Maßnahmen zum Schutz der Menschen in der Dritten Welt zu ergreifen. Deshalb fordert die Pharma-Kampagne:

Stop für gefährliche Pharmaexporte!
Kein Export von verbotenen Medikamenten!

Mindestens gleichgute Medikamenteninformation für die Dritte Welt!

Exportkontrollen sind nur ein wichtiger Schritt. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) muß mit einem Verhaltenskodex international verbindliche Richtlinien für den Verkauf von Medikamenten schaffen. Die Pharmaindustrie muß ihre unvermeidbaren Werbepraktiken einstellen und unentbehrliche Arzneimittel billig anbieten.

Unterschriftenliste und
weitere Informationen bei:

BUKO Pharma-Kampagne
Aug.-Bebel-Str. 62
4800 Bielefeld 1

Zum Auftakt der zweiten bundesdeutschen Aktionswoche der Pharma-Kampagne erhielten die Abgeordneten des Deutschen Bundestages am 2. Mai 1984 ungewöhnliche Post: ein Medikamentenfläschchen mit dem Ausdruck „Nur für den Export“.

Im Begleitbrief erläuterten die Initiatoren der Pharma-Kampagne des Bundeskongresses entwicklungspolitischer Aktionsgruppen (BUKO), daß der Inhalt des Fläschchens zum Glück aus Zuckerpillen bestehe, denn Arzneimittel, „die bei uns wegen ihrer Risiken nur für wenige seltene Krankheiten zugelassen sind, werden in Entwicklungsländern als Allersmittel mit hervorragender Verträglichkeit verkauft“.

Auf der Pressekonferenz am gleichen Tag prangerte Jess Durca, Verbraucherschutz und Pharmakritiker aus den Philippinen, das korrupte Vorgehen der Pharmaindustrie in seinem Land an: „Es ist ein offenes Geheimnis, daß einige Mitarbeiter der Medikamentenzulassungsbehörde einen Lebenswandel haben, den sie mit ihrem regulären Einkommen niemals finanzieren könnten.“

Korruption spielt auch bei der Werbung für Medikamente eine wichtige Rolle. Ärzte bekommen „als Prämie Kühlschränke, Armbanduhren, Praxisausrüstungen und Urlaubsreisen, wenn sie genügend Arzneimittel einer bestimmten Firma verkaufen“.

Wilbert Bannenberg, Arzt aus Amsterdam, der gerade aus Afrika von einer Untersuchung des Medikamentenmarktes im Auftrag des Internationalen Verbraucherverbandes (IOCU) zurückgekehrt war, unterstrich die Forderung der Pharma-Kampagne nach Exportkontrollen für Medikamente mit der Feststellung, daß „nur eines der sieben bereisten afrikanischen Länder eine Medikamentenkontrollbehörde hatte“. Vor allem sei die aggressive Werbung für überflüssige bzw. gesundheitsschädliche Potenzmittel in Afrika unverantwortlich. „Enorme Energie den ganzen Tag, aber sexuell ein Versager. PASUMA STRONG — die erfolgreiche Antwort auf die Impotenz Ihres Patienten“, heißt es in der Werbung von Merck.

Oder bei Schering: „TONOVAN — gibt einem Mann das

gewisse Extra“. Ärzte sollten wissen, „daß nur 2-5 Prozent aller Fälle von Impotenz durch Mangel an dem männlichen Sexualhormon Testosteron hervorgerufen werden“, so Wilbert Bannenberg, „nur in diesen seltenen Fällen könnte ein Medikament helfen“. Diese Medikamente seien jedoch ohne Rezept jederzeit in der Apotheke und sogar auf Märkten erhältlich.

Länder der Dritten Welt geben viel von ihren knappen Devisen für solche Mittel aus. Männer verschwenden einen großen Teil ihres mageren Einkommens für ein vermeintlich besseres Sexualleben und können dabei noch Schaden nehmen. Das Transparenztelegramm 1983/84, S. 302 f, warnte vor möglichen Nebenwirkungen bei androgenen Hormonen: Leberfunktionsstörungen, Gelbsucht, Ödeme, Hemmung der Samenzellenproduktion, Impotenz, Übelkeit und Erbrechen.

Ein Beispiel von vielen, welches im Rahmen der bundesweiten Aktionswoche in über 100 Veranstaltungen von über 60 Dritte-Welt-Gruppen aufgezeigt wurde, um auf die Notwendigkeit eines „Stopps für gefährliche Pharmaexporte“ hinzuweisen. Unterstützt wurden die Veranstalter von einem Theaterbus, der mit Sketchen, Theater, Dias, Filmen und Informationsmaterial quer durch die Bundesrepublik fuhr.



„Kein Export von verbotenen Medikamenten! Mindestens gleich gute Medikamenteninformation für die Dritte Welt!“ lauten die Forderungen an die Bundesregierung, für die nun Unterschriften gesammelt werden. Eine erste Wirkung ist bereits erzielt. Die Bundestagsfraktion der SPD hat das Anliegen der Pharma-Kampagne dem Petitionsausschuß eingereicht.

Siegfried Pater

Jahrzehntelang mußten alte Menschen unter elenden Bedingungen in den Häusern der Frau Haßmann vegetieren. Den Behörden war es recht.

„Wir brauchen Alte, die nicht mehr weit laufen können und möglichst bettlägerig sind.“ Mit diesem Vorsatz eröffnete Gertrud Haßmann, von Beruf Kaufmann, Ende der fünfziger Jahre ihr erstes Altenpflegeheim in Varense, Kreis Gütersloh. Später kommen ein weiteres Heim in Varense und ein Heim in Bad Waldliesborn (Kreis Soest) hinzu.

zeige gegen den Gütersloher Oberkreisdirektor Dr. Werner Sturzenhecker, den Leiter des Kreissozialamtes Alban Kaltwasser und gegen alle verantwortlichen Beamten im Kreis Gütersloh, wegen Verletzung der Sorgfaltspflicht und Begünstigung der Frau Haßmann.

Sowohl Frau Haßmann als auch der Oberkreisdirektor sehen sich jetzt in Bedrängnis. So wird nach „Absprache“ mit Frau Haßmann von Seiten Herrn Sturzenheckers erklärt, Frau Haßmann müsse ihre Heime aus wirtschaftlichen Gründen schließen. Am 6. April erfolgt die Schließung der beiden Varense-Heime. Der Kreis Soest schließt von sich aus am folgenden Tag das Heim in Bad Waldliesborn.

Die Staatsanwaltschaft ermittelt inzwischen mit einem Son-

- das Essen war unzureichend, da oft verschimmelt oder sauer durch das wiederholte Aufwärmen, Magenkrämpfe und Durchfall waren die Folge;
- es gab zu wenig zu trinken;
- die Wäsche der Bewohner verschwand;
- Taschengeldbetrügereien waren an der Tagesordnung;
- die Hygiene war selbst nach Aussagen des Pressesprechers Ossege vom Landschaftsverband Westfalen-Lippe katastrophal — manchmal wimmelte es von Ungeziefer;
- die Bewohner wurden oft nicht gewaschen (und das bei Pflegesätzen bis zu 2.200 Mark monatlich)
- Bewohner, die sich gegen Frau Haßmann zu wehren suchten, wurden entmündigt. Dabei soll Frau Haßmann sich bereitwilliger Helfer bei den Behörden erfreut haben.

- Angehörige haben notfalls mit Polizeigewalt oder in „Nacht- und Nebelaktionen“ versucht, ihre alten Menschen aus dem Heim zu befreien;
- behinderte Bewohnerinnen wurden von Mitbewohnern sexuell mißhandelt, weil nachts die Aufsicht fehlte.

„Frau Haßmann nimmt uns immer die schwierigsten Fälle ab, die sonst keiner haben will“, erinnert sich Kreissozialamtsleiter Alban Kaltwasser dankbar an die jahrelange Zusammenarbeit mit der geschäftstüchtigen Heimleiterin.

Psychisch Kranke, geistig Behinderte, Alkoholiker und alte Menschen nahm Frau Haßmann besonders dann gern auf, wenn diese heimatlose Ausländer oder ohne Angehörige waren. Und auch die Sozialdienste des Städtischen Krankenhauses Biele-

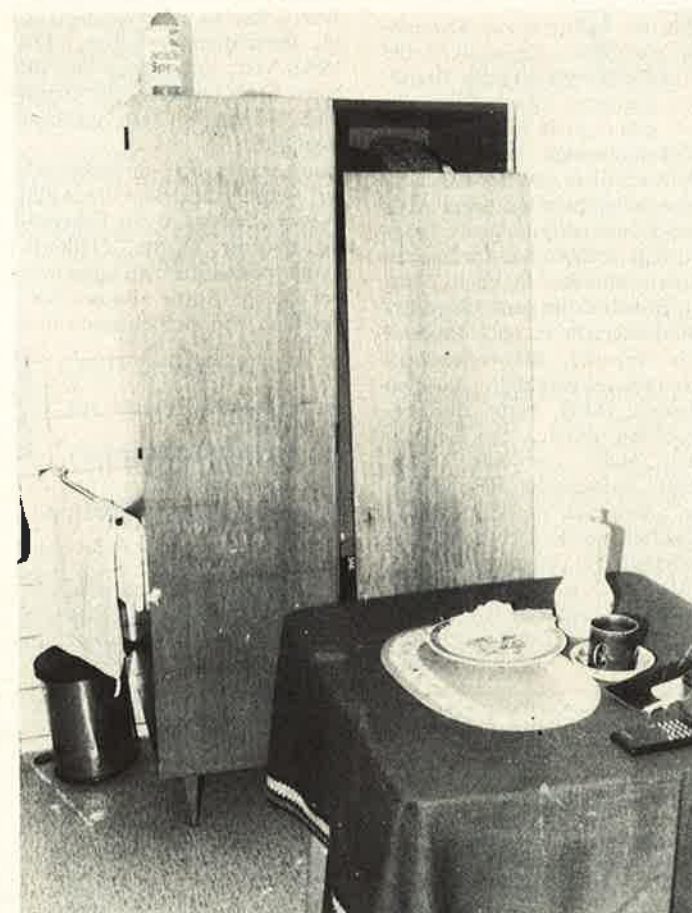
»Verlumpt, verlottert, vergrämt«

Skandal um privates Altenheim in Bielefeld

Die Leiden der Haßmann-Heimbewohner (im Durchschnitt 50 alte Menschen) geraten erst 27 Jahre später an die Öffentlichkeit. Elisabeth Rottmann, Redakteurin der Gütersloher Tageszeitung „Die Glocke“, hat nach monatelangen Recherchen vergeblich versucht, eine ausführliche Dokumentation in ihrer Tageszeitung unterzubringen. Frau Rottmann übergibt daraufhin ihre Informationsmaterialien an die Öffentlichkeitsgruppe des Vereins Freie Altenarbeit. Dieser erstattet am 21. Mai 1983 Anzeige gegen die Heimleiterin wegen Betrug, Bereicherung und Verletzung der Aufsichts- und Fürsorgepflicht bei der Staatsanwaltschaft Bielefeld (Az. 31 Js 894/83).

Die Bielefelder Wochenzeitung „Stadtblatt“ veröffentlicht am 23. Februar einen ganzseitigen Artikel über Frau Haßmanns „Geschäft mit der Nächstenliebe“. Im März verteilt der Verein für Freie Altenarbeit 2000 Flugblätter in der Nachbarschaft der Varense-Heime. Es wird ein dreitägiger Sondertelefondienst eingerichtet, wo 70 Anrufe von ehemaligen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, Angehörigen und Nachbarn eingehen. Presse, Rundfunk und Fernsehen berichten mehrmals über die erschütternden Zustände, die eine Anruferin so beschreibt: „Die Alten sind verlumpt, verlottert, vergrämt und verbittert“.

Am 29. März stellt der Verein Freie Altenarbeit auch Strafan-



dersachbearbeiter. Ob es zu Gerichtsstrafen kommt, ist unklar. Dabei sind die Vorwürfe, die nach übereinstimmenden zahlreichen Zeugenaussagen öffentlich wurden, erheblich:

- Bewohner wurden eingesperrt, geschlagen und willkürlich mit Psychopharmaka ruhig gestellt;

- Die Rufanlagen für die Nachtwache funktionierten in der Regel nicht, und da meistens keine Nachtwache vorhanden war, mußten Alte, die gestürzt waren, stundenlang verletzt auf Hilfe warten;
- die ärztliche Versorgung war unzureichend und kam oft zu spät;

feld-Mitte und des katholischen St.-Franziskus-Hospitals in Bielefeld freuten sich über die gute Zusammenarbeit mit der Varense-Heimleiterin, die immer gern bereit war, Patienten aufzunehmen, die die Betten im Krankenhaus „blockierten“. Frau Rüdell vom Sozialdienst des Franziskus-Hospitals Bielefeld ist dafür bekannt, alte Menschen in skandalöse Heime zu verlegen. Aber sie weiß sich in kirchlicher Obhut der Dankbarkeit der Krankenkassen und Ärzte des Krankenhauses.

Daß alte Menschen in den drei Haßmann-Heimen rechtlos und wie der Abschaum der Gesellschaft vegetieren mußten, ist nicht zuletzt der gewollten Blindheit der Behörden zuzuschreiben. Sie verschlossen trotz der zahlreichen Hinweise aus der Bevölkerung, u. a. von Angehörigen, Nachbarn, Mitarbeiterinnen der Heime, aber auch Ärzten und Sozialarbeitern, immer wieder die Aufsichtsaugen zugunsten von Frau Haßmann.

Bisher gibt es kein Strafrechtsurteil gegen Heimaufsichtsbehörden. Die Öffentlichkeitsgruppe des Vereins Freie Altenarbeit bemüht sich gemeinsam mit Journalisten und Altenhilfeinitiativen, daß strafrechtliche Schritte gegen die schuldigen Behörden unternommen werden. Derzeit arbeiten die Mitarbeiter an einer Broschüre, die interessierten Bürgern Tips gibt, wie man gegen Mißstände vorgehen kann. Sie ist beim Verein Freie Altenarbeit, Beckhausstr. 239, 4800 Bielefeld 1, ab Sommer zu beziehen.

Theresia Brechmann

Was die Umwelt an Schadstoffen verdauen muß, ist an Arbeitsplätzen in noch viel höherer Konzentration zu finden.

Dennoch: Wer als berufskrank anerkannt werden will, läuft meist gegen Wände. Der DGB hat sich des Themas angenommen.

Arbeitssch(m)utz

Gewerkschafter stellen Forderungen an Betriebsmedizin

Seit Jahrzehnten klappt die Kooperation zwischen Industrie und Wissenschaft wie geschmiert. Mit Kooperationsstellen in Dortmund, Hamburg, Kassel, Oldenburg und Tübingen versucht der DGB, gewerkschaftliche Belange in die Hochschulforschung einfließen zu lassen. Es ist auch höchste Zeit, daß Themen wie Arbeitsschutz und Arbeitssicherheit zu Schwerpunkten in Forschung und Ausbildung der Wissenschaftler werden.

Anfang April lud der Deutsche Gewerkschaftsbund zu einer Fachtagung über gefährliche Arbeitsstoffe nach Hamburg.

Sechzigtausend Stoffe — und jeder fünfte erregt Krebs

Zitat aus dem Programm der Tagung: „Gefährliche Arbeitsstoffe stellen eine zunehmende Gefahr für die Kollegen dar. Nicht der Arbeitsschutz, sondern der Arbeitsschmutz nimmt zu. In allen Branchen, auch vielen, bei denen man es nicht auf den ersten Blick erwartet, werden zunehmend gefährliche Stoffe eingesetzt: Giftige Kleber bei Fliesenlegern, Pentachlorphenol in der Fotoentwicklung, Toluol in Druckereien, giftige Antifouling-Mittel in Farben und Lacken, Pflanzenschutzmittel im Garten- und Landschaftsbau, Schwermetalle in der Hüttenindustrie, Asbest überall, Dichlordimethyläther als Zersetzungsmittel beim Zusammenschütten von Reini-

gungsmitteln (krebserregend), Benzol (krebserregend) im Autobenzin usw., usw., usw. ... Große technische Betriebe verwenden oft über 1000 verschiedene gefährliche Stoffe.“

Etwa 60 000 Stoffe sind heute auf dem Markt, die in über einer Million Gemischen in den verschiedensten Zusammensetzungen eingesetzt werden. Vollkommen unbekannt sind oft die bei der Ver- und Bearbeitung entstehenden Zersetzungsprodukte. Der Anteil der krebserregenden Stoffe an den reinen Stoffen wird auf 20 Prozent geschätzt. Die Gesundheitsgefährdungen durch diese vielfältigen Stoffe

und Stoffgemische sind groß.

Immer noch wird von Arbeitsmedizinern, Sicherheitsingenieuren, Toxikologen und Chemikern toxikologisch mit Vertretern der Industrie ein Anwachsen des Gesundheitsrisikos für die Betroffenen aus den Betrieben geleugnet. Glaube man ihnen, gibt es in der BRD keine Berufskrankheiten. Dazu werden die Statistiken der Berufsgenossenschaften herangezogen. Aber gerade hier wird die ganze Fragwürdigkeit des bundesdeutschen Arbeitsschutzes deutlich. Nur ein Bruchteil der gemeldeten Erkrankungen wird auch tatsächlich von den Berufsgenossenschaften entschädigt. In den meisten Fällen kann eine Erkrankung durch einen Arbeitsstoff nicht „eindeutig“, das heißt „wissenschaftlich objektiv“, bewiesen werden. Andere Kriterien wie schlechte Arbeitsbedingungen oder jahrelange schleichende Schädigung werden schon gar nicht berücksichtigt. Zudem ist die Dunkelziffer der tatsächlichen Erkrankungen hoch.

Viele Betroffene gehen aus Angst um den Verlust ihres Arbeitsplatzes nicht zum Arzt. Auch wenn ein Arzt eingeschaltet ist, wird die Erkrankung in den seltensten Fällen mit den Bedingungen am Arbeitsplatz in Zusammenhang gebracht. Woher auch? Die Ausbildung zum Betriebsarzt erfolgt heute in einem vierwöchigen Schnellkurs. Vor einem Jahr reichten sogar 14 Tage aus. Wen wundert es dann, wenn Betriebsärzte und erst recht die allgemein praktizierenden Ärzte die wahren Ursachen einer Berufskrankheit nicht erkennen können? Auf der Hamburger Tagung nahm gera-

de die Ausbildung der Akademiker, in der Hauptsache der Mediziner, Chemiker und Ingenieure, in ihrer totalen Ferne zum Betriebsalltag einen breiten Raum ein.

Betriebsärzte und Sicherheitsbeauftragte, beide in Schnellkursen dazu ausgebildet, sind außerdem nicht unabhängig. Sie sind Angestellte der Betriebe und damit wirtschaftlich vom Arbeitgeber abhängig. Ihre Urteilsfähigkeit ist daher oftmals getrübt.

In den Vorträgen und Diskussionen wurde immer wieder die Fragwürdigkeit der MAK-Werte betont (MAK = Maximale Ar-

beitsplatzkonzentration). Internationale Vergleiche und der von den Betroffenen eindringlich geschilderten Betriebsalltag zeigten die Unsinnigkeit solcher Werte, die nur in Einzelfällen ihre Berechtigung haben. Ein MAK-Wert gilt immer nur für einen Stoff, niemals für Gemische — das ist fern jeglicher Realität.

Einig waren sich Gewerkschafter, Betriebsräte, Betroffene und Wissenschaftler in der Erkenntnis, daß das Thema „Gefährliche Arbeitsstoffe“ zu lange vernachlässigt wurde. Immer wieder kam von Betriebsräten und

Zum Betriebsarzt in vierzehn Tagen ...

Betroffenen Kritik an den Vertretern der Gewerkschaften in den Gremien der Berufsgenossenschaften und Krankenversicherungen. Die Kritik an den Wissenschaftlern war vernichtend — wohl zu Recht.

Als Hauptforderungen wurden formuliert:

1. Eine wesentlich stärkere Einbindung des Arbeitsschutzes in die Akademiker-Ausbildung,
2. eine einheitliche Arbeitsschutzgesetzgebung anstelle der bisherigen unübersichtlichen Gesetze und Verordnungen mit dem Grundsatz, daß Umgang mit gefährlichen Arbeitsstoffen gleichgesetzt wird mit Einwirkung auf den Körper. Bisher muß immer „eindeutig“ bewiesen werden, daß eine Erkrankung durch einen Arbeitsstoff verursacht wurde.

3. Eine breite Öffentlichkeitsarbeit zum Thema Arbeitsschutz. Umweltschutz muß auch am Arbeitsplatz stattfinden. Stichwort: Was Arbeiter vor 20 Jahren krank gemacht hat, macht heute die Umwelt krank!

4. Vertreter der Gewerkschaften in den Berufsgenossenschaften, Krankenversicherungen usw. müssen die Belange der Betroffenen wesentlich kompromißloser vertreten.

5. DGB und Einzelgewerkschaften müssen mitbestimmen, in welche Forschungsvorhaben öffentliche Mittel fließen. Die Vorherrschaft der Industrie in den entsprechenden Ausschüssen soll durchbrochen werden.

6. Die Einhaltung sowie der Ausbau der heute bestehenden Arbeitsschutzbestimmungen muß von den Betroffenen zusammen mit den Gewerkschaften in den Betrieben erkämpft werden.

7. In Zusammenarbeit mit Wissenschaftlern soll der Betroffene zur Selbsthilfe befähigt werden. Das Problem darf nicht einfach an den Wissenschaftler abgetreten werden in dem Glauben, er wird's schon richten.

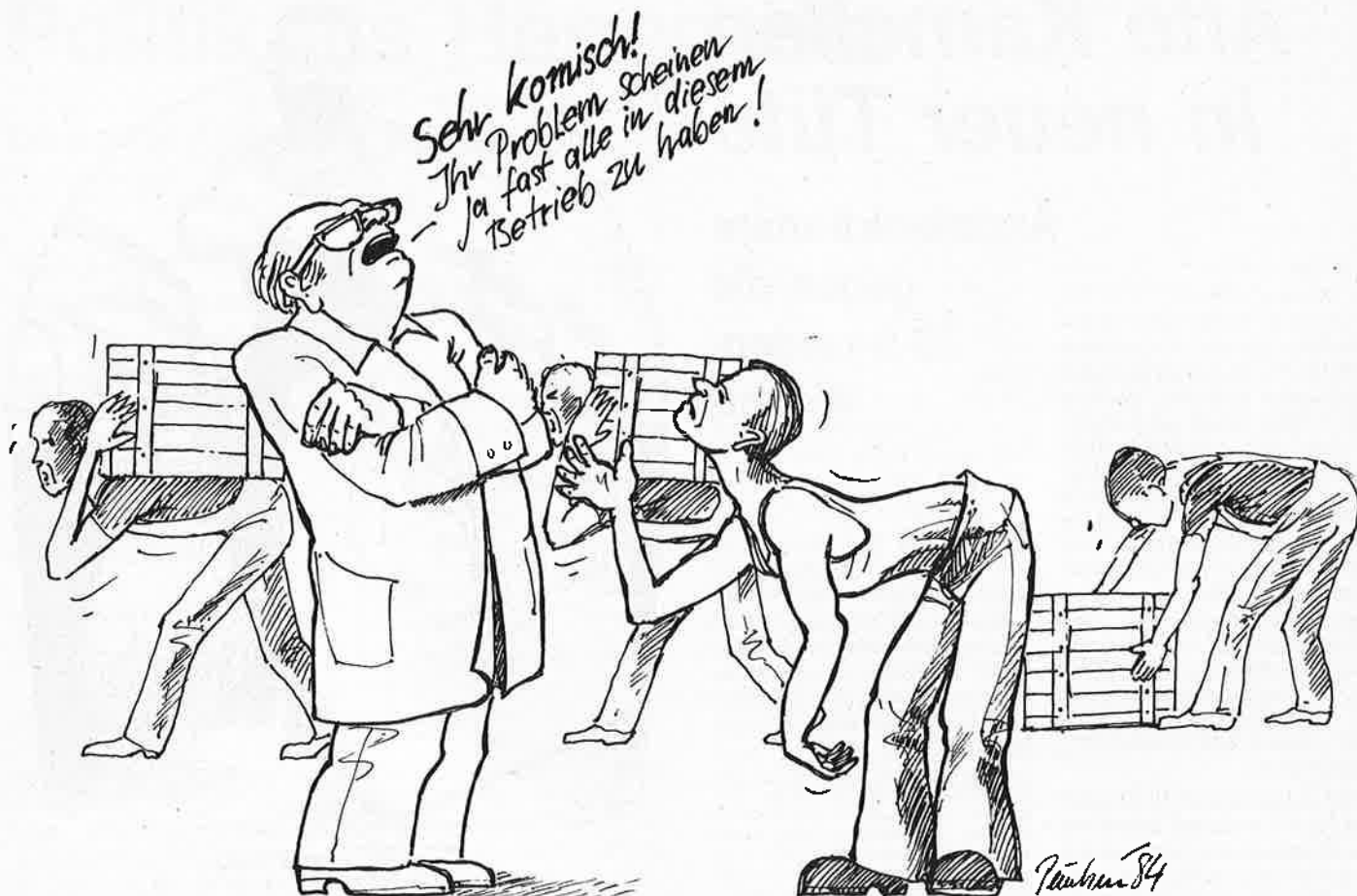
8. Der Wissenschaftler muß sehr viel über den Betriebsalltag lernen (wollen).

Die Problematik des Arbeitsschutzes kann am Beispiel „Lösemittel“ verdeutlicht werden: Unlängst erschien in der illustrierten „Stern“ ein Artikel über Auswirkungen von organischen Lösemitteln auf die Gesundheit von Malern. Er beruht auf Untersuchungen aus Dänemark, die Nervenleiden bis hin zu Gehirnschwund als Folge von mehrjährigem Umgang mit organischen Lösemitteln aufdeckten.

Die Reaktion der Betroffenen und der Lackindustrie auf diesen Artikel war heftig. Aussagen der Betroffenen bestätigten die Ergebnisse aus Dänemark, während die Lackindustrie vehement dementierte: eine „dänische Malerkrankheit“ gibt es in der BRD nicht. Der dänische Arbeitsminister Dr. Gregersen, der die Untersuchungen durchführte, berichtete auf der Tagung eingehend über seine Ergebnisse.

Sein Bericht und der eines dänischen Gewerkschaftskollegen war erschütternd. Erst 1976 begann man systematisch, Arbeiter zu untersuchen, die Umgang mit organischen Lösemitteln hatten. 1976 wurde ein Fall mit chronischem Hirnschaden bekannt, 1981 dann schon 182. Insgesamt wurden im Zeitraum 1976-1982 641 Fälle mit chronischen Hirnschäden durch organische Lösemittel anerkannt.

Die deutsche Lackindustrie



argumentiert mit Statistiken der Berufsgenossenschaften, in denen bisher keine schwerwiegenden Befunde bekannt geworden sind. Sie verschweigt aber, daß wir in der BRD auf dem dänischen Stand von 1976 sind. Anwesende Vertreter der Berufsgenossenschaften bestätigen das.

In einer Untersuchung, die der Wissenschaftsladen Tübingen 1983 durchführte, wurden von Malern viele der in der dänischen Studie genannten Beschwerden bestätigt. Die Beschwerden reichen von Müdigkeit, ständigen Kopfschmerzen, Nervenschmerzen, Niedergeschlagenheit, Persönlichkeitsveränderungen (aus ruhigen

sanftmütigen Menschen werden aggressive, gewalttätige Kollegen) bis hin zu chronischen Schäden des Nervensystems und der inneren Organe, vor allem der Leber.

Zum Beispiel: die dänische Malerkrankheit

Der behandelnde Hausarzt fragt selten nach den Arbeitsbedingungen — fast automatisch werden andere Krankheitsursachen angenommen wie übermäßiger Alkohol- oder Tabakge-

nuß, private Schwierigkeiten usw. Auch wenn der Arzt eine Meldung an die Berufsgenossenschaft macht, können organische Lösemittel kaum „eindeutig“ als Krankheitsverursacher festgestellt werden, so daß keine Anerkennung als Berufskrankheit möglich ist.

In Dänemark gibt es heute für das Graphiker- und Druckgewerbe einen Ausschuß mit Vertretern der Gewerkschaften, dem alle Arbeitsstoffe aus diesem Bereich zur Genehmigung vorgelegt werden müssen. Die Zusammensetzung der Produkte muß bekanntgegeben werden. Auf Grund der Tätigkeit dieses Ausschusses wurde der Einsatz

gefährlicher Inhaltsstoffe drastisch verringert. Diese und andere Verbesserungen konnten nur durch den gemeinsamen Druck von Betroffenen aus den Betrieben und der Gewerkschaft erreicht werden. In anderen Gewerbebereichen wurden ähnliche Abmachungen zum Teil schon durchgesetzt oder werden noch angestrebt.

In der BRD — darin waren sich alle Beteiligten einig — stehen wir im Kampf um bessere Arbeitsbedingungen und besseren Schutz vor gefährlichen Stoffen am Arbeitsplatz erst am Anfang.

Thomas v. Schell
Wissenschaftsladen Tübingen

Das Menschen- mögliche – Erfahrungen mit der psycho- somatischen Medizin

Die Anwendung naturwissenschaftlicher Methoden in der modernen Medizin führte zu dem Trugschluß, daß die Medizin eine reine Naturwissenschaft sei. Der kranke Mensch und seine Umwelt wird in vielen Fällen vernachlässigt. Dagegen bemüht sich die psychosomatische Medizin um eine »ganzheitliche« Betrachtung. Ihre Notwendigkeit wird zwar heute kaum noch bestritten, doch in der Praxis regt sich Widerstand. Jürgen-Peter Stössel ist diesem Problem nachgegangen. Er hat in zahlreichen Kliniken, Arztpraxen und Forschungseinrichtungen alle theoretischen Aspekte überprüft.

Knaur®
Medizin
und
Grundheil
Jürgen-Peter
Stössel
**WENN
PILLEN
ALLEIN NICHT
HELFE**
Erfahrungen mit der
psychosomatischen
Medizin

ORIGINALAUSGABE

Aus Reportage, Dokumentation und Analyse ist hier ein faszinierendes Bild von einer Medizin entstanden, in der der Mensch die Hauptrolle spielt.
Knaur Taschenbuch 4312.
432 Seiten. DM 8,80

Knaur®

Alte Kamellen in neuer Tüte

Ärztelfunktionäre gegen die 35-Stunden-Woche

Wenn es darum geht, Argumente gegen die 35-Stunden-Woche zu finden, sind Ärztelfunktionäre nicht weit. Auf den ersten Blick mag es ja noch erstaunlich sein, daß gerade Ärzte beim Thema Arbeitszeitverkürzung nicht an gesundheitliche Besserstellung und Entlastung der abhängig Beschäftigten denken. Aber der Primärpräventionsgedanke war — auch ausbildungsbedingt — nie eine Stärke konservativer Ärzte und besonders Ärztelfunktionäre — dazu sind die Interessen zu vieler zu unmittelbar an der „freien und sozialen Marktwirtschaft“ ausgerichtet:

So nimmt es auch nicht wunder, daß im letzten Dezember der Präsident der Landesärztekammer Baden-Württemberg, Dr. Franz-Josef Groß-Ruyken, sich mit einer Mahnung Gehör verschaffte: Es sei zu befürchten, daß es bei einer Verkürzung der Arbeitszeit zu mehr Alkoholkonsum aus Langeweile und zu mehr bewegungslosen Stunden vor dem Fernseher komme.

Der Arbeiter, der mit seiner Freizeit eh nichts anfangen kann, stumpf auf die Mattscheibe starrt, sich volllaufen läßt und dann womöglich den Bürger auf der Straße belästigt — dieses Klischee ist alles andere als neu. Die Arbeitgeber führten es bereits ins Feld, als es um die Einführung der Sonntagsruhe ging, die erste gesetzliche Verkürzung der Wochenarbeitszeit. Über entsprechende Befürchtungen wird berichtet:

„Die Arbeiter würden den freien Sonntag doch nicht zu irgendwelchen hygienischen und nützlichen Zwecken benutzen; gäbe man ihnen den Sonntag frei, so liefe man nur Gefahr, daß sie sich betranken, ihr Geld vergeudeten und sich an einen leichtsinnigen Lebenswandel gewöhnten.“

Bismarck, in der Geschichtsschreibung gern als vorbildlicher Sozialpolitiker gefeiert, war übrigens gegen die gesetzliche Sonntagsruhe.

Seinen zweiten Aufguß erlebte das Schnaps-Argument, als es um den Achtstundentag ging. Zwar hatte der berühmte sozialdemokratische Arzt Ignaz Zadek schon 1891 erreicht, daß sich der internationale Kongreß für Hygiene geschlossen für die Einführung des Achtstunden-

tags einsetzte. Daß diese Ärzte sich in der Fachdiskussion abermals mit den alten Klischees herumzuschlagen hatten, läßt sich im „Handbuch der Sozialen Hygiene“ nachlesen, das der sozialistische Düsseldorfer Gewerbezahnarzt Ludwig Teleky 1926 mit herausgab:

„Mitunter lehnt der Unternehmer aber eine Verkürzung der Arbeitszeit auch dann ab, wenn sie durch höhere Arbeitsintensität ausgeglichen werden kann, weil er Schädigungen des Arbeiters für seine Zwecke durch längeren Wirtshausesuch . . . fürchtet . . . Daß Verkürzung der Arbeitszeit nicht zur Zunahme, sondern zur Abnahme des Alkoholkonsums führt und für geistige Ausbildung und Sport ausgenutzt wird, ist vielfach beobachtet worden.“

So fürsorglich und gesundheitsbewußt sich die Klage über den saufenden Malocher auch anhört — sie geht an der Wirklichkeit vorbei. Der Alkoholmißbrauch wird gerade, und das läßt sich empirisch belegen, durch ganz andere Arbeitszeitregelungen begünstigt — nämlich

Der Malocher: stumpf und blau

durch Akkordarbeit und Überstunden. Auch schwere körperliche Arbeit geht mit einem vermehrten Alkoholkonsum einher. Gerade in den angespannten Streß-Situationen wird im Alkohol die Entspannung gesucht.

Der Anti-Alkoholismus der etablierten Doktoren ist nichts als das wissenschaftlich frisierte Arbeitslager-Denken: Sollen sie doch ordentlich schuften, dann kommen sie wenigstens nicht auf dumme Gedanken.

Von einem Vertreter des nordrheinischen Hartmannbundes (vormals: „Verein der Ärzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen“) kam ein zweites Argument gegen



die Arbeitszeitverkürzung: Sie gehe mit höherem Leistungsdruck und vermehrtem Streß einher. Es sei schließlich damit zu rechnen, daß dieselbe Leistung in einer verminderten Arbeitszeit zu erbringen sei.

Auch gegen dieses Argument sprechen alle historischen Fakten. Rationalisierungen bei der Arbeit und höherer Leistungsdruck kommen stets auch ohne und unabhängig von Arbeitszeitverkürzungen. Andersherum wird ein Schuh daraus: Die monotonen und restriktiven Arbeitsanforderungen an den hochrationalisierten modernen Arbeitsplätzen machen, gerade aus gesundheitlichen Gründen, Arbeitszeitverkürzung noch nötiger. Aber Ursache und Wirkung wurden schon in den zwanziger Jahren verkehrt: Die Epoche der Rationalisierung war nicht die Folge des in der Novemberrevolution erkämpften Achtstundentags. Fließbänder gab es bei Ford in Amerika nämlich schon vor dem Ersten Weltkrieg. Durch den Achtstundentag sind sie nicht einen Tag eher nach Deutschland gekommen.

Nach einem dritten Argument aus den Reihen der Ärztelfunktionäre ist die derzeitige 40-Stunden-Woche „medizinisch sinnvoll“: Sie bedeute ein ausgewogenes Verhältnis von Belastung und Entlastung. Es spricht entschieden gegen das Diskussions-

niveau, daß dieses „Argument“ sich nicht von selbst erledigt. Nur ein Viertel der männlichen Arbeitnehmer erreicht überhaupt die normale Altersgrenze von 63 Jahren.

Drei Viertel scheiden vorzeitig aus dem Erwerbsleben aus — meistens aus gesundheitlichen Gründen. Diagnostiziert werden dann, in dieser Reihenfolge: Herz- und Kreislauferkrankungen, die verschleißbedingten Erkrankungen des Bewegungsap-

Weniger Arbeit — mehr Streß?

parates, dann die Atemwegserkrankungen, an vierter Stelle die psychischen Erkrankungen — im wesentlichen genau die Krankheiten, die als arbeitsbedingte bekannt sind.

Eine Arbeitszeitverkürzung, die wirklich zu Gesundheitsschäden führt, ist die gegenwärtig praktizierte Massenarbeitslosigkeit. Die Verkürzung der Lebensarbeitszeit wird sich gesundheitlich ähnlich auswirken. Die arbeitsbedingten Erkrankungen sind längst da, wenn der ältere Arbeitnehmer vor der Zeit nach Hause geschickt wird. Dann kann er zusehen, wie er psychisch mit dem Frührentnerdasein zurechtkommt.

Gine Elsner/Helmut Koch

Politik als Herrenwitz

KONGRESS BERICHTE

Deutscher Ärztetag in Aachen

Weitgehend unter sich blieben konservative und ultrakonservative Standesfunktionäre auch auf dem 87. Deutschen Ärztetag. Entsprechend fielen die Beschlüsse aus.

„Die weibliche Brust gehört in die Hand des Chirurgen.“ Mit diesem Satz eröffnete der Vertreter der Ärzte für Chirurgie einen Verteilungsstreit mit den Frauenärzten um das Recht, gynäkologische Operationen auszuführen. Daß der Redner weder vom Pult geholt noch ausgepöfft wurde, läßt bereits die Stimmung auf der Veranstaltung erahnen.

Die größte Aufmerksamkeit der 250 Delegierten galt weiterhin der Erhaltung ihres Einkommens. Abrechnungsfragen beherrschten unausgesprochen die Debatte, wenn es um Fragen der Weiterbildung, der Facharztzuständigkeiten und des Studiums ging. Gleich zu Beginn machte der Präsident der Bundesärztekammer, Kar-

sten Vilmar, die Marschrichtung klar: In allen aktuellen gesundheitspolitischen Fragen entscheiden sich die Ärzte für die rechte Seite des politischen Spektrums. Vilmar sprach sich aus für die „prozentuale Selbstbeteiligung“ der Patienten an den Arzneimittelkosten, für die Verminderung der Studentenzahlen, gegen die 35-Stunden-Woche und gegen „staatlichen Dirigismus“ bei der Krankenhausfinanzierung.

Die „Wende“ ist der Mehrheit der Ärzte noch nicht scharf genug ausgefallen. Aufsehen erregten vor allem die scharfen Töne zum Paragraphen 218. Nachdem Vilmar bereits zu Beginn des Ärztetages gegen ein „Recht auf Abtreibung“ polemisiert und die „Verpflichtung zur Kostenübernahme durch die Solidargemeinschaft“ abgewiesen hatte, machten die Delegierten zum Abschluß der Ver-

anstaltung noch einmal deutlich, daß sie ihren Sexismus nicht auf Herrenwitze beschränkt sehen möchten. Mit Mehrheit wurde eine Resolution verabschiedet, mit der an alle Ärzte appelliert wurde, der „verhängnisvollen Entwicklung“ bei den Schwangerschaftsabbrüchen entgegenzuwirken. Dort fand sich auch die Behauptung, 80 Prozent der Abbrüche nach der Notlagenindikation hielten einer „gerichtlichen Überprüfung“ nicht stand. In der Frage der Kassenfinanzierung von Abbrüchen schlossen sich die Delegierten den 72 CDU-Abgeordneten an, die kurz zuvor mit einem Gesetzentwurf am Widerstand der Frauen in der eigenen Fraktion gescheitert waren.

Zwischen den verschiedenen Standesverbänden tauchten im Rahmen der Veranstaltung nur dann Differenzen auf, wenn es um Zuständigkeiten für die Behandlung — und für die Abrechnung — ging. Ansonsten wurde vorwiegend Einigkeit demonstriert. Leicht verstört wirkten die Vertreter des Marburger Bundes, die sich auf ihrer vorhergehenden Jahreshauptversammlung mit ihrer Basis hatten raufen müssen: Der Vorstand scheint noch zu überlegen, wie er den Mitgliedern seine Zustimmung zur Novelle der Approbationsordnung verkaufen soll.

Nennenswerte Opposition kam dann auch nur von zehn Abgeordneten der linken Listen aus den Ärztekammern Berlin, Nordrhein und Baden-Württemberg, also 4 Prozent der Delegierten. Die hessische „Liste demokratischer Ärzte“, die in der hessi-



Foto: Gabriel Feuerstein

schen Ärztekammer 10 von 80 Delegierten stellt, war in Aachen überhaupt nicht vertreten: die Mehrheit der hessischen Kammervereine nahm sie in den Delegiertenschlüssel gar nicht erst auf. Die zehn Oppositionellen in Aachen agierten weitgehend auf verlorenem Posten. Ein Antrag des rheini-

schen Delegierten Erhard Knauer, der sich detailliert mit Strukturproblemen in der Drogen- und Suchttherapie befaßte, wurde ohne Debatte abgelehnt. Die Mehrheit ließ sich auch nicht dazu bewegen, die Fortbildung in „Katastrophenmedizin“, die als Vorbereitung auf den Fall eines Atomkrieges interpretiert

wird, abzulehnen.

Nur in der Frage der „Sterbehilfe“, dem Illustrierten-Thema des Jahres, einigten sich alle Delegierten auf eine Position: „Eingriffe zur Lebensbeendigung und Beihilfe zur Selbsttötung sind berufsethisch auch dann abzulehnen, wenn sie der Kranke verlangt.“

Urlaub von dem Vorbildsein nahmen viele Delegierte auch in diesem Jahr wieder bei den zahlreichen requirierten Ärztags-„Hostessen“. Dort werden sie sich weniger an ihre ethischen, dafür aber dankbar an ihre finanzwirksamen Beschlüsse erinnern haben ...

Norbert Mappes

»Der Arzt als Dealer«

Mit dem Schwerpunktthema „Sucht“ befaßte sich auch eine Podiumsdiskussion der Arbeitsgemeinschaft demokratischer Ärztelisten am Rande des Ärztags.

Besondere Aufmerksamkeit schenken die etwa 150 vorwiegend studentischen Zuhörer den Thesen des Berliner Gesundheitsstadtrats und AL-Abgeordneten Ellis Huber, der, ausgehend von seinen eigenen Erfahrungen als Arzt, das ethische und gesellschaftliche Selbstverständnis seines Berufsstandes einer Kritik unterzog. Huber warnte eindringlich vor der Versuchung, mit „Patentrezepten“ und „allumfassenden Lösungen“ für Probleme aufzuwarten, die die Ärzte im Grunde nicht lösen können. In einer Situation, in der 50 bis 70 Prozent der Patienten, die mit Psychopharmaka behandelt würden, am „Alltagssyndrom“ litten, sei die Kapitulation des Arztes angesagt. Huber forderte eine „Unzuständigkeitserklärung“. Die Wirklichkeit erlaube das Selbstbild des heilenden Helfers nicht mehr. Vielmehr sei das Eingeständnis nötig, daß Angehörige psychosozialer Berufe oder Organisationen der Selbsthilfe hier mehr leisten könnten als der Arzt.

Daß Huber mit seinem Angriff auf den Totalitätsanspruch der Medizin keine Pappkameraden aufgebaut hatte, bewies die Diskussion. Ein Student, der sich bereits als niedergelassener Arzt sah, fürchtete um seine Handlungsfreiheit angesichts der vielen Zwänge, die den Arzt ja offensichtlich umgäben; und ein älterer Mediziner verriet mit beträchtlicher Erregung, dem „Beleidigte-Leberwurst-Syndrom“ (Huber), daß er die Zuständigkeit der Ärzte für die als trist geschilderte Situation selbstverständlich voraussetzte.

Pharma-Kritiker Gerd Glaeske beeindruckte mit einem zahlenstützten Angriff auf das Verschreibungsverhalten der Ärzte. In den Jahren 1974 bis 1980 sei die Anzahl der Verschreibungen von Tranquillizern, gemessen an der internationalen „daily defined dosis“, auf das Doppelte gestiegen. 20 Prozent der Kinder im Alter von fünf bis acht Jahren nahmen psychotrope Drogen. Glaeske fragte sich, warum die Ärzteschaft auf jeden Versuch, ihr Verordnungsverhalten zu veröffentlichen und kritisch zu diskutieren, so allergisch reagiere. In den USA gebe es eine freiwillige Selbstkontrolle der Ärzteschaft, die auch allgemein akzeptiert sei.

Anne Gilles, Oberärztin der Suchtklinik Langenberg, ging vor allem auf strukturelle Fragen der Versorgung von Drogenabhängigen ein und forderte ein „integriertes gemeindenahes Suchtversorgungssystem“. Verhängnisvoll wirke sich die gegenwärtige Konkurrenz zwischen öffentlichen und privaten Versorgungseinrichtungen aus, da sie sich ausschließlich an ökonomischen Gesichtspunkten orientiere. Bei einer Rückfallquote von 50 bis 70 Prozent verspreche eine Therapie aber nur dann Erfolg, wenn sie sich radikal an den Bedürfnissen der Klientel ausrichte.

Wenig überzeugend wirkte R. Zickgraf von der Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokraten im Gesundheitswesen (ASG) Hessen. Er sparte zwar nicht mit selbstkritischen Vorwürfen an den Ärztestand, scheute sich aber vor jeder Analyse und ließ es bei allgemeinen Anforderungen zur Besserung bewenden. Ärgerlich dagegen schon waren die Beiträge von R.D. Schäfer, des Geschäftsführers der Ärztekammer Nordrhein und Facharztes für Anästhesie, der ganz in der Manier eines Herrenreiters — „cool, calm and collected“ — seine Sammlung von Phrasen und Leerformeln ins Auditorium schleuderte, allen Fragen professionell auswich und nicht die geringste Berührung angesichts der eindringlich dargestellten Probleme zu erkennen gab.

Im Verlauf der Diskussion wurde deutlich, daß die vor allem von Huber vorgeführte sozialmedizinische Herangehensweise dem allgemeinen Bewußtsein noch recht fremd ist. Erfreulich dagegen war, daß immerhin an die drei Dutzend Ärzte-

tagsdelegierte ihren Weg zu den kritischen Vertretern ihres Standes gefunden hatte. Mit dem Titel „Der Arzt als Dealer“ hatten die Veranstalter schließlich keine zahme Runde erwarten lassen.

Joachim Gill

Nichts für die Ehrengalerie

IPPNW-Tagung am 12. Mai in Aachen

Erfreuliches vorweg: 2400 Mitglieder haben die „internationalen Ärzte für die Verhütung des Atomkrieges“ inzwischen, jedes zahlt fast 20 Mark Beitrag. Weiterhin will die Organisation mit wenigen Hauptamtlichen auskommen; zur Zeit gibt es anderthalb Stellen. Die IPPNW wird sich an den Mutlanger Pfingstaktionen beteiligen und will dem Koordinationsausschuß der Friedensbewegung beitreten.

Sonst wird die Versammlung wohl nicht in die Ehrengalerie der Organisation aufgenommen werden. Ganze siebzig Mitglieder waren ins Haus der evangelischen Studentengemeinde nach Aachen gekommen. Mehr Öffentlichkeit hätte der IPPNW am Ort und am Vorabend des Ärztags sicher nicht geschadet — der Sprecherrat hatte verzichtet.

Günstig gewählt war Aachen auch, weil es recht weit von Tübingen entfernt liegt. Die zahlreich angereisten Tübingen-Kollegen hatten ein starkes Bedürfnis, Ärger loszuwerden. Immerhin hatte der IPPNW-Sprecherrat die Wiederanmeldung des Bundeswehr-Generalarztes Linde zum Tübinger Kongreß ultimativ erzwungen. Die 30 000 Mark Zuschuß, um die es bei der Kontroverse um Lindes Einladung — auch — ging, sollen allerdings keine Rolle gespielt haben.

Zum vierköpfigen Sprecherrat wollten ursprünglich nur vier Kollegen kandidieren. Mit Mühe fand sich ein fünfter Kandidat, der, nach-

dem der erste Wahlgang patt ausgegangen war, auf eine Stichwahl verzichtete. Im Sprecherrat sitzen jetzt nach wie vor Ulrich Gottstein (Frankfurt) und Horst Eberhard Richter (Gießen). Neu hinzugewählt wurde Barbara Hoevenor von der Berliner Ärzteinitiative. Der Clou war dann die Wahl von Till Bastian in den Sprecherrat — seines Zeichens, gleichzeitig, Geschäftsführer der IPPNW.

Den Bach herunter gingen die Kolleginnen und Kollegen aus Nordrhein-Westfalen mit ihrem Vorschlag, den nächsten Kongreß zur Verhütung eines Atomkrieges ins Ruhrgebiet zu holen. Eine Initiative, die auf dem Tübinger Kongreß noch ganz still gewesen war: die aus Mainz/Wiesbaden, der auch Bastian angehört, muß in der Zwischenzeit lebhaftes Interesse an der Ausrichtung des Treffens entwickelt haben. In der Debatte warf Bastian „K-Gruppen“, die im Ruhrgebiet am Werke seien, in die Waagschale, berief sich auf „warnende Telefonanrufe“, deren Urheber er freilich nicht nannte, und hatte schließlich „keine Lust“ aufs Ruhrgebiet, weil er dort eine vertrauensvolle Zusammenarbeit nicht erwarte.

Die IPPNW empfiehlt, den nächsten Kongreß in Mainz/Wiesbaden abzuhalten. Eine „gleichgewichtige Beteiligung“ wird erwartet. Der Gesprächsfaden zum Ruhrgebiet und nach Nordrhein-Westfalen soll allerdings nicht abreißen.

Walter Popp

Schwerpunkt: Sucht

Erschreckende Zahlen über die Zunahme von Alkohol-, Drogen- und Medikamentenmißbrauch wurden auf dem Ärztetag präsentiert. 1,5 bis 2 Millionen Menschen sind in der BRD alkoholkrank. Nach einer Schweizer Statistik, die wohl auf deutsche Verhältnisse übertragen werden kann, trinken 7 Prozent der Bevölkerung 50 Prozent des konsumierten Alkohols.

Die wichtigste Aufgabe des Arztes ist nach Meinung von Professor Feuerlein, Leiter der Poliklinik des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie, den Alkoholiker zu erkennen. Auf der Suche nach organischen Erkrankungen bleiben viele Alkoholiker unerkannt. Die Verleugnungstendenz der Betroffenen und mangelnde Erfahrung vieler Ärzte machen nach Meinung eines Vertreters der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren die Ärzte zu Ko-Alkoholikern. Eine weitere Parallele liegt in der Verordnung von Medikamenten wie Distraurin und Benzodiazepam (z. B. Valium), die als Ausweichdrogen benutzt werden können und eine Rehabilitation erschweren.

Radikale präventive Maßnahmen zu empfehlen, wie sie die skandinavischen Länder praktizieren, konnte sich der Ärztetag nicht durchringen. So wurde zwar an das Verantwortungsbewußtsein aller derer appelliert, die in der Werbung Alkohol als risikolosen Problemlöser darstellen. Zu einer Sondersteuer für Suchtmittel, deren Erträge der gesetzlichen Krankenkasse zugute kommen sollen, konnte man sich jedoch nicht durchringen.

Neben Appellen und Absichtserklärungen forderten die Delegierten, Maßnahmen zur Verbesserung der Früherkennung des Alkoholismus voranzutreiben sowie eine bundesweite epidemiologische Studie zu erheben. Die Forderung der oppositionellen Gruppen nach strukturellen Reformen in der Rehabilitation wurde dagegen abgelehnt. (Beispielhaft seien nur die Erfahrungen der DGSP und der DGVT mit psychosozialen Hilfen im regionalen Verbund genannt, die auf den Suchtbereich übertragbar sind.)

Die etwa 200 000 Medikamentensüchtigen sind zu einem großen Teil Umsteiger, die zuerst von Alkohol, illegalen Drogen oder Schnüffelfstoffen abhängig waren. Der kleinere Teil wurde direkt Opfer des Ordnungsver-

haltens der Ärzte. Im Gegensatz zu anderen Suchtkrankheiten gibt es hier einfache Möglichkeiten der Primärprävention. So hat nach den Ausführungen von Professor Poser die Unterstellung der Bromharnstoffe unter die Rezeptpflicht im Jahre 1978 praktisch zu einem Verschwinden der Bromharnstoffabhängigkeit geführt.

Hervorzuheben ist daher die Forderung des Deutschen Ärztetages an den Gesetzgeber, alle Suchtstoffe der Verschreibungspflicht zu unterstellen, Mischpräparate mit mehr als einem Suchtstoff zu verbieten, die Hersteller zu verpflichten, die Ärzte frühzeitig über das Abhängigkeitspotential neuer Medikamente zu unterrichten.

Nicht trennen jedoch wollte sich die Mehrheit des Ärztetages von Arzneimittelmustern mit Suchtpotentialen und von den Segnungen der Pharmawerbung. Wird dann noch die geforderte Aus- und Weiterbildung von den Pharmareferenten übernommen, so ist endgültig der Bock zum Gärtner gemacht.

Der Kampf gegen den Drogenhandel konnte von den Vertretern der Ärzteschaft nur zur Kenntnis genommen werden. Die Einwirkungsmöglichkeiten der Ärzteschaft sind hier gering. Einen Einblick in die Drogenszene gab Hans Werner Hamacher, Leiter des Landeskriminalamts von Nordrhein-Westfalen. Er hält den Kampf gegen das Haschisch bereits für verloren. Während das Kraut zunehmend an sozialer Akzeptanz gewinnt, verliert es an Verführungskraft. Kokain, die Schickleria-Droge, befindet sich auf dem Vormarsch, und das Heroin ist ebenfalls auf absehbare Zeit nicht vom Markt fernzuhalten. Die Zahl der Süchtigen blieb mit 50 000 bis 65 000 weitgehend konstant. Freie Marktwirtschaft für den Handel mit dem Tod — wir werden mit der Droge leben müssen.

Die Empfehlungen und Ratschläge der Bundesärztekammer beziehen sich weitgehend auf die Therapie der Drogenabhängigen. Neue Ansätze in der Prävention waren nicht zu entdecken.

Verabschiedet wurde übrigens eine Empfehlung für ein Rauchverbot an Schulen. Die Lehrer werden sich also demnächst auf die Toilette zu verdrücken haben — Herr Doktor darf weiterqualmen.

Gregor Weinrich

Bluternte



Bluternte — das Blut der Armen für die Wohlfahrt der Reichen. Herausgeber: G. Fätkenheuer, H.C. Koch, E. Kohler, S. Pater in Zusammenarbeit mit dem Bundeskongreß entwicklungspolitischer Aktionsgruppen (BUKO), rororo-aktuell, Mai 1984, 276 S., 12,80 Mark.

In der Kinderabteilung, in der ich arbeite, wird die Behandlung mit Immunglobulinen — bis auf seltene Ausnahmen — abgelehnt. Aber Kinder, die so „behandelt“ werden, meist wegen häufiger Infekte, sind keine Ausnahmen. Das Gebetbuch der Pharmaindustrie, die „Rote Liste“, führt als Indikationen z. B. für Beriglobin u. a. auf: „bakterielle Infekte“ und die Prophylaxe vieler Virusinfektionen. Nicht nur die Pharmaindustrie, auch die Ärzte wissen, daß es bei dieser „Therapie“ gesicherte Erfolgsnachweise bis auf seltene Ausnahmen nicht gibt. Aber es kann ja nicht schaden! Oder?

Wer das Buch von Gerd Fätkenheuer und Mitarbeiter gelesen hat, dem wird bei jedem Milliliter Immunglobuline, den er verabreicht, das Gewissen schlagen. In zum Teil jahrelangen und sicher nicht ungefährlichen Recherchen haben die Autoren, unterstützt von den Mitarbeitern des BUKO, detaillierte Fakten um Herkunft, Verarbeitung, Anwendung und Profite mit menschlichem Blutplasma zusammengetragen. Das faktenreiche Buch liest sich deshalb so spannend, weil nicht nur berichtet wird, sondern die Autoren die vielen Gespräche und eigenen Erfahrungen bei der Recherche niedergeschrieben haben, und so auch die persönliche Betroffenheit immer spürbar bleibt. Am Ende der Lektüre habe ich mich selbst nochmal gefragt, ob die Impfung gegen Hepatitis B wirklich notwendig ist.

Nach der Lektüre, die ich jedem Arzt, jeder Schwester und jedem Pfleger nur wärmstens empfehlen kann (ebenso allen Studenten und

denen, die sich mit Gesundheitspolitik in der Dritten Welt befassen), ist mir klar geworden, daß wir diesen „Therapieformen“ und ihren Nebenwirkungen in dg noch breiteren Raum geben müssen.

Ulli Raupp



Karlheinz Lohs (Hg.): Nach dem Atomschlag. Ein Sonderbericht, von Amblo veröffentlicht unter der Schirmherrschaft der Königlich Schwedischen Akademie der Wissenschaften. Pergamon Press, Frankfurt (i. e. Kronberg/Ts.). 1983. 19,80 Mark

Ein Versuch mehr auf dem Büchermarkt, mit der Friedenssehnsucht Kohle zu machen? Ausnahmsweise nicht. „Nach dem Atomschlag“ bringt etwas Neues in die Diskussion: genaue, wissenschaftlich erarbeitete Berechnungen und Überlegungen, was nach dem Atomkrieg sein wird. Sinnlos, weil wir den Krieg ja eh verhindern wollen? Bestimmt nicht, denn das Buch liefert endlich einmal neue Argumente für den Stellungskrieg mit jenen Ärztefunktionären und Politikern, die mit „Randzonen“-Akrobatik Kriegsangst vertreiben wollen.

Das Buch ist gut lesbar auch für den interessierten Laien, reichhaltig mit Bildern und Tabellen ausgestattet; eine empfehlenswerte Anschaffung für jede Friedensinitiative. Daß „die Überlebenden die Toten beneiden“ werden, belegt das Buch umfangreich und vielschichtig: die gesamte Nordhalbkugel der Erde wäre durch Rußteichen in der Atmosphäre verdunkelt, die Landwirtschaft käme zum Erliegen. Auswirkungen auf die Süßwasserversorgung, auf die Ozeane, auf die Atmosphäre, auf die Landwirtschaft, auf das Leben in der Natur, auf die Nahrungsmittelversorgung, auf das Verhalten der überlebenden Menschen werden untersucht. Das zugrundegelegte Szenario ist realistisch und deshalb leider umfangreich: fast die Hälfte der vorhandenen Megatonnen-Spreng-

kraft würde von den Großmächten demnach eingesetzt werden. Umso lobenswerter, daß abschließend noch Berechnungen für einen „begrenzten“ Nuklearkrieg in Ost- und Westdeutschland durchgeführt werden: „Der Einsatz von 170 größeren Kernwaffen gegen stationäre militärische Ziele würde möglicherweise zehn Millionen Menschen das Leben kosten.“

Walter Popp



Susanne Mersmann, Verkaufte Patienten — das Geschäft mit den Pillentests, Konkret Literatur Verlag 20 Mark

Für die pharmazeutische Industrie scheint die Zeit der Jubelberichte über ihr Wirken und ihre Erfolge endgültig vorbei zu sein.

Wann immer früher Negatives über sie verbreitet wurde, sie reagierte prompt mit dem Vorwurf der ideologischen Einäugigkeit ihrer Gegner und Kritiker. Seitdem nun — gelegentlich auf geheimnisvollem Wege — Aktenordner und einzelne Dokumente mit dem Stigma „vertraulich“ aus dem Dunkel der Konzernarchive in das helle Licht einer alarmierten Öffentlichkeit gelangen, werden frühere Mutmaßungen zur bitteren Wahrheit. Daß es bei den Konzernen sogar lebensgefährlich und kriminell zugehen kann, etwa da, wo Menschen als Versuchskaninchen herhalten müssen, bezeugt mit großem Engagement und spürbarem Entsetzen die „konkret“-Redakteurin Susanne Mersmann in ihrem Buch „Verkaufte Patienten“, das sich mit der Praxis klinischer Versuche in der BRD auseinandersetzt. Es entstand auf der Basis vertraulicher Dokumente und Aufzeichnungen aus dem Hause Bayer, die hier gründlich und sachkundig erläutert und kommentiert werden. Sollten da noch hinsichtlich der Forschungsmotive und -anstrengungen der Pharmakonzerne irgend-

welche Illusionen bestanden haben, nach der Lektüre dieses Buchs sind sie weg! „Pharmaforschung ist teuer. Aber ein Menschenleben ist unbezahlbar“, tönte der Bundesverband der pharmazeutischen Industrie unlängst in einer Anzeigenserie. Nach der Lektüre dieses Buches begreift man, warum Forschung so teuer ist — bei den Kopfpauschalen pro Patient! Man erfährt auch, daß entgegen dem Anzeigentext zumindest für die Industrie Menschenleben bezahlbar sind — in D-Mark und Pfennig.

Das Buch zeigt, wie berechtigt die Kritik an den im Arzneimittelgesetz von 1976 festgeschriebenen Bedingungen für die Durchführung von Menschenversuchen ist. Es fordert auf zur Wachsamkeit insbesondere in Kliniken und Pflegeheimen. Eine notwendige Lektüre, unbedingt lesen!

Ingeborg Simon

Eckhardt Westphal Arzneimittelmarkt und Verbraucherinteresse

**Pahl-Rugenstein
Hochschulschriften 117**

**Eckhardt Westphal:
Arzneimittelmarkt und
Verbraucherinteresse
Pahl-Rugenstein
(Hochschulschriften 117)
Köln 1982, 427 Seiten, 50 Mark.**

Wer sich mit der Pharmaindustrie beschäftigt hat, wird den Namen des Autors kennen: Dr. Eckhardt Westphal ist Abteilungsleiter beim Bundesverband der Ortskrankenkassen und einer der profundensten Kenner der Materie hierzu.

Während verschiedene Bücher in der Vergangenheit entweder die Ökonomie der Pharmaindustrie („Neunmal teurer als Gold“), ihre Preisskandale („Valium zum Beispiel“) oder aber ihre unlauteren Praktiken („Gesunde Geschäfte“) beleuchteten, versucht Westphal mit seinem Buch eine umfassen-

de Bearbeitung des Themas.

Dabei fehlt die „Selbstmedikation“ ebenso wenig wie das Arzt-Patient-Verhältnis, und sehr ausführlich ist der Abschnitt über „die Rolle der industriellen Warenproduktion“ ausgefallen. Die Kapitelüberschriften: Planmäßige Intransparenz durch künstliche Heterogenität der Produkte; internationale Produkt- und Preisdifferenzierung; Monopolisierung der Kommunikationskanäle; ärztliche Aus-, Fort- und Weiterbildung; Pharmaberater; Ärztemuster; Anzeigenwerbung in medizinischen Zeitschriften; Forschung als Absatzförderung.

Westphal setzt sich auch mit der Bedeutung des „pharmakologisch-therapeutischen Paradigmas“ auseinander. Er kommt dabei zu der Schlussfolgerung, daß nicht das Therapiemonopol der Ärzte mit ihrer organmedizinischen Ausbildung für das Dominieren der Arzneitherapie gegenüber anderen Therapieformen verantwortlich ist (wie gelegentlich behauptet wird), sondern daß umgekehrt das Aufkommen moderner Arzneimittel das ärztliche Handeln stärker beeinflußt hat als andere Entwicklungen; Triebkraft hierfür war aber die Dynamik der Entstehung der pharmazeutisch-chemischen Industrie. Für die heutige Situation schließlich stellt Westphal eine Interessensidentität zwischen Herstellern und Ärzten fest: „Das Arzneimittel als Instrument zur Ökonomisierung der ärztlichen Praxis“, heißt eine Kapitelüberschrift.

Die differenzierte Analyse der Interessen- und Machtpositionen der beteiligten Gruppen (Pharmaindustrie, Heilmittelindustrie, Apotheker, Ärzte, Krankenkassen, Tarifparteien, Verbraucherverbände, Regierung und politische Parteien) sowie der Entscheidungsstrukturen nimmt etwa ein Drittel des Buches in Anspruch. Dazu gehört ein guter Überblick über die Entwicklung der Arzneimittelgesetzgebung in der BRD sowie vor allem eine ausführliche Diskussion der „Berücksichtigung der Verbraucherinteressen“. Dabei kommt Westphal zu folgendem Ergebnis: „Mit den Selbstverwaltungen der gesetzlichen Krankenkassen verfügt die Nachfrage über ein dem politisch-administrativen System ausgelagertes Infrastruktur, deren Handlungsmöglichkeiten jedoch wegen mangelnder demokratischer Rückkoppelungsprozesse bei weitem nicht ausgeschöpft sind. Da die Selbstverwaltung formal verbraucherpolitische Positionen besetzt, ohne sie inhaltlich auszufüllen, erweist sich die Selbstverwaltung in ihrer gegenwärtigen Ausprägung eher als ein Hindernis zur Wahrnehmung

von Verbraucherinteressen. Sie ist Bestandteil einer auf Konfliktminimierung ausgerichteten politisch-administrativen Problembewältigungsstrategie.“ Wie wahr.

Am Schluß des Buches wird auf 40 Seiten eine „pragmatische Handlungsstrategie aus verbraucherpolitischer Sicht“ entwickelt. Wichtig ist dabei das Wort „pragmatisch“, denn Westphal ist nicht so naiv zu glauben, daß die bestehenden gesundheitspolitischen Strukturen sich kurzfristig ändern ließen. Er macht aber in der gegenwärtigen wirtschaftlichen Krisensituation „Unbestimmtheitsbereiche“ aus, die „für Reformen genutzt werden können“. Von technologischer Seite sei dabei mit der abnehmenden Innovationsrate (immer weniger neue Wirkstoffe werden entwickelt) eine wesentliche Voraussetzung für die „Ordnung des Arzneimittelmarktes“ geschaffen. Von Seiten des Gesetzgebers wiederum seien mit dem 1976 in Kraft getretenen zweiten Arzneimittelgesetz (AMG) eigentlich recht große Handlungspotentiale vorhanden, die bislang nicht genutzt wurden.

In der Konsequenz fordert Westphal deshalb ein herstellernabhängiges Arzneimittelinstitut, Reformen der Zulassungsbestimmungen (da das AMG sich hier als unzureichend erwiesen hat) sowie eine „Positivliste“ und Schritte gegen das in der BRD stark erhöhte Preisniveau (Unterlaufen der Herstellerstrategien durch Re- und Parallelimporte, Aufhebung der Wettbewerbsfreiheit für Apotheken).

Westphal ist ein ausgezeichnetes Buch gelungen, das m. E. zu den wichtigsten gesundheitspolitischen Veröffentlichungen der letzten Zeit gezählt werden muß: es ist nicht nur umfassend und aktuell, stützt sich auf eine Fülle (und die maßgebliche) Literatur und stellt neue Daten und Zahlen zur Verfügung. Es ist darüber hinaus auch von einer klaren parteiischen Position (Verbraucher) aus geschrieben. Und schließlich hat Westphal es verstanden, ein *sehr gut lesbares* Buch zu schreiben, das sich durch die Zusammenfassungen am Ende eines jeden Kapitels und die klare Gliederung auch zur schnellen Orientierung gut eignet. Kurz: Wer sich mit Arzneimitteln und Pharmaindustrie beschäftigt, wird an diesem Buch nicht vorbeikönnen.

Einziger Wermutstropfen ist der schlicht unverschämte hohe Preis, vor allem, wenn er an der simplen Ausstattung gemessen wird (Paperback; photomechanische Wiedergabe des maschinengeschriebenen Manuskriptes, d. h. kein eigener Satz).

Dirk K. Wolter

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 Skrobiles (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: Detlev Uhlenbrock, Walter Popp; **Gesundheitsversorgung:** Gregor Weinrich, Uli Menges, Joachim Gill; **Arbeits- und Lebensverhältnisse:** Norbert Andersch, Kurt Straß; **Pharma- und Geräteindustrie:** Ulli Raupp; **Umwelt:** Peter Walgor; **Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen:** Matthias Albrecht, Edi Erken; **Ausbildung:** Eckard Müller, Peter Liebermann; **Internationales:** Gunar Stempel, Folix Richter, Stephan Schölzel; **Frauenprobleme:** Ulla Funke; **Pflegeberufe:** Thomas Wettig; **Historisches:** Helmut Koch; **Kultur und Subkultur:** Holmut Copak

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

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

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

Nachdruck nur nach Zustimmung der Redaktion.

Redaktionskonto für Spende:
Sonderkonto Norbert Andersch
Postgroat Essen Nr. 15420-430

Die Zeitschrift „DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESSEN“ erscheint monatlich bei:

Pahl-Rugenstein Verlag GmbH, Gottesweg 54, 5000 Köln 51, Tel. 0221/36 40 51, Konten: Postscheckamt Köln 6514-503, Stadtparkasse Köln 108 522 38 (für Abo-Gebühren).

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

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

Redaktions- und Anzeigenschluß für das Septemberheft: 3. 8. 84.

Graphik: Christian Paulsen

Titelbild: Avinash Pandey

Layout: Helmut Copak, Matthias Albrecht, Uli Menges, Norbert Mappes

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

JSSN: Nr. 0172-7091

Wir über uns

Einmal im Monat trifft sich die Redaktion, um das nächste Heft zu planen und die vorliegenden Artikel zu diskutieren. Leider kam in den letzten Jahren die Diskussion über die Artikel zu kurz.

Seit ein paar Monaten läuft es anders — und das, obwohl wir jetzt mehr zu tun haben. Wir wollen nur hoffen, daß es so bleibt und nicht wieder nach der Sommerpause einschläft. Nach einem festen Fahrplan hören wir uns gemeinsam das Referat unseres jeweiligen dg-Reporters zum nächsten Schwerpunktthema an. Anschließend diskutieren wir darüber, so daß wir wenigstens mit dem Thema vertraut werden. Das ersetzt natürlich nicht eine ständige „Ortsbestimmung“ und Selbstkritik. Aber es ist wenigstens ein Versuch, einmal wieder mehr über Inhalte nachzudenken — anstatt immer bis spät in die Nacht über Papiersorten, Druckkosten und Pannen im Vertrieb zu debattieren.

* * *

Wir haben ein Gespräch mit Erich Wulff geführt über die Resonanz auf seinen Vortrag. Er wird im nächsten Heft erscheinen. Dann soll auch noch etwas zum Kongreß „Kritische Philosophie“ kommen.

* * *

Wir sind gefragt worden, wie man an dg's für den Handverkauf herankommt. Ganz einfach: ein Kärtchen ans Redaktionsbüro schicken (Siegburger Straße 26, 5300 Bonn 3) oder anrufen (0228/46 82 08). Anzahl der gewünschten Hefte nennen — und vermerken, ob regelmäßige Zusendung erwünscht wird oder nicht.

Und nun ab in den Satz, du letztes Wort in eigener Sache. HC

dg-Kontakte

Ansbach: Birgitte Eschenbacher, Am Heimweg 17, 8800 Ansbach, Tel. (0981) 144 44; **Berlin:** Hermann Dittich, Grunewaldstr. 28, 1000 Berlin 41, Tel. (030) 822 63 28; **Bonn:** Edi Erken, Eckenstr. 28, 5205 St. Augustin 2 (Hangelar), Tel. (02241) 2 91 78; **Bremen:** Cornelia Selke, Clausewitzstr. 25, 2800 Bremen 1, Tel. (0421) 23 43 71; **Darmstadt:** Jürgen Frohner, Neutcher 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) 15 11 87; **Duisburg:** Felix Richter-Hebel, Hochfeldstr. 19, 4100 Duisburg 17, Tel. (02136) 51 20; **Frankfurt:** Klaus Priester, Schloßstr. 96, 6000 Frankfurt 90, Tel. (0611) 70 54 49; **Gießen:** Claudia Göttmann, Bismarckstr. 6, 6300 Gießen, Tel. (0641) 7 52 45; **Göttingen:** Barbara Wille, Ostlandweg 23, 3400 Göttingen, Tel. (0551) 3 37 10; **Hamburg:** Robert Pfaffner, Kurfürstenstr. 45, 2000 Hamburg 70, Tel. (040) 6 56 48 45; **Hanau/Maintal:** Hans See, Südring 12, 6457 Maintal 1, Tel. (06181) 4 72 31; **Hannover:** Martin Walz, Tiestestr. 19, 3000 Hannover 1, Tel. d. (05132) 90 65 57/p; (0511) 81 88 68; **Hattlingen:** Wolfgang Münster, Marxstr. 19, 4320 Hattlingen, Tel. (02324) 6 74 10; **Heidelberg:** Michael Gerstner, Burgstr. 44, 6900 Heidelberg, Tel. (06221) 47 41 01; **Karlsruhe:** Claudia Lehner, Schillerstr. 54, 7500 Karlsruhe 1, Tel. (0721) 84 99 48; **Kassel:** Matthias Dippel, Walzstr. 2d, 3500 Kassel, Tel. (0561) 5 49 25; **Kiel:** Ralf Cüppers, Saarbrücker Str. 176B, 2300 Kiel 1, Tel. (0431) 68 63 97; **Kleve:** Ulla Funke, Steinbergen 33, 4182 Uedem, Tel. (02825) 84 24; **Köln:** Peter Liebermann, Memeler Str. 10, 5000 Köln 80, Tel. (0221) 71 17 08; **Lengerich:** Jan Hendrik Herdtlass, Niederringel 3, 4540 Lengerich; **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 Happpmann, 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, Gelststr. 67a, 4400 Münster, Tel. (0251) 79 46 88; **Oldenburg:** Helmut Koch, Saarstr. 11, 2900 Oldenburg, Tel. (0441) 8 38 56; **Recklinghausen:** Petra Voss, Am Lohtor 4, 4350 Recklinghausen, Tel. (02361) 154 53; **Remscheid:** Michael Sünner, Lockfickerstr. 50, 5630 Remscheid 11, Tel. (02191) 5 52 78; **Riedstadt:** Harald Skrobiles, Freih.-v.-Stein-Str. 9, 6086 Riedstadt, Tel. (06158) 61 61; **Siegburg:** Richard Boitzon, Hagebuttenweg 24, 5200 Siegburg-Kaldauen, Tel. (02241) 38 35 90; **Siegen:** Michael Regus, Zur Zinsenbach 9, 5900 Siegen, Tel. (0271) 7 68 60; **Tübingen:** Elka Schön, Jacobgasse 19, 7400 Tübingen, Tel. (07071) 21 27 98; **Ulm:** Wolf Schleinzer, Ringstr. 22, 7900 Ulm-Lehr, Tel. (0731) 6 65 44; **Viernsen:** Sebastian Stierl, Hermann-Ehlers-Str. 5, 4050 Viernsen 12, Tel. (02162) 7 76 94.



Das Doppelheft für Juli und August erscheint am 6. Juli.
dg-Report:
Sportmedizin

Pharmawerbung besticht . . .

Postvertriebsstück
Gebühr bezahlt

Foto: sirius

Idee: Felix

PAHL-RUG. GOTTESW. 54 5000 KOELN
G 2961 E 394711 352

KARL BOEKER
CARL VON OSSIEZKY STR. 23 A
4800 BIELEFELD 1

Dies ist die zweite von vier Anti-Pharma-Anzeigen

