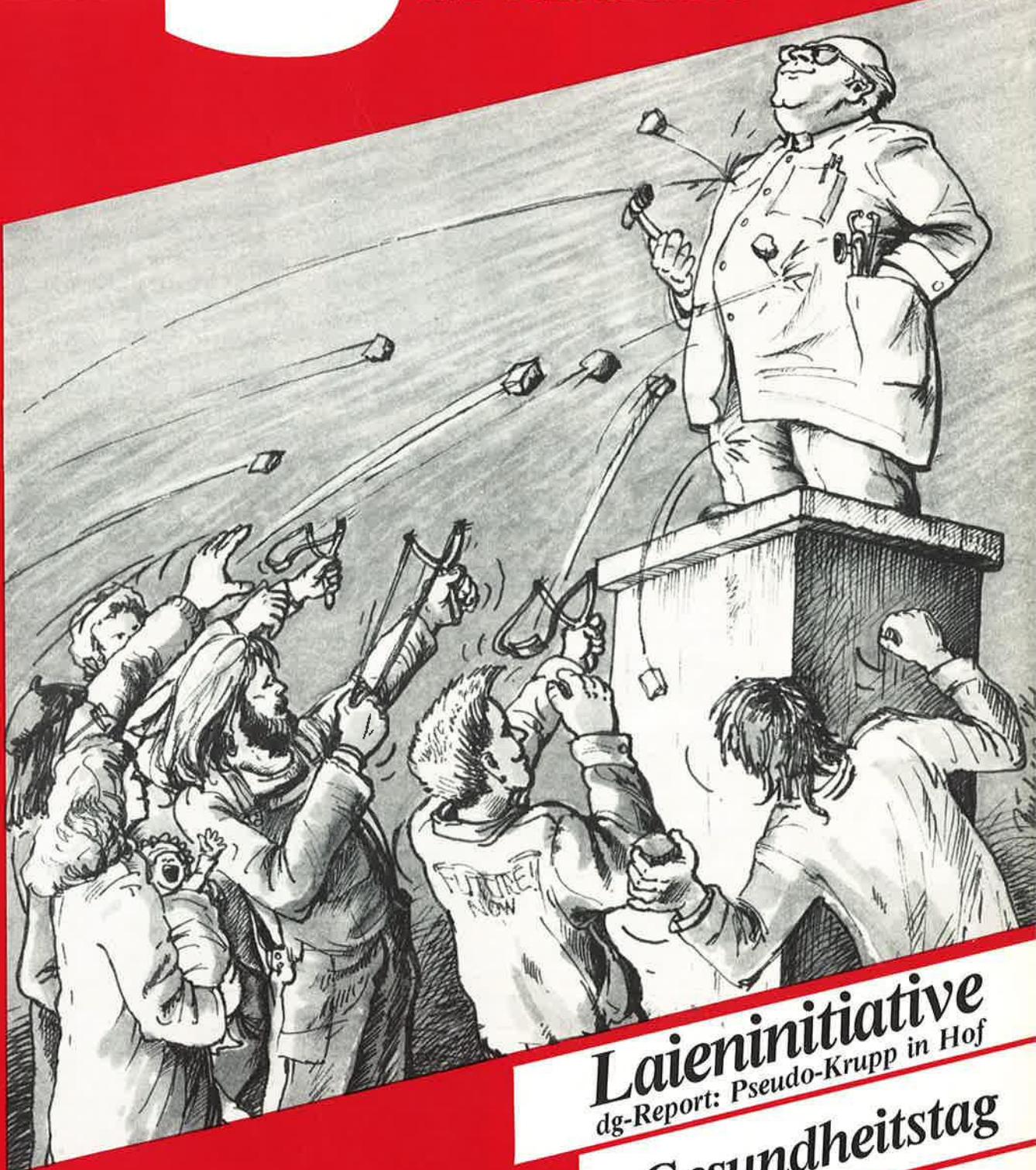


**dg**

**DEMOKRATISCHES  
GESUNDHEITSWESEN**

ZEITSCHRIFT FÜR GESUNDHEITS-  
UND SOZIALBERUFE



**Laieninitiative**  
dg-Report: Pseudo-Krupp in Hof

**Gesundheitstag**  
**Struwwelpeter**

# der kommentar

Marita Wagner,  
Krankengymnastin,  
ist Bundestags-  
Nachrückerin der  
Grünen



## Krankenhäuser (nicht nur) finanzieren

Wie immer (?) können und sollten rein finanzielle Überlegungen auch bei der Krankenhausfinanzierung nicht an erster Stelle stehen. Dorthin gehört eindeutig die Sicherung der Grundversorgung der Bürger. Finanzierung und Bedarfsplanung sind als eine Einheit zu betrachten, die Finanzierung muß sich nach dem Bedarf richten. Alle bisher vorgelegten Gesetzesentwürfe (des Bundes und der Länder) konzentrieren sich ausschließlich auf den finanziellen Bereich der stationären Versorgung. Außer acht gelassen werden vollkommen die eigentlichen kosten-treibenden Strukturen im Krankenhausbereich: Sie werden belassen — und die Finanzierung und Regelung wird abgewälzt, möglichst auf die Krankenkassen und damit auf die Beitragszahler. Bund, Länder und Gemeinden dürfen aus ihrer Verantwortung für die Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen nicht entlassen werden.

Die Krankenhausbedarfsplanung darf nicht in den Händen des Bundes der Länder und der Krankenkassen allein liegen. Sie darf sich nicht an parteipolitischen Überlegungen orientieren, wie es jetzt z.B. der Fall ist, wenn die Länder und deren jeweilige politische Ausrichtung bestimmend sind für die Be-

darfsplanung. Das Großklinikum Aachen ist hier wohl das beste Beispiel für Prestigeobjekte einer Landesregierung: es geht nur derzeit nach hinten los.

Solche eklatanten Fehlleistungen und Verschwendungen von Steuermitteln können nur vorkommen, wenn die Betroffenen nicht in die Planung mit einbezogen werden und wenn nur bis zur Landesgrenze gedacht wird. Eine Regionalisierung der Bedarfsplanung auf der Basis der Zusammenarbeit von Krankenhausverbänden, Krankenkassen, Patienten und Beschäftigten im Krankenhaus ist eigentlich das Gebot der Stunde. Diese Regionalplanungen sollten dann nachrangig auf Länder- und Bundesebene aufeinander abgestimmt werden.

Als erstes muß hier ein Kriterienkatalog für eine sinnvolle Bedarfsplanung her, die sich unter anderem mit der Struktur der Region befaßt. Kriterien hierfür könnten sein: regionale Krankheitsverteilung, Altersstruktur der Bevölkerung — neben den bisher üblichen »Bedarfsdeterminanten« wie Verweildauer, Belegungszahl, Einwohnerzahl und Krankheitshäufigkeit. Die Patientenzahl eines Krankenhauses darf nicht mehr bestimmt werden nach der Größe der medizinisch-technischen Anlagen. Da die Geräte ausgelastet sein sollen, regeln sie die Nachfrage selber.

Ich fordere außerdem eine weitere Entlastung der Krankenkassen durch staatliche Zuschüsse, z.B. für Sozialeinrichtungen wie Kindergärten für die Kinder der Beschäftigten. Hierarchische Strukturen des Krankenhauses müssen durchbrochen und durch Kollegialpflege ersetzt werden. Alternative Versorgungsstrukturen sowohl im ambulanten, teilstationären wie auch im stationären Bereich werden bisher in keine der angestellten Überlegungen mit eingebracht.

Ein weiterer wichtiger Punkt in der Krankenhausfinanzierung ist noch der vollpauschalierte Pflegesatz. Eine Abkehr von diesem System wird zur Folge haben, daß Klassendifferenzen in der Behandlung entstehen. Randgruppenpatienten werden geschaffen, Spezialisierungen (besonders der privaten Krankenhäuser) auf lukrative Gebiete. Die Selbstkostenbeteiligung wird auch auf den Krankenhausbereich weiter ausgedehnt. Nicht zuletzt wird die Abkehr vom vollpauschalierten Pflegesatz eine noch stärkere Ausweitung medizinisch-technischer Geräte und deren Nutzung zur Folge haben. Ein Teufelskreis.

## DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN

ZEITSCHRIFT FÜR GESUNDHEITS-  
UND SOZIALBERUFE

11/84

### Inhalt

#### dg-Report

- |                                   |    |
|-----------------------------------|----|
| Wenn Eltern mehr wissen als Ärzte | 8  |
| Pseudo-(Krupp-)Umfrage            | 12 |

#### Frieden

- |  |    |
|--|----|
| Guten Tag, wir kennen Sie!                                   | 14 |
| Wie lebendiger Abfall<br>US-Soldaten waren Versuchskaninchen |    |
| bei Atomwaffentests  | 20 |

#### Pharma

- |  |    |
|--|----|
| Werbung Spitze, Wirkung mäßig<br>Wilpaffen | 15 |
|--|----|

#### Arbeitsbedingungen

- |  |    |
|--|----|
| Studie zu Arbeitszeit und Arbeitsbedingungen<br>im Krankenhaus | 16 |
|--|----|

#### Internationales

- |  |    |
|--|----|
| »Und überhaupt: Ampullensägen!«<br>Nicaragua braucht dringend<br>medizinisches Material          | 18 |
| Alle wollen den Doktor aus dem Ausland<br>Ein medico-Mitarbeiter berichtet<br>aus dem Südlibanon | 24 |

#### Ausbildung

- |  |    |
|--|----|
| Ausbildung in der Pleite<br>Arzt im Praktikum —<br>Szenen einer Anhörung | 19 |
|--|----|

#### Psychotherapie

- |                        |    |
|------------------------|----|
| Kontakt zum bösen Wolf | 22 |
|------------------------|----|

#### Standespolitik

- |  |    |
|--|----|
| Rote Herz-Buben<br>Präventionsstudie unter Beschuß | 26 |
|--|----|

#### Historisches

- |  |    |
|--|----|
| »Dem Struwwelpeter sein Babba«<br>Der Arzt und Autor Heinrich Hoffmann | 28 |
|--|----|

#### Kongreßberichte

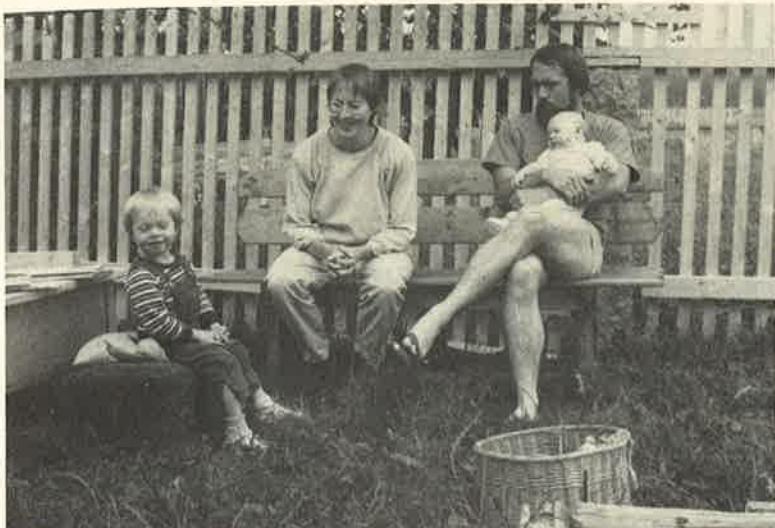
- |   |    |
|---|----|
| Gesundheitstag Bremen<br>»Sterbehilfe einst«<br>Gütersloher Fortbildungswoche | 30 |
|   | 33 |

#### Dokumente

- |   |    |
|---|----|
| Sozialstaat ade,<br>Grüß Gott: Subsidiarität?<br>Hans-Ulrich Deppes Referat auf dem<br>Gesundheitstag in Bremen | I  |
| ÖTV gegen Kriegsmedizin   | IV |

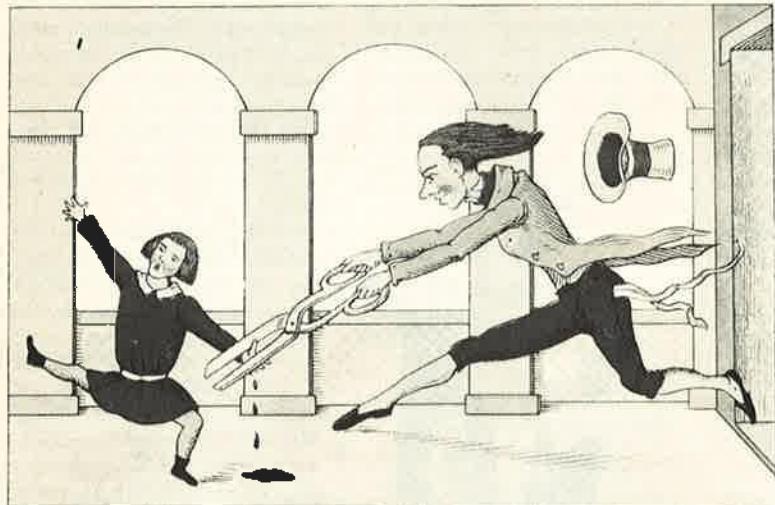
#### Rubriken

- |                       |    |
|-----------------------|----|
| Leserbriefe           | 4  |
| Aktuelles             | 5  |
| Termine/Kleinanzeigen | 7  |
| Buchkritik            | 34 |
| Wir über uns          | 35 |



*Wenn Laien sich mit Gesundheitsfragen beschäftigen, schlagen Ärzte gern aufgeregt mit den Flügeln. Beunruhigung der Bevölkerung? Alles Panikmache? Peter Walger hat die Pseudo-Krupp-Initiative im oberfränkischen Hof besucht*

Seite 8



*Jeder kennt den Struwwelpeter — aber wer kennt seinen Schöpfer? Der Arzt Heinrich Hoffmann war auch Gesundheitspolitiker und Psychiatriereformer.*

Seite 28



*Zehntausend Teilnehmer auf über 500 Veranstaltungen. Der dritte Gesundheitstag in Bremen ließ trotzdem einige Erwartungen offen. Matthias Albrecht kommentiert auf*

Seite 32

# Leser-Briefe

## Liebe Kollegen!

Im dg 9/84 auf Seite 4 ist eine kurze Notiz über das Treffen mit sowjetischen Ärzten, die sich im Verlaufe des Kardiologenkongresses in Düsseldorf befanden. Damals wurde von der Friedensinitiative Gesundheitswesen, Essen, ein Treffen organisiert. Bei diesem Treffen luden die sowjetischen Ärzte uns Teilnehmer zu sich ein. Nun, ich bin tatsächlich hingefahren. Ich war Anfang des Monats in Moskau und Leningrad.

Den Moskauer Kollegen habe ich leider nicht getroffen, da er sich im Uralub befand.

Aber in Leningrad traf ich mich mit Prof. Almasov, Leiter des Kardiologischen Institutes der Universität: 200 kardiologische Betten, 300 internistische Betten. Sie machen dort noch nicht so wild den koronaren Bypass wie bei uns, weil sie noch nicht so weit mit den Apparaten und der Technik sind (Gott sei Dank, habe ich gedacht!). Leider konnte ich den Prof. Almasov, der auch in Essen dabei war, erst an meinem vorletzten Tag erreichen und auch treffen. Er hat es gleich mit der größten Liebenswürdigkeit arrangiert, daß wir uns noch sehen konnten. Leider nur in unserem Hotel, aber da die russische Schrift nicht so einfach ist, Taxifahrer selten sind und nur russisch sprechen, war das sicherlich die einfachste Lösung.

Ich bin mit ihm folgendermaßen verblieben:

Unter dem Stichwort: »Ärzte für den Frieden« reisen wir nächstes Jahr im Juni für acht Tage nach Leningrad. Er wird uns dann sein Institut zeigen, wir können Kontakt aufnehmen mit den sowjetischen Ärzten gegen den Atomkrieg, Diskussionen führen, noch einen Betrieb besichtigen, Stadtrundfahrt und »weiße Nächte von Leningrad«.

Liebe Kollegen, ich stelle mir das traumhaft schön vor, speziell wenn wir im Hotel Prisbaldiskaja wohnen, direkt am Ostseestrand. Wenn wir eine Gruppe mit 16 Personen zusammenbekommen, kostet die Fahrt mit Unterkunft ca. 900 DM. Je mehr Leute desto billiger.

Also, angesprochen sind Ärzte und Ärztinnen für den Frieden, die Interesse haben, nächsten Juni, letzte Juniwoche, für acht Tage nach

Leningrad zu fahren, um dort Kontakt aufzunehmen zu den sowjetischen Ärzten und Ärztinnen für den Frieden. Folgendes Programm stelle ich mir vor und ist auch noch zu organisieren über den Prof. Almasov von mir und Hansa-Tourist sowie der sowjetischen Gewerkschaft:

- Stadtrundfahrt
- Besuch des Kardiologischen Instituts von Prof. Almasov — Diskussion mit Klinikärzten und den Studenten
- Treffen mit der sowjetischen Organisation der Ärzte gegen den Atomkrieg
- Besuch der Kirovwerke (das ist eine Traktorenfabrik in Leningrad, die während der deutschen Belagerung im Krieg eine entscheidende Rolle gespielt hat),
- dabei Besichtigung der betriebsärztlichen Vertretung im Betrieb — Kontaktaufnahme mit dem arbeitsmedizinischen Institut der Gewerkschaften,
- Diskussion mit anderen Beschäftigten der Klinik usw.

Kosten ca. 900 DM/8 Tage/Unterkunft: Hotel Prisbaldiskaja in Leningrad. Termin: Letzte Woche Juni 85. Die Reise organisiert Hansa-Tourist, die Reiseleitung ev. »Arbeit und Leben«. Ich müßte bis zum 1. November 84 Bescheid haben, wer daran interessiert ist. Bitte meldet Euch bis zum 1. November bei mir bitte schriftlich:

INGE ZELLER  
Neuer Graben 73  
4600 Dortmund 1  
Tel.: 02 31/10 45 84

## Viel subtiler

dg 10/84: Sexismus im Krankenhaus »Sexismus im Krankenhaus« — ein Thema, das man nicht den dg-Redakteuren überlassen sollte? Im Ernst: Wer als linke Monatsschrift im Gesundheitswesen antritt, muß sich fragen lassen, wie er sich von anderen Zeitschriften (-Machern) unterscheidet. Die Erwartungshaltung des Lesers wird durch den Aufmacher auf dem Titelblatt und die Ankündigung im Inhaltsverzeichnis (unter der Rubrik »Frauen«) entsprechend provoziert — doch anstatt einer fundierten Auseinandersetzung mit dem Thema, die lange Überfällige ist, folgt in »bewußter« Abgrenzung zur Einzelfalltheorie der Massenmedien die Darstellung zweier Einzelfälle, offenbar als Beleg gegen die erwähnte Theorie.

Sexismus drückt sich sicherlich auch in »fraueneindlicher sexueller Anmache« der »ganz maroden Macho-Typen« aus den operativen Fächern aus, viel subtiler aber und deswegen um so bedeutungsvoller im alltäglichen Umgang: Wer kocht Kaffee nach der Visite? Wer »springt« auf, um die bei der Visite

vergessenen Unterlagen zu holen? Wie oft werden Schwestern von Ärzten »fertiggemacht«? Wie oft Pfleger von Ärztinnen? Warum erhalten Kinderkrankenschwestern weniger Gehalt als Krankenschwestern? Weil es keine Kinderkrankenpfleger und damit keine Lobby gibt?

Ich würde mich freuen, von Euch Diskussionen über derartige Mißstände zu erleben und wünsche mir, in Zukunft von derart peinlichen Pseudo-Artikeln verschont zu bleiben.

STEPHAN FEGERS  
Mönchengladbach

## Keine Outlaws

dg 9/84: dg-Report »Gesundheit findet nicht statt!«

Mit Interesse las ich Ihren Artikel, insbesondere natürlich die Ausführungen über den »Gesundheitsplan Osnabrück«.

In Ihre Ausführungen haben sich leider einige Fehler eingeschlichen, die bei eingehenderen Recherchen, z. B. durch eine Befra-

3. Der aus der falschen Vermutung (siehe 2.) gefolgte Schluß, daß weder die regierende CDU/FDP-Mehrheit noch die Opposition (SPD, Grüne) politische Konsequenzen gezogen haben, ist geauso falsch. Zum einen haben die zuständigen Gremien die weitere Beteiligung Osnabrücks an dem Modellversuch beschlossen (und damit die Erstellung der zwei konkreten Programmplanungen), zum anderen werden sie demnächst auch über die vorgelegten Konzepte und eine Fortsetzung der Planung entscheiden.

4. Die Funktion konkreter Handlungsprogramme ist es u.a., den bestehenden »Wildwuchs« an Maßnahmen im Gesundheitsbereich zu koordinieren; also fehlen in Osnabrück weder das koordinierte Vorgehen noch die Voraussetzungen dazu.

5. Das im Interview mit Herrn Afeld festgestellte Fehlen der Abschnitte »Gesundheitszustand«, »Aufgaben« und »Beschäftigte« läßt sich wohl ebenfalls nur mit mangelhaften Recherchen erklären. Zum einen wird im Plan (Seite 6) darauf hingewiesen, daß diese Abschnitte in Arbeit sind, zum anderen sind diese Abschnitte inzwischen fertig und werden Ende September im Gesundheitsausschuß beraten.

6. Ihre Feststellung, daß in den Gesundheitsausschüssen die »Outlaws« der Kommunalpolitik sitzen, ist — zumindest hier in Osnabrück — sicher nicht zutreffend.

WOLFGANG THÖLE  
Dezernat Gesundheitsplanung  
der Stadt Osnabrück



gung des zuständigen Sachbearbeiters, leicht hätten vermieden werden können.

1. Die Funktion des »Gesundheitsplanes Osnabrück« wird auf Seite 6 des Planes klar definiert, ebenso klar wird dort festgestellt, daß die Ausarbeitung von Detailplanungen und konkreten Handlungsplanungen auf der Grundlage des Planes in stetiger Zusammenarbeit mit den entsprechenden Planungsträgern erfolgen soll. Einen Widerspruch zu konstruieren: hier Gesundheitsplan — dort gesundheitspolitische Strategie, halte ich nicht für gerechtfertigt.

2. Die Vermutung, daß der Plan ein »Hobby des Oberstadtdirektors« sei, ist ebenso absurd. Seit Mai 1984 erfolgen — was sich un schwer hätte ermitteln lassen — in den Bereichen »Psychosomatik« und »Zahnprophylaxe« die o.g. konkreten Programmplanungen. Hier werden in absehbarer Zeit (Oktober/November 1984) Konzepte vor gelegt und ausgeführt werden.

## Genau umgekehrt

dg 10/84: Kein Ende der Bescheidenheit. Kommentar von Norbert Andersch

Mit Interesse habe ich den Kommentar von Norbert Andersch gelesen. Ich glaube auch nachvollziehen zu können, weshalb er — wie viele andere ÖTV-Mitglieder aus dem Gesundheitswesen — glaubt, die ÖTV würde in dieser Tarifrunde von der Forderung nach der 35-Stunden-Woche abrücken.

Dies sehe ich nicht so, ebenso wie die Forderung nach zehn freien Tagen im Jahr nicht »zur Beruhigung der eigenen Mitglieder« aufgestellt wurde. Diese Forderung ist aus den Erfahrungen im Metall- und Druckbereich zu Recht aufgestellt worden und wird von einer sehr breiten Mehrheit der Mitglieder getragen. Dies ist ein ganz entscheidender Punkt.

Damit ziehen wir auch an demselben Strang wie die IG Metall, die ihren Betriebsräten zur Umsetzung des Tarifergebnisses von 38,5 Stunden auch die Regelung von freien Tagen (Freischichten) empfohlen hat.

Der Fehler, der oftmals in der Be- trachtung dieser Tarifforderung ge- macht wird, ist derjenige, daß die zehn freien Tage losgelöst von der Wochenarbeitszeitverkürzung ge- sehen werden. Es ist jedoch genau umgekehrt! Erst wenn die Wochenarbeitszeit z.B. im BAT verkürzt wird, kann es zu freien Tagen kom- men.

Die ÖTV-Forderung soll also genau dem Problem entgegentreten, das durch die Tarifabschlüsse bei Metall und Druck entstanden ist: näm- lich einer betriebsindividualisti- schen Umsetzung von Arbeitszeit- verkürzung. Wir wollen damit ver- meiden, daß sich jeder Betriebs- und Personalrat mit seinem Arbeit- geber um die Umsetzung der Wo- chenarbeitszeit herumstreitet und möglicherweise einer Flexibilisie- rung Tür und Tor öffnet. Deshalb soll die Umsetzung der Wochenar- beitszeitverkürzung bereits in der Tarifverträgen durch die Festlegung auf freie Tage erreicht wer- den.

Die 38,5-Stunden-Woche bedeutet bei einem Achtstundentag umge- rechnet 9,75 Tage. Mehr können auch wir, leider, in dieser Tarifrunde nicht durchsetzen.

Es ist deshalb die richtige Zahl und die richtige Richtung, um in den nächsten Tarifrunden das Ziel 35- Stunden-Woche weiterverfolgen zu können.

Natürlich reicht das nicht aus, um wirkungsvoll der Arbeitslosigkeit begegnen zu können. Wollen wir aber auch den Einstieg in die 35- Stunden-Woche erreichen, dann brauchen wir auch die volle Unter- stützung der Beschäftigten im Ge- sundheitswesen für diese Tarifrunde, die wir noch lange nicht erfolg- reich abgeschlossen haben.

HERMANN SCHAUS  
Kreisgeschäftsführer  
der ÖTV Lahn/Taunus

## Alternativen

Nachdem ich schon sehr oft, bei ei- ner Freundin, Ihre Zeitschrift mit großem Interesse gelesen habe, möchte ich nun auch das »Demo-kratische Gesundheitswesen« abonniieren.

Sehr gut fand ich in Ihrer letzten Ausgabe den Bericht des Kranken- pflegers aus Nicaragua und den der niedergelassenen Kranken- schwester. Sie zeigen Alternativen im Krankenpflegebereich, wo es hauptsächlich auf eigene Initiative ankommt. Daran mangelt es sehr oft im üblichen Krankenhausbe- reich.

ANETTE MERTENS  
Siegen

## Kranken- schwester: Hohes Hepatitisrisiko

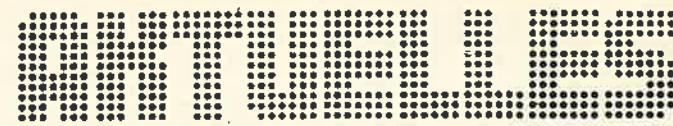
Fast acht Prozent der Kranken- schwester auf Infektionsabteilun- gen sind innerhalb von sieben Jah- ren an Hepatitis B erkrankt. Das Ri- siko in der Gesamtbevölkerung liegt bei 0,25 Prozent. Auf den In- neren Stationen erkranken im glei- chen Zeitraum 1,4 Prozent, auf chir- urgischen 0,47 und auf gynäkologi- schen Abteilungen 0,4 Prozent. Diese Zahlen teilte nach einem Be- richt der »Ärzte-Zeitung« das Zen- tralinstutitut für Arbeitsmedizin in Hamburg mit.

## 23. November: Verweigerungstag

Zu bundesweiten Tagen der Ver- weigerung ruft die Friedensbewe- gung für den 20. bis 24. November auf. Dabei sollen am 23. November die Gesundheitsberufe alle militäri- schen und zivilen Kriegsdienste — zum Beispiel in Form von Selbst- verpflichtungen — verweigern. Nä- heres ist zu erfahren beim Koordi- nationsbüro der Friedensbewe- gung, Estermannstraße 179, 5300 Bonn 1, Tel. (02 28) 67 82 31/32.

## Jede fünfte Arzthelferin ist arbeitslos

Mit einem Anstieg der Arbeitslo- senzahlen bei den Arzthelferinnen auf über 20000 im Herbst 1984



rechnet die Bundesanstalt für Ar- beit. Im September 1983 waren von den insgesamt etwa 100 000 Arzthelferinnen 17 000 als arbeits- los gemeldet. Wie aus einer Unter- suchung des Bundesinstituts für Berufsbildung hervorgeht, werden nur 43 Prozent der Arzthelferinnen nach beendeter Ausbildung von ih- rem Arbeitgeber übernommen.

## »Angst« und »Gefahr« beim Zahnarzt

Eine Broschüre zu den Gefahren durch Amalgam, Arsen und Rönt- genstrahlen in der zahnärztlichen Behandlung hat jetzt die Vereini-



gung Demokratische Zahnmedizin erstellt. Eine weitere von der Orga- nisation vorgeleerte Schrift beschäf- tigt sich mit dem Syndrom der Angst vor dem Zahnarzt.

Beide Broschüren sind zu beziehen über: Vereinigung Demokratische Zahnmedizin, Siegburger Straße 26, 5300 Bonn 3.

## Zimmermann: Keine Impfung für Homosexuelle

Homosexuelle Beamte sollen als einzige Personengruppe auch dann keine Beihilfe zu den Kosten einer Schutzimpfung gegen Hepatitis B be- kommen, wenn der Arzt eine solche Impfung für erforder- lich hält. Eine entsprechende Ver- fügung hat Bundespostminister Schwarz-Schilling (CDU) unter Berufung auf eine Ent- scheidung von Innenminister Zimmermann (CSU) dem Sozialamt der Deutschen Bun- despost mitgeteilt.

Die Verfügung mit dem Akten- zeichen 333-4 B 6561-0 vom 7. September 1984 wurde erst

jetzt durch ein Rundschreiben des Geschäftsführers der Post- beamtenkrankenkasse, Gumbusch, bekannt, das an alle Bezirksstellen der Kasse ging und der dg-Redaktion zu- gespielt wurde. In seinem Schreiben interpretiert Gumbusch die Verfügung als eine »spezielle Ausnahmere- gelung für den genannten Per- sonenkreis«. In allen anderen Fällen gilt bei der Zuteilung von Beihilfe der Grundsatz, daß Schutzimpfungen immer dann erstattet werden, wenn sie nicht ohnehin kostenlos sind und nicht zum Anlaß ei-

## Dänemark: Ärzte kündigten den Kassen

Seit Anfang Oktober müssen däni- sche Patienten für ärztliche Leis- tungen bar bezahlen. Die Preise für Untersuchungen hängen in den Wartezimmern aus. So endete vor- läufig ein Konflikt zwischen der däni- schen Ärzteschaft und den Kranken- kassen. Verhandlungen zwis- chen den Kassen und der Ärz- teschaft, als deren Ergebnis die Ärzte Einkommenseinbußen befür- chteten, führten nicht zum Erfolg. Das Angebot der Krankenkassen hätte für die Ärzte immer noch ein jährliches Durchschnittsgehalt von 430 000 Kronen (120 000 Mark) be- deutet.

Höhere Angebote zu unterbreiten, war den Krankenkassen von der konservativen Regierung untersagt worden.

## Erfolg für die Aktion Babynahrung

Einen entscheidenden Erfolg ihres Boykotts von Produkten der Firma Nestlé hat das International Nestlé Boycott Committee (INBC) gemeldet. Auf einer Tagung in New York stellte die Organisation fest, daß Nestlé »bedeutende Fortschritte« in der

ner Auslandsreise erfolgen.

Auf Anfrage der dg-Redaktion erklärte die Sprecherin von Bundespostminister Schwarz- Schilling, Koske, bei der Verfü- gung handele es sich um einen »innerbetrieblichen Schriftwechsel«, der nicht für die Öffentlichkeit bestimmt sei.

Die Verfügung des Bundes- postministers nimmt aus- drücklich Bezug auf eine Ent- scheidung des Innenminis- ter, deren Existenz Regie- rungsdirektor Roderburg ge- genüber dg telefonisch bestä- tigte.

Unmittelbar nach Bekannt- werden der Verfügung verur- teilten die Bundestagsnach- rücker Marita Wagner und Herbert Rusche (Die Grünen) diese »Sonderbehandlung« für Homosexuelle.

# KOMITEE MILK

Einhaltung des WHO-Kodex über die Vermarktung von Muttermilchersatz gemacht habe. Gleichzeitig beendete das Komitee damit einen über siebenjährigen Boykott. Der Firma Nestlé war vorgeworfen worden, sie halte durch aggressive Marktstrategien in der Dritten Welt die Mütter vom Stillen ab und fördere mit der Verbreitung künstlicher Babynahrung unter schlechten hygienischen Bedingungen die Säuglingssterblichkeit.

Wie die bundesdeutsche »Aktionsgruppe Babynahrung« (AGB) mitteilt, wird sich an den Boykott eine Kampagne gegen den Babynahrungshersteller Milupa anschließen. Die Gruppe berichtet von »unverantwortlicher Werbung« in Asien und in arabischen Ländern.

**Kontakt:** AGB, c/o Gesundheitsladen, Düsterer Eichenweg 2, 3400 Göttingen.

## ÖTV gegen § 218

Mit großer Mehrheit hat der 10. Gewerkschaftstag der ÖTV in Karlsruhe die Abschaffung des Paragraphen 218 im Strafgesetzbuch, der den Schwangerschaftsabbruch bestraft, gefordert. Gleichzeitig fordert die Gewerkschaft die kostenlose Abgabe von Verhütungsmitteln und die Weiterfinanzierung von Abbrüchen durch die Krankenkassen. In einer persönlichen Erklärung vor der Abstimmung erklärte die ÖTV-Vorsitzende Monika Wulf-Mathies den erwarteten Beschuß für nicht bindend. Dabei sei vor allem an kirchliche Mitarbeiter gedacht.

## Staublunge bei Zahntechnikern

Ähnlich wie Bergleute laufen Zahntechniker Gefahr, durch berufsbedingte Staubbelastung an Staublunge und Lungenfibrose zu erkranken. Das ergaben nach Angaben der Zeitschrift »Zahnärztliche Praxis« Untersuchungen an den Universitäten Frankfurt und Bochum. Zur Zeit werden die 25 000 in Hessen und Nordrhein-Westfalen tätigen Zahntechniker befragt, um Daten für die Erforschung der Berufskrankheit zu gewinnen.

## Sperre für Zulassung von Kassenärzten?

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung möchte die Relation von Hausärzten zu Spezialisten auf 60 zu 40 festsetzen. Ein entsprechendes Modell stellte ihr Vorsitzender Hans-Wolf Muschallik der Presse vor. Die Kassenärzte erhoffen sich davon, den Strom der Niederlassungen abzubremsen. Absolute Sperrziffern für die Niederlassung von Ärzten sind nach einem Urteil des Bundesverfassungsgerichts von 1960 nicht zulässig. In Zukunft soll nach dem Willen der Kassenärzte einem Facharzt nur dann die Zulassung erteilt werden, wenn am Ort genügend Ärzte der Basisverordnung tätig sind.

Gleichzeitig sollen alle Ärzte vor der Niederlassung eine mindestens dreijährige Weiterbildung absolviert haben. Bisher ist lediglich ei-

ne halbjährige Vorbereitungszeit verlangt. Parallel soll die Zeit für die Weiterbildung zum Allgemeinarzt von vier auf drei Jahre verkürzt werden.

Erstmals war bei der Vorstellung des Modells, der auch der Präsident der Bundesärztekammer, Karsten Vilmar, beiwohnte, offen die Rede davon, daß das gegenwärtige Kassenarztsystem nicht in der Lage sei, den gesamten ärztlichen Nachwuchs — über 100 000 Ärzte in den nächsten zehn Jahren — aufzunehmen.

## BUND: Energischer gegen Formaldehyd

Kritik an der Expertenstudie zu Formaldehyd hat der Bund Umwelt- und Naturschutz (BUND) geübt. Arbeitsplätze, an denen mit Formaldehyd gearbeitet wird, können nach Angaben der Organisation nur dann dauernd und sicher überwacht werden, wenn die Chemikalie wie in den USA offiziell als krebsfördernd eingestuft wird. Kritisiert wird ferner, daß offenbar keine formaldehydhaltigen Produkte aus dem Verkehr gezogen werden sollen. Es sei dahingestellt, ob die vorgesehene »Prüfung der Produkte auf den Umfang der Formaldehyd-Ausdünstung« die Einhaltung des ohnehin hohen Maximalwertes garantieren könne.

## »Wildwuchs« in der Weiterbildung

Für bündes- und landesgesetzliche Regelungen in der Weiterbildung von Krankenschwestern hat sich das Mitglied des ÖTV-Hauptvor-

standes Heinrich Schmidt bei der Eröffnung des ÖTV-Fortbildungsseminars ausgesprochen. Noch immer herrsche in Krankenhäusern und Altenheimen Mangel an Fachkräften. Schmidt kritisierte besonders die Existenz von Einrichtungen, die den Teilnehmern für Kurzkurse zumuteten, die Kosten selbst zu tragen.

## »Baden gefährdet Ihre Gesundheit«

Welchen Belastungen an halogenierten Kohlenwasserstoffen Schwimmer, insbesondere Kinder und Kleinkinder, in Hallenbädern ausgesetzt sind, will die grüne Bundestagsabgeordnete und Fraktionsvorsitzende Waltraud Schoppe von der Bundesregierung wissen. In einer Kleinen Anfrage zitiert die Abgeordnete unter anderem eine



Waltraud Schoppe

Untersuchung, nach der ein Schwimmer vier Stunden benötigt, um die in der Badeanstalt aufgenommene Dosis Chloroform wieder abzugeben. Nach anderen Untersuchungen verursachen Nebenprodukte der Chlorung des Badewassers Erbgutveränderungen.

Die Grünen fordern die Übernahme der Richtlinie des EG-Rates über die Qualität von Wasser für den menschlichen Gebrauch in bündesdeutsches Recht.

## Café Spekulatius

Generationen von Münsteraner Medizinern diente das »Café Schnellmann« in unmittelbarer Nähe der alten Uni-Kliniken als Treffpunkt und preiswerte Alternative zur Mensa. Jetzt soll es verkauft und umgebaut werden. Getreu der Devise, das Fell des Bären schon zu verteilen, bevor er erlegt ist, bietet eine Unternehmensberatung mit bester Adresse in Münster das Gebäude vor dem Verkauf Ärzten als Spekulationsobjekt feil, auf daß sie nicht in ihrer Anlageentscheidung die Immobilinvestition verpassen. In den schillerndsten Farben werden Münster als gefragtester Anlageort, die Umbauplanung als zukunftsweisende Konzeption und die optimale Zusammensetzung des Bestandes monetärer Anlagen als Firmenphilosophie gepriesen. Ob sie



einzig Weg sei, gewinnbringend, sicher und doch flexibel zu investieren, um nicht nach 20 Jahren Berufsausübung vor der »Bescherung« zu stehen.

Selbige haben erst einmal Klinikbedienstete und Studenten, die künftig auf ihr »Schnellmann« verzichten müssen.

## Frühstücksfernsehen

Kabelminister Schwarz-Schilling darf sich freuen. Auch im Klinikum Münster hat jetzt das Kabelzeitalter begonnen. Mit dem 1. Oktober wurden die Aufnahmeverbedingungen derart geändert, daß die Patienten auf den Zimmern nicht mehr ihre privaten Fernseher benutzen dürfen. Stattdessen wurden in allen Patientenzimmern von einer privaten Firma Fernsehgeräte fest installiert, die — gegen Gebühr, versteht sich — von den Patienten zeitlich limitiert zwischen 10 und 22 Uhr benutzt werden können. Angeboten wird dabei neben den öffentlich-rechtlichen Programmen mindestens ein zusätzliches »Unterhaltungsprogramm«.

Doch diese Bevormundung des Patienten, daß er um 22 Uhr zu schlafen hat, reicht der Verwaltung noch nicht aus. In der Zeit bis 10 Uhr bietet sie deshalb — kostenlos — eine besondere Art des seit Olympia so beliebten Frühstücksfernsehens an. In sogenannten Therapiofilmen bekommt der Patient »Gute Noten fürs Frühstück« beim »Essen im richtigen Takt«, um »Schlank in die 80er Jahre« zu gehen, wobei nur »Pilze auf Schritt und Tritt« als »Die schlechteste Gefahr in Minuten der Entscheidung« verfolgen. Gerne wird der Patient als Dessert die Pillen der Firmen Bayer, Hoechst und Pharma-Schwarz einnehmen, die ihm diesen kostenlosen Frühstücksge- nuss verschaffen.

# 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

**Behinderteneinrichtung** (anerkannte Tagesbildungsstätte, Werkstatt für Behinderte, Wohnheime und Wohngruppen) sucht

## Dipl. Psychologin/en

Arbeitsschwerpunkt ist der Wohnheim-Bereich. Gewünscht wird:

- Mitarbeit bei der Konzeptionierung der Arbeit der Wohnheime,
- Beratung der Mitarbeiter in psychologisch/pädagogischen Fragen,
- diagnostische und beratende/therapeutische Arbeit mit Behinderten.

Zur Erfüllung der Aufgaben ist die enge Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern aller Fachbereiche unerlässlich.

Voraussetzung: Mehrjährige Erfahrung im Tätigkeitsbereich der Psychiatrie oder der Behindertenarbeit.

Vergütung nach BAT sowie Sozialleistungen.

Bewerbungen mit allen Unterlagen richten Sie bitte an:

Ostfriesische Beschützende Werkstätten GmbH, Emden  
Am Delft 28,  
2970 Emden

Ich mache laufend **Praxisvertretungen** in Allgemeinpraxen und suche

a) **Vertretungen**, vorzugsweise in Praxen, in denen politisch aktive Leute arbeiten oder in denen ich meine Sprachkenntnisse verbessern kann;

b) **Leute**, die wie ich als Vertreter arbeiten, um mit ihnen Vertretungen zu koordinieren, die ich aus Zeitüberschneidungs- oder Urlaubegründen nicht machen kann (oder umgekehrt).

Ernst, Tel. (06221) 470623

**Psychologin** sucht Mitarbeit in Praxis oder Projekt im Raum Bremen / Hamburg / Hannover. Telefon (0421) 346136

Eine **Informationsreise** zum Thema **Gesundheitswesen in Kuba** organisiert die Freundschaftsgesellschaft Westberlin—Kuba e.V. vom 12.2. bis 26.2.85 (15 Tage, ca. 2400 DM). Zur inhaltlichen Vorbereitung werden 3 bis 5 Treffen zum Einstieg in die gesellschaftliche und gesundheitspolitische Entwicklung Kubas stattfinden. Die Anmeldung ist zu richten an: FG Westberlin—Kuba e. V., Postfach 3345, 1000 Berlin 30.

**Gruppenpraxis**  
Gesucht werden **Ärztinnen/Ärzte** für folgende Gebiete:

- Innere Medizin (od. Allg.-med.)
- Psychiatrie
- Haut
- Augen

Aber auch andere Interessentinnen/Interessenten bitte melden bei J. George (Internist), Schillerstraße 54, 7500 Karlsruhe, Tel. (0721) 849948.

## Gesundheitsbrigaden für Nicaragua

Wir suchen dringend

### AB SOFORT

evtl. auch später für einen mindestens 6 monatigen Einsatz im Rahmen unserer Projekte in Nicaragua

### - ÄRZTE/INNEN - KRANKENSCHWESTERN /-PFLEGER

(möglichst m. Fachausbildung)

Kontakt: Gesundheitsladen Berlin, Greifswalder Str. 2, 1000 Berlin 61 · Tel. 030/693 20 90

Suche Medizinstudenten oder Ärzte, die mir in einem medizinischen Schadensersatzprozeß bei einem **Gegengutachten** helfen. Ihr solltet euch aussuchen: 1. über Diagnosemethoden von Nierenentzündungen, 2. über die Zusammenhänge von Netzhauterkrankungen und Nierenentzündungen. Es soll nicht kostenlos sein. Näheres über (02101) 25144 von 9.30 bis 11.00 und 18.00 bis 20.00 Uhr oder an die Redaktion dg, Siegburger Straße 26, 5300 Bonn 3.

Pro Familia Münster sucht **Ärztin/Arzt** mit gynäkologischer Erfahrung für 4 Std./Woche ab 1.11.84. Nachfragen unter Tel. (0251) 458 58.

Richten Sie Ihre Bewerbung bitte an:

Pro Familia Beratungsstelle Münster, Rothenburg 35, 4400 Münster

**Allgemeinärztlich-psychologische Gemeinschaftspraxis** in Hamburg-Altona sucht spätestens zum 1.4.1985 eine neue **Frauenärztin** (ggf. Frauenarzt) zur Weiterführung einer Praxisgemeinschaft. Näheres erfahrt ihr: Gemeinschaftspraxis Bleicherstr. 2, 2000 Hamburg 50, Tel. (040) 310011. Außerhalb der Sprechzeiten: Peter Brunkow 436438.

# 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!

### 1.—4. November DGSP-Jahrestagung

**„Blick zurück nach vorn“ — Psychiatrie zwischen 1945 und 1984.** Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie Berlin

Kontakt: DGSP, Geibelstraße 69, 3000 Hannover 1, Tel. (0511) 800185

### 9.—11. November Seminar Pflegeleitung

**Marl**  
Seminar: Methoden zur Führung und Anleitung von Mitarbeitern auf der Grundlage einer Führungspsychologie  
Kontakt: AK, Lucy-Romberg-Haus, Wiesensstr. 55, 4370 Marl

### 9.—11. November Babymilch-Kampagne

**Göttingen**  
Koordinierungstreffen der Aktionsgruppe Babynahrung  
Kontakt: AGB, c/o Gesundheitsladen, Düsener Eichenweg 2, 3400 Göttingen

### 23. November Verweigerungstag

**Bundesweiter Verweigerungstag für alle zivilen und militärischen Kriegsdienste der Gesundheitsberufe**

Information: Koordinationsbüro der Friedensbewegung, Bonn, Tel. (0228) 678231/32

### 24. November Psychiatrie-Tagung

**Duisburg**  
**Psychiatrie vor Ort — zwischen Notfallhilfe und Gemeinwesenarbeit**  
Tagung der Rhein. Ges. f. Soziale Psychiatrie  
Kontakt: RGSP, Eichenstr. 105-109, 5650 Solingen 1

### 27.—30. November Hausärztetag

**Goslar**  
**7. Dt. Hausärztetag**

Kontakt: Berufsverband der praktischen Ärzte und Ärzte für Allgemeinmedizin (BPA), Belloristr. 9/IX, 5000 Köln 1

### 29. November Listentreffen

**Dortmund**  
**Treffen der Liste Demokratischer Ärzte Westfalen-Lippe**  
Gaststätte Zum Volmarsteiner Platz, Althoffstr. 33, Dortmund, Beginn 19.30 Uhr

### 15. Dezember Seminar Krankenhausfinanzierung

**Dortmund**  
**dg-Seminar zur Krankenhausfinanzierung, Teil II**  
Kontakt: Matthias Albrecht, Tel. (0231) 753880

**Laienorganisationen sind der etablierten Medizin gewöhnlich ein Dorn im Auge. Sie verbreiten »Unbewiesenes«, »beunruhigen die Bevölkerung und kümmern sich überhaupt um Dinge, die sie eigentlich gar nichts angehen.**

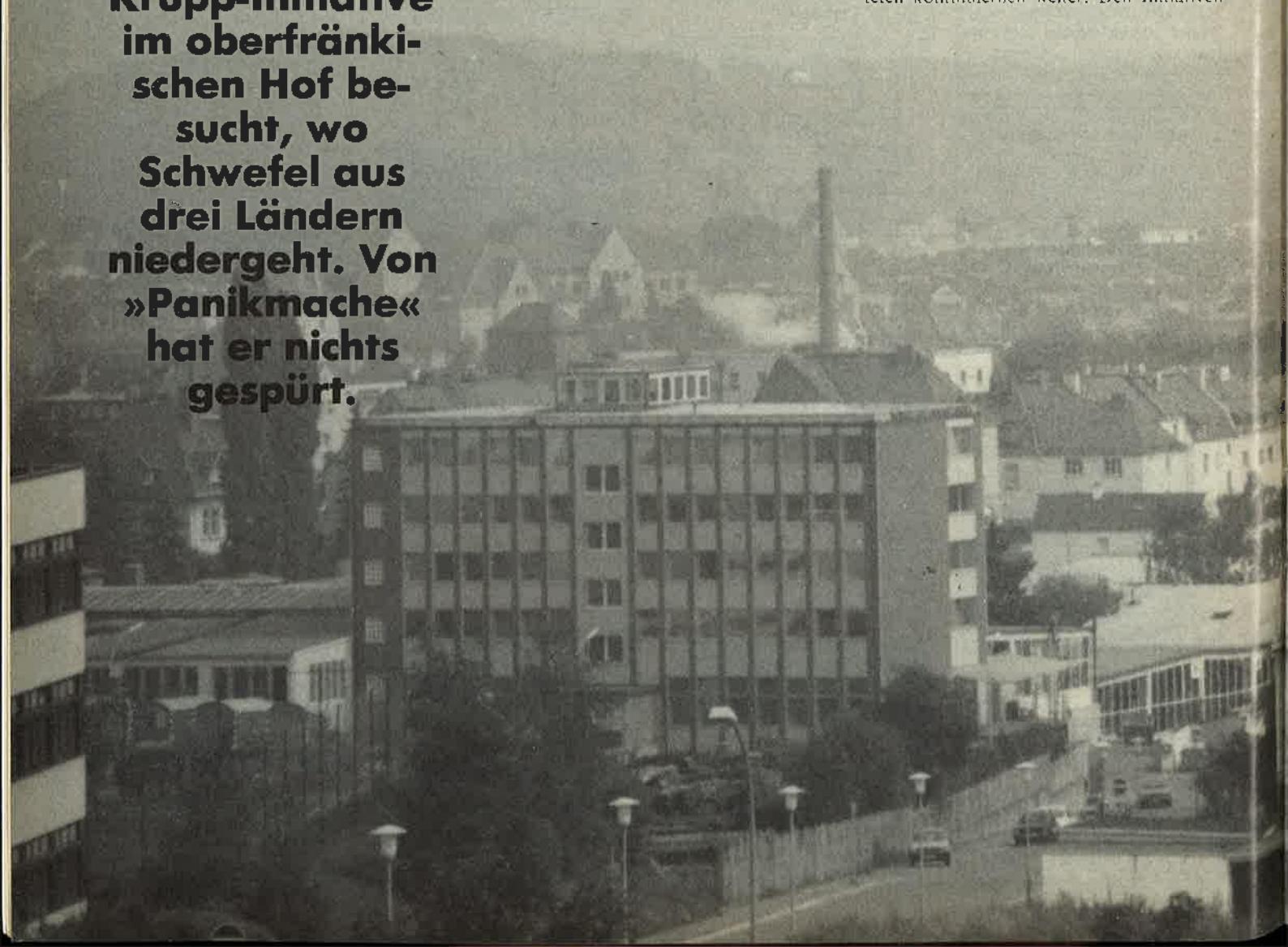
**Peter Walger hat die Pseudo-Krupp-Initiative im oberfränkischen Hof besucht, wo Schwefel aus drei Ländern niedergeht. Von »Panikmache« hat er nichts gespürt.**

# Wenn Eltern m

Unter den Kinderärzten herrscht Unruhe. Während überall in der Öffentlichkeit die Zunahme von Pseudo-Krupp-Fällen zum Thema geworden ist, registriert der Berufsverband der Kinderärzte Deutschlands eine Zunahme der »Pseudo-Krupp-Hysterie«, so sein Vorsitzender Dr. Werner Schmidt. Schuld daran, daß »seriöse« Fachverbände, Klinikchiefs und medizinische Ordinarien, die sonst gern strenge Objektivität vor sich her tragen, zu Formulierungen greifen, die nur mühsam aufgewühlte Emotionen verbergen, sind die zahlreichen Elterninitiativen und anderen Laienorganisationen, denen beträchtliche Teile der Fachwelt jede Kompetenz absprechen. »In einer Zeit, da sich mehr Laien und Laienorganisationen mit gesundheitlichen Problemen beschäftigen, ist es dringend notwendig, Erfahrungen aus

Klinik und Praxis der Öffentlichkeit zur Kenntnis zu bringen«, beschwört der Kinderärzteverband seine Mitglieder.

Vom Ärger mit den Experten können die gescholtenen Elterninitiativen im Raum Hof ein Lied singen. Sie erlangten Anfang des Jahres ungeahnte Publizität, als Zusammenhänge zwischen der Luftverschmutzung und Fällen von Sudden Infant Death Syndrome (SIDS, plötzlicher Kindstod) vermutet wurden. Dabei waren die Initiativen über das Interesse gar nicht einmal uneingeschränkt glücklich: »Nachdem sich die Journalistenspulks und Kamerateams wochenlang in unseren Wohnungen gedrängelt hatten, erlebten wir eine Art „Sudden Interest Death Syndrome“«, beklagt ein Hofer Vater. Tatsächlich: die überregionale Presse verlor schnell das Interesse, nur die lokalen Blätter berichteten kontinuierlich weiter. Den Initiativen



# mehr wissen als Ärzte

Hof an der Saale:  
Drecksloch Nr. 1 in  
Bayern

wäre es lieber gewesen, wenn die permanent kranken Kinder im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit gestanden hätten — statt der wenigen spektakulären Fälle von plötzlichem Kindstod. Mit weniger aufregenden,

## **Die Presse ging, die Probleme blieben: »Sudden Interest Death Syndrome«**

aber kaum weniger aufreibenden Folgen der Luftverschmutzung schlagen sich Hofer Eltern schon seit langem rum.

Angefangen hatte es in der Hofer Stillgruppe. Nanne Wienands und eine Freundin hatten sie vor etwa zwei Jahren ins Leben ge-

rufen, und irgendwann einmal, Anfang 1984, saßen sie wieder zusammen und mußten — zum wievielten Mal wohl — feststellen, daß ein wie das andere Kind krank war. Nannes Sohn Martin, damals anderthalb Jahre alt, hatte einen hartnäckigen Schnupfen, der durch nichts zu kurieren war, dazu immer wieder Durchfall — schon den ganzen Winter. Ein anderes Kind hatte den Pseudo-Krupp-Husten, die meisten litten unter Dauererkältungen.

Dann kam im Februar die Report-Sendung über Pseudo-Krupp und Schwefeldioxid in Essen-Borbeck, über die Beobachtungen des Kinderarztes Dr. Mersmann, der zunächst durch bloßes Führen einer Strichliste auf den Zusammenhang von Pseudo-Krupp-Anfällen und SO<sub>2</sub>-Belastungen gekommen war.

»Die Sendung war wie ein zündender Funke«, so Nanne W. »Uns fiel es wie Schuppen von den Augen, daß auch in Hof die drecki-

ge Luft die Ursache für das permanente Kranksein unserer Kinder sein könnte.« Sie luden betroffene Eltern zu einem Treffen und waren überwältigt von dem Echo. Mehr als siebzig Leute drängten sich am 12. März 1984 in einen viel zu kleinen Raum. »Wir hatten so mit etwa zwanzig gerechnet«, erin-

## **Siebzig Leute kamen zur ersten Sitzung**

nert sich Udo Beuker-Wicnand, Nannes Mann. »Einer nach dem anderen stand auf und erzählte über die eigenen Kinder, über Dauerhusten, Pseudo-Krupp-Anfälle, über Rotznasen, die nie weggingen, über Erkältungen, Bronchitis, dauernde Arztbesuche, die nichts brachten.« »Das berichteten übrigens die meisten«, wirft Nanne ein, »daß nichts half, weder Hausmittel noch Tabletten oder Zäpfchen vom Arzt. Die gehen alle gar nicht mehr zum Arzt, weil es doch nichts



bringt. Eltern von Pseudo-Krupp-Kindern haben zu Hause die Cortison-Zäpfchen, und wenn dann ein Anfall kommt, behandeln sie ihn selbst.« »Die Ärzte, die wissen deshalb kaum, was wirklich los ist, viele Eltern kommen doch nur noch, wenn es wirklich ganz schlimm ist«, ergänzt Udo.

Das bestätigt mir später auch Johannes Asen, Kinderarzt im 30 Kilometer entfernten Kulmbach. »Wenn die Eltern bei ihren Hausärzten irgendwie etwas von Zusammenhängen zur Luftverschmutzung erzählen, heißt es gleich: „Ach, hören Sie doch auf!“.

Wir sitzen hinter dem Haus im Garten. Ich mache mir fleißig Notizen, während Udo und Nanne abwechselnd erzählen. Es ist endlich mal leidlich warm. Zum Glück weht ein leichtes Lüftchen und kühl ab und zu.

Udo und Nanne wohnen außerhalb von Hof, in Raitschin bei Regnitzlosau, das ist eine kleine Ansammlung von Höfen, mit einigen Neubauten durchsetzt.

»Wie sieht es mit der Unterstützung durch die Ärzte aus?« frage ich. »Na ja«, meint Nanne, »wir können uns nicht beklagen. So von Anfang an haben uns etwa zehn Ärzte mehr oder weniger offen unterstützt. Die Wunsiedeler Initiative hat ungefähr 60 Ärzte angeschrieben und sie aufgefordert, Strichlisten über Pseudo-Krupp-Fälle und andere kindliche Atemwegserkrankungen anzulegen. Fünfzehn haben geantwortet. Das Hofer Gesundheitsamt hat hundert Ärzte angeschrieben, ganze fünf Antworten. Dreizehn Ärzte haben wir gewinnen können, einen offenen Brief an Strauß zu schreiben, in dem unsere Forderung nach einem SO<sub>2</sub>-Telefon unterstützt wird. Wir haben allerdings auch die Gegenmeinung, zum Beispiel den in der

## Die meisten Ärzte halten sich stark zurück

Lokalpresse veröffentlichten Brief Hofer Ärzte, in dem nicht nur ein Zusammenhang zwischen Luftverschmutzung und Atemwegserkrankungen bestritten wird, sondern die mütterliche Zuwendung ins Spiel gebracht wurde — bei der Frage, woher kommen die Pseudo-Krupp-Anfälle. Wir haben das genauso öffentlich ziemlich entschieden zurückgewiesen und damit viel positive Resonanz bewirkt.«

Johannes Asen aus Kulmbach, der nebenher für die Grünen im Kreistag sitzt, ist unter den Kollegen am Ort ein Außenseiter. Selbst unterschwellige Anwürfe, er betreibe mit seinem Engagement eine ganz geschickte Variante von Eigenwerbung, sind ihm schon zu Ohren gekommen. Auch Dr. Brömel aus Regnitzlosau hat sich mit seiner Unterstützung für die Elterninitiative nicht nur Freunde gemacht: »Der Chef der Kinderklinik in Hof sagt mir noch nicht mal mehr „Grüß Gott“«, erzählte der Allgemeinmediziner im Gespräch mit dg.

Es muß offenbar viel Überzeugungsarbeit geleistet werden, um Ärzte aus ihrem umweltpolitischem Dämmerdasein hervorzuholen. Immer wieder ansprechen, anschreiben, mit der Gegebenheit konfrontieren, scheint

die einzige Möglichkeit zu sein. »Viele Ärzte sind offenbar richtig irritiert«, meint Udo, »wenn Eltern plötzlich ankommen, über Krankheitsbilder, Ursachen, Schadstoffkonzentrationen, zum Beispiel über den SO<sub>2</sub>-Wert vom vergangenen Freitag genauestens Bescheid wissen. Da sind einige in dem Augenblick sicher mit der eigenen Unwissenheit konfrontiert und wehren erstmal ab. Es sind ja überwiegend normale praktische Ärzte, die hier die Kinder versorgen, und keine spezialisierten Kinderärzte. Und kritische Bemerkungen von Patienten hört ja wohl kaum ein Arzt gerne.« Ich muß ihm zustimmen.

## Hofer Kinder werden bis zu vierzehnmal im Jahr krank

Immerhin hat es auch einige kritische Stimmen aus der Ärzteschaft gegeben, die sicher ihre Wirkung nicht verfehlten. Ein Hofer Arzt: »Es ist durchaus normal, wenn Hofer Kinder bis zu vierzehnmal im Jahr krank sind«, und ein anderer hatte festgestellt, daß Hofer Kinder einfach nicht geimpft werden, weil sie dauernd krank sind.

Dr. Brömel läßt sich aus München den lufthygienischen Wochenbericht kommen

und vergleicht ihn mit seiner Statistik über die Pseudo-Krupp-Fälle. Auf die Umfrage des Gesundheitsamtes, ob er Zusammenhänge zwischen Pseudo-Krupp und Luftverschmutzung sehe, hat er als einziger ohne Umschweife mit ja geantwortet.

Großen Wirbel hat dann der zweite Abend der Elterninitiative am 26. März gemacht. An die 200 Eltern, Großeltern, ein paar Ärzte und viel Presse hatten sich eingefunden. Auch das Fernsehen war da. Verabschiedet wurde — nach vielen Berichten und eingehender Diskussion — eine Resolution, die fortan Grundlage für die weiteren Aktivitäten sein sollte. Es wurde ein Arbeitskreis gegründet, in dem die aktivsten Leute kontinuierlich mitmachen sollten, und ein Sprecherkreis aus sieben Leuten gebildet, der sich wöchentlich trifft und die aktuelle Arbeit erledigt.

Als ich später mal mit Nanne in ihr Zimmer gehe, um ein bißchen in den Briefen, Stellungnahmen, Flugblättern usw. zu lesen, ahne ich den Aufwand, den die Sprechertätigkeit mit sich bringt. Das Zimmer ist ein mittleres Büro mit Akten, Karteikarten und Arbeitsunterlagen, die Hälfte auf Bett und Schreibtisch, die andere Hälfte auf dem Teppich.

Das hätte ich selbst nicht gedacht, daß das mal so viel werden würde, seufzt Nanne, und Udo pflichtet ihr bei. Als ich sie frage,



was denn wohl der Grund für die große Resonanz sei, habe ich wohl einen wunden Punkt getroffen. »Du denkst wohl an die toten Kinder, die fünf Fälle von plötzlichem Kindstod, wenn du so fragst«, entgegnet Udo. »Sicher, die sind vor allem in der Bildzeitung, auch im 'Spiegel', aufgebaut und zur Sensationsmache missbraucht worden. Wir sind da gar nicht begeistert. Wir brauchen keine toten Kinder als Aufmacher — die kranken lebendigen sind Problem genug.« Nur eines der fünf 1984 gestorbenen Kinder ist obduziert worden, ohne daß eine sichere Todesursache gefunden worden wäre. Die anderen haben, wie üblich, vom Gerichtsmediziner die Diagnose Bronchiolitis bekommen. Das Problem des plötzlichen Kindstods, so Udo, dürfe nicht zum zentralen Punkt der Luftschatzstoffdebatte gemacht werden, weil ein Zusammenhang selbst theoretisch noch nicht klar sei — im Unterschied zu den Atemwegserkrankungen, besonders dem Pseudo-Krupp.

Übrigens hat die Elterninitiative beschlossen, keine Auskünfte mehr an die Bildzeitung zu geben.

Wie soll es weitergehen, was wurde überhaupt bislang erreicht, will ich wissen. »Wenn wir an das Eigentliche denken, nämlich den Dreck in der Luft, dann haben wir nichts erreicht, es wird immer noch genau so viel in die Luft geblasen wie vorher sowohl in der CSSR und in der DDR als auch in unserem Land. Was sich vielleicht geändert hat, ist, daß mehr Menschen nachdenken, mehr Eltern ihre Ärzte wachrütteln, daß sich unsere Forderungen verbreiten. Viel ist es nicht, aber immerhin.« Ich habe nicht das Gefühl, daß aus Nannes Bemerkungen Resignation spricht. Die geplanten Aktivitäten, die Udo dann erläutert, scheinen das zu bestätigen.

## **Wetterbericht und Kinoprogramm kann man anwählen — aber ein SO<sub>2</sub>-Telefon würde zu teuer**

Neben dem grundsätzlichen Ziel, die Luftverschmutzung im Raum Hof zu beenden, fordert die Initiative ein SO<sub>2</sub>-Telefon; damit wäre zwar auch kein Gramm weniger SO<sub>2</sub> in der Luft, aber erstens würde der Verdacht über einen Zusammenhang von zum Beispiel einer akuten Erkältung und einem hohen SO<sub>2</sub>-Wert auf eine sichere Grundlage gestellt, und zweitens könnte bei hohen Belastungswerten Vorsorge getroffen werden, etwa Kinder dann nicht draußen spielen zu lassen oder die Fenster zu schließen.

Das Landesamt für Umweltschutz und das zuständige Ministerium für Landesentwicklung und Umweltfragen haben die Forderung zunächst abgelehnt. Wenn Hof erst ein Telefon bekäme, was ja durchaus sinnvoll sei, dann wollten alle eins, und das würde dann zu teuer. Geschätzte jährliche Kosten: 1,5 Millionen Mark plus sieben Planstellen.

Klaus Kopka, CSU-Stadtrat von Hof und bayerischer Landtagsabgeordneter, dazu: »Gebt ihnen doch das Telefon, dann kriegen

sie einen Wert, dann sind sie ruhig.« Die Sache ist noch nicht ausgestanden.

Die zweite kurzfristige Forderung ist die Anerkennung von Oberfranken als Belastungsgebiet nach dem Immissionsschutzgesetz. Obwohl die Umbenennung der bislang als Reinluftgebiet ausgewiesene Region ökonomisch kaum Vorteile bringen dürfte — ins Zonenrandgebiet fließen bereits reichlich Zuschüsse — wäre doch endlich Schluß mit der Augenwischerei, Europas Spitzendreckluft-Nest als Reinluftgebiet zu bezeichnen.

Daß die schärfsten Widersacher dabei die Fremdenverkehrsvereine sind, versteht sich von selbst. Ist doch in diesen Kreisen weit

ternative, solange keine Entschwefelungsanlage installiert ist. »Es ist bezeichnend«, meint Udo, »daß der einzige Meßpunkt, der die Arzberger Luftverschmutzung direkt hätte erfassen können, im westlich gelegenen Tröstau bereits 1979 abgebaut und allen Bestrebungen zum Trotz nicht wieder aufgestellt wurde. So reden sich die Betreiber mit der im Vergleich zum CSSR- und DDR-Import niedrigen SO<sub>2</sub>-Belastungen heraus, was ihnen ohne den Tröstauer Meßpunkt auch leicht gelingt.«

Nicht zuletzt die Öffentlichkeit, die die Pseudo-Krupp-Initiativen für die Probleme der Luftverschmutzung geschaffen haben, hat bewirkt, daß sich nach dem Gespräch mit Udo einiges geändert hat: In den nächsten Wochen sollen mit einem Trockenadditiv schon einmal 60 Prozent des Schwefelausstoßes abgefangen werden. Bis Ende 1986 soll in Arzberg eine hochmoderne kombinierte Entstickungs- und Entschwefelungsanlage eingebaut werden, die erste ihrer Art, die 98 Prozent des Schwefeldioxids und 70 Prozent der Stickoxide zurückhält.

Familie Wlenand hat die Hofer Pseudo-Krupp-Initiative mit begründet.

verbreitet, daß nicht kranke Lungen, Waldsterben und dreckige Luft die Touristen abhält, sondern das »seländige Gerede« darüber.

Inzwischen haben die Ärzte im Raum Hof einen von der Initiative entworfenen Fragebogen bekommen. Man verspricht sich davon Informationen über Häufigkeit und Verbreitung der wichtigsten durch Luftschatzstoffe mitverursachten Krankheiten. Alle Ärzte sind darüber hinaus aufgefordert, regelmäßige Strichlisten über alle Fälle von Atemwegserkrankungen zu führen. Udo: »Wir sind gespannt auf den Rücklauf. Hoffentlich wird er so gut wie in Wunsiedel.

Nanne erwähnt noch ein Projekt: Eltern sollen mit gefährdeten Kindern in den Wintermonaten zu einem vorbeugenden Kuraufenthalt zum Beispiel an die Nordsee fahren können. Die Elterninitiative hat dort bereits Unterkünfte organisiert. Mit den örtlichen Wohlfahrtsverbänden, mit Krankenkassen und auch mit kommunalen Stellen laufen Verhandlungen über die Finanzierung.

Man hat sich offenbar als Arbeitstitel den Namen »Mutter-Kind-Verschickung« ausgedacht — meines Erachtens etwas unglücklich.

Wenn man bedenkt, daß häufige Atemwegserkrankungen im Kindesalter eine wesentliche Voraussetzung für chronische Lungenerkrankungen im Erwachsenenalter bedeuten, dann sollten die Kassen eigentlich keinen Moment zögern, das Projekt finanziell zu unterstützen. Schließlich sind solche Reisen im eigentlichen Sinne Präventivmedizin.

»Wer ist eigentlich auf die Idee mit der Verschickung gekommen?« will ich noch wissen. Udo zuckt mit den Schultern. »Irgendwann hat einer mal gestöhnt, man müßte einfach abhauen, tja, und die Idee mit der Verschickung ist eine Art abzuhauen, ein Komromiß.«

»Darf ich zur Erinnerung noch ein Foto machen?« frage ich zum Schluß, und da der kleine Karl inzwischen auch sein Mittagschlafchen zu Ende hat, wird es ein richtig schönes Familienfoto.

Auf dem Rückweg fahre ich über Hof, das von den Hängen her unter einer trüben Dunstglocke zunächst kaum zu sehen war.



Familie Wlenand hat die Hofer Pseudo-Krupp-Initiative mit begründet.

## **Kohlekraftwerk Arzberg: Die Dreckschleuder gelobt Besserung**

Das KKW Arzberg, die mit 14 000 bis 20 000 Tonnen SO<sub>2</sub>-Ausstoß pro Jahr größte Dreckschleuder am Ort, läuft mit zwei Braunkohleblöcken, die mit billiger, aber extrem schwefelhaltiger Braunkohle aus der CSSR beheizt werden, ein weiterer Block wird mit Erdgas betrieben. Weht ein östlicher Wind, so pfropft sich das Arzberger SO<sub>2</sub> auf das aus der CSSR auf und belastet den unmittelbar westlich gelegenen oberfränkischen Raum. Es hat schon eine Fülle von Auseinandersetzungen um das Arzberger KKW gegeben. Aktuell geht es gegen die Braunkohleverheizung. Erdgas heißt die Al-



An Atemwegserkrankungen im Kindesalter wird offenbar bestens verdient. Allein in der Oktoberausgabe von »Der Kinderarzt« — in ihr wurde das Ergebnis der Pseudo-Krupp-Umfrage veröffentlicht — warben von 50 Pharma-Anzeigen sage und schreibe 30 für Atemwegspräparate.

Ozothin® können Sie Ihren Patienten bei akuter und chronischer Bronchitis noch wie vor zu Lasten der Krankenkassen verordnen!



„Es freue sich, wer frei atmen kann.“ Ozothin®

Vertrauen in die Luft die fragt?



Ich habe Asthma.  
Ich nehme Inhalat.

Paedithrocin® plus Sekretolytikum, das ist Synergomycin.

- Leichteres Abhusten,
- Rasche Entfieberung,
- Schnell beschwerdefrei, denn:

Ohne Schleim  
heilt's schneller!



NEU Bronc

Oralis  
respiratoria  
und infantum

## PSEUDO-KRUPP-UMFRAGE

### Peter Walger zu einer merkwürdigen Begegnung unter Kinderärzten

Was sich da der Berufsverband der Kinderärzte Deutschlands und die Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie zur Zeit in Sachen Pseudo-Krupp leisten, verschlägt einem schon den Atem. Offenbar in herbe Beunruhigung versetzt durch immer neu entstehende Elterninitiativen und irritiert darüber, daß ihnen Laien (da sei Gott vor!) das Zepter aus der Hand nehmen könnten, starteten die Standes-Kinderärzte eine Umfrage. Es sollte eine »orientierende Umfrage« mit dem Ziel sein, »eine Übersicht über die derzeitige Bedeutung von Pseudo-Krupp in Klinik und Praxis zu erstellen«. Die Aktion wurde im Sommer gestartet und mit großem publizistischem Aufwand unter den Kinderärzten bekanntgemacht.

Der Begleittext zur mitgelieferten Antwortkarte ließ ohne große Anstrengung erkennen, daß das Ergebnis von Anfang an feststand. Die Umfrage ist ein Paradebeispiel für manipulative Meinungsmache nach altbewährtem Schnittmuster. Dem Gegner, in unserem Fall den Eltern, wird erstmal eine Meinung untergejubelt, die sie in dieser Form gar nicht vertreten: Pseudo-Krupp sei eine »neue Krankheit«, die in den letzten Jahren »konstant« zugenommen habe. Da wird selbstverständlich nicht zitiert (woher auch?), sondern einfach nur behauptet.

Der nächste Schritt ist die Charakterisierung des Gegners. Da wird von »bestimmten Kreisen« geredet, die durch das Absterben unserer Wälder offensichtlich auf die Idee gebracht wurden, »daß der ‚saure Regen‘ ... nun auch unsere Kinder schwer trifft«. Da wird die »Unruhe« beschworen, die »noch größer« wird, weil die Medien »begierig« dieses Thema aufgreifen. Kopfschüttelnd wird registriert, daß »der Pseudo-Krupp ... zur Zeit in der Bundesrepublik Deutschland manche Eltern derartig in Aufregung« ver-

setzt, »daß an verschiedenen Orten Elterninitiativen gegen diese ‚neue Krankheit‘ gegründet wurden«.

Es fällt das Wort von der »Pseudo-Krupp-Hysterie«, und es fehlt nicht an mehrmals eingestraute Medienbeschimpfung. Die »täglich veröffentlichten Schreckensmeldungen in der Presse« müssen mal wieder herhalten, um die Ursache der Unruhe unter den Eltern zu erklären.

Gleich mitgeliefert zu der Umfrage werden schließlich die passenden Antworten auf die Einzelfragen und Hinweise auf »erste Umfragen«, die zeigen, »daß von einer konstanten Zunahme keine Rede sein kann«. Originalton: »Die aktuelle Diskussion über den Pseudo-Krupp setzt uns Kinderärzte in Erstaunen, denn der Pseudo-Krupp ist keine neue Erkrankung ...«. Das gewünschte Ergebnis wird derart genau vorgekauft, derart beschwörend ins rechte Licht gerückt, daß man sich allen Ernstes fragen sollte, wer hier wohl Opfer seiner Hysterie geworden ist und den Überblick verloren hat.

Wohl nur noch aus Gründen des Anstands folgt letztendlich die Aufforderung: »Bitte schicken Sie die beigelegte Postkarte zurück. Wir werden das Ergebnis der Umfrage schnellstmöglich berichten.« »Schnellstmöglich« ist es dann auch passiert — in der Oktobernummer der Zeitschrift »Der Kinderarzt«, des offiziellen Standesorgans, kann man es dann schwarz auf weiß nachlesen: »... können wir uns bereits auf eine repräsentative Anzahl von Aussagen niedergelassener Kinderärztinnen und Kinderärzten zur derzeitigen Pseudo-Krupp-Situation stützen.« Kein Wort zur Zahl der Antworten, kein Wort zur regionalen Verteilung der Ärzte, kein Hinweis darauf, warum keine Kliniken in der Auswertung auftauchen, obwohl die ja auch befragt wurden — der Zusatz »repräsentativ« kann nicht dar-



# WIRFRAGE

## Frage

über hinwegläuschen, daß hier eine scheinwissenschaftliche Pseudo-Umfrage mühsam zurechtgestutzt wurde. Darüber helfen auch die mitgelieferten Prozentzahlen nicht hinweg. Das Resümee ist so eindeutig, wie es vorher schon herbeigeredet wurde. Pseudo-Krupp ist nicht neu und nimmt nicht konstant zu, also »kann man wohl feststellen aufgrund der Angaben aus Praxis und Klinik (letzteres ist ja wohl nicht zutreffend, über Kliniker-Antworten steht in den Ergebnissen nichts), daß derzeit die Bevölkerung ... nicht bedroht ist.«

Daß es den Elterninitiativen in erster Linie um den Zusammenhang zwischen Pseudo-Krupp (und anderen Atemwegserkrankungen) und Luftverschmutzung geht, davon ist in der gesamten Kinderärzte-Aktion nicht ein einziges Mal die Rede. Neu ist nicht der Pseudo-Krupp, sondern die breite, öffentliche Diskussion über die Luftverschmutzung als eine wesentliche Ursache. Das wird von den Kinderärzte-Verbänden in arroganter Selbstherrlichkeit ignoriert. Eltern finden sich einfach nicht mehr damit ab, daß ihnen ihre Kinderärzte unentwegt die Virustheorie auftischen und sie in Sachen Luftverschmutzung im sauren Regen stehen lassen. Wenn Eltern daraus die Konsequenz gezogen haben, sich selbst zusammenzutun und für eine vorbeugende Medizin zu kämpfen, dann ist das der eigentliche Grund dafür, daß die Experten nervös werden. Denn zu offensichtlich wird der jahrzehntelange Dämmerschlaf der — einzig auf Behandlung ausgerichteten — überwiegenden Zahl der Ärzte gestört, wenn ihnen ausgerechnet von Laien die wirklichen Zusammenhänge der gar nicht so neuen Atemwegserkrankungen mit dem Dreck in der Luft vorgeschalten werden. Die Pseudo-Umfrage ist ein verzweifelter, nervös geplanter Versuch, diesen Prozeß aufzuhalten.



**Prednison  
rectal**

**Rectodelt 100<sup>mg</sup>**  
Durch die rechtele Darreichungsform ideal in der Pädiatrie bei Gruppe  
Pseudo-Gruppe, spastischer Bronchitis, kindlichem Asthma bronchiale.



**Arbid® Schnupfen-Schlucktropfen**  
für Kinder von 0-16 Jahren



## **Erklärung von Beschäftigten im Gesundheitswesen**

Wir, Beschäftigte im Gesundheitswesen, sehen mit wachsender Besorgnis, daß in Europa, einem geographischen Hauptkampfplatz der Ost-West-Konfrontation, gegenwärtig neue Waffensysteme in Stellung gebracht werden, die einen atomaren Krieg führbar und gewinnbar machen sollen.

Der Beschluss des Bundestages vom 23. 11. 1983 und die damit begonnene Stationierung von Pershing II und Cruise Missiles sowie die in Geist und Logik der Abschreckung erfolgte sowjetische Gegenmaßnahme, bestehend in der Aufstellung von SS 21 und SS 22, sind gegen die Lebensinteressen der Menschen gerichtet.

Doch die Pershing II ist nur ein Element in der neuen amerikanischen Militärdoktrin „Air Land Battle“, welche die Bereitschaft zur offensiven Kriegsführung und Kriegsausweitung im Konfliktfall beweist. Nicht Verteidigung, sondern weitreichende Angriffe bei frühzeitigem Einsatz auch nuklearer und chemischer Waffen bilden den Hauptinhalt dieser Strategie.

Auch im Gesundheitswesen werden Maßnahmen und Vorschriften für den Kriegsfall getroffen. Dazu zählen Katastrophen- und Schwesternhelferinnen-Eingänge, Kriegsmedizin und „Triagegewebe“, sowie der neue Roferentenentwurf eines „Zivilschutzgesetzes“ (vorher Gesundheitssicherstellungsgesetz und Gesundheitsschutzbogen). Dieser sieht u.a. im § 26 die Verplausierung des gesamten Gesundheitswesens für den Ernstfall vor und die Registrierung aller Beschäftigten bei den Zivilschutzbördern durch die Arbeitgeber.

Laut Gutachten der Weltgesundheitsorganisation und nach Ansicht aller Experten ist die Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung der Zivilbevölkerung im Atomkriegsfall unmöglich. Schon bei der Explosion einer einzigen Atombombe ist unser Gesundheitssystem völlig überfordert. In der Bevölkerung werden durch Katastrophen-schutzzüübungen Illusionen geweckt und die Folgen eines Atomkrieges verharmlost. Wer Katastrophenschutz, werte Rettungsmaßnahmen nach einem Atomkrieg plant, macht einen Atomkrieg denkbar und hilft ihn dadurch vorbereiten.

Wir Unterzeichner\*innen lehnen die zivile Aufrüstung entschieden ab. Wir verweigern alle Kriegsvorbereitungen für das Gesundheitswesen.

Über 400 Kolleginnen und Kollegen haben bisher diese Erklärung unterschrieben und mit einer Spende zu ihrer Verbreitung beigetragen. Mit Deiner Unterschrift und Deiner Spende (von 3 Mark aufwärts) wollen wir in noch mehr Fachzeitschriften inserieren.

Kontakt:  
Annegret Neuhof  
Wichernstr. 21  
4400 Münster

Konto:  
»Krankenschwestern gegen Krieg«, Annegret Neuhof,  
Stadtsparkasse Münster,  
Konto Nr. 151 029 279  
(BLZ 400 501 50)

## **5. Medizinischer Kongreß zur Verhinderung des Atomkrieges 1985 in Mainz**

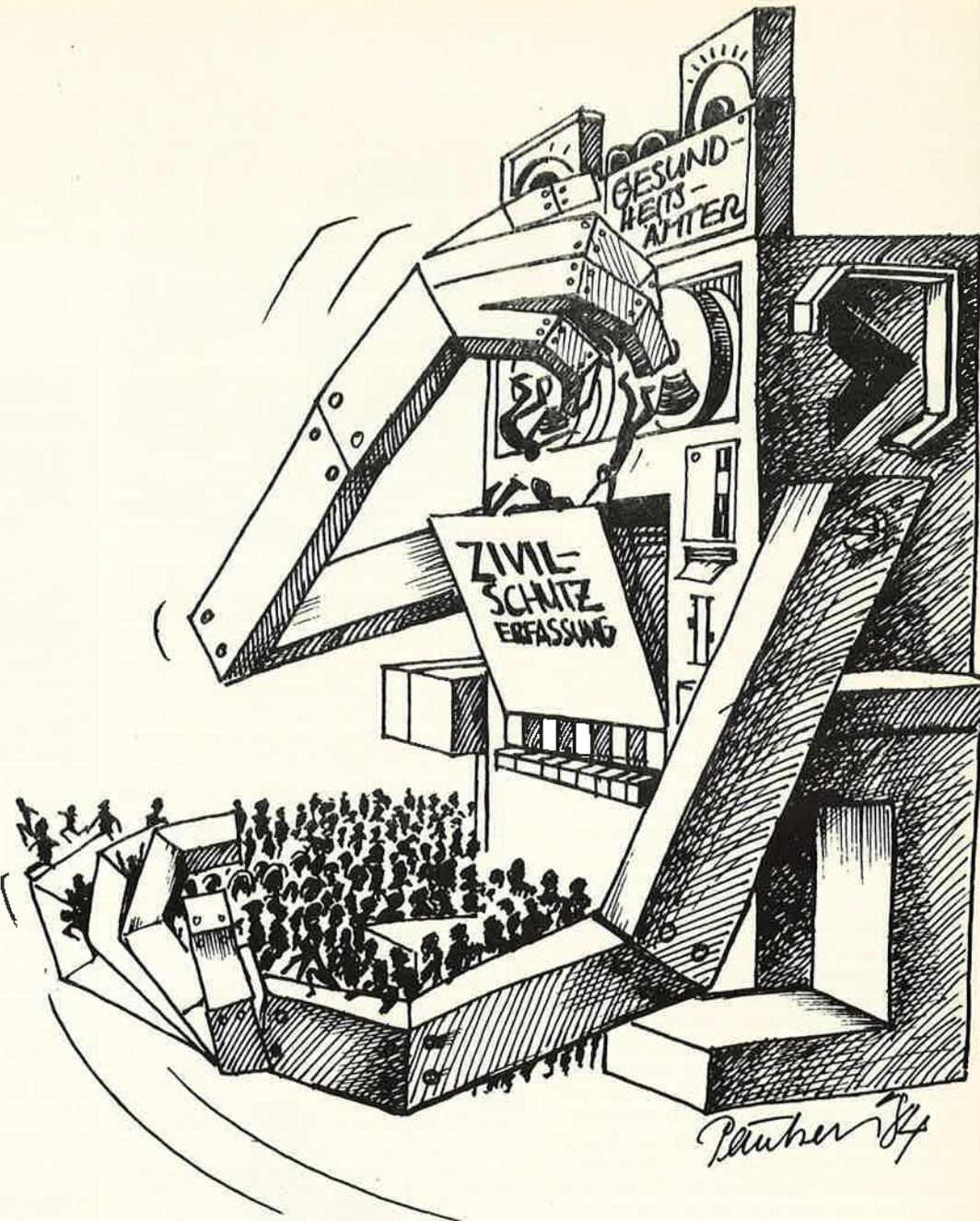
vom 31. Oktober bis  
3. November

**Eine Gemeinde-schwester aus Essen wandte sich an das Gesundheitsamt — dort war man bestens über sie unterrichtet.**

Ob das Gesundheitsamt denn medizinisches Personal registrierte, fragte die evangelische Gemeindeschwester Doris B. im Juli 1984 bei der Stadt Essen an, als Krankenschwester würde sie das interessieren.

Die Antwort des Essener Gesundheitsamtes kam ausführlich und prompt nach vierzehn Tagen: Jawohl, das Gesundheitsamt führe eine Kartei. Diese enthalte Personalien, Anschrift und Praxisort der im Gesundheitswesen Tätigen, ihren Ausbildungstand und ihre Berufsbezeichnung, weiterhin Beginn und Beendigung eines Beschäftigungsverhältnisses sowie den Arbeitgeber. Freundlicherweise schrieb man Frau B. auch noch, was man über sie wüßte: Sie sei »Krankenpflegerin« und »Krankenschwester«. Und die Zeiträume, in denen sie an drei Essener Krankenhäusern gearbeitet hatte, teilte man ebenfalls mit. Woher es die letzteren Informationen hatte, schrieb das Gesundheitsamt freilich nicht. Denn die Meldebehörde, die angeblich die Daten liefert, weiß nichts über die Arbeitsstelle.

Etwas mehr erfuhr die Arzthelferin Ursula S., als sie in derselben Angelegenheit beim Gesundheitsamt in Gelsenkirchen anfragte. »Die Meldungen durch die Personalabteilungen der Krankenhäuser werden in Gelsenkirchen unterschiedlich gehandhabt, einige melden ihr Personal dem Gesundheitsamt, aber der überwiegende Teil meldet die neuen Mitarbeiter nicht«, so die amtliche Auskunft. Demnach erfolgt in Gelsenkirchen »die Erfassung ... durch Anschreiben aufgrund von Mitteilungen des Einwohnermeldeamtes.« Dann entschuldigte sich der Verwaltungsbeamte noch bei Frau S.: »Da Sie aus unerklärlichen Grün-



Gesundheitswesen nur irgendwie Tätig: Ärzte, Zahnärzte, Dentisten, Apotheker, Hebammen, Wochenpflegerinnen, Krankenschwestern und -pfleger, Kinderkrankenschwestern und -pfleger, Krankenpflegehelfer/innen, Massagiere, medizinische Bademeister, Krankengymnasten, medizinisch-technische Assistenten, Diätassistenten, Logopäden, Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten, Orthopisten, Zytologie-Assisten-

Gesundheitsamt führt Listen über diejenigen Personen, die in seinem Bezirk selbstständig oder in abhängiger Stellung Behandlung, Pflege oder gesundheitliche Fürsorge am Menschen ausüben, ... Die polizeilichen Meldelisten sind die Grundlage dieser Listenführung. Das Gesundheitsamt erhält von den an- und Abmeldungen rechtzeitig Kenntnis und ist ver-

schon lächerlich an, wenn der Stadtämmerer von Bottrop meint, der einzige Sinn dieser Erfassung bestche darin, »daß nur mit entsprechenden Ausbildungen und Prüfungen anerkannte Personen in Heil- und Pflegeberufen tätig werden«.

So sehen denn auch die Friedensinitiativen, in denen auch

# **Guten Tag, wir kennen Sie! Gesundheitsarbeiter sind auf Ämtern registriert**

den nicht von mir angeschrieben wurden, sende ich Ihnen als Anlage nachträglich einen Vordruck mit.«

So wie in Essen und Gelsenkirchen existieren in den meisten Gesundheitsämtern derartige Karteien. Ersäßt werden alle im

ten, Gesundheitsaufseher, Desinfektoren und Heilpraktiker.

Legitimiert fühlen sich die Gesundheitsämter durch die »Dritte Durchführungsverordnung zum Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens« vom März 1935. Darin heißt es: »Das

pflichtet, etwaige Ergänzungen anzufordern.« Daß es sich dabei um ein eindeutig faschistisches Gesetz handelt, in dem es unter anderem auch »um den Willen zum Kinde in der erbgesunden Bevölkerung« geht, scheint niemand zu stören. Aber es mutet

Doris B. und Ursula S. mitarbeiteten, die hauptsächliche Aufgabe der Karteien darin, für den Kriegs- und Katastrophenfall gerüstet zu sein. Zu auffällig ist die Überschneidung mit dem, was im künftigen Zivilschutzgesetz von der Bundesregierung vorgesehen

ist. Danach soll der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung »vermächtigt« werden, »durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Meldepflicht der nicht berufstätigen Angehörigen der Gesundheitsberufe zu bestimmen und den meldepflichtigen Personenkreis, die meldepflichtigen Angaben, den Zeitpunkt der Meldung sowie das Verfahren der Erfassung im einzelnen zu regeln.« Die so Erfassten sollen dann im Krieg, wie ihn sich die Bundesregierung vorstellt, über die Arbeitsämter auf ihre Dienstverpflichtungsstellen verteilt werden.

Im Entwurf der Zivilschutzgesetzes wird dies so formuliert: »Die zuständige Behörde ermittelt den voraussichtlichen Bedarf an Personal, das für den Betrieb der Einrichtungen des Gesundheitswesens im Verteidigungsfall erforderlich ist. Ein sich hiernach ergebender Bedarf ist beim Arbeitsamt anzumelden.« Ein Gesetzentwurf also, der die schon stattfindende Erfassung bestätigt und ausdehnt, meinen die Friedensinitiativen.

**ÖTV gewährt  
Rechtsschutz**

Unterstützung erhalten sie von der Gewerkschaft ÖTV. Sie lehnt die Karteien bei den Gesundheitsämtern ab. Von der Hauptabteilung Gesundheitswesen in Stuttgart wird angezweifelt, ob die Durchführungsbestimmung von 1935 überhaupt Bundesrecht sein kann, »da die meisten geregelten Fragen nicht zum Kompetenzbereich des Bundes zählen.« Weiterhin hält man die Verordnung für überholt, da Jahrzehntelang eine Überprüfung des Krankenhauspersonals zum großen Teil nicht stattgefunden hat. Die ÖTV kommt insgesamt zu dem Schluß, »daß für die gegenwärtig durchgeführte Registrierung des Krankenhauspersonals keine Rechtsgrundlage vorhanden ist. Die Registrierung und Überprüfung wird vielmehr offensichtlich aufgrund der obsoleten Nazibestimmungen durchgeführt. Wenn diese Überprüfungen nicht eingestellt werden, wären Musterprozesse zu empfehlen.«

Daß da noch nicht jede Kreisverwaltung mitzieht, mußte eine Kollegin im Ruhrgebiet erfahren. Ihr ÖTV-Sekretär riet ihr vom Prozeß ab, man wolle »doch keine schlafenden Hunde wecken«. An der Einschätzung des Hauptvorstandes allerdings hat sich, wie dg erfuhr, nichts geändert. Musterprozesse mit der ÖTV sind also für die Friedensinitiativen nicht vom Tisch.

Walter Popp

**So wirbt die  
Pharma-Firma Mack für ihr  
Präparat Wilprafen**

# **Werbung spitze, Wirkung mäßig**

## **Wilprafen: Nichts Neues gegen Atemwegsinfekte**

In der »Roten Liste« '84 ist Josamycin alias Wilprafen<sup>®</sup> noch nicht aufgeführt, aber die emsigen Pharmamakler leisten schon ganze Arbeit. Immer mehr Kinder mit Bronchitis, Grippe und auch Lungenentzündung werden mit Wilprafen-Mustern mehr schlecht als recht versorgt. Eine gekonnt kindbezogene Werbung in den einschlägigen Fachzeitschriften rundet die Kampagne ab. Mit Ideal-Werbung auf dem Weg zum »Idealprofil«?

Bereits 1964 in Japan entwickelt, ist Josamycin ein dem Erythromycin (z. B. Erythrocin®, Paediatrocin®, u. a.) sehr ähnliches Antibiotikum. Entsprechend sind auch die gesamte Werbestrategie und die »Beratungsgespräche« der Pharmareferenten auf diese Konkurrenz abgestellt. Der Markt von Erythromycin — das wohl am häufigsten verordnete Antibiotikum in der Kinderheilkunde — soll erobert werden.

Im direkten Vergleich ist jedoch die Werbung das einzige

Überlegene am »neuen« Wilprafen: Bei wichtigen Keimen (*Staphylokokkus aureus*, *Streptokokus facalis*, A-Streptokokken und Pneumokokken) ist die Wirksamkeit von Erythromycin überlegen. Der entscheidende Nachteil von Josamycin aber: bei einem der häufigsten Keime der Atemwege, dem *Haemophilus influenzae*, ist Josamycin schlicht unwirksam. Und auch bei Mykoplasmen, häufigen Auslösern der sogenannten untypischen Lungenerkrankung, wirkt Josamycin sechzehnmal schwächer als Erythromycin. Dabei ist die Rate der Nebenwirkungen bei den beiden Medikamenten gleich (4 bis 5 Prozent).

Die Werbungsaussagen »ideales Spektrum«, »höchste Wirkspiegel«, »herausragende klinische Erfolge« sind zumindest übertrieben. Daß die Werbestrategen von Mack undifferenziert ihr Präparat bei HNO- und Atemwegsinfektionen empfehlen, ist eine Irreführung. Auch denen ist klar, daß Ateminfekte

meistens nicht von Bakterien ausgelöst werden.

Bleibt der Preisvergleich: Sehr interessant, daß die 100-Milliliter-Flasche Wilprafen exakt so viel kostet wie das Hauptkonkurrenzpräparat Paediathrocin (28,75 Mark). Die 200-Milliliter-Flasche ist auf den ersten Blick um 2,16 Mark billiger. Bei genauem Hinsehen aber befinden sich in 100 Millilitern Wilprafen nur 3 Gramm Josamycin, in 100 Millilitern Paediathrocin aber 4 Gramm Erythromycin. Da die Dosierungsrichtlinien für beide Präparate identisch sind (30 bis 50 mg/kg) ist die Wilprafen-Therapie um 25 Prozent teurer.

Fazit: Eine gut gemachte, sehr irreführende Werbung für ein im Vergleich unwirksameres, das für aber teureres Präparat. In einer »Positiv-Liste« hätte es nichts verloren. Uli Raupp

*Literatur: Wirksamkeit von Josantycin auf bakterielle Erreger von Atemwegsinfektionen, C. Simon in Pädiatr. Praxis 30 (1984)*

**Wer in der Klinik arbeitet, wußte es auch schon vorher: ein Knochenjob. Jetzt haben es Schwestern, Pfleger und Ärzte schriftlich.**

Haben auch Sie nach einem anstrengenden Nachtdienst Schwierigkeiten, einzuschlafen und abzuschalten? Empfinden Sie, wie 60 Prozent Ihrer Kolleginnen und Kollegen, die Arbeit im Pflegebereich auch schon unter normalen Bedingungen als körperlich belastend? Oder leiden Sie an Kopfschmerzen, Reizbarkeit und Nervosität, weil Sie es nicht schaffen, morgens auf der Station allen Anforderungen gerecht zu werden und nachmittags die Familie zufriedenstellend zu versorgen?

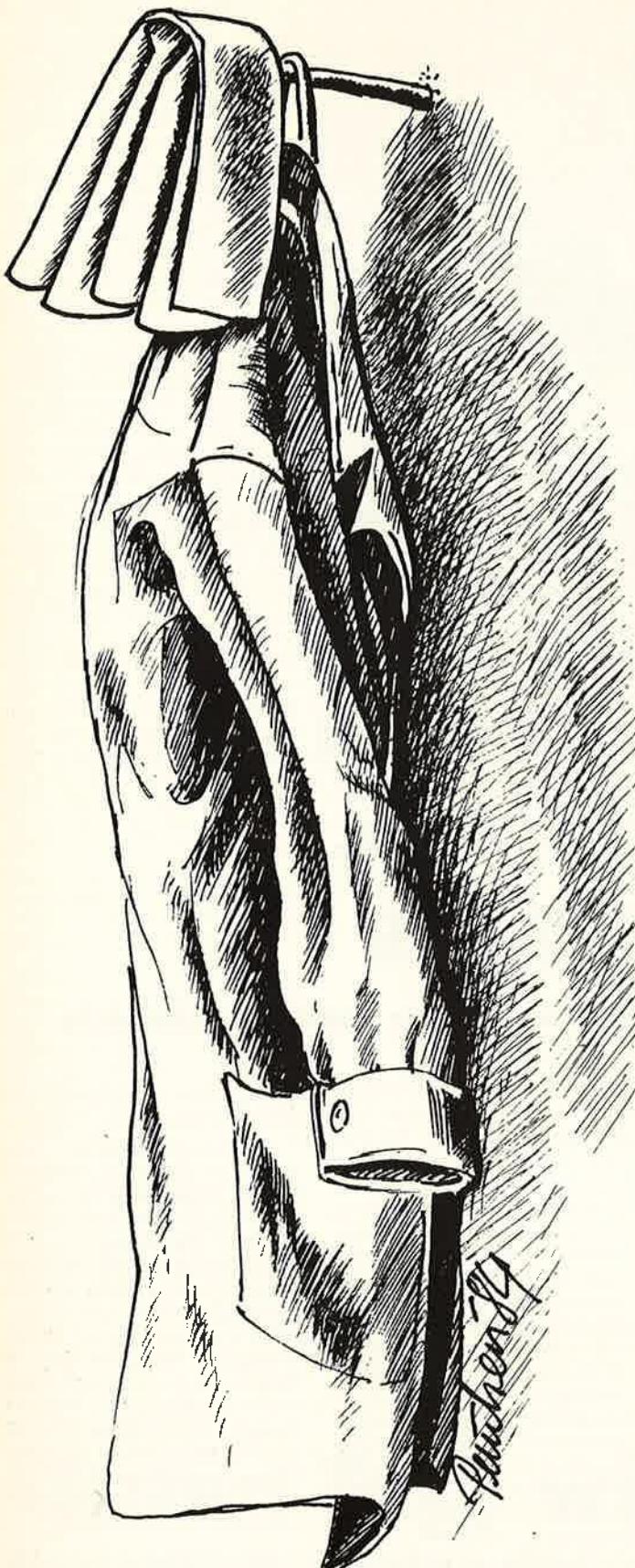
Mit all diesen Problemen beschäftigt sich eine breit angelegte Studie über »Arbeitswelt und Arbeitsbedingungen im Krankenhaus«, vorgelegt von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz in Dortmund durch die beiden Diplom-Soziologen Ulrich Pröll und Waldemar Streich. Untersucht wird die Arbeitssituation von Krankenpflegepersonal und Krankenhausärzten. Vorrangig geht es bei der Studie um die zeitlichen Arbeitsbedingungen der Beschäftigten: Verbreitung, Formen und Probleme der Nacht- und Wechselschichtarbeit, der Dienstplangestaltung, der ärztlichen Bereitschaftsdienste und der Arbeitszeiterstörungen. Außerdem werden die Anforderungen und Belastungen durch die Tätigkeit untersucht sowie Einzelaspekte der Beanspruchungssituation und des Berufsverlaufes.

Als Grundlage für die Erhebungen zum Pflegedienst dienen zwei umfangreiche Fallstudien mit insgesamt 510 Befragten aus Kliniken im Ruhrgebiet und in Berlin. Bei den Krankenhausärzten basiert die Studie auf einer Befragung von über 3500 Mitgliedern des Marburger Bundes, die dieser 1981 durchführte.

## Studie zu Arbeits-

ten basiert die Studie auf einer Befragung von über 3500 Mitgliedern des Marburger Bundes, die dieser 1981 durchführte.

Die Bestandsaufnahme der zeitlichen Arbeitsbedingungen ergibt unter anderem, daß zwei Drittel aller im Pflegedienst Beschäftigten Überstunden leisten, und zwar meist zwischen 5 und 19 Stunden im Monatsdurchschnitt. Die mittlere Überstundenleistung liegt bei acht Stunden pro Monat, so daß die monatliche Überstundenquote 4 bis 5 Prozent der Arbeitszeit ausmacht. Ausgeglichen werden Überstunden in über der Hälfte der Fälle durch Freizeit und zusätzliche Auszahlung der tariflichen Zuschläge. Selbst im Anschluß an einen Nachtdienst machen noch 10 Prozent der Pflegekräfte regelmäßig Überstunden. Von den Beschäftigten der Intensivstationen gaben sogar 23 Prozent an, daß sie häufig verlängerte Nachtdienste leisten. Man kann sich leicht ausmalen, daß die oben beschriebene Situation sich noch drastisch verschlimmern wird, wenn Sparmaßnahmen und Einstellungsstopps der Krankenhausträger weiter um sich greifen. Dann werden in Zukunft alle Pflegekräfte Überstunden machen müssen, und wenn sie sich dazu nicht in der Lage sehen oder aufgrund der Überlastung krank werden, sorgen Personalinformationssysteme (PIS-Computer) dafür, daß nur noch Hochleistungsschwestern und -pfleger übrigbleiben. Mit einem Personalschlüssel, der sich immer häufiger am minimalen Arbeitsaufwand einer Station orientiert, ist der tatsächlich anfallenden Arbeit nicht gerecht zu werden, da Patientenzahl und Pflegeintensität unabhängig vom Personalbestand variieren. Schon heute verneinen drei von vier Befragten, daß sie sich in ihren Pausen einigermaßen erholen können. Das liegt daran, daß plötzlicher Arbeitsanfall die Pause unterbricht und damit ein wirkliches Abschalten von der



# Zeit und Arbeitsbedingungen im Krankenhaus erschienen

Arbeit meist nicht zuläßt. Von den Patienten wird eine erhöhte »Klingeldisziplin« verlangt; die wissen doch genau, daß wir jetzt frühstücken, ja können die denn nicht mal fünf Minuten ... Aber manche Kranke können eben wirklich nicht fünf Minuten warten; müssen sie's doch, so führt das manchmal nicht nur zu nicht vertretbaren medizinischen Risiken, sondern auch zu Spannungen und Unzufriedenheit zwischen Patienten und Pflegkräften.

## Keine richtigen Pausen

74 Prozent der in der Krankenhauspflege Beschäftigten fühlen sich häufig abgespannt. Abgespanntheit rangiert an oberster Stelle der Befindlichkeitsstörungen, nur knapp gefolgt von Rückenschmerzen, Nervosität und Kopfschmerzen, über die immerhin noch 41 Prozent klagen. Fast alle geben an, daß sie es als anstrengend empfinden, auf viele Dinge gleichzeitig achten zu müssen. Als weitere Belastungsfaktoren gelten Anforderungen bezüglich schneller Reaktion, Konzentrationsfähigkeit und Anpassung an neu auftretende Situationen. Die genannten Punkte entsprechen den Alltagssituationen im Bereich der Krankenpflege. Sie verdeutlichen die erheblichen Anforderungen, die moderne Diagnostik und Therapie an das Pflegepersonal stellen. (Interessant ist in diesem Zusammenhang die Tatsache, daß nur

## Nervosität, Rücken- und Kopfschmerzen

8 Prozent der Befragten über Ärger mit Kollegen oder Vorgesetzten klagten.) Diese Belastungen führen dazu, daß ein Drittel der Beschäftigten auf Dauer lieber außerhalb des Krankenhauses arbeiten möchte. Als Hauptgründe werden hierbei freie Wochenenden und das Nicht-Vor-

kommen von Schicht- und Nacharbeit genannt. Wird der Arbeitsplatz weiterhin im Krankenhaus gewünscht, so werden öffentliche bzw. städtische Träger und kleine bis mittlere Krankenhäuser bevorzugt. Die Hauptursache hierfür dürfte in der besseren Übersichtlichkeit kleiner Häuser sowie darin zu sehen sein, daß in städtischen Kliniken eine günstigere Personalbemessung sowie mehr formale Mitbestimmungsmöglichkeiten als im freigemeinnützigen Bereich bestehen.

Eine weitere Diskrepanz ergibt sich zwischen den eigenen Arbeitszeitwünschen und den tatsächlichen Arbeitszeitregelungen. Der überwiegende Teil der Befragten arbeitete im Dreischichtwechsel (Wechselschicht mit Nachschicht), jedoch zieht nur ein kleiner Teil diese Arbeitszeitform vor. Mehrheitlich wird der Zweischichtenwechsel oder die ausschließliche Arbeit im Frühdienst gewünscht. Das Problem liegt hierbei auch nicht nur in der eigentlichen Schichtarbeit, sondern in der unregelmäßiger und durch zusätzliche Unannehmlichkeiten erschwerter Organisation. So waren bei einigen zehn Nachtdienste in ununterbrochener Folge keine Seltenheit, 25 Prozent erreichten das Soll von zwei freien Wochenenden im Monat nicht, und, wie oben bereits erwähnt, Überstunden im Anschluß an den Nachtdienst stellen für viele keine außergewöhnliche Situation dar. Damit werden aber auch die Nachteile einer dezentralen Patientenversorgung, die primär stationorientiert und von der Station her gesteuert arbeitet, deutlich: eine ursprünglich auf eine humane, patientenorientierte Krankenpflege hin ausgerichtete Organisationsform wird dort erschwert, wo ein beträchtlicher Anteil der Kosten, die diese Art von Arbeitsstruktur mit sich bringt, vom Pflegepersonal durch die Bewältigung zusätzlicher, vermeidbarer Arbeitsbelastungen getragen wer-

den muß. Die Zusatzbelastungen müssen alle fast immer stationsintern auf der Basis eines meist zu knapp bemessenen Personalschlüssels gelöst werden. Nicht nur werden immer weniger Leute eingesetzt, sondern zusätzlich werden Errungenchaften der letzten Jahrzehnte in Arbeitsteilung und Arbeitsorganisation ad absurdum geführt. Werden wir in einigen Jahren wieder soweit sein, daß die Oberschwester bzw. ein sie vertretender allgegenwärtiger Personalcomputer darüber entscheidet, wer wann wo zu arbeiten hat? Im Extremfall kommt dann die Schülerin, vergleichbar den Kassiererinnen in großen Supermarktketten, nur noch stundenweise zum Essenausteil und zum Bettenschaffen, da eine ihrem Arbeitsbereich adäquate Tätigkeit zu anderen Zeiten nicht anfällt. Bei dieser Entwicklung kommt letzten Endes nicht nur die psycho-soziale Betreuung der Patienten zu kurz, sondern auch Einbußen der Pflegequalität schlechthin werden sich nicht vermeiden lassen.

## Ein Drittel möchte raus

Auch im ärztlichen Bereich stehen Zeitdruck, häufige schnelle Entscheidungen und unregelmäßiger Arbeitsanfall an oberster Stelle der Belastungen. Ähnlich den Pflegekräften klagen Ärzte über Nervosität, Rücken- und Kopfschmerzen. Bei 40 Prozent der Befragten gesellt sich hierzu ein übermäßiges Schlafbedürfnis, da der Schlaf aufgrund der Bereitschaftsdienste bei fast allen zu kurz kommt. Daß diese Tatsache sowohl ein Risiko für die eigene Gesundheit als auch für den betroffenen Patienten darstellt, wird zwar von den meisten gesehen, Konsequenzen ziehen jedoch die wenigsten. Ärzte halten es oft für unmöglich, selbst nach durchgearbeiteter Nacht morgens nach Hause zu gehen, und zwar weini-

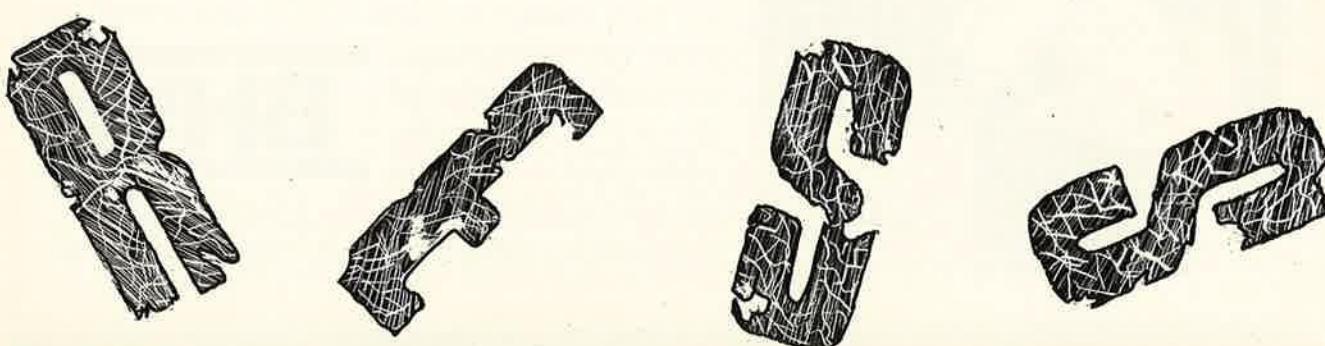
ger, weil es keine Vertretung gäbe, dieses Problem ließe sich noch meist lösen, sondern aus einem Gruppenzwang heraus: es geht keiner nach Hause, also bleibst gefälligst auch du hier, ansonsten wirst du sehr schnell an der OP-Einteilung merken, daß dir dieses Verhalten nicht bekommt. Entscheidungen entstehen hier nicht mehr aufgrund personeller Notwendigkeiten, sondern irrational nach dem Motto: nur nicht unangenehm auffallen.

Unter diesen Umständen braucht es niemanden zu wundern, daß die Lebenserwartung bei Ärzten am unteren Rande der Skala liegt.

Fast alle befragten Ärzte finden es schwierig, mit engen Bezugspersonen, seien es nun die Familie oder vergleichbare Personen, in ausreichendem Maße zusammen zu sein. Über die Hälfte können sich ihrer eigenen Einschätzung nach nicht zufriedenstellend an der Erziehung ihrer Kinder beteiligen. Interessant ist in diesem Zusammenhang, daß 52 Prozent eine Mitarbeit in Interessenverbänden für nahezu unmöglich halten. Wer spricht denn dann wirklich für die Ärzte?

Man darf jetzt auf die Reaktion der zuständigen Stellen bezüglich dieser Studie gespannt sein. Durch sie wird erneut in erschreckendem Maße deutlich, daß vor allem aus finanziellen Gründen die Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen vielerorts schlechter und teilweise unerträglich werden. Vielleicht sollten sich die Gesundheitspolitiker klar darüber werden, daß eine Fortsetzung der restriktiven Maßnahmen nicht nur zu einer Zunahme von arbeitslosen Krankenschwestern, Krankenpflegern und Medizinern führt, sondern daß auch innerhalb der Krankenhäuser der Anteil der Enttäuschten und Unzufriedenen zunehmen wird.

Stephan Schölzel



# »Und überhaupt: Ampullensägen!«

## Nicaragua braucht dringend medizinisches Material

**Die Lieferung klappt  
jetzt gut. Auch  
Kleinigkeiten sind  
willkommen.**

»Leute, wenn ihr wieder was schickt, stopft alle Luflöcher mit OP-Handschuhen aus, die werden bei uns hundertmal gewendet und wieder sterilisiert, und dann machen wir noch Laschen daraus.« — »In ganz Nicaragua gibt es keine Ersatzbirne für die Hanau-OP-Leuchten, also wird mit Taschenlampen gearbeitet.« — »Im Somoto brauchten wir dringend ein EKG, aber den Umbau auf 110 V/60 Hz müßt ihr auch übernehmen.«

Solche Satzketten gehen uns durch den Kopf bei der Erinnerung an das große »Round-table«-Gespräch am Rande des Gesundheitstages in Bremen. Wir hatten uns alle getroffen, Die Gesundheitslädl aus Frankfurt, Vertreter von Medico International und die Gesundheitsbrigadien aus Nicaragua, welche unse-

ren Container auspackten und verteilen. Parallel zur Entsendung der ersten Gesundheitsbrigaden hatten wir gemeinsam mit Medico International einen Container mit medizinischem Material nach Nicaragua geschickt. Wegen der Hafenverminungen landete er schließlich nach langen Irrwegen über Costa Rica in Managua.

Wir, die wir hier im Überfluß der Einmalartikel leben, können uns kaum vorstellen, was tägliche Gesundheitsversorgung unter Kriegsbedingungen heißt. »Könnt ihr nicht Feilen fürs Kanülenabschärfen besorgen? Und überhaupt: Ampullensägen!« Die Einmal-Tragen aus bundesrepublikanischen Rettungswagen dienen jetzt in Nueva Guinea als Bettwäsche, im dortigen Klima wird Leinenwäsche kaum trocken.

So kristallisiert sich in langen Gesprächen heraus, wie unsere Hilfsaktion ankam, und vor allem, was wir anders machen

müssen. In Nueva Guinea, einer kleinen Stadt im Südosten, konnte dadurch endlich die dringend benötigte Chirurgie ausgestattet werden. Bisher war der nächste funktionstüchtige OP erst nach zweieinhalb Autostunden über kaum befahrbare Pisten zu erreichen. Fast nicht zum Überleben für einen Schwerkranken, der dringend operiert werden muß. Inzwischen ist die Region um Nueva Guinea Kampfgebiet. Immer mehr kriegsverletzte Menschen, hauptsächlich Kinder und Frauen, auf den Feldern beschossen, beim Spielen auf den Höfen angegriffen . . .

Die staatliche Gesundheitsverwaltung ist kaum in der Lage, auf so akute Änderungen der Bedürfnisse in einer Region schnell zu reagieren. Daher auch die dringende Bitte an die dort eintreffende Gesundheitsbrigade um Mithilfe. Wir bekommen wieder mal deutlich vor Augen geführt, wie das Funktionieren solcher konkreter Einzelhilfe von einer Vielzahl Personen abhängig ist.

Der Inhalt unseres ersten Containers hatte einen Wert von ca.

70 000 Mark, dazu kamen nochmals 20 000 Mark Verpackungs- und Transportkosten. Wir hoffen zuversichtlich, bis Dezember nochmals eine ähnlich umfangreiche Ladung zusammenstellen zu können. Wir bitten deshalb alle dg-Leser, uns im Rahmen ihrer Möglichkeiten zu unterstützen. Benötigt werden im wesentlichen:

- chirurgisches Nahtmaterial aller Art,
- chirurgisches Basisinstrumente,
- Verweilkatheter, Braunülen, Spritzen, Kanülen,
- einfache Geräte für Diagnostik und Therapie.

Wir haben eine genaue Liste dieser Gegenstände zusammengestellt, die beim Gesundheitsladen Frankfurt oder bei Medico International angefordert werden kann. Wir bitten deshalb, nur anhand dieser Liste sich zu orientieren. Neben diesen Sachspenden brauchen wir auch Geldspenden für spezielle Zukäufe und zur Deckung der Transportkosten. Spenden sind steuerlich absetzbar!

Christof Kugler

Konto Nr. 421850-609 PScha  
Frankfurt (BLZ 50010060)  
Kennwort: Nicaragua  
Medizinisches Informations- und  
Kommunikationszentrum  
Gesundheitsläden e.V.  
Arnsburgstr. 68  
6000 Frankfurt 60  
Tel. (069) 490430

Medico International  
Hanauer Landstr. 147-149  
6000 Frankfurt 1  
Tel. (069) 490350

## Endlich Platz für alle möglichen Freunde. Mit Hilfe des BHW.



Ob 12 Kinder zum Geburtstag kommen oder von Opa das geliebte Ferkelchen - als Eigentümer machen Sie Ihre Hausordnung selbst. Und als BHW-Bausparer haben Sie einen leistungsfähigen Partner, der Sie bei der Finanzierung des eigenen Zuhause voll unterstützt. So, wie über 30.000 andere Familien im letzten Jahr. Und es geht weiter. Allein in den ersten 5 Monaten '84 haben wir täglich rund 54 Millionen Mark Baugeld ausgezahlt. Und so dafür gesorgt, daß wieder viele unserer Bausparer sagen: Glück gehabt, daß ich zum BHW gegangen bin.

Sprechen Sie doch mal mit uns. Das BHW steht in jedem örtlichen Telefonbuch.

**BHW**  
BAUSPARKASSE

Auf uns baut  
der öffentliche Dienst.

# DOKUMENTE

**Bonner Gesundheitspolitik nach der »Wende«:**

## Sozialstaat ade — Grüß Gott, Subsidiarität?

**Wir dokumentieren  
das Referat, das  
Professor Hans-Ulrich  
Deppe auf dem  
Gesundheitstag in  
Bremen gehalten hat.**

1. Die Sozial- und Gesundheitspolitik hat in Deutschland eine lange Tradition und hat mit der Entfaltung des Kapitalismus erheblich an Bedeutung gewonnen. Sie steht in enger Beziehung zur jeweiligen politischen und wirtschaftlichen Gesamtentwicklung, deren Hauptlinien als Ausdruck offener oder verdeckter Auseinandersetzung sozialer Klassen zu interpretieren sind. Während das Kapital daran interessiert ist, auf dem Arbeitsmarkt stets gesunde — und d.h. leistungsfähige, verwerbbare und arbeitswillige — Arbeitskräfte vorzufinden, geht es dennoch, die gezwungen sind, ihre Arbeitskraft zu verkaufen, darum, durch Arbeit ihren materiellen Lebensbedarf zu sichern und zu befriedigen. Dieser konstitutive Interessengegensatz ist die Ursache sozialer Auseinandersetzungen und Kämpfe — und bestimmt nicht zuletzt auch die sozial- und gesundheitspolitischen Inhalte.

2. Da es sich bei der materiellen Sicherung von Gesundheit und sozialen Problemen nicht um einzelwirtschaftliche Maßnahmen handeln kann, haben übergreifende Instanzen, wie der Staat, wichtige Aufgaben erhalten. Sozial- und Gesundheitspolitik fällt also weitgehend in den Aufgabenbereich des Staates und wird folglich zu einem Teil der politischen Herrschaft. Der Staat macht Gesetze und Verordnungen, er verteilt über die Sozialversicherung Finanzmittel um und er stellt öffentliche Güter und Dienstleistungen bereit, deren Preisgestaltung dem Marktgeschehen weitgehend entzogen ist. Er versucht damit verwerbbare Arbeitskräfte und »sozialen Frieden« zu garantieren. Sein generelles politisches Ziel ist es, mittels sozialintegrativer, kontrollierender und repressiver politischer Eingriffe das bestehende Gesellschaftssystem zu erhalten und zu stabilisieren. Dabei muß der Staat auf die Forderungen der Betroffenen eingehen. Dies geschieht in der Regel in Form von Kompromissen. Wie solche Kompromisse aussehen, hängt wesentlich von der kollektiven Durchsetzungskraft der Betroffenen ab. Ergebnis dieser Auseinandersetzungen in der Geschichte der Sozialpolitik ist, daß die überwiegende Bevölkerungsmehrheit im Fall von Krankheit, Alter oder Arbeitslosigkeit ein relatives Maß an sozialer Sicherung erreichte. Die Betroffenen sind heute in vielen Bereichen keine würdelosen Almosenempfänger mehr und auf Mildtätigkeit angewiesen, sondern haben einen Rechtsanspruch auf Sozialleistungen. Der frühe Kapitalismus wurde damit wohlfaßtstaatlich modifiziert.

3. Seit knapp zehn Jahren mit dem Durchschlagen der anhaltenden Wirtschaftskrise auf den Sozial- und Gesundheitssektor erklingt hörbar der Ruf nach Kostenämpfung. Die entsprechenden staatlichen — sozialliberalen — Maßnahmen (Gesetze) sind — wie ich vermute — bekannt und brauchen nicht eigens erwähnt zu werden. Das Strickmuster der Staatseingriffe stellt sich etwa so dar: Individualisierung des Risikos sozialer Gefährdungen durch Sozialabbau und Reprivatisierung durch privatwirtschaftliche Rationalisierung zu Entlastung des Bundesbudgets und anderer öffentlicher Haushalte — insgesamt also: Rückzug des Staates aus Finanzierung und Garantiehaftung bei gleichzeitiger Zunahme staatlicher Globalsteuerung (Gesetze, konzertierte Aktion etc.). Begleitet wurden diese Operationen durch eine Kampagne — insbesondere der konservativen Parteien und Verbänden — gegen eine angebliche »sozialstaatliche Übersorgung«, die das »Anspruchsenden« und den »Mißbrauch« fördere, dagegen die Leistungsbereitschaft mindere. Aus der deutschen Ärzteschaft stammt das Wort vom »Sozialbarock«.

4. Bereits Mitte 1982 (1.7.1982) beschloß das damals noch sozial-liberale Bundeskabinett die »Eckwerte zum Bundeshaushalt 1983« und läutete damit die Schlußrunde des Bonner Bündnisses ein. Es verabschiedete sich von Finanzierung des Staatshaushalts einen umfangreichen Katalog mit gravierenden sozialpolitischen Sparmaßnahmen, die vor allem zu Lasten der privaten Haushalte — der Arbeitslosen, Rentner und Kranken — gingen. Damit erlitt die Vorstellung der »sozialen Symmetrie« und Ausgewogenheit der Eingriffe, wie sie vom sozialdemokratischen Teil der Bundesregierung vertreten wurde, um Verständnis für ein »gemeinsames« Verzichten zu gewinnen, Schiffbruch. Die Ideologie der Sozialpartnerschaft brach endgültig in sich zusammen und ihr objektiver Kern, die Gegnerschaft sozialer Klassen, ließ sich nicht mehr leugnen. Der in der Nachkriegszeit an der Oberfläche bestehende breite sozialstaatliche Grundkonsens, der den Ausbau der Sozialpolitik ohne größere Widerstände ermöglicht hatte, entpuppte sich als eine Schönwetter-Erscheinung bei anhaltender wirtschaftlicher Prosperität. Die Verabschließung der Eckwerte zum Bundeshaushalt 1983 veranlaßte schließlich den DGB, der bis zu diesem Zeitpunkt die sozial-liberale Sozial- und Gesundheitspolitik zwar kritisierte, aber doch auch tolerierte, für Oktober 1983 seine Mitglieder zu bundesweiten Demonstrationen aufzurufen.

5. Nun — inzwischen hatte die Regierung gewechselt. Die sozialliberalen »Eckwerte« konnten also nicht mehr realisiert werden. Die neue Regierung aus CDU/CSU und FDP hatte vor dem Machtantritt — aber auch noch danach — die Parole von der »Wende« ausgegeben. Wie sieht diese Wende in der Sozial- und Gesundheitspolitik aus? Zunächst verschrieb sich die konservative Koalition eine »Atempause«, denn die sozialpolitische Betätigung der CDU war bislang eher

aus der Frontstellung als Oppositionspartei zur sozialliberalen Koalition, denn durch ein eigens realisiertes Konzept geprägt. Sie schien sich nicht von vornherein auf das neoliberalen und marktradikale Austeritätsprogramm des Lambsdorff-Papiers, das Anlaß für den Regierungswechsel war, einzulassen zu wollen. Hier wären voraussichtlich auch innerparteiliche Widerstände von Seiten der CDA-Sozialausschüsse zu erwarten gewesen, die gerade ihr gesundheitspolitisches Programm »Gesundheit — am Menschen orientiert verabschiedet hatten (25.9.1982). Angeichts dieser konzeptionellen Beschränkungen und Unsicherheiten der ersten Monate knüpfte die neue Koalition nahtlos an den Beschlüssen der sozial-liberalen Koalition vom Juli 1982 an. Die Operation '83 unterscheidet sich von den vorangegangenen Operationen vor allem durch eine Ausweitung und Beschleunigung des bereits laufenden Sozialabbaus. Neu waren allerdings in der Gesundheitspolitik Maßnahmen zu Verschärfung der sozialen Kontrolle. So wurde im Zusammenhang mit Krankschreibungen der Druck auf die Kassenärzte verstärkt und den Arbeitgebern die Möglichkeit eingeräumt, verordnete Arbeitsunfähigkeit überprüfen zu lassen. Dies blieb — neben der anhaltenden Angst der Beschäftigten vor Arbeitslosigkeit — nicht ohne Auswirkungen auf den Krankenstand, der inzwischen auf das niedrigste Niveau seit Bestehen der Bundesrepublik abgesunken ist. — Insgesamt war das Bett für die neue konservative Regierung bereits vor dem Regierungswechsel gemacht. Die erste Wende in der Sozial- und Gesundheitspolitik erfolgte also bereits vor der »Wende«.

6. Nach der Bundestagswahl vom März 1983, aus der die konservative Koalition gestärkt hervorgeht, bekommen jene Kräfte Auftrieb, die den Grundlegungen der sozialen Marktwirtschaft wieder zu einer Priorität verhelfen wollen — wie: Wettbewerb, Marktsteuerung, Unternehmerfreiheit, Eigenverantwortung und Risikobereitschaft. Erinnert sei in diesem Zusammenhang an die aggressiven Stellungnahmen von Arbeitgebern, die Albrecht-Thesen und das George-Papier. Obwohl hier unterschiedliche Akzente gesetzt werden, sind sich diese Äußerungen doch darin einig, daß die Ertragslage der Privatwirtschaft nur durch eine Senkung der Löhne und den Abbau sozialer Schutzrechte und Leistungen zu verbessern sind — dies trotz einer sich abzeichnenden wirtschaftlichen Aufwärtsentwicklung.

In dieser Situation sehen CDU-Sozialpolitiker eine Chance zur Restaurierung des überkommenen Ordnungsprinzips der Subsidiarität aus der katholischen Soziallehre. Frühzeitig und deutlich wird dies vom Fraktionsvorsitzenden der CDU im niedersächsischen Landtag (Reimers) formuliert, der darin die eigentliche sozialpolitische Wende sieht. »Vor allem geht es in dieser politischen Strukturkrise«, sagte er Ende 1982, »um die konsequente Durchsetzung und Beachtung des Grundsatzes der Subsidiarität. Alle politischen Fragen und Entscheidungen müssen sich

an der Frage orientieren, welche Hilfe der einzelne und die kleinere Gemeinschaft von oben wirklich benötigen, ohne dadurch in ihrer Eigeninitiative und Eigenverantwortung schließlich so gelähmt zu werden, daß sie sich nur noch durch die anonyme Tätigkeit eines allmächtigen Sozialstaates gewissermaßen entsorgen lassen.« (Bundesarbeitsblatt 4/83, S. 5). Und auch die Bundesregierung sieht inzwischen in der Subsidiarität das Ordnungsprinzip für eine Neuorientierung der Sozialpolitik (Bundesarbeitsblatt 4, 1984, S. 5).

7. Wenn nun dem Subsidiaritätsprinzip ein so hoher Stellenwert beigemessen wird, dann ist es wohl an der Zeit — auch für uns — diesem Grundsatz größere Aufmerksamkeit zu widmen und genauer nach seinen Ursprüngen und Funktionen zu fragen. Das Subsidiaritätsprinzip wurde in der Enzyklika Quadragesimo anno 1931 erstmals als »sehr wichtiger Grundsatz in der (katholischen) Sozialphilosophie« formuliert. Es heißt hier: »Wie dasjenige, was der Einzelmensch aus eigener Initiative und mit seinen eigenen Kräften leisten kann, ihm nicht entzogen und der Gesellschaftstätigkeit zugewiesen werden darf, so verstößt es gegen die Gerechtigkeit, das, was die kleineren und untergeordneten Gemeinschaften leisten und zum guten Ende führen können, für die weitere und übergeordnete Gemeinschaft in Anspruch zu nehmen; zugleich ist es überaus nachteilig und verwirrt die ganze Gesellschaftsordnung. Jedwede Gesellschaftstätigkeit ist ja ihrem Wesen und Begriff nach subsidiär; sie soll die Glieder des Sozialkörpers unterstützen, darf sie aber niemals zerschlagen oder aufsaugen.« (Ev. Staatslexikon, S. 2264). Das lateinische Wort »subsidiarium« heißt so viel wie Hilfe, Hilfsleistung oder Hilfsstellung. Seine ursprüngliche Bedeutung liegt im militärischen Bereich. Das *subsidiarium* ist das Hintertreffen, die Reservegruppe, die erst eingreift, wenn die in der vordersten Schlachtreihe stehenden Kräfte nicht mehr ausreichen. Diesem Sachverhalt entspricht die Vorstellung von Subsidiarität als einem Kräfteeinsatz, der erst in zweiter Linie in Frage kommt. (Kimmrich, S. 10). Als sozialethische Grundlegung befäßt sich das Subsidiaritätsprinzip mit der Zuständigkeit zwischen dem einzelnen bzw. kleineren und größeren Gemeinschaften. Es besagt, daß der kleinere Lebenskreis die Rechte und Pflichten hat, die Aufgaben wahrzunehmen, zu denen er imstande ist. Größere Lebenskreise (z.B. Staat) indessen sollen lediglich Aufgaben übernehmen, denen kleinere Lebenskreise (z.B. Familie, Gemeinde) nicht mehr gewachsen sind. Das Subsidiaritätsprinzip setzt sich damit vom Prinzip der Solidarität, der Bereitschaft zu kollektiver politischer Durchsetzung und gegenseitiger Unterstützung ab. Nach der katholischen Soziallehre ist wohlverstandene Subsidiarität etwa so vorzustellen: »Wie Gott mit uns Menschen, wie verständige Eltern mit ihren Kindern, so sollen gesellschaftliche Gebilde und Gemeinschaften, insbesondere Staat und Gemeinde, mit ihren Gliedern verfahren.« (Nell-Breuning, 1955, S. 4).

8. Das Subsidiaritätsprinzip wurde erstmals in einer Zeit (1931) verkündet, in der die Weltwirtschaftskrise nachhaltige und tiefgreifende soziale Auswirkungen zeigte. In Westeuropa gab es starke Arbeiterbewegungen, und die Entwicklung in der Sowjetunion fand Resonanz weit über deren eigene Grenzen hinaus. Die katholische Kirche führte sich dadurch herausfordernd und proklamierte das Subsidiaritätsprinzip als »Korrektiv« gegen den »überhandnehmenden Kollektivismus«. Es sollte »Waffen« und »Schutzwall gegen alles (sein), was Kollektivismus ist oder in den Kollektivismus führt.« (Nell-Breuning, 1955, S. 10 f.).

9. In seiner weiteren Entwicklung erfuhr das Subsidiaritätsprinzip unterschiedliche Auslegungen. So wird das Subsidiaritätsprinzip auf dem Hintergrund der Formel »Soviel Freiheit als möglich, soviel Bindung als nötig« in Anspruch genommen für Privatiniziativen, freien Wettbewerb, Privateigentum, Bedürftigkeit in der Sozialhilfe, gegen Wirtschaftslenkung und weiteren Ausbau staatlicher Sozialleistungen. Andererseits beruft man sich seit Nell-Breunings Neinterpretation Ende der fünfziger Jahre auf das »richtig verstandene Subsidiaritätsprinzip«, das nun ganz im Gegenteil die Grundlage für gesamtwirtschaftliche Maßnahmen und für eine Politik der sozialen Sicherheit bilden soll. Danach hat die Gesellschaft die Voraussetzungen zu schaffen, »unter denen allein der einzelne Mensch seine Kräfte mit Erfolg regen kann«. Der einzelne soll in der Weise gefördert werden, »daß seine Leistungs-

fähigkeit soviel wie möglich wiederhergestellt und erhöht wird. Darin wird nach der katholischen Soziallehre auch der Sinn für die These von der »Hilfe zur Selbsthilfe« gesehen. (Nell-Breuning, 1955, S. 2 und 4).

10. Folgt man der »recht verstandenen« Auslegung des Subsidiaritätsprinzips, so ist der gesellschaftlichen Organisierung der sozialen Sicherheit Priorität einzuräumen, und die Bewältigung sozialer Risiken und Gefährdung kann nicht dem einzelnen Betroffenen zugemutet werden. Auch die Familie, die sich infolge des Strukturwandels zur Kern- oder Kleinfamilie entwickelt hat, ist nur noch begrenzt in der Lage, Institution sozialer Hilfe zu sein. Verbleibt also die Gesellschaft mit ihren Einrichtungen. Gesellschaftliche Hilfe soll nach dem Subsidiaritätsprinzip im Fall sozialer Not den einzelnen fördern. Das indessen heißt, daß der einzelne dahingehend durchleuchtet und Überprüft werden muß, ob er auch bedürftig ist. Gesellschaftliche Hilfe wird damit zur Einzelhilfe (Tendenz zur Vereinzelung) und bedeutet nicht einen generell verbreiteten Anspruch. Und als Ziel subsidiärer Hilfe wird angegeben, die Kräfte und Leistungsfähigkeit des einzelnen Menschen wiederherzustellen bzw. zu erhöhen. Darüber hinaus stellt sich die Frage, wozu die Leistungsfähigkeit des einzelnen Menschen wiederhergestellt werden soll: Damit er sich an die gefährdeten Strukturen wieder anpassen kann? Damit seine Leistungsfähigkeit von anderen wieder ausgebaut werden kann? Oder aber daß der einzelne Mensch Kräfte für seine Emanzipation und Selbstverwirklichung entfaltet? Generell muß man sich schließlich fragen, wie das Prinzip der Subsidiarität in einer Klassengesellschaft funktionieren soll. Die Verhältnisse zwischen Kapitaleignern und Arbeitenden, die betrieblichen Auseinandersetzungen um direkte und indirekte Ausbeutung und Unterdrückung, die Beziehungen zwischen konkurrierenden Privatunternehmen, die das Recht des Stärkeren tagtäglich befolgen müssen — für all diese Ausdrucksformen des sozialen Kampfes scheint mir das »recht verstandene« Subsidiaritätsprinzip untauglich. Hier dominiert die andere Auslegung, da sie sich als Legitimationsbasis für privates unternehmerisches Handeln anbietet.

Hinzu kommt ein eher mechanisches Verständnis vom Staat — ich denke dabei an die kleinen, immer größer werdenden konzentrischen Kreise. Völlig ignoriert wird, daß der Staat keineswegs eine neutrale Instanz, sondern Instrument zur Sicherung und Durchsetzung übergeltender Herrschaftsinteressen ist. Und von daher auch kleinere staatliche Gebilde und Apparate — mit all ihren sozialintegrativen, kontrollierenden und repressiven Funktionen — bestimmt werden.

Nicht zuletzt wird die Subsidiarität als naturrechtlicher Grundsatz verstanden, der eine überzeitliche, von der historischen, kulturellen und sozialen Situation und Entwicklung unabhängige Gültigkeit beansprucht. Indem sie zur ethischen Norm und zum sozialen Ordnungsprinzip erhoben wird, richtet sie sich in erster Linie gegen die Grundsätze der humanistischen Tradition der Neuzeit. Sie stellt eine fundamentale Kritik des modernen Prinzips der Demokratie dar, das dem christlich-transzendentalen Grundsatz »Alle Autorität stammt von Gott« den humanistisch-diosseitigen Grundsatz »Alle Gewalt geht vom Volk aus« entgegengesetzt. (Pechmann/Schraven, DVZ)

11. In der Sozialpolitik der Bundesrepublik tritt der Gedanke der Subsidiarität am deutlichsten bei der Sozialhilfe in Erscheinung. Hier wird nach dem Prinzip der Fürsorge verfahren, die sich aus der traditionellen Armenfürsorge ableitet. Hilfeleistung orientiert sich in diesem Zusammenhang ausschließlich an der Besonderheit des Einzelfalls. Ihm soll entsprechend seiner individuellen Notlage geholfen werden. Diesbezügliche »Hilfe soll vor allem zur Selbsthilfe befähigen.« (Sozialbericht '83, S. 34). Zuvor ist jedoch Bedürftigkeit nachzuweisen, die von seinen eigenen Einkommens- und Vermögensverhältnissen sowie denen anderer Familienangehörigen abhängt. Zwar hat ein Bedürftiger einen allgemeinen Rechtsanspruch auf Sozialhilfe, aber Art und Umfang der Leistungen sind vom Gesetzgeber nicht festgelegt. Es handelt sich dabei weitgehend um Ermessensentscheidungen. Der Rechtsanspruch auf Hilfe, ein grundlegendes sozialstaatliches Element, beschränkt sich in der Sozialhilfe auf die Vorgabe einer unspezifischen Rahmenbedingung. Öffentliche Hilfe erfolgt hier also erst »aus zweiter Linie«, nachrangig oder subsidiär — dann, wenn

die Betroffenen und ihre Familien bereits auf den Boden der Gesellschaft abgerutscht sind. (Burkhardt, S. 46 ff., Preller 316 ff., Sozialenquête 61, Bäcker/Bispinck 52, Hartwich 340 ff.)

12. Vor diesem Hintergrund von Subsidiarität und Sozialhilfe möchte ich noch einmal zurückkommen auf die Frage nach der »Wende« und zu entwickeln versuchen, in welche Richtung diese gehen könnte. Bereits in der Regierungserklärung vom 13.10.1982 wird vor der »neuen Entfremdung eines anonymen Wohlfahrtsstaats« (Bundesarbeitsblatt 3, 1983, S. 6) gewarnt (hier auch CDU-Leittrag einbauen) und für den Bundessozialminister beruht der Grundsatz der Sozialversicherung auf dem Verhältnis von Leistung und Gegenleistung, dem Äquivalenzprinzip, das bisher die genuine Grundlage privater Versicherungen bildet. Darin sieht er das »Kernstück der Gerechtigkeit«. Denn »der Versorgungsstaat ist« — wie Blüm herabmäßig formuliert — »die futurologische Variante des autoritären Staates« (Blüm, S. 7). Damit goräß die Sozialpolitik auf Kollisionskurs zu den traditionellen und grundlegenden Prinzip der Sozialversicherung — nämlich dem der Solidarität. Dies wird sehr wohl erkannt. Deshalb heißt es auch: »Solidarität und Subsidiarität gehören in ein ausgewogenes Verhältnis zueinander« und weiter: »dieses Spannungsverhältnis von solidarischer Sicherung und eigenverantwortlichem Handeln ist nicht nur eine Ordnungsfrage für die Sozialpolitik im engeren Sinne, sondern auch für die gesellschaftlichen Strukturen schlechthin.« (Sozialbericht '83, S. 7). Was bedeutet aber nun »ausgewogenes Verhältnis«? Das heißt nichts anderes, als daß das Solidaritätsprinzip zwar aufgehoben, aber doch gewaltig zurückzudrängen ist. Und dies nicht nur in der Sozialpolitik, sondern in der Gesellschaft schlechthin, Entsolidarisierung durch Vereinzelung heißt die Parole. Die kollektive solidarische Hilfe (Selbsthilfe) und Interessenvertretung der durch die Struktur des Gesellschaftssystems Benachteiligten soll geknackt werden. Und mehr oder weniger erfolgreich wurde danach ja auch in den Auseinandersetzungen um die 35-Stunden-Woche und die flexible Arbeitszeitregelung operiert. Hinzu kommt die Umformulierung von Solidarität, die stärker für kleine Kreise bzw. Gemeinschaften als größere gesellschaftliche Gruppen — insbesondere freilich für soziale Klassen — gelten soll. Auch dies heißt Schwächung solidarischer Hilfs- und Durchsetzungskraft. Große Bedeutung wird folglich der Eigeninitiative und der Eigenversorgung beigemessen. Diese »müssen wieder einen höheren Stellenwert erhalten. Familien, Nachbarschaft, freie Träger, Initiativ- und Selbsthilfegruppen sowie soziale Dienste können mehr Bürgersinn und Bürgerverantwortung erzeugen, als es großen und anonymen Institutionen je möglich sein wird.« (Sozialbericht '83, S. 7). Dies läßt sich freilich nicht ohne weiteres durchsetzen, dafür bedarf es einer neuen Kultur. Es gilt deshalb, »die sinnstiftende und kulturfördernde Bedeutung der sozialen Sicherung in überschaubaren Wir-Gemeinschaften zu unterstützen.« Und als des »Pudels Kerne« entpuppt sich schließlich die ganz banale und pragmatische These »Während institutionell und hauptberuflich geleistete soziale Dienste oft schon unbezahlbar geworden sind, gilt es, den gemeinschaftsstiftenden Sinn unbezahlter ehrenamtlicher Tätigkeiten neu zu entdecken.« (Bundesarbeitsblatt 3, 1983, S. 6)

Damit wird aus dem sozialethischen Prinzip der Subsidiarität auch ein Sparinstrument, denn »Subsidiarität ist einfach kostengünstiger.« (Bundesarbeitsblatt 3, 1983). Die gesellschaftliche Arbeitskraft soll ordnungspolitisch verbilligt werden. Aus unserer Geschichte wissen wir, daß solche ehrenvollen und ehrenamtlichen sozialen Tätigkeiten insbesondere Frauen betreffen. Es schließt sich also der Kreis zwischen Subsidiarität und Sozialabbau. Mit der Restauration des Subsidiaritätsprinzips und seiner kulturellen Belebung ist die zweite Phase der Wende zu charakterisieren, die man auch als die Phase der idealistischen Wende bezeichnen kann.

13. Als nächstes stellt sich dann die Frage nach der konkreten Durchsetzung der ideologischen Wende. Wo und wie schlägt sich also der Gedanke der Subsidiarität in der gesellschaftlichen Bewältigung sozialer Probleme nieder? In diesem Zusammenhang bietet sich die Untersuchung der Haushaltbegleitgesetze von 1983 und 1984 an, die zur Wiederbelebung der Wirtschaft und Beschäftigung sowie zur Entlastung der öffentlichen Haushalte verabschiedet wurden.

Dabei geht es mir vor allem um deren gesundheitspolitische Inhalte, die allerdings in enger Beziehung zu sozial- und wirtschaftspolitischen Entscheidungen stehen.

Die Maßnahmen des *Haushaltbegleitgesetzes '83* konzentrieren sich in der Krankenversorgung auf den Ausbau der Selbstbeteiligung bei Krankenhausaufenthalten, Kuren, Rehabilitationsmaßnahmen und Arzneimitteln. Mit der Ausweitung und Erhöhung der Selbstbeteiligung wird das traditionelle Prinzip der Gesetzlichen Krankenversicherung, das Sachleistungsprinzip, das medizinisch notwendige Leistungen unabhängig von der Höhe des Einkommens garantiert, untergraben. Hinzukommt die Beeinflussung des Krankenstandes durch die mögliche Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit auf Antrag des Arbeitgebers. Darüber hinaus realisieren sich erste Ansätze von Äquivalenz, also das Verhältnis von Leistung und Gegenleistung, auch in der Arbeitslosenversicherung durch die Staffelung der Leistung nach Dauer der Beitragszahlung. Insgesamt wird davon ausgegangen, daß die gesetzliche Krankenversicherung, die Leistungsempfänger und die Versicherten durch das Haushaltbegleitgesetz '83 zusätzlich um 3,8 Mrd. DM belastet werden, (Hofmann, S. 7)

Auch das *Haushaltbegleitgesetz '84* geht in die gleiche Richtung. Durch die volle Einbeziehung des Krankengeldes in die Beitragspflicht zur Renten- und Arbeitslosenversicherung, die Zuordnung der Tbc-Heilbehandlung zur Krankenversicherung und die Einbeziehung der knappschaftlichen Krankenversicherung der Rentner in den Finanzausgleich der Krankenversicherung der Rentner der gesetzlichen Krankenversicherung sollen aus Arbeitnehmersicht weitere 3,2 Mrd. DM als Belastungen anfallen. (Ebenda) Der schwerwiegendste Eingriff ist zweifellos die Einbeziehung des Krankengeldes in die Beitragspflicht, da er die unteren Einkommensgruppen besonders belastet. So bedeutet für einen Beschäftigten mit einem durchschnittlichen Monatsnettoeinkommen von 1900 DM diese Regelung eine Kürzung des Krankengeldes um ca. 220 DM. Betroffen sind vor allem die schwer- und längerfristig Erkrankten wie Krebskranke, Kränke mit akuten und chronischen Herzkrankheiten und schwer psychisch Erkrankte. Hinzukommt, daß ungeliebte Arbeiter und Arbeiterinnen, die häufiger an hochbelastenden Arbeitsplätzen eingesetzt worden, knapp doppelt so häufig von der vorgesehenen Krankengeldkürzung betroffen sind wie Facharbeiter und Angestellte. (Ebenda, S. 9)

14. Einen weiteren Schwerpunkt bildet die *Krankenhauspolitik*. Für die Einrichtung der stationären Krankenversorgung gilt, daß sie im Gegensatz zur kassenärztlichen und Arzneimittelversorgung überwiegend nicht erwerbswirtschaftlich betrieben wird, da ihre Einrichtungen vor allem staatliches und gemeinnütziges Eigentum sind und direkte staatliche Finanzierungshilfe erhalten. Seitens der privaten Leistungsanbieter im Gesundheitswesen, aber auch seitens des Bundes selbst wird in den Ausgaben für Krankenhäuser eine finanzielle Manövriermasse gesehen, die noch nicht voll mobilisiert und unmittelbar privatem Interessen zugängig gemacht werden konnte. Die Neuordnung der Krankenhausfinanzierung wird deshalb gegenwärtig als eine zentrale Aufgabe der Gesundheitspolitik angesehen. (Sozialbericht 1983, S. 23). Angekündigt wurde dieses Ziel bereits in der Regierungserklärung vom 4. Mai 1983 und konkretisiert wird es in dem vorliegenden Gesetzentwurf zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung. (Bundestratsdrucksache 391/84 vom 28.8.1984) Dieser sieht vor: den Rückzug des Bundes aus der Investitionsförderung und bisherigen Finanzhilfen, die Schaffung von Anreizen zu einer wirtschaftlicheren Betriebsführung und die stärkere Einbindung der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für Krankenhauspflege in die Politik der Kostendämpfung im Gesundheitswesen; den Ländern sollen größere Gestaltungsmöglichkeiten bei der Krankenhausbedarfsplanung eingeräumt werden.

Im Zusammenhang mit der Kostendämpfung ist auch die vorgesehene Einführung des »Arztes im Praktikum« zu sehen, die darauf abzielt, im Krankenhaus »Billigärzte« zu schaffen. Der Arzt im Praktikum, der nicht voll approbiert ist, soll nämlich bereits Arzt sein. Er soll die üblichen Aufgaben, die auf der Krankenstation zu erledigen sind, ausführen können. Allerdings

soll er keineswegs wie die anderen Ärzte im Krankenhaus bezahlt werden, sondern lediglich die Hälfte oder ein Drittel ihres Einkommens erhalten. (Bundestags-Drucksache 10/1196 vom 28.3.1984, S. 2)

15. Vor diesem Hintergrund stellt sich also erneut die Frage danach, mit welchen realen Entwicklungen der Sozial- und Gesundheitspolitik das Konzept der Subsidiarität konfrontiert ist. Insgesamt kann zunächst resümiert werden, daß die Rechtskoalition das Instrument der Kostendämpfung und -verschiebung genauso souverän beobachtet wie die vorangegangene. Sie unterscheidet sich lediglich darin, daß sie den Abbau sozialer Leistungen verstärkt und beschleunigt. Das kommt nicht zuletzt darin zum Ausdruck, daß sie bis 1987 die Sozialleistungsquote auf 30 Prozent — einen Stand, der bereits vor mehr als 10 Jahren überschritten wurde — zurückdrehen will. Am stärksten belastet werden dadurch die privaten Haushalte, d.h. die kleine Gemeinschaft Familie. Es findet also eine weitere Verschiebung hin zur individuellen und familiären Bewältigung gesellschaftlich verursachter Probleme und Schäden statt. Parallel zu dem quantitativen Abbau wird der Umbau traditioneller Strukturen der Sozialversicherung vorangetrieben. Ansätze dafür zeigen sich in der Ausweitung des Äquivalenzprinzips, der weiteren Aushöhlung des Sachleistungsprinzips (z.B. Selbstbeteiligung) und der Zurückdrängung bzw. Uminterpretation des Solidaritätsprinzips.

Die von der neuen Regierung angestrebte stärkere Orientierung an den Vergesellschaftungsstrategien des Kapitals beinhaltet auf dem Feld der Sozial- und Gesundheitspolitik eine direkte Übernahme einzelkapitalistischer Sichtweisen. Damit wird der Gedanke der Subsidiarität seit dem Regierungswechsel 1982 auf eine Stufe zurückgeschraubt, die noch vor der Nell-Breuningschen Neuinterpretation dominierte. Unter dem Deckmantel des Subsidiaritätsprinzips wird seitens der Rechtskoalition eine Austeritätspolitik betrieben, die das Privateigentum zu Lasten sozialer Leistungen begünstigt. Gleichwohl lassen all die Einzelmaßnahmen noch kein geschlossenes Modell für eine neue konservative Sozial- und Gesundheitspolitik erkennen. Vielmehr besteht der Eindruck, daß die gegenwärtige Regierung sich noch immer in einer Phase befindet, in der sie durch eine Vielzahl von Totaländerungen in nahezu allen sozialpolitischen Bereichen den Spielraum ihrer Durchsetzungsfähigkeit einerseits, aber auch die Opferbereitschaft der Bevölkerung andererseits für längerfristige Strukturveränderungen abtastet.

Die politisch wichtigste Funktion der Restauration des Subsidiaritätsprinzips scheint mir darin zu liegen, daß damit große solidarische Widerstandspotential gegen eine solche Politik aufgeweicht bzw. deren Zustandekommen verhindert werden sollte. Denn durch die Strategie der Vereinzelung und die Reduktion von Solidarität auf »kleine Kreise« wird Solidarität, die genuine Widerstandskraft der abhängig Beschäftigten, infragegestellt, verunsichert und schließlich geschwächt. Die Propagierung von Subsidiarität ist deshalb auch als ideologisches Instrument gegen die Herausbildung eines Klassenbewußtseins, also die organisierte Einsicht der Betroffenen in eine reale gesellschaftliche Lage, anzusehen. Das ist freilich nicht neu, schon 1931 war dies die Absicht der Verkündung des Subsidiaritätsprinzips durch die Enzyklika *Quadragesimo anno*.

16. Anschließend stellt sich als letztes die Frage: Kann Subsidiarität Teil des Konzeptes einer demokratischen Alternative und linken Strategie sein? Eine Kernaussage des Subsidiaritätsprinzips ist die »Hilfe zur Selbsthilfe in dezentralen kleinen Einheiten. Diese Vorstellung ist heute auch in der demokratischen und alternativen Gesundheitsbewegung weit verbreitet. Sie ist entstanden aus dem berechtigten Unbehagen und der Kritik im Umgang mit verselbständigen, starren, z.T. sogar inhumanen Auswirkungen bürokratischer und technischer Apparate, die den einzelnen zum Spielball undurchschaubarer Kraft machen. Reale Bedürfnisse — insbesondere solche der psychosozialen Betreuung — wurden durch die Technisierung und Formalisierung von Hilfeleistungen ausgegrenzt und vernachlässigt. Verschärft wird dieser Prozeß durch die Folgen der Wirtschaftskrise im Gesundheitswesen. In der Öffentlichkeit hat sich deshalb der Ruf nach Entbürokratisierung, Dezentralisierung verstärkt. Da die traditionellen und etablierten parlamen-

tarischen und außerparlamentarischen Massenorganisationen dieses reale Massenbedürfnis lange Zeit schlichtweg ignorieren und überignorieren, hat sich außerhalb eine breite Palette von unterschiedlichen Selbsthilfeeinrichtungen (Behrendt) entwickelt und zu einer Bewegung formiert, der es vor allem darum geht, die Strukturen einfacher, überschaubarer und damit menschlich wärmer zu machen.

Der Versuch, daraus ein politisches Konzept zu zimmern, wird gegenwärtig von den GRÜNEN in ihrer Diskussion um eine grün-alternative Sozialpolitik unternommen. Ausgehend von einer Etatismuskritik, einer Sensibilität und Parteilichkeit gegenüber sozialen Minderheiten und benachteiligten Gruppen, Vorschlägen von Dezentralisierung und Basisdemokratie hat sich als gemeinsame Grundlage das Konzept der »solidarischen Subsidiarität« als ordnungspolitischer Rahmen für die Sozialpolitik heraukristallisiert. (Opitzka, S. 57 f) Gefordert wird in diesem Zusammenhang:

- Einerseits solidarische Selbsthilfe und Selbstorganisation in der Tradition der fröhburgerlichen, sozialistischen und romantischen Sozialutopien;
- andererseits vom Staat die Rückwende seiner kontrollierenden polizeilichen Funktion und die Einlösung von »Bereitstellungsansprüchen« (Einkommen, soziale Infrastruktur) (ebenda).

In der Diskussion bei der Formulierung dieses Konzepts scheint sich die Erkenntnis durchgesetzt zu haben, daß Selbsthilfe und öffentliche Hilfe sich keineswegs zueinander antagonistisch verhalten müssen, sondern sich durchaus ergänzen können und daß Dezentralität keine abstrakte Alternative zur Zentralität ist. Es geht also nicht darum, entweder Formen der Selbstorganisation oder staatlichen Organisation durchzusetzen, sondern um das Sowohl-als-Auch, um die gesellschaftliche und politische Besonderheit des Allgemeinen, die keineswegs widerspruchlos verläuft. Insofern ist auch eine Verrechtlichung sozialer Ansprüche und Hilfeleistungen und damit eine gesellschaftliche Generalisierung nicht per se abzulehnen. Festzuhalten wäre beispielsweise an einer rechtlichen Absicherung von gesellschaftlich verursachten Risiken und von Mindeststandards der sozialen Existenz, damit soziale Minoritäten und benachteiligte Gruppen nicht wieder zu unwürdigen Almosenempfängern werden bzw. bleiben. Dazu schrieb J. Hirsch: »Anzuvisieren wären Strukturveränderungen, die auf eine Zurückdrängung der mit dem herrschenden Sozialstaat verbundenen repressiven Kontroll- und Selektionsnetze hinaustauen und Ansätze von Selbstbestimmung und Selbstorganisation zu stärken, ohne zugleich den erreichten Stand einer gesellschaftlich getragenen und garantierten Sicherung individuellen und kollektiven Risiken zu untergraben.« (Hirsch, S. 63) Die Zurückdrängung sozialstaatlicher Kontroll- und Selektionsnetze und die Erhaltung sozialer Leistungen darf jedoch nicht unterschätzt werden. Da diese einen relevanten Teil staatlicher Herrschaft ausmachen, ist mit massiven Widerstand zu rechnen. Schon seit einiger Zeit wird als Gefahr für die Regierungs- und Handlungsfähigkeit der staatlichen Organe beunruhigt registriert, daß die Legitimität des politischen Handelns der Exekutive wachsender Kritik ausgesetzt ist und daß der Herrschaftsanspruch der Parlamente durch Verlagerung von politischen Prozessen in den vorparlamentarischen Raum bedroht scheint. (Remmers, S. 7) Und es sollte deshalb nicht verkannt werden, daß der konservative Staat im Zeichen der Subsidiarität zwar Felder gesellschaftlicher Selbsttätigkeit im Detaliu zu schaffen vermag und damit die Zügel zu lockern scheint, allerdings mit dem Ziel, solche Aktivitäten für das gesellschaftliche Ganze um so reibungsloser zu funktionalisieren und diesem unterzuordnen.

17. Die vorhandenen Formen der Selbsthilfe, ihre inhaltliche Heterogenität, ihre unterschiedliche politische Orientierung und ihr mehr oder weniger zufälliges Nebeneinander genügen nicht, um diesem Druck, widerstehen, geschweige denn staatliche Herrschaftsfunktionen zurückdrängen zu können. In der Geschichte hat sich gezeigt, daß einzelne oder kleine isolierte Gruppen ihre Bedürfnisse und Interessen gegenüber gesellschaftlichen Institutionen und dem Staat nicht oder nur äußerst begrenzt durchsetzen können. Voraussetzung für eine solche Kraft ist vielmehr die Formulierung eines gemeinsamen Bewußtseins, das das gleiche Interesse aufgrund spezi-

fischer gesellschaftlicher Bedingungen zum Inhalt hat und mittels gegenseitiger Unterstützung und Hilfsbereitschaft durchzusetzen ist. Ich denke dabei an den Begriff der Solidarität, den es — wegen seiner permanenten Denunziation von außen und oben, aber auch wegen seiner Aushöhlung von innen und unten — neu zu beleben gilt. Solidarität meint das Gegenteil von politischer Vereinzelung; sie hebt diese auf. Freilich wäre es verfehlt, der Selbsthilfewegung die Intention nach solidarischem Handeln absprechen zu wollen. Durch das Zusammenrücken in kleinen Gruppen wird Solidarität unmittelbar und konkret erfahrbbar. Wenn man im Gespräch oder der Diskussion erkennt, daß persönliche Probleme — von denen man zunächst annimmt, daß sie nur einen selbst betreffen — auch andere plagen, so schließt das zusammen. Und wenn man erste unmittelbare Durchsetzungserfolge der Gruppe erlebt, so begreift man, was es heißt: Gemeinsam sind wir stärker! Gleichwohl kann sich die reale gesellschaftliche Kraft von Solidarität erst voll entfalten, wenn das Gefühl und das Bewußtsein von Zusammenghörigkeit über diese Unmittelbarkeit hinausgeht. Erst wenn das Anliegen des einzelnen, das persönliche Interesse, mit dem anderer Betroffener, die sich in derselben Lage befinden und deshalb auch zur selben sozialen Klasse zu rechnen sind, übereinstimmt und sich damit verbindet, kann die Veränderung überkommener gesellschaftlicher Gesellschaftsstrukturen erreicht werden. Solidarität erreicht ihre größte gesellschaftliche Kraft in Form der Klassensolidarität. Diese zu erreichen und wiederherzustellen, scheint mir gegenwärtig eine der wichtigsten politischen Aufgaben zu sein.

Der Begriff von Klassensolidarität steht jedoch in einem unauflöslichen Widerspruch zu dem Prinzip der Subsidiarität, so wie es seitens der katholischen Soziallehre proklamiert wird. Solidarität wird danach zwar keineswegs vollständig abgelehnt, aber es wird auf die Kleingruppe reduziert und verkümmert zur wirkungslosen Minisolidarität. Ich sehe deshalb im Begriff der Subsidiarität einen konservativen Kampfbegriff, der explizit gegen die Herausbildung von Klassensolidarität gerichtet ist und meine deshalb, daß er — auch in Abwandlungen — gegenwärtig von ei-

ner linken und alternativen Bewegung nicht okkupiert und übernommen werden kann. Es sei denn, man ist so vermessener und meint, man könne die CDU und CSU von außen verbal unterwandern.

Ich halte es deshalb auch nicht für glücklich, daß sich in der komplizierten Diskussion um eine grün-alternative Sozialpolitik ein Konzept der »solidarischen Subsidiarität« durchzusetzen scheint. Damit geht man einer konservativen Ideologie auf den Leim und schafft in der Öffentlichkeit aber auch für die eigenen Mitglieder und Sympathisanten eher Verwirrung als klare Orientierung. In die gleiche Richtung gehen auch Äußerungen wie: »Als soziale Grundeinheit unserer Gesellschaft gilt die Familie. Sie soll, so sämtliche etablierte Sozialpolitikkonzepte, in ihren Leistungen »subsidiär« ergänzt werden.« (Opielka, S. 63)

Insgesamt und abschließend sehe ich zwischen solidarischer Selbsthilfe und Klassensolidarität keine überwindbaren Schwierigkeiten, sondern sie bilden — wenn sie aufeinander bezogen sind — unterschiedliche Stufen einer und derselben Bewegung, der es um die Emanzipation und Selbstverwirklichung der Menschen geht. Eine Voraussetzung dafür ist freilich — in dem Sektor, mit dem wir uns hier auf dem Gesundheitstag beschäftigen — die Aufhebung der gesellschaftlichen Ausbeutung in und durch die Kranken- bzw. Gesundheitsversorgung. Dies zu erreichen, erfordert den solidarischen Kampf der davon Betroffenen. Denn die Befreiung der Betroffenen kann nur das Werk der Betroffenen selber sein.

Blüm, N.: Patentrezepte aufgeben, in: *Bundesarbeitsblatt* 5, 1984, S. 5—7.

Cordes, C., R. Herzog: Subsidiaritätsprinzip, in: *Evangelisches Staatslexikon*, hrsg. von H. Kunst, Stuttgart 1986, S. 2264—2272.

Deppe, H.-U.: Operation '83, Staatshaushalt und Sozialversicherung in der Wirtschaftskrise, in: Deppe, H.-U., U. Gerhardt, P. Nowak (Hrsg.), *Medizinische Soziologie*, Jb. 3, Frankfurt a. M. 1983, S. 12—27.

Hirsch, J.: Sozialstaatskrise und das sozialdemokratische Dilemma, in: *Widersprüche* 2, 1982, S. 51—65.

Hofemann, K.: Sozialabbau in der Sozialen Krankenversicherung, in: *Soziale Sicherheit* 1, 1984, S. 6—11.

Kimmich, O. (Hrsg.): *Subsidiarität und Demokratie*, Düsseldorf 1981.

Meyer, K.: Zielbestimmung, in: *Bundesarbeitsblatt* 4, 1984, S. 5—9.

v. Nell-Breuning, O.: Gerechtigkeit und Freiheit, Grundzüge katholischer Soziallehre, Wien, München, Zürich 1980.

Ders.: Zur Sozialreform, Erwägung zum Subsidiaritätsprinzip, in: *Stimme der Zeit*, 81, 157, 1955, S. 1—11.

Opielka, M.: Alternativen zum Sozialstaat, Elemente einer ökologischen Sozialpolitik, in: *Widersprüche* 12/1984, S. 57—67. Ebenso: Ders., in: *Gewerkschaftliche Monatshefte* 8, 1984.

v. Pechmann, A. M. Schraven: Subsidiarität — Herausforderung des Humanismus, in: *Deutsche Volkszeitung/Die Tat* vom 13. Juli 1984.

Remmers, W.: Mit der Zukunft rechnen, in: *Bundesarbeitsblatt* 3, 1983, S. 5—11.

Rosenbrock, R.: Selbsthilfe und Markökonomie, in: *Ambulante Gesundheitsarbeit*, Argument-Sonderband AS 102, Berlin 1983, S. 84—101.

Sozialbericht 1983, hrsg. v. Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Bonn 1984.

## Literatur

Baumann, W., H.-U. Deppe, K. Priester: Abschied von der sozialen Sicherheit.

Behrendt, J.-U.: Selbsthilfeszammenschlüsse, Gesellschaftliche Entstehungsbedingungen und gesundheitspolitische Bedeutung, in: H.-U. Deppe, U. Gerhardt, P. Novak (Hrsg.), *Medizinische Soziologie*, Jb. 2, Frankfurt am Main 1982, S. 132—163.

# ÖTV gegen Kriegsmedizin

Die Gewerkschaft ÖTV lehnt jede Vorbereitung des Gesundheitswesens auf den Kriegsfall ab.

Sie lehnt jede Verpflichtung von Angehörigen der Gesundheitsberufe, von Laienhelfern und anderen zur Aus- und Fortbildung in Kriegsmedizin und zur organisatorischen Vorbereitung des Gesundheitswesens auf den Spannungsfall oder Kriegsfall ab.

Sie lehnt jede Planung und Durchführung der Räumung von Krankenhäusern und Heimen unter kriegsmedizinischen Gesichtspunkten ab.

Sie ruft die Selbstverwaltungsorgane der Krankenkassen auf, keinerlei Vorbereitung des Gesundheitswesens auf den Kriegsfall zu unterstützen oder zu finanzieren.

Sie ruft die Beschäftigten des Gesundheitswesens, die Laienhelfer und die Angehörigen des öffentlichen Dienstes auf, ihre Teilnahme an kriegsmedizinischen Planungen, Schulungen und Übungen zu verweigern. Sie sagt ihren Mitgliedern dafür Rechtsschutz und Unterstützung zu.

Sie warnt alle Beschäftigten des Gesundheitswesens und alle Laienhelfer, sich auf kriegsmedizinische Übungen unter dem Vorwand der Katastrophenmedizin einzulassen und fordert sie auf, bei jeder Aus-, Fort- und Weiterbildung nach den Ursachen der Gefahren und nach den Möglichkeiten der Vorbeugung zu fragen.

Sie ruft die Beschäftigten der Gesundheitsberufe auf, ihr Wissen und Können in den Dienst der Kriegsverhütung zu stellen.

## Begründung

Der Entwurf für ein Gesundheitsschutzgesetz ist ausdrücklich auch als Vorbereitung auf den Kriegsfall gedacht und wird mit der Behauptung begründet, daß im Ernstfall nicht funktionieren könnte, was vorher nicht geübt sei. Sicher ist aber, daß trotz aller Übung das Gesundheitswesen im Kriegsfall nicht funktionieren wird. Nach Untersuchungen der Weltgesundheitsorganisation der Vereinten Nationen (WHO) werden auch in einem begrenzten Atomkrieg in Europa viele Millionen Menschen sofort tot sein und weitere viele Millionen mehr oder weniger langsam auf grausame Weise sterben. Medizinische Hilfe wird nach den Feststellungen der WHO völlig unmöglich sein.

Auch ein »nur« mit konventionellen und chemischen oder bakteriologischen Waffen geführter Krieg in Europa, selbst wenn er nicht zu einem Kernwaffeneinsatz führt, wird zu ähnlich schrecklichen Folgen einschließlich radioaktiver Verseuchung weiter Gebiete führen und medizinische Hilfe unmöglich machen. Die einzige gerechtfertigte Maßnahme zur Vorsorge für die Leiden eines Krieges ist also die Verhinderung des Krieges selbst. Und die einzige gerechtfertigte Aufgabe der Mediziner ist die schonungslose Aufklärung über die Ohnmacht im Kriege.

Alle Maßnahmen dagegen, die auf das Verhalten im Kriege vorbereiten sollen, sind medizinisch sinnlos und sogar gefährlich, weil sie falsche Hoffnungen wecken und die Bereitschaft fördern, sich auf einen Krieg einzulassen, statt ihn zu verhindern. Sie können deshalb auch nicht im Dienst der Menschlichkeit stehen.

Darüber hinaus vergrößern sie im Spannungsfall die Kriegsgefahr. Spätestens im Spannungsfall werden durch die organisatorischen Vorbereitungen des Gesundheitswesens auf den Kriegsfall Hilfsbedürftige, Alte und Kranke gefährdet, denen die nötige Versorgung verschlechtert oder entzogen wird. Die Vorbereitung des Gesundheitswesens auf den Kriegsfall schadet also, ohne daß sie nützen könnte.

Deshalb widerspricht die Teilnahme an Maßnahmen, die das Gesundheitswesen auf den Krieg vorbereiten, den wichtigsten ethischen Grundsätzen der beruflichen Tätigkeit im Gesundheitswesen ebenso wie den Grundsätzen und Aufgaben der Gewerkschaft ÖTV.

Dieser Antrag, einschließlich der Gewährung von Rechtsschutz, steht in der Tradition der ÖTV, die sich von jeher gegen Notstandsgesetze gewehrt hat.

# Ausbildung in der Pleite

**Arzt im Praktikum: Szenen einer Anhörung**

**Für Geißler eine niederschmetternde Anhörung. Die Einführung eines Arztes im Praktikum scheint erstmal vom Tisch.**

Mit der bundesdeutschen Medizinerausbildung steht es nicht zum besten. Der allgemein konstatierte Mangel an praktischer Ausbildung soll nach einem Gesetzentwurf der Bundesregierung durch Prüfungsverschärfungen und Einführung einer zweijährigen Tätigkeit als Arzt im Praktikum (AiP) vor Erteilung der Approbation beseitigt werden. Demgegenüber hat die SPD einen Entwurf eines Hausärzte-Weiterbildungsgesetzes vorgelegt, der als Voraussetzung für kassenärztliche Tätigkeit eine abgeschlossene Facharztausbildung vorsieht. Als Oppositionspartei braucht sie auch nicht befürchten, daß dieser umgesetzt wird.

Zu den beiden Entwürfen fand am 17. 10. eine Anhörung



**Gesundheitsminister Geißler:  
Muß er seine Pläne begraben?**

durch die Bundestagsausschüsse für Arbeit und Soziales und Jugend, Familie und Gesundheit statt. Geladen waren alle Orga-

nisationen, die irgendwie mit Ärzten zu tun haben. Pikanterweise wurde die ÖTV nicht auf Einladung der SPD, sondern erst nach Intervention der Grünen dazu eingeladen.

Kern der Auseinandersetzung war die Frage, ob der AiP durchführbar sei, ob es genug Plätze gebe, wer diese garantieren. Nach den Vorstellungen Bundesgesundheitsminister Geißlers hätten 24 000 Plätze durch Umwandlung von Krankenhausarztstellen im Verhältnis 1:3 geschaffen werden sollen sowie durch Bereitstellung der Plätze in Praxen. Noch im August behauptete Geißler in Beantwortung einer Anfrage der Grünen: »Die Verbände, die an der Bereitstellung der Stellen entscheidend mitwirken, sind bereit, sich mit allen ihnen zu Gebote stehenden Mitteln dafür einzusetzen, daß die Voraussetzungen für die Durchführung der Praxisphase geschaffen werden.«

Doch immer länger werdende Gesichter bei den Abgeordneten der Regierungsparteien, als im Verlauf der Anhörung ein Verband nach dem anderen zugeben mußte, daß er sich nicht in der Lage sieht, diese Plätze einzurichten. Bundesärztekammervertreter Hess: »Solange er es aus eigener Tasche bezahlen muß, wird der Arzt nicht verpflichtet werden können, Ärzte im Praktikum einzustellen.« Weder Deutsche Krankenhausgesellschaft, noch Kassenärztliche Bundesvereinigung oder gar die Vertreter der Gesetzlichen Krankenversicherung sahen sich in der Lage, außer Appellen etwas beizutragen. Keiner konnte und wollte eine Stellengarantie abgeben.

Da kann einen die Naivität, mit der Marburger Bund-Chef Hoppe an diese Garantieerklärung durch die Bundesregierung glaubt, nur verwundern. Über-

haupt hatte es dieser in seiner bekannten Art — keine klaren Aussagen zu machen — verstanden, kein einziges Mal eine Position zu formulieren, stattdessen stellte er als sinnvolle Lösung des Problems die drastische Re-



**Ohne klare Position:  
Marburger Bund-Chef Hoppe**

duzierung der Studentenzahlen oder die Rückkehr zum vor Jahren wegen mangelnder Praxisvermittlung abgeschafften System der Bestellungsordnung in den Raum.

In das gleiche Horn bliesen auch Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung. Alle verwiesen darauf, daß für den AiP nicht genug Stellen im Krankenhaus geschaffen werden können, da die Fluktuation und der Wunsch, sich niederzulassen, rückläufig seien. Es würden wohl nur zwischen 2000 und 4000 Stellen pro Jahr frei. Um die 9000 Stellen, so Hoppe, würden benötigt, um das Ganze durchzuführen zu können. Damit stieß er aber bei den Vertretern der Krankenkassen auf taube Ohren, die nur eine kostenneutrale Regelung akzeptieren und unverhüllt bei andersgearteter Durchführung mit Beitragserhöhungen drohten.

Auch aus dem niedergelassenen Bereich werden keine Stellen zur Verfügung gestellt werden können. Zur Zeit gibt es bei

64 000 niedergelassenen Ärzten 1400 Weiterbildungsstellen, die auch noch subventioniert werden.

Die Ablehnung des AiP durch die Verbände der Allgemeinmediziner verwundert nicht, haben sie sich doch seit Jahren für den »Facharzt für Allgemeinmedizin« als Niederlassungsvoraussetzung ausgesprochen. Sie können sich auch nicht vorstellen, daß der AiP auf eine Facharztausbildung, die ja Ländersache ist, angerechnet wird, geht es doch darum, allgemeine ärztliche Erfahrungen und nicht allgemeinärztliche Erfahrungen zu sammeln, wie Mader vom Fachverband für Allgemeinmedizin formulierte.

Einzig BÄK-Vertreter Hess stellte sich hinter die Bundesregierung. Allerdings disqualifizierte er sich durch seine nicht sachkundigen und auch widersprüchlichen Äußerungen. Mal ging er bei der Bezahlung des AiP vom Sozialhilfesatz, mal vom Referendariatsgehalt aus.

Völlig überflüssig auch der Vertreter des Wissenschaftsrates, der wiederholt zugeben mußte, daß er sich mit der Thematik gar nicht befaßt hatte.

So blieb es den Vertretern der ÖTV, der VDS-Fachtagung Medizin und Professor Deppe für die Liste demokratischer Ärzte vorbehalten, den Abgeordneten aufzuziegen, daß in unzulässiger Weise Ausbildungs- und Arbeitsmarktfragen miteinander verquickt werden. Es geht um die Reduzierung der Ärztezahlen. Bei fehlenden Praktikumsplätzen muß mit einer sich jährlich steigernden Wartezeit gerechnet werden, so daß die Ärzteausbildung nicht mehr sieben Jahre, sondern bis zur Approbation gar zehn oder elf Jahre dauern kann. Falls die Ärzte nun ihren Praktikumsplatz besitzen, müssen sie zum Sozialhilfesatz die gleichen ärztlichen Tätigkeiten verrichten wie die fertigen Kollegen. Von besserer Ausbildung also keine Spur. Auch die angebliche Ärzteschwemme, die ja als Begründung für die Pseudoreformen herhalten muß, löst sich in Luft auf, sobald es keine Drei-Minuten-Medizin und das stundenlange Harren in den Wartezimmern gibt.

Nach dieser für die Bundesregierung so desolaten Anhörung scheint der AiP erst einmal vom Tisch, doch sollte man nicht vergessen, daß Geisslers Konzept genau genommen darauf beruht, daß nicht genügend Praktikumsplätze existieren und somit weniger Ärzte da sind.

Peter Liebermann

# Wie lebendiger Abfall

**US-Soldaten waren Versuchskaninchen bei Atomwaffentests**

Von 80 Neunzehnjährigen, die 1946 an den Tests auf dem Bikini-Atoll teilnahmen, leben heute noch vier. dg sprach mit einem von ihnen.

Der neunzehnjährige Anthony Guarisco, Matrose der US-amerikanischen Kriegsmarine, fühlte sich auf einmal gar nicht mehr wohl auf seinem Einsatz, der ihm sonst, wie er heute sagt, »wie Ferien« vorkam. Guarisco hatte starke Kopfschmerzen und hohes Fieber, er fühlte sich schlapp, mußte erbrechen. Er bekam Ausschlag und man fand Blut im Urin. Nach sieben Tagen war der Matrose wieder gesund. Das glaubte er jedenfalls.

Heute weiß Anthony Guarisco, 57jähriger Pensionär aus Arizona, es besser. Die Krankheit, die ihn in der letzten Juliwoche des Jahres 1946 befiel, hat ihn nicht wieder losgelassen. Sie zwang ihn viele Jahre später, seinen Beruf aufzugeben. Sie ist schuld, daß er sich nur mühsam bewegen, kaum den Kopf drehen kann. Sein Urogenitalsystem ist zerstört, er hat Geschwüre in der Blase und eine Lungenfibrose.

Die Krankheit des Jahres 1946 ist es auch, die ihn heute um die Welt treibt.

Zwischen zwei Terminen mit Bundestagsabgeordneten in Bonn hat sich Guarisco, Vorsitzender der »International Alliance of Atomic Veterans«, Zeit für ein

## Zerstörte Blase, Lungenfibrose, steifer Rücken

Gespräch mit dg genommen. Wir sitzen in einer kleinen Küche und trinken Tee. Mit dabei ist eine Studentin, die gut Englisch spricht und den kranken Mann während seines Aufenthalts in der Bundesrepublik betreut. Guarisco ist nicht begeistert von dem Ansinnen — zum wievielen

Mal wohl? — seine persönliche Geschichte zu erzählen. Mehr liegt ihm daran, die deutschen Friedensgruppen zu mehr Einsatz anzustacheln. Zu den in der Presse so viel zitierten Amerikanern, denen die hiesige Friedensbewegung rätselhaft bis bedrohlich vorkommt, gehört er jedenfalls nicht: »Ich verstehe nicht, daß ihr euch hier die Stationierung der Raketen gefallen läßt. Bei uns käme das nie durch.«

Dabei ist Guaricos persönliche Geschichte, so schlimm sie ist, bestimmt eines der besten Mittel, den Charakter der imperialistischen Macht zu studieren, die für die Raketenstationierung wie für die Zerstörung des Lebens ihres eigenen Soldaten Anthony Guarisco und vieler seiner Kameraden verantwortlich ist.

Am 23. Juli 1946 fand auf den Bikini-Inseln im Pazifischen Ozean der zweite der berühmten Atomwaffentests statt. Ein Jahr

nach dem Abwurf der Bomben über Hiroshima und Nagasaki testeten die Amerikaner eine Plutoniumbombe mit der doppelten Sprengkraft von Hiroshima. Die Bombe wurde ins Wasser geworfen. Eine große Flutwelle aus radioaktivem Wasser schwamm über die Insel und verseuchte alles. Einunddreißig Soldaten räumten nach dem Abwurf auf der Insel auf. Anthony Guarisco zog zerstörte Boote aus dem Wasser, damit sie nicht die Schiffsfahrt behinderten. Fünfzig Kameraden blieben auf dem Schiff zurück, das sich während der Bombenexplosion acht Meilen vor der Küste befand.

Dort hatten alle achtzig Matrosen den Abwurf beobachtet. Sie sahen einen starken Blitz und fühlten einen heißen Schauer auf dem Rücken. Sie mußten die Arme vor die Augen halten und konnten dabei ihre eigenen Knochen sehen.

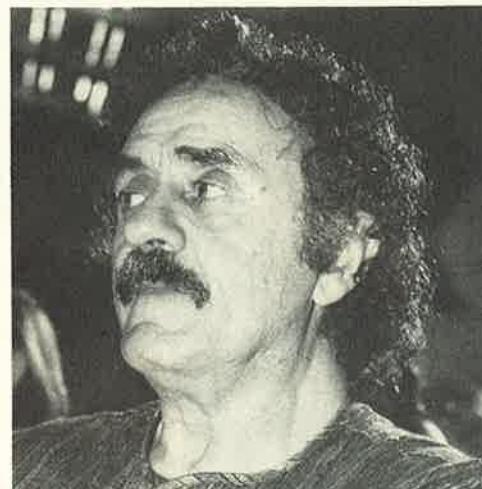
Von den achtzig Soldaten auf dem Schiff leben heute noch vier, fast alle waren damals etwa neunzehn Jahre alt. Sie fühlen sich wie lebendiger Abfall eines Großversuchs und bemühen sich verzweifelt um Entschädigung für das, was ihnen ihre Regierung mit vollem Bewußtsein vor fast vierzig Jahren antat. Sie wird ihnen bis heute verweigert.

Die Tests von 1946 galten der Erprobung der Wirkung einer Atombombe auf Marineziele. Unter »Marinezielen« sind Schiffe, deren Einrichtung und — deren Besatzung zu verstehen. 47 000 Tonnen verseuchten Materials brachte die Besatzung des Testschiffs von den Bikini-Inseln nach Honolulu zur Untersuchung — und sich selbst. Das Schiff wurde später vor der Küste Kaliforniens versenkt. Die Soldaten mußten weiterleben, alle mit irgendeiner rätselhaften Krankheit zum meist frühen Tod.

Anthony Guarisco hat detektivisch erforscht, was aus seinen achtzig Kameraden wurde. Sie litten oder leiden noch unter Schilddrüsenkrebs, Leukämie, Polycythaemia vera, unter degenerativen Knochenerkrankungen und verschiedenen Lungenerkrankungen. Bei vielen war das Immunsystem zerstört. Chromosomenaberrationen belasten die zweite und die folgenden Generationen. Drei der Krankheiten — der Schilddrüsenkrebs, die Leukämie und die Polycythaemia vera — sind als Folgen der Tests anerkannt, sie waren nicht nur häufigste Todesursachen der achtzig am stärksten strahlenexponierten Matrosen, sondern an ihnen leiden auch viele der anderen 42 000 Soldaten, die sich damals in der Region aufhielten. Ih-

verschlagen kann: die Gewißheit über zu erwartende Schäden lädt den Testteilnehmern und ihren Kindern eine »Bürde der Sorge« (a burden of worry) auf die Schultern.

Die Studie hätte ohne allen Zweifel nicht nur finanzielle, sondern vor allem gravierende politische Folgen. Um deren Vermeidung geht es der US-Regierung offensichtlich, wenn sie den Opfern ihrer Tests kleinlich die



»Sie taten es mit kaltblütiger Absicht.« Anthony Guarisco ist eines der wenigen Überlebenden Opfer der US-Atomwaffentests.

Aufnahme in die Veterankenkrankenhäusern verweigert, in denen nur Kriegsopfer behandelt werden (die »Atomveteranen« sind Opfer aus Friedenszeiten), und wenn sie auf der 15-Jahre-Frist für alle Schadensersatzansprüche an den Staat besteht, obwohl die Latenzzeit bei einigen der Krankheiten höher liegt. Die Anerkennung der Ansprüche könnte die Aufmerksamkeit auf eine ungeheure Entdeckung von Anthony Guarisco aus dem Mai 1983 lenken:

Der Oberst und »Joint chief of staff« Stafford L. Warren war der Sicherheitsverantwortliche bei der »Operation crosswords« im Juli 1946. Warren notierte akribisch seine Beobachtungen. Wörtlich schrieb er: »Menschen werden zu starker Strahlung ausgesetzt. Es gibt sichere Beweise für die Verseuchung der Kleidung, des Wassers und sogar der Lebensmittel. Die Beweise werden immer klarer.« Warrens Appell, den Versuch abzubrechen, wurde nicht gehört. 1947 schrieb der Offizier an einen Freund: »Nie mehr möchte ich die letzten drei Augustwochen wieder erleben.«

Die Notizen Warrens liefern den schlüssigen Beweis, daß die Regierung der Vereinigten Staaten in Erwartung der Folgen und

mit kaltblütiger Absicht ihre eigenen Soldaten einer qualvollen und später tödlichen Belastung aussetzte, um zu erproben, wie mit effektiven Mitteln Menschen getötet werden können.

Anthony Guarisco hat diese Aufzeichnungen in einem Keller der Universitätsbibliothek von Los Angeles entdeckt, wo sie seit Warrens Tod, in Kartons verpackt und nirgendwo katalogisiert, herumstehen. Die Familie des Obersten hatte den Nachlaß der Universität zur Verfügung gestellt. Guarisco saß vier Tage lang acht Stunden im Keller der Bibliothek, las und kopierte über 1000 Schriftstücke und schickte sie an den Kongress in Washington.

Immerhin kam es zu einer Anhörung. Anhören mußten sich Guarisco und seine gesundeten Kameraden von einst, die sich erstmals vor vier Jahren lose zusammengeschlossen haben, die

von ihnen geforderte Studie sei zu teuer. Sie wäre, so rechneten die Atomveteranen den Abgeordneten vor, billiger als der Propeller eines Trident-U-Bootes.

Wenn Anthony Guarisco heute sein persönliches Schicksal erzählt, hört sich das routiniert, müde; fast ein bißchen ironisch an. Er liefert den Presseleuten den »human touch« für ihre Story. In Fahrt gerät er, wenn er über das politische Ziel seiner Organisation spricht, für die internationale Friedensbewegung zu werben, über den Charakter der US-Politik aufzuklären und neue Mitglieder auch aus anderen Ländern zu gewinnen. Zu den Atomveteranen zählen heute schon Briten, Kanadier, Australier, Japaner, Bewohner der pazifischen Marshall-Inseln und Indianer, die in Uranminen arbeiten mußten, ohne über die Gefahren aufgeklärt zu sein.

Mit seiner eigenen Krankheit hat sich der Mann abgefunden. Er muß den Kopf stets ein wenig nach vorn geneigt halten, als habe er gerade einen Schlag in den Nacken bekommen. Wenn Anthony Guarisco dabei lächelt, dann versteht man den Satz gut, den die Friedensbewegung an die Wände plakatiert hat: »Sie werden euch nicht helfen können!«

Manfred Norden

## Menschenskinder hilft doch!

Viele Millionen Kinder schufteten weltweit in Bergwerken, Fabriken und Werkstätten, in Bordellen, auf Plantagen und Müllplätzen — oft 15 Stunden am Tag, ohne Urlaub, ohne Schulbesuch, ohne gewerkschaftlichen Schutz, ohne Gesundheitsfürsorge, häufig für nur eine Schale Reis am Tag.

Hunger und Armut zwingen diese Kinder zur Arbeit. Den Nutzen haben nicht nur die Reichen in den Entwicklungsländern.

Auch wir in der Bundesrepublik sind betroffen:

- Kinderhände in Marokko knüpfen die in deutschen Wohnzimmern beliebten Berberteppiche,
  - Kinderhände in Thailand schleifen Edelsteine für deutsche Abnehmer,
  - Kinderhände in Indien weben preiswerte Teppiche für den deutschen Markt und ziehen die Goldfäden in die "original handgearbeiteten" indischen Sari-Tücher,
  - Auch deutsche Unternehmen nutzen das "günstige Lohnniveau" in sogenannten Billiglohnländern der Dritten Welt.
- Ein Heer von billigen kleinen Händen sorgt für ein "günstiges Investitionsklima".

terre des hommes fördert Kinderschutzzentren in der Dritten Welt. So können illegale Fabriken ausgehoben und Kinder befreit werden, so erhalten arbeitende Kinder Rechtsschutz und Gesundheitsfürsorge, so kann die Öffentlichkeit informiert werden, so wird Widerstand gegen unmenschliche Arbeitsbedingungen organisiert.

Kinderarbeit läßt sich zwar nicht abschaffen solange es Hunger und Armut gibt — aber gegen die schlimmsten Formen der Ausbeutung von Kindern kann man erfolgreich kämpfen! Helfen Sie mit!



**terre des hommes**

Postrach 4126 · 4500 Osnabrück

**Spendenkonto 700**

Bank für Gemeinwirtschaft Osnabrück und alle anderen Banken und Sparkassen

## Der Staat zahlt keinen Cent

nen erging es ähnlich wie amerikanischen Kriegsgefangenen, die von den Japanern nach dem Bombenabwurf in die zerstörten Städte Hiroshima und Nagasaki geschickt wurden — und wie natürlich deren Bewohnern, den »Hibakusha«, die heute noch unter grauenhafte Krankheiten leiden und deren Kinder und Enkelkinder mit schweren Erbschäden zur Welt kommen.

Was noch fehlt, ist der Beweis in Form einer epidemiologischen Studie. Allen ist klar, zu welchem Ergebnis eine solche Studie käme. Deshalb wird sie nicht erstellt. Die US-Regierung hat den Atomveteranen eine Begründung gegeben, die einem die Sprache



*Im Puppenspiel können schlimme Phantasien befreiend ausgelebt werden. Es gibt sogar schon eine »Gesellschaft für therapeutisches Puppenspiel«.*

## Kontakt zum bösen Wolf

*Mit Puppen und Masken wird »spielend« geheilt*

»Puppen waren bei allen Völkern des Altertums und in den meisten Primitivkulturen gebräuchlich. Holzpuppen mit beweglichen Gliedern wurden in Ägypten schon um 2000 v. Chr. hergestellt, ebenso Puppenstuben und -kleider ... Für das Vorhandensein des Puppenspiels gibt es Hinweise bereits in alten Kulturen. Im deutschen Sprachraum sind Puppenspiele mit dramatischer Handlung um 1450 nachweisbar.«

Seit ihren Anfängen bedient sich die Psychotherapie der Puppen und Masken zur Erleichterung des Ausdrucks von Gefühlen, Phantasien und Wünschen. Bis vor wenigen Jahren blieb der Einsatz dieser Medien bei uns jedoch vorwiegend auf Kinder beschränkt. Der Umgang mit Puppen ist ihnen vertraut, und sie spielen in der frühkindlichen Entwicklung als „Übergangsobjekte“ eine hilfreiche Rolle in der Lösung aus der Mutter-Kind-Symbiose.

Der Zugang zur Welt der Puppen fällt allerdings auch den meisten Erwachsenen nicht schwer.

Therapeutisch sind sowohl die Herstellung von Puppen in der Beschäftigungs- oder Gestaltungstherapie als auch ihre Verwendung als psychotherapeutisches Medium von großer Bedeutung. Auch in der Bewegungs- und Tanztherapie und der Pantomime werden sie als Ausdrucksmittel verwendet. Therapeutisches Puppenspiel ist keine eigen-

ständige psychotherapeutische Disziplin. Hierzulande wird es in der Gestalt- und Psychodramatherapie oft eingesetzt.

Für die Psychotherapie ist dabei vor allem wichtig, daß sich jeder mit einer Puppe identifizieren kann, aber nicht muß. Im Puppenspiel kann das Umgehen mit

## Gestalt und Psychodrama

heiklen Gefühlen getüftelt, vorbewußtes und unbewußtes Material freigesetzt und von dem Klienten/Patienten auf einer symbolischen Ebene beantwortet werden. Stark gehemmte Kinder können dabei den Umgang mit Aggressionen üben, indem sie zum Beispiel mit dem bösen Wolf Kontakt aufnehmen. Spielerisch können sie dem Wolf gegenüber ihre Gefühle ausleben, sich seiner womöglich bemächtigen und dabei den angemesseneren Umgang mit angstregenden Situationen erlernen.

Puppen beinhalten nicht nur für Kinder, sondern auch für Erwachsene ein intensives kommunikatives Potential. Die Gestaltungen der Puppen dienen jeweils als eine Art Projektionsschirm für Phantasien und besitzen für alle in das Geschehen Miteinbezogenen einen erheblichen Aufforderungscharakter. Diese Aufforderung ist umso größer, je mehr Sinne zur gleichen Zeit von den Puppen angesprochen werden (z.B. optisch, akustisch, taktil).

## Die Bühne schützt

Aus der Vielzahl verschiedener Puppenarten werden gegenwärtig in der Psychotherapie Stab-, Finger-, Hand-, Großpuppen und Marionetten bevorzugt.

In der Arbeit mit Kindern werden gebräuchlicher Stabpuppen verwendet. Ein Stab ist dabei mit einem Kopf und einem Kleid, hinter dem sich das Kind verbergen kann, versehen. Es trägt die Puppe vor sich her und kann sozusagen in eine andere Identität hineinschlüpfen oder umgekehrt der Puppe seine Identität vorleihen. Dies erleichtert ihm die Selbstdarstellung und Austragung der eigenen Konflikte auf einer symbolischen Ebene.

Fingerpuppen (auf die Finger aufgesteckte Puppen) und Handpuppen (die gesamte Hand wird zur Führung in die Puppe hineingesteckt) werden bei der Arbeit



mit Kindern vorwiegend in Verbindung mit einer Puppenbühne genutzt. Die Bühne sorgt hierbei für einen beschützenden Rahmen, worin sich mehr oder weniger unbewußt das Geschehen abspielt und so für Konfliktbewältigung und Wunscherfüllung sorgt. Im Unterschied zu älteren Kindern und Jugendlichen sollte das Spiel mit jungen Kindern nicht nachgesprochen werden, um es nicht seiner Wirksamkeit zu berauben.

Marionetten sind in ihrer Handhabung komplizierter als die anderen Puppenarten. Sie eignen sich für Einzeltherapien. Spielt ein Kind etwa alleine mit einer Marionette, dann tritt es in

Im übrigen eignen sich für die Arbeit mit Marionetten Menschen jeglichen Alters. In der Heilpädagogik spielen sie eine wichtige Rolle, weil sie die Entwicklung sensomotorischer Fähigkeiten fördern. Psychiatrischen Patienten können sie die Kontaktaufnahme mit stark abgespaltenen Gefühlen ermöglichen.

Gegründet wurde die Gesellschaft für Therapeutisches Puppenspiel im vergangenen Jahr: Im Herbst 1983 fand zum ersten Mal in Deutschland ein Treffen statt. Auf dieser Tagung trafen sich Therapeuten und Pädagogen aus verschiedenen Bereichen wie Schule, Heim, psychiatrischen Einrichtungen, therapeu-

Stellenwert in der Arbeit mit Märchen:

»An diesem Punkt kommt ein alter Streit auf, der sich an den Märchen entzündet hat. In der

## Märchen und Proletenkinder

68er Bewegung wurden die Märchen sehr kritisiert, da sie in den Bereich der Phantasie »verführen«, die Realität der Klassenunterschiede und des Klassenkampfes negieren und wie die Religion eine Ersatzbefriedigung bedeuten würden. Dem gegenüber steht das frühe Verbot des Märchens für die Erziehungseinrichtungen der proletarischen Kinder durch die bürgerlichen Pädagogen: die Kinder sollten sich nicht an andere Phantasien gewöhnen als ihre Lebensrealität darstellte. Die Puppenspiele und Märchen waren früher oft Auseinandersetzungen mit Staat und Obrigkeit und waren zeitweise aus diesem Grund verboten.

Die Puppe oder Maske in der Therapie ermöglicht das Ausleben der schlimmsten Phantasien und damit eine Befreiung davon. Außerdem werden Verhaltensweisen ausprobiert und Begegnungen erlebt, die im Kontakt von Mensch zu Mensch nicht mehr oder noch nicht möglich sind. Letzteres ist vor allem in der Psychiatrie wichtig.«

*Joachim Gill*



eine Auseinandersetzung mit sich selbst ein (Autokommunikation) und aktiviert unbewußtes Material in einem sich selbst verstärkenden Prozeß. Dies ermöglicht unter anderem das Durchleben konfliktreicher Situationen und die Freisetzung aufgestauter aggressiver Spannungen. Über die Marionette vermag das Kind zu sich selber zu sprechen.

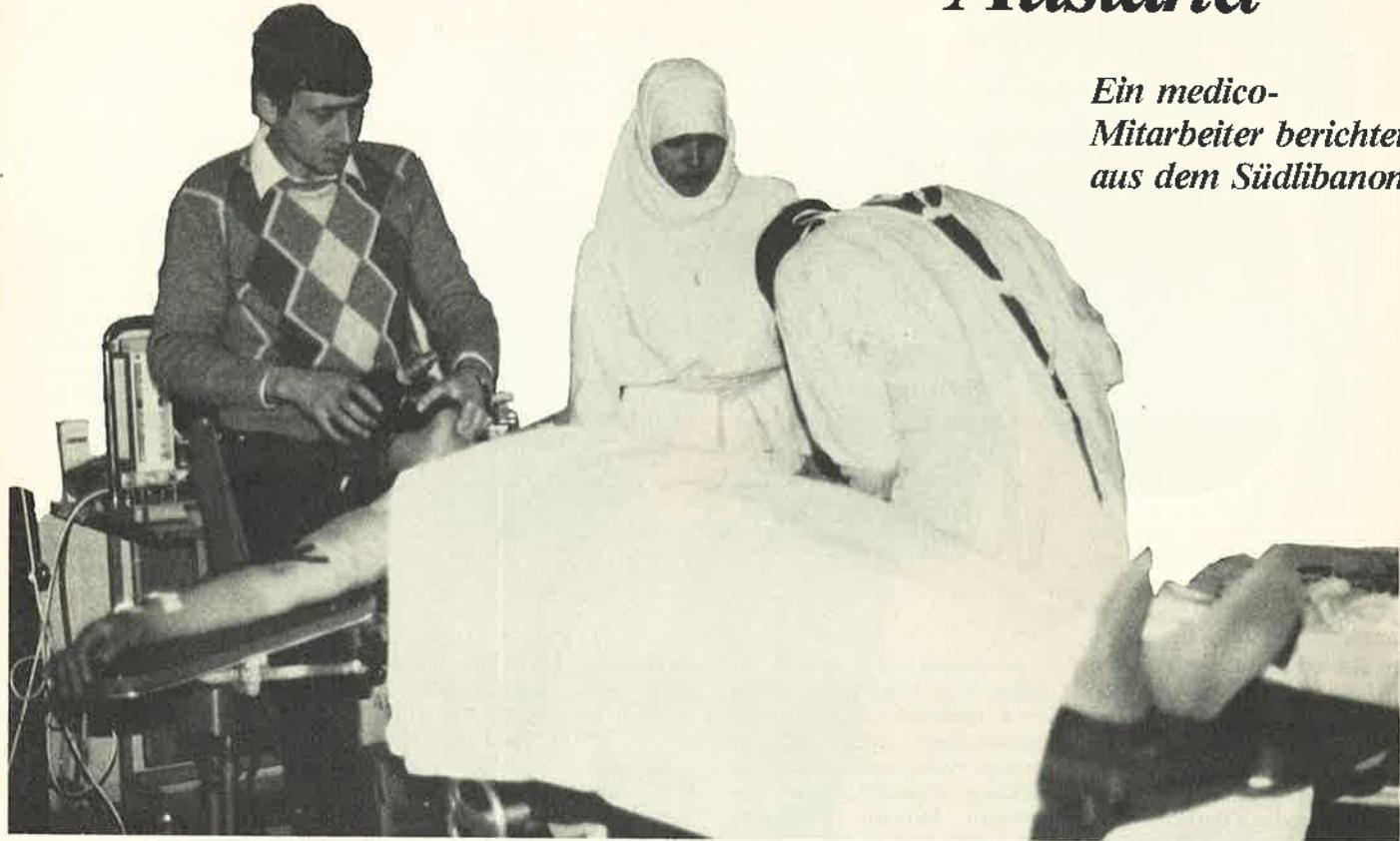
Erlebnisorientierte Psychotherapeuten verwenden lebensgroße Puppen aus Stoff oder Kunststoff, weil diese Puppen stets zu starken Identifikationen auffordern und intensive Gefühle hervorrufen. Oft werden lebensgeschichtlich weit zurückliegende Situationen erneut durchgespielt.

tischen Praxen. Auch die Puppenspieler waren gekommen, die in freier Mitarbeit oft pädagogisch und/oder therapeutisch arbeiten. In Frankreich existiert eine Gesellschaft »Marionette et Thérapie« seit zehn Jahren. In Deutschland ging der Impuls von der Humanistischen Psychologie aus, den Gestalt- und Psychodramatherapeuten.

Frau Sommer von der Gesellschaft äußert sich gegenüber dg auch über die politische Bedeutung und den therapeutischen

Informationen über die Gesellschaft und ihre Aktivitäten:  
Katharina Sommer, Parcusstr. 13,  
6100 Darmstadt  
Barbara Scheel, Heddernheimer Landstr. 88, 6000 Frankfurt/Main 50

# Alle wollen den Doktor aus dem Ausland



*Ein medico-Mitarbeiter berichtet aus dem Südlibanon*

Als im Frühjahr 1984 in Berlin (West) im Zoo ein Panda-Bär starb, sagte der damalige Bürgermeister und heutige Bundespräsident von Weizsäcker: »Eine Persönlichkeit ist von uns gegangen.« Er meinte den Bären. Zehntausende Berliner waren in den darauf folgenden Tagen in endloser Trauerprozession unterwegs, um den verwästen Käfig zu besuchen. Als, kurz zuvor, in den Berliner Abschiebekäfigen Palästinenser und Libanesen lebendigen Leibes verbrannten, war die Trauer gering, und es schien, als wären da keine »Persönlichkeiten« betroffen gewesen.

Und dennoch konnte »medico international« in den letzten zwei Jahren fast 1,5 Millionen Mark als Geld- und Sachspenden für medizinische Projekte im Libanon sammeln. Dazu haben auch viele dg-Leser beigetragen. Um Rechenschaft darüber abzulegen, was mit der bisherigen Hilfe bereits geleistet wurde und welche Projekte in Zukunft gefördert werden sollen, veröffentlichen wir in

Auszügen den Reisebericht des medico-Mitarbeiters Hans Branscheidt, der sich vor kurzem auch in den von den Israelis besetzten Gebieten des Südlibanons umgesehen hat.

## »Nicht um Libanesen kümmern«

»Seit der kürzlichen Schließung des israelischen Verbindungsbüros ist eine Reise nach dort eigentlich unmöglich. Libanesen haben überhaupt keine Zugangsmöglichkeit, mit Ausnahme derjenigen, die dort registriert sind oder von dort stammen. Auch für sie ist dieser Weg eine unzumutbare Strapaze. An den Kontrollstellen, die teilweise nur durch kilometerlange Fußmärsche erreicht werden können, betragen die Wartezeiten bis zu sechs Tagen. Für die Mütter mit Kleinkindern, die solche Zeitspannen in glühender Hitze mitten in den abgelegenen Bergen verbringen müssen, durch die die Konvois umgeleitet werden, ist diese Prozedur unerträglich. ( . . )

Größere Probleme haben die israelischen Militärs mit der libanesischen Bevölkerung in den Dörfern des Südlibanon. Hier, wo eine starke soziale Kontrolle funktioniert, erfahren sie kaum irgendeine Zusammenarbeit, dafür jedoch bewaffneten Widerstand.

Städte wie Nabathyie oder Ibaa oder Jarjoah werden deshalb für Tage, oft auch für länger, von der Außenwelt abgeschnitten, sobald es zu einer anti-israelischen Attacke gekommen ist. Speziell in Nabathyie wurden zusätzlich mehrere Kleinhändler dazu gezwungen, ihre Läden für immer zu schließen. Flächen-deckende Razzien gehören dazu und wahllose Verhaftungen, die häufig auch deshalb Unschuldige treffen, weil die Namensähnlichkeit der Araber Verwechslungen provoziert. Im Lager Ansar befinden sich wieder etwa 1000 Häftlinge, völlig abgeschlossen von jedem justizförmigen Verfahren, lediglich über das Internationale Rote Kreuz gelegentlich mit Post versorgt.

Der wesentliche Grund unserer Reise in die Hafenstadt Tyrus ist unser Bedürfnis, dort der libanesischen Hilfsorganisation AMEL, einer dringend benötigten physiotherapeutische Einrichtung, zu helfen. Um die Notwendigkeit

und die Bedingungen einer solchen Einrichtung kennenzulernen (der ersten an Ort und Stelle), ziehe ich Erkundigungen bei dem Holländer Josef van Zwaarten ein, der im Auftrag der UNWRA (UN-Hilfsorganisation) als Physiotherapeut in Tyrus arbeitet. Als solcher ist er zuständig für die Versorgung von 70 000 Palästinensern, von denen eine überdurchschnittlich große Zahl aufgrund der Kriegsergebnisse einer Behandlung bedarf. Die UNRWA-Reglements verbieten es ihm, sich um Libanesen zu kümmern.

Van Zwaarten hat noch zwei Kollegen an seiner Seite, die er im Gespräch mit mir ungeschminkt als »Kriminelle« bezeichnet. Abgesehen von mangelnder Ausbildung benutzen sie ihr Amt zu lukrativen und unverantwortlichen Privatgeschäften. Etwa, wenn sie den Eltern von cerebralgelähmten Kindern eine Hoffnung auf Heilung vorgaukeln und ihnen bei der Gelegenheit hohe Beträge für eine simple Behandlung mit dem (hier nutzlosen) Elektrostimulator aus der Tasche ziehen. Er spricht sich nachdrücklich und mit großem Engagement für die geplante AMEL-Einrichtung aus. Nicht nur ihrer plausiblen objektiven Notwendigkeit wegen, sondern auch aufgrund ihrer Bei-

spielhaftigkeit und ihres Modellcharakters, wodurch eben auch am besten allen möglichen Scharlatanen das Handwerk gelegt werden könnte. Er verwendet sich für den ihm persönlich bekannten Physiotherapeuten, der zur Zeit (hochbezahlt) im halbprivaten Hariri-Krankenhaus oberhalb von Saida beschäftigt sei. Dieser habe eine gute Ausbildung in Kairo erfahren, sei motiviert und eben bereit, für das relativ schmale Salär von 2500 libanesischen Lira (ca. 1250 Mark) in Tyrus tätig zu werden.

Die Räume für die geplante AMEL-Unternehmung befinden sich in einem soliden Haus auf der Hauptstraße von Tyrus. Es handelt sich um zwei angemietete Stockwerke (Kellergeschoß und 1. Stock), die inzwischen über alle Rohinstallationen verfügen. Es geht jetzt vor allem um die Ausstattung mit dem benötigten physiotherapeutischen Gerät. Die Räume sind auch gut aufgeteilt. Es handelt sich um etwa zwölf Lokalitäten, darunter zwei große Übungs- und Rehabilitationsräume, die der Behandlung und Verwaltung dienen sollen. Im Nebengebäude soll eine kleine AMEL-Abteilung für Vocational Training angeschlossen werden. Die Leitung der Einrichtung untersteht dem AMEL-Verantwortlichen für den Südlibanon, Dr. Darwisch.

## Die »Ärzte aus aller Welt« sind besonders gefragt

Unweit von Tyrus liegt in dem Dorf Bazourieh einer von etwa sechs kleinen AMEL-Posten in der Region. Die Bevölkerung darf abends das Dorf nicht mehr verlassen, das am Ein- und Ausgang obendrein von französischen Unifil-Posten bewacht wird, die allerdings gegenüber dem israelischen Militär über keinerlei Autorität verfügen. Das Personal der dortigen Maternité, die von einem lokalen Komitee betreut wird, dessen Vorsitzender der Ambulanzfahrer der Einrichtung ist, besteht aus:

- einem Arzt (vormittags regelmäßig),
- einer Hebamme (diplomierte von den »médecins du monde« mit Schwerpunkt pränatale Geburtshilfe),
- zwei assistierenden lokalen Hebammen,
- zwei Küchenhilfen,
- einem Fahrer.

Es werden etwa zehn umliegende Ortschaften betreut, was — nebenbei gesagt — nicht zur Kostendeckung führt, aber genug

Naturalien für die Küche und Versorgung der Einrichtung einbringt.

Das geschilderte Problem ist die starke Fixierung auf westliche Doktoren und medizinische Kräfte. Zur Zeit der Anwesenheit eines Teams von »Médecins du monde« habe man ausschließlich deren Behandlung vorgezogen und schwört auf den ebenfalls vorübergehend anwesenden französischen Arzt.

## Jede Menge Chloramphenicol — auch gegen Rheuma

Nach deren Weggang habe sich diese Orientierung auf bestimmte medizinische Markenpräparate übertragen. Man lasse sich behandeln nach dem Motto, der westlich ausgebildete Arzt sei der bessere. Da dieser in der Regel mehr Honorar fordert, ist auch die teurere Medizin die bessere. Die Bevölkerung verlange massenhaft einmal verabreichte Medikamente und reagiere aggressiv oder durch Fernbleiben, wenn deren Ausgabe verweigert wird. Sie pflege dann Selbstmedikamenten. So würden den Kindern, da es keine funktionierende Rezeptpflicht gibt, ungeheure Quantitäten an Baycillin verabreicht, ohne einen Arzt konsultiert zu haben oder wenigstens Fieber zu messen. »Es ist daher unsere erste und wichtigste Aufgabe, dieses Verhalten der Bevölkerung zu korrigieren, wofür wir möglicherweise Jahre brauchen.«

Immerhin verfügt diese zweistöckige Einrichtung, licht und luftig an den Hang eines Thymianbügels gesetzt, über eine respektable Präsenzapotheke, die eingestandenermaßen eine Prestigefunktion erfüllt. Von daher erschrecken mich die kiloweise Chloramphenicol-Präparate etwas weniger: sie dienen, wie manches andere verstaubte und mit Nebenwirkungen behaftete Präparat, der Beeindruckung der konsultierenden Bevölkerung.

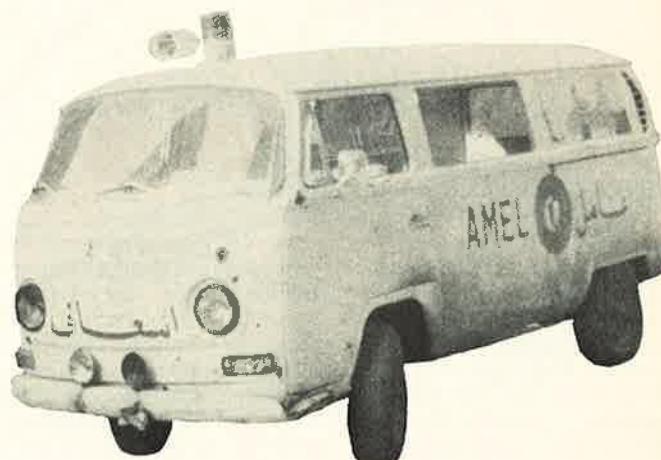
Die häufigsten Krankheiten sind chronische Infektionen (Magen, Darm), eine für die Gegend typische Augenkrankheit, die von einer Feigenart verursacht wird sowie chronische Angina von Kind an. Bei sämtlichen Störungen eine weitgehende Resistenz gegenüber gebräuchlichen Antibiotika. Rheumatische Erkrankungen sind verbreitet, häufig bei Menschen mit einem hohen Cholesterinspiegel. Allgemein vermutet man einen Zusammenhang zwischen Rheuma und fettricher Kost.

Gravierende und ebenfalls häufige Hautkrankheiten werden (anfangs) mit Cortison bekämpft. Es gibt auch vereinzelt Thypus-Fälle. Beeindruckend auch die vielen Fälle von Adipositas, besonders bei Jugendlichen. Dies wird allerdings weniger auf die fettriche Kost zurückgeführt als auf Stress und Angst. Chloramphenicol wird hier auch als Sirup (libanesischer Herkunft) geführt und gegen Rheuma (!) verabreicht. Zum Trost entdecke ich auch unsere »Action medeor Packungen mit Wirkstoffen gegen Spulwürmer und Mittel gegen Dehydratation, die hier auch sehr häufig die Kleinkinder ereilt. Ein Problem ist sie allerdings nur noch in den entlegenen Dörfern.

teemitgliedern dieser Maternité. Die sich vor allem auch darüber beklagen, daß ihr Dorf regelmäßig um 22 Uhr geschlossen wird. Für Passieren sei auch in wichtigen Fällen (akute Erkrankung) unmöglich. An den Aus- und Eingängen die Unifil-Soldaten, die sich damit beschäftigen, die durchfahrenden israelischen Tanks zu zählen: Fidschis, Franzosen, Finnen, Iren, Holländer.

Für den Rest des Tages Kurzbesuch in der Physiotherapie der UNWRA, wo an modernsten Geräten unzureichend ausgebildete Leute arbeiten.

Mit der bloßen Erneuerung von Appellen werden wir wohl wenig erreichen. Auch nicht mit den immergleichen Resolutionen.



Die Maternité, die nebenbei als Erste Hilfe gegenüber allen medizinischen Alltagsproblemen fungiert, hat nur fünf Betten. In der Regel bleiben die Frauen nur einen oder einen halben Tag liegen. Es gibt zwei sogenannte »Problembeetten«. Im übrigen werden schwierige Geburtsfälle in das Governmental Hospital (UNWRA) nach Tyrus überwiesen. In Bazourieh werden auch Palästinenser aus dem Lager Bourj el Schemail betreut.

## Um 22 Uhr wird das Dorf geschlossen

Ein Kind ist dort zur Welt gekommen, das mir freudestrahlend von dem Personal vor die Kamera gehalten wird. Es ist ein Junge: das zehnte Kind einer 27jährigen Bäuerin in der Umgebung.

Der Rest des Tages besteht aus einem Gespräch mit den Komi-

Wahrscheinlich müssen wir uns zum Nahen Osten um sensiblere Interventionsmöglichkeiten, genauere Texte und Berichte und bessere Zugangschancen mühen. Vielleicht wäre es nicht übertrieben, wenn alle, die daran interessiert sind, sich einmal treffen. Wir würden das gerne vermitteln und auch koordinieren, wenn wir entsprechenden Zuspruch erhalten. Darum bitten wir an dieser Stelle sehr. Bitte setzen Sie sich auch mit uns in Verbindung, wenn es um die Planung und Durchführung von Veranstaltungen geht. Gerne diskutieren wir Ihre Absichten und versuchen uns Tips und Ideen dazu zu tun. An Informationen soll es nicht mangeln: ein ausführlicher Reisebericht (24 Seiten) auf dem neuesten Stand geht jedem kostenlos zu, der uns darum bittet. Auch Dias, Fotoausstellungen, Flyblätter und Referenten können geboten werden.

Hans Branscheidt

medico international e.V.  
Hanauer Landstraße 147—149  
6000 Frankfurt am Main 1  
Telefon (0 69) 49 03 50

# Rote Herz-Buben

## Präventionsstudie unter Beschuß

Ärztliche Standesfürsten haben sich auf die Bremer Herz-Kreislauf-Präventionsstudie eingeschossen: sogar der Kommunismus wird hinter dem Forschungsvorhaben gewittert. dg gab zwei Forscherinnen aus Bremen Gelegenheit, ihre Studie vorzustellen und sich zu den Anwürfen zu äußern.

Die Ziele der ministeriellen Geldgeber, die Mitte der siebziger Jahre das »Programm zur Förderung von Forschung und Entwicklung im Dienste der Gesundheit« in Auftrag gaben, waren für den Bereich der Herz- und Kreislaufkrankheiten klar: die enormen Kosten für die Folgen der in immer früherem Alter auftretenden Herzinfarkte und Schlaganfälle waren nicht mehr zu bezahlen: Krankenversorgung und Rehabilitation, Frühinvalidität und Produktionsausfall.

Die Wissenschaftler standen vor drei Problemen:

1. Welche Ursachen müssen für die Zunahme der Herz- und Kreislaufkrankheiten hauptsächlich verantwortlich gemacht werden?
2. Gibt es spezifische Präventionsmaßnahmen gegen diese Ursachen?
3. Wie kann deren Wirksamkeit gesichert werden?

Die Klärung dieser Probleme war umso notwendiger, als zu dieser Zeit Gesundheitsprojekte und -aktionen wie Pilze aus dem Boden schossen, aber mit wenig Kooperation zwischen den Initiatoren und mit wenig Möglichkeiten, die Wirksamkeit dieser Maßnahmen zu beurteilen.

Außerdem wurde zur gleichen Zeit diskutiert, wie unsinnig die Einführung von gesundheitspolitischen Maßnahmen wie z. B. den gesetzlichen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen ist, wenn vorher nicht geklärt ist, ob sie wirksam sind und ob sie von der Bevölkerung angenommen werden — also Gründe genug für ein differenzierteres Forschungsprogramm.

Bei der Gesundheitsforschung geht es um die Bedingungen und Einflüsse, unter denen Gesundheit erhalten oder bedroht wird. Damit ist Gesundheitsförderung mehr als Krankheitsvorbeugung. Gesundheitsförderung bedeutet — und das entspricht weitgehend dem von der Weltgesundheitsorganisation propagierten Lebensweisenkonzept —, daß sowohl körperliche als auch soziale und seelische Bedrohungen der Gesundheit beachtet werden müssen. Je nach Forscher-Grundhaltung wurde bisher und wird häufig noch heute einer der drei Teilespekte für die Verursachung von Krankheit in den Vordergrund gestellt. Wir sehen in der DHP-Studie die Möglichkeit zur Überwindung solcher Einseitigkeit, d.h. die Möglichkeit, über den

### »Ganzheitliche« Betrachtung

Ansatz an den Risikofaktoren für Herz- und Kreislauf-Krankheiten (sowohl körperlichen wie psychosozialen) zu einer »ganzheitlicheren« Betrachtungsweise zu gelangen, die die Chance in sich hat, sowohl Krankheit als auch Gesundheit als Gesamtheit von Lebensbedingungen und Lebensweisen zu akzeptieren, also als Summe von Familie, Arbeit, Freundschaften, Genüffähigkeit, Erholung, Bildung und dem Vorhandensein von Versorgungs- und Hilfsangeboten. Schauplatz



massenkommunikative Aktionen.

4. Planung von strukturellen Verbesserungen, z.B. beim Essen in Kantinen und Restaurants.

5. Angebot von standardisierten und freien Gesundheitsprogram-

### Mehr Sensibilität

men zu Ernährung, Rauchen, Bewegung und Stress sowohl über fachliche Multiplikatoren (wie Ärzte und Sozialarbeiter) als auch über Laienmultiplikatoren (wie Betriebsangehörige oder ehemalige Teilnehmer von Präventionsgruppen). Diese Gruppenprogramme sind nicht nur ausgerichtet auf individuelle Verhaltensänderung, sondern haben auch das Ziel, Kommunikation und Solidarität zu fördern sowie den Ursachen ineffektiver Bewältigungsstrategien für Lebensbelastungen nahe zu kommen und andere zu entwickeln.

Über diese verschiedenen Ansätze soll im Verlauf von acht Jahren in fünf Studiengemeinden eine relevante Reduktion von Herzinfarkt und Schlaganfall erreicht werden (eine zehnprozentige Verminderung der Herz-Kreislauf-Krankheiten im Alter von 26 bis 68 Jahren), ohne daß andere Krankheiten an deren Stelle treten (d.h. da jeder zweite Todesfall zu dieser Krankheitsgruppe gehört, muß die zehnprozentige Verminderung der Herz-Kreislauf-Krankheiten sich als fünfprozentige Verminderung der Gesamtsterblichkeit in dieser Altersgruppe bemerkbar machen).

Aus der Darstellung wird bei einiger Phantasie schon deutlich,

wo einige ärztliche Standesvertreter mit ihrer Kritik ansetzen:

1. Niedergelassene, besonders Hausärzte seien von der Studie »ausgeschlossen«, würden »übergangen«. In der Studie hätten vor allem die »-ogen« (Psychologen und Soziologen) das Sagen (H.-J. Frank-Schmidt, Präsident des Berufsverbands Deutscher Internisten). Jeder wisse aber, daß ohne Ärzte in Richtung Prävention und Gesundheit gar nichts laufe (Vorstand der Bundesärztekammer).

## Auch die »-ogen« sind nicht zufrieden

An dieser Stelle sei der Querverweis erlaubt, daß die systemkritischen »-ogen« uns gerade das Gegenteil vorwerfen: die DHP sei eine rein medizinische Studie mit enger Kooperation und Vormachisstellung der niedergelassenen Ärzte, die einzig an den medizinischen Risikofaktoren ausgerichtet sei. Denn: sozialwissenschaftlich ausgerichtete Studien dieser Größenordnung seien staatlich noch nie gefördert worden, sondern nur medizinische.

2. Ein wesentlicher anderer Angriffspunkt ist die »politische Seite« der Studie. Da geht es um die »rote, sozialistische Stoßrichtung«, das »sozio-kommunistische Vorhaben« (Frank-Schmidt), das »wissenschaftlich verbrämte Werkzeug der linken Ministerialbeamten« zur »Zentralisierung der Medizin«, um »Spaltung in Kuration und Prävention«; letztendlich sei an »Abschaffung der freien Arztpraxis« gedacht (D. Maiwald, Verband der Niedergelassenen Ärzte Deutschlands, NAV).

3. Auffallend ist, daß die Inhalte der Studie, aber auch die »Betroffenen«, die Bürger, selten erwähnt werden, außer in zynischem Zusammenhang: »der ,mündige Bürger«, »der vor jedem ärztlichen Eingriff intensiv aufgeklärt werden muß, damit er entscheiden kann, ob der Eingriff notwendig ist und gemacht werden soll. Er ist nicht mehr die ,Unterworfenen«, sondern der Partner des Arztes. Wenn dem so ist, dann muß dieser ,mündige Bürger' auch wissen, was er anstellt, was er sich selbst antut, wenn er so lebt, daß sich die Risikofaktoren bei ihm geradezu häufen«. Dagegen würden »Merkblätter helfen, »Verbot des Rauchens«, »Aufdrucke auf Zigarettenpackungen wie: Rauen macht süchtig und krank« mit »entsprechenden Krankheitsbeschreibungen«. »In Rundfunk, Fernsehen und Presse könnten audiovisuelle Patientenunterrichtungen erfolgen, die jedoch keiner Studie bedürfen« (H.-J. Se-



wering, Vorsitzender der Bayerischen Landesärztekammer). Da »man also eigentlich alles, was mit Risikofaktoren zusammenhängt, inzwischen« wisst und »auf dem Sektor der Prävention von Herz- und Kreislauf-Krankheiten alles bekannt« sei, sei »dieses Monsterprojekt« eine »Verplemperung von Geldern in sinnloser Art« (Frank-Schmidt).

## Humanität nimmt eher ab als zu

Es fällt schwer, auf diese Art von »Kritik« adäquat zu reagieren, ein paar Überlegungen dazu sind aber notwendig:

Solange unser »Gesundheitswesen« vorwiegend an Krankheit und Symptomen orientiert ist, die Ausgaben für die Kuration ins Unermessliche wachsen, ohne eine wesentliche Verminderung vieler Krankheiten zu erreichen, und die Beachtung des Menschen sowie die Humanität der Medizin in vielen Bereichen eher ab- als zunimmt, so lange scheint es dringend geraten, die Prävention zu stärken und als selbständigen Bereich neben der Kuration auszubauen.

Um eine Abschaffung der freien Arztpraxis kann es im bestehenden System gar nicht gehen, aber eine Änderung der Arztätigkeit ist da überdenkenswert, wo der Mensch nur noch als Summe von Teilorganen wahrgenommen wird. Wir wissen, daß viele Ärzte sich gerade deshalb niedergelassen haben, weil sie hofften, sich als Hausarzt dem Patienten als Freund oder Ratgeber nähern zu können. Solange ein solcher Wunsch aber z. B. am Bezahlungssystem der Ärzte scheitert, das sie zwingt, aufwendige diagnostische Prozeduren durchzuführen und Medikamente zu verteilen, und das ihre Bereitschaft, sozialmedizinische Aspekte zu beachten oder Prävention zu betreiben, mit Einnahmeinbußen bestraft, und solange unsere Medizinerausbildung die Ärzte vorwiegend auf »Symptomerkennung« spezialisiert, aber sie nicht fähig macht, sich dem Gegenüber als Gegenüber zu nähern und es zu verstehen, so lange bleibt medizinische Tätigkeit bestenfalls in der Kuration einzelner Symptome stecken.

Dies alles sind nun keineswegs neue Erkenntnisse, sie sind in an-

deren europäischen Ländern längst Realität. Auch die DHP-Studie reiht sich hier nur in einen allgemeinen Trend ein, den man als die Subjektivierung des Objekts Mensch als Arbeitnehmer, Arbeitsloser, als Frau, Patient, Randgruppenmitglied usw. beschreiben könnte. Andere Projekte z. B. in der Psychiatrie sind da schon viel weiter und die Betroffenen selbst — glücklicherweise — auch; Selbsthilfegruppen, Bürgerinitiativen u. ä. sprechen eine deutliche Sprache.

Auch in den seriösen, um Objektivität bemühten Stellungnahmen der Ärzteschaft wird die Situation der Prävention in der Allgemeinmedizin falsch eingeschätzt. Tatsächlich — wie Umfragen zeigen — halten die meisten Bürger den Arzt für den einzigen kompetenten Experten für Gesundheit und Prävention. Dies spricht aber natürlich nicht für die Güte der bisherigen Prävention, sondern höchstens für die mangelnde Kenntnis des Bürgers von besseren Präventionsmöglichkeiten, die eben nichts mit Überredung und Angstmacherei zu tun haben.

Rosemarie Kresse  
Christel Zenker



# »Dem Struwwelpeter sein Babba«

Der Arzt und Autor Heinrich Hoffmann

Heinrich Hoffmann ist, wenn überhaupt, als Schöpfer des »Struwwelpeter« bekannt. Er war auch Politiker und Psychiatereformator.

Vor 140 Jahren in der Vorweihnachtszeit entstand »Der Struwwelpeter«, eine Sammlung »lustiger Geschichten und drolliger Bilder« für Kinder von drei bis sechs Jahren. Heute längst nicht mehr das Vorbild einer zeitgemäßen Kindererziehung, war jener »comic-strip« seinerzeit von dem jungen Frankfurter Arzt Dr. Heinrich Hoffmann seinem vierjährigen Sohn Carl als Präsent zugedacht. Mit diesem Bilderbogen hatte er praktisch eine der effektiven Methoden der modernen Werbepsychologie »erfunden« und sie einer Art Gesundheitserziehung dienstbar gemacht.

So zielen einzelne der Geschichten ab auf regelmäßige Körperpflege (»Struwwelpeter«) und Verhütung von Unfällen im Kindesalter (z.B. »Hans-Guck-in-die-Luft«). Andere können aufgefaßt werden als frühe Beispiele kinderpsychiatrischer und psychosomatischer Krankheitsbilder: So mag der »Zappelphi-

lipp« als eine knappe Erstbeschreibung des sog. »hyperkinetischen Syndroms« gelten, »Die Geschichte vom Suppenkasper« als Beispiel »psychogener Magersucht«. Auch das Daumenlutschen älterer Kinder mit der möglichen Folge ausgeprägter Zahneinhaltung hat offenbar schon damals die elterlichen Gemüter bewegt. »Die Geschichte vom bösen Friederich« und »Die gar traurige Geschichte mit dem Feuerzeug« versuchten, beschwörend und warnend zugleich, Einfluß zu nehmen auf schlecht geübte kindliche Verhaltensweisen wie Tierquälern und Zündeln. Ob damit die Kinder schon damals schnell in den Geruch beginnender »dissozialer Entwicklung« gerieten?

Jedenfalls kann man den »Vater des Struwwelpeter«, Heinrich Hoffmann, als den ersten Kinderpsychiater der Moderne betrachten, der sich den Besonderheiten des kindlichen Seelenlebens in mehr künstlerischer als wissenschaftlicher Weise annahm.

Ein Jahr später von einem Verleger entdeckt, gedieh das selbstgestaltete Weihnachtsgeschenk in Bildern und Sprüchen prompt zum Bestseller. Heute kann es sich das berühmteste Kinderbuch deutscher Sprache nennen, übersetzt in alle Fremdsprachen und mit vielerlei Nach- und Umdichtungen. Unter dem Pseudonym

»Reimerich Kinderlieb« veröffentlicht, geriet es schon 1848 zum Objekt spöttischer Karikaturisten, indem der Struwwelpeter hintersinnig als »Radikaler«, das umstrittene Bilderbuch gar als »Pamphlet der revolutionären Propaganda« überzeichnend »entlarvt« wurde. Zeitgenössische Kritiker unterstellten den Bildergeschichten erhebliche politische Brisanz: so vermuteten sie Majestätsbeleidigung hinter der »Geschichte vom bösen Friederich«, jenem »argen Wütenden«.

## Der »böse Friederich«; Majestätsbeleidigung?

sche Kritiker unterstellten den Bildergeschichten erhebliche politische Brisanz: so vermuteten sie Majestätsbeleidigung hinter der »Geschichte vom bösen Friederich«, jenem »argen Wütenden«.

Auch die »Geschichte von dem schwarzen Buben« mit Ludwig und seinem Fähnchen, dem Kasper mit der Brezel und Wilhelm mit dem Reifen gilt als symbolträchtig und zeitkritisch. In ihnen würden die Gegner der Sklavenbefreiung, die Militärs, die Grundbesitzer und die Handelsreisenden karikiert: Zwischen 1833 und 1838 konnten sich nämlich die zu Sklaven gepressten Schwarzen in den britischen Kolonien ein erstes Stück emanzipieren. Die französische Kolonialmacht gab 1848 die offene Sklaverei auf. Und in den elf Südstaaten Nordamerikas wurde die zuvor proklamierte (1863) und gesetzlich eingeführte (1864) »Sklavenbefreiung« erst nach deren

militärischer Niederwerfung im Bürgerkrieg mehr schlecht als recht angegangen. Die »Geschichte vom wilden Jäger« meint die von den hessischen Bürgern geforderte Freigabe der Niederwildjagd. Sie wurde nach der Aufhebung der Jagdhoheit des Landesherrn — eine Forderung aus dem deutschen Bauernkrieg — erst im Verlauf der bürgerlich-demokratischen Revolution von 1848/49 erreicht.

Daß dem »Struwwelpeter-Hoffmann« zeitkritisches Engagement unterstellt wird, kommt nicht von ungefähr: vor 175 Jahren als Sohn des Frankfurter Baumeisters Philipp Jacob Hoffmann geboren, hatte er nach dem Studium der Medizin in Heidelberg, Halle und Paris als frischgebackener praktischer Arzt in seiner Heimatstadt gemeinsam mit fünf Kollegen eine Armenklinik (1835-56) gegründet, »eine Art »free-clinic« des 19. Jahrhunderts«. Er rief vor Ort den »Ärzlichen Verein« und den »Bürgerverein« ins Leben und engagierte sich 1848 als Abgeordneter im ersten deutschen Parlament in der Frankfurter Paulskirche. Kaum besser bekannt ist seine fachlich-berufliche Laufbahn, die ihn als einen wegweisenden Reformpsychiater seiner Zeit ausweist. In gemeinsamen Reisen mit einem Architekten hatte er sich »Irrenhäuser« in ganz Europa angesehen, immer auf der Suche nach geschickten Ideen. So

entstand 1864 weitgehend auf Spendenbasis unter seiner Anregung und Leitung auf dem »Affensteiner Feld« vor der Stadt Frankfurt die damals wohl fortschrittlichste psychiatrische Klinik der Welt: ein weiträumiger Gebäudekomplex mit ausgedehnten Grünflächen, bewußt die damals so übliche Ähnlichkeit zu den Gefängnisbauten nach dem »panoptischen Prinzip« vermeidend.

Mit Leben erfüllte er die neue »Anstalt für Irre und Epileptische«, indem er »tobsüchtige« und »unruhige« Patienten nicht mehr länger in engen Kammern isolierte. Er öffnete das Hospital mit »Tagen der offenen Tür« für die »Gesunden« draußen, versuchte ihre Angst vor den »Irren« drinnen abzubauen. Hoffmann machte Schlüß damit, Patienten bis zum Fieber in erhitzten Wannenbädern zu fesseln, weil es ihre »Nervenbahnen anregt«. Auch den Einsatz der gefürchteten Zwangsjacken reduzierte er. Sehr zum Nachteil mancher der aus entlassenen und ausgedienten Soldaten oder Gendarmen u. ä. sich rekrutierenden »Wärter«: statt »rosaroter Brillen« (Originalton Psychopharmaka-Marketing) für die »unruhigen« Patienten gab's damals eher blaue Augen — auf Seiten des Personals.

### »Free clinic« auf dem Affenstein

In seiner einfachen Art lebte der Anstaltspsychiater Hoffmann — damals eine Sensation — mit seiner Familie auf dem »Awesteine«, wie der Volksmund die Klinik auf dem Affensteiner Feld schimpfte. Seine im Garten spielenden Enkel kannten genausowenig Berührungsängste gegenüber den »Verrückten« wie seine Frau, die den Zugang zu den Patienten mit Kaffeekränzchen fand, und Hoffmann selbst wenn er mit ihnen ans Musizieren ging.

Als Heinrich Hoffmann vor 110 Jahren in hohem Alter starb, hinterließ er mehr als seinen pädagogisch heute viel geschmähten, unsterblichen »Struwwelpeter« und andere Kinderbücher, Gedichte und Studien, politische und satirische Schriften: Der verbreiteten inhumanen Verwahrung und Sicherung »geisteskranker« Menschen hat er bahnbrechende Ansätze dessen entgegen gesetzt, was wir heute z.B. als »therapeutische Gemeinschaft«, als »Musiktherapie« und »therapeutische Workshops« bezeichnen.  
Helmut Koch



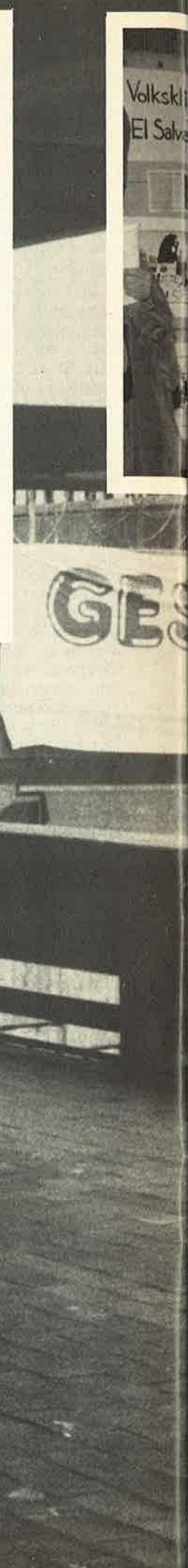
»Der Friederich, der Friederich,  
Das war ein arger Wüterich!«  
Aufässigkeit und Tierquälerei  
— Beispiele für »dissoziale Entwicklung« im vorpubertären Alter?



»Er gaukelt und schaukelt,  
Er trappelt und zappelt  
Auf dem Stuhle hin und her.  
Philipp, das mißfällt mir sehr!  
Gegen das »hyperkinetische Syndrom wird heute weniger gehämt. War Philipp ein Fall für Tranquillizer?«



»Er wog vielleicht ein halbes Lot —  
Und war am fünften Tage tot.«  
Der Suppenkaspar:  
dramatischer Verlauf einer Anorexia nervosa?





# SUNDHEITSTAG BREMEN

1.-7. Oktober 1984



Da staunt Ärztepräsident Vilmar: 500 Veranstaltungen und 10 000 Teilnehmer auf dem Gesundheitstag.



Fotos (6): Peter Meyer

# ALTERNATIVEN?!

## Matthias Albrecht zum Bremer Gesundheitstag

Die Veranstaltung umfaßte mehr als 500 einzelne Veranstaltungen: von der Reflexzonenmassage bis zu »Wolle statt Pampers«, von großen Diskussionen zum Thema »Wer braucht die neuen Krebsregister?« bis zu »Die nationale Strategie Gesundheit 2000«. Diskussionsgruppen, Seminare, Referate, Workshops, Selbsterfahrungsgruppen — für jedes Interesse und jeden Interessierten Möglichkeiten zum Zuhören und zum Mitdiskutieren.

Im Vergleich zu den vorangegangenen Gesundheitstagen blieb diesmal die Teilnehmerzahl eher hinter den Erwartungen zurück, dies spürte nicht zuletzt der veranstaltende Gesundheitsladen Bremen, der am vorletzten Abend massiv zur Spendenaktion aufrufen mußte, um das finanzielle Risiko in Grenzen zu halten.

Gründe dafür sehe ich im wesentlichen darin, daß das Programmheft sehr spät erschien und »noch Unentschlossene« durch das Programmheft nicht mehr zur Fahrt nach Bremen angeregt werden konnten; zweitens war der Gesundheitstag mit einer vollen Woche zu lang. Für die normal Berufstätigen ist die Teilnahme über die volle Zeit nicht möglich gewesen.

Das sehr übersichtlich gestaltete Programmheft gliederte den Gesundheitstag in sechs Themen-Schwerpunkte:

- Datensturm (Datenerfassung und Datennißbrauch)
- Aufstand aus dem Abseits (Psychiatrische, Schwule, Knast, Krüppel, Behinderte etc.)
- Vom Sozialstaat zur Pflicht zur Gesundheit
- Arbeitsmedizin, Umwelt, Naturheilkunde
- Alltägliche Gesundheit
- Friedensarbeit hier — Solidaritätsarbeit in der Dritten Welt.

Die Veranstaltungen des Vormittags waren Informationsveranstaltungen, Selbstdarstellungen von Initiativen und Projekten. Nachmittags fanden vorbereitete und Einzelthemen übergreifende Diskussionsveranstaltungen statt,

Akzentveranstaltungen versuchten die Zusammenfassung eines jeweiligen Themen-Schwerpunktes, etwa die Veranstaltung »Keine Daten mehr für Niemanden?« den Schwerpunkt Datensturm.

Die Gliederung nach Themen-Schwerpunkten und die Zusammenfassung in »Akzentveranstaltungen« sehe ich eindeutig als Fortschritt in der Entwicklung der Gesundheitstage an. Sie ermöglichte dem Besucher eine Auswahl der Veranstaltungen und drückte auch bestimmte politische Notwendigkeiten aus, die von den Gesundheitsläden in der Vorbereitung des Gesundheitstages eingebracht worden waren.

Was diese Gliederung dem Gesundheitstag nicht — oder noch nicht — ermöglichte: eine gemeinsame gesundheits- und sozialpolitische Aussage seiner Teilnehmer zu brennenden und aktuellen Themen unseres »Gesundheitsbetriebes«.

Auffällig war in Bremen das Rieseninteresse an Veranstaltungen zu Frauen- und männerspezifischen Themen. Als Beispiel für andere: »Auf der Suche nach der verlorenen Sinnlichkeit« als reine Frauenveranstaltung im »Schlachthof« mit über 500 Teilnehmerinnen und Teilnehmern — auch wenn Alice Schwarzer als Ober-Guru kurzfristig abgesagt hatte. Auch die Veranstaltung »Die endliche Lust der Männer« war brechend voll, nachdem schon vorbereitend Arbeitsgruppen »Die unendliche Lust der Männer« untersucht hatten.

Im Vergleich dazu war manche Diskussion aus dem Bereich Umwelt nur mäßig besucht, so zum Beispiel die Akzentveranstaltung »Strategien gegen die Luftverschmutzung« mit knapp achtzig Teilnehmern. Wissen wir zur Umweltverschmutzung schon alles? Oder stumpfen wir durch ständig neue Nachrichten über Umweltkatastrophen doch ab?

Gut besucht waren fast immer solche Veranstaltungen, auf denen »Experten« zu einem Problem referierten oder diskutier-

ten, so im Bereich Alltägliche Gesundheit die Pharma-Veranstaltungen »Gesundheit schlucken« mit Ingeborg Simon, Berlin, und dem Pharmakologen Peter Schönhofer oder »Alternativen zum Griff zur Pille« mit Paul Lüth.

Ein persönlicher Eindruck während des Gesundheitslages: in einigen Veranstaltungen herrschte teils nackte Konsumhaltung. Merkten die Zuhörer, daß der Referent nach zehn Minuten immer noch nicht die von ihm erwarteten Stichwörter gefilbert hatte, ging man einfach hinaus. Protest? Ging den Teilnehmer direkt in die nächste Veranstaltung? Handelt es sich um eine Strategie der Veranstaltungs-Maximierung?

Mich hat es jedenfalls sehr gestört in der Veranstaltung von Michael Opielka »Ökologische Alternativen in der Sozial- und Gesundheitspolitik«. Opielka ist bei den Grünen in Bonn verantwortlich für die Koordinierung von Sozial- und Gesundheitspolitik. Etwas über 100 Teilnehmer an dieser Veranstaltung erhofften sich als Grüne oder als politisch interessierte Beobachter oder Kritiker der Grünen eine Antwort auf die Frage: Welche gesundheitspolitischen Vorstellungen sind von den Grünen zu erwarten? Einige Zuhörer sahen diese Frage schon nach wenigen Minuten beantwortet. Opielkas wesentliche Thesen:

- »Der Sozialstaat ist weltweit in der Krise — im Westen wie im Osten«
- »Produktive Arbeit wird zunehmend entbehrlieblich«
- »Arbeit und Einkommen müssen entkoppelt werden«
- »Gemeinsam ist den Grünen die Kritik an den obrigkeitlichen Aspekten des Sozialstaats«
- Ziel der Grünen: »Solidarische Selbsthilfe«
- »Ganzheitlichkeit ist ein zentraler Anspruch für den sozialen Bereich«
- »Aufhebung des sexistischen Arbeitsteilung«
- »Perspektive: allgemeines Grundgekommen für jeden Menschen, z.B. 800 Mark«

Wie er dieses Programm verwirklichen wolle, wurde in der anschließenden Diskussion gefragt: »Diese Gesellschaft muß eine andere werden! — war die Antwort. Mehr Zeit zur Diskussion hätte ich mir bei dieser Veranstaltung gewünscht, den Referenten gern gefragt, warum die Grünen den Sozialstaat ganz unhistorisch als etwas Fertiges, Vorhandenes betrachten, warum die vielen Klassenkämpfe um soziale Verbesserungen (Arbeitszeitverkürzung, Krankenversicherung, Lohnfortzahlung im Krankheitsfall) so wenig in die Analysen und Überlegungen eingehen. Die gesundheitspolitische Diskussion bei den Grünen scheint mir noch in den Anfängen zu stecken. Wie drückte es Michael Opielka aus: »Die 5-Prozent-Hürde hält uns zusammen und zwingt uns zu sozialpolitischen Überlegungen.«

Hämische Kritiker, die in den ersten beiden Gesundheitstagen nur ein Strohfeuer sahen, behalten unrecht; die Gesundheitsbewegung, sehr vielfältig, teils bunt, teils nebeneinander herlaufend, schafft sich mit dem Gesundheitstag ein bitter notwendiges eigenes Forum für ihre Gegenstellungen zum täglich erfahrbaren oder mitzutragenden »Medizinbetrieb«. Dieser Medizinbetrieb leistet sich Jahr für Jahr, Monat für Monat Ausstellungen, Medica, Ärztetage, Ärzte- und Schwesternkongresse, Werbe-Fortbildungsveranstaltungen. Wir können nicht oder hoffentlich: noch nicht auf allen Ebenen Alternativen entgegenstellen. Daher sollte auch in den kommenden Jahren ein Gesundheitstag stattfinden. Konzentration auf noch weniger Themen, auf wenige Schwerpunkte, Suche nach gemeinsamen Aussagen auch zu konkreten Tagesfragen und Grundsatzproblemen des Gesundheitswesens sind auf Dauer gesehen für uns alle notwendig. Nachdenken und alternatives Handeln nicht nur im eigenen überschaubaren Bereich, sondern auch in Systemfragen ist erforderlich.



Im Februar 1945 finden russische Soldaten einige Tausend neue Urnen in dem Vernichtungskrankenhaus Meseritz-Obrawalde.

# »Sterbehilfe« einst

## Gütersloher Fortbildungswoche

**Die Teilnehmer formulierten klare Positionen zur modernen Euthanasie-Debatte.**

Die diesjährige »Gütersloher Fortbildungswoche« fand statt zu dem Thema: Fortschritte der Psychiatrie im Umgang mit Menschen — Wert und Verwertung des Menschen im 20. Jahrhundert. Schwerpunktmaßig ging es dabei um die Wurzeln, Auswirkungen und Folgen der Psychiatrie während des Nazi-Faschismus.

Lag es am Thema, daß sich dieses Jahr nur halb so viele Teilnehmer angemeldet hatten wie sonst? Immerhin dauerte es über drei Jahre, bis sich die westdeutsche Psychiatrie öffentlich mit ihrer »jüngsten Vergangenheit« auseinanderzusetzen begann. Inzwischen gibt es einige Literatur zu dem Thema, auch Publikationen, die sich konkret mit der Geschichte und Rolle einzelner Landeskrankenhäuser während des Faschismus befassen.

In den Referaten und Diskussionen in Gütersloh wurden nicht nur die erschreckenden

Fakten aus der Vergangenheit aufgezählt: 400 000 an Patienten vorgenommene Zwangsterilisationen von 1934 bis Mai 1945, über 120 000 ermordete psychisch Kranke — vor allem solche, die nicht mehr in den Arbeitsprozeß zu integrieren, nicht mehr als Arbeitskraft zu verwerten waren. Immer wieder wurde Bezug genommen auf unsere Arbeit und die Bedingungen heute und wie wir bisher in der praktischen Arbeit die geschichtlichen Einflüsse ausgeblendet haben. Wer fragt schon nach, wenn Angehörige angeben, der Vater oder Großvater sei in einer Nervenheilanstalt gewesen und dort verstorben? Beispielsweise habe ich die häufig gestellte Frage neu in die Klinik aufgenommener Patienten »Komme ich auch wieder raus?« für ein Vorurteil gegenüber der Psychiatrie und mangelnde Aufklärung gehal-

ten, eine Frage, die angesichts des geschichtlichen Hintergrunds absolut berechtigt ist.

Die Notwendigkeit ständiger kritischer Reflexion psychiatrischen Handelns, insbesondere die Bewußtmachung der uns beeinflussenden gesellschaftlichen Entwicklungen und Ideologien wird deutlich, wenn man sich klarmacht, wie fließend damals die Übergänge waren von durchaus positiven Thrapievorstellungen zu der »Endlösung«. Entsprechend dem Menschenbild und der Ideologie der Nazis wurde »das Gesunde« besonders gezüchtet, Leid, Elend und Krankheit wurden als schädlich angesehen und letztlich vernichtet — zur »Reinigung des Volkskörpers«. Und heute? Die Euthanasie der Nazis wird zwar einhellig verurteilt, trotzdem ist Euthanasie inzwischen wieder nicht nur ein Diskussionsthema — siehe Hackethal. In Gütersloh war die Aussage eindeutig: Unsere Aufgabe ist es, Leben zu erhalten, dabei haben wir nicht zu bewerten, ob das Leben schwer oder leicht ist. Unsere

Aufgabe ist es, Leiden zu lindern und auch zu ertragen und nicht, zu töten. Niels Pörksen regte zu der Überlegung an: »Wenn wir bestimmte Werte für akzeptabel halten, uns andere Werte unnütz als Lebensqualität erscheinen, wenn wir Maßstäbe nicht hinterfragen, welche Patienten sind dann unsere potentiellen Opfer heute?« So ist inzwischen bekannt, daß auch durch die heutigen Reformen der Psychiatrie häufig die chronisch Kranken, die »Unheilbaren«, wieder ausgegrenzt wurden. (Heinrich Kunze)

Wichtig fand ich auch, daß in Gütersloh nicht nur die Täter verurteilt wurden, sondern die Opfer und ihre Angehörigen in den Mittelpunkt gerückt wurden. So wurde von Klaus Dörner und anderen eine Resolution angeregt, in der endlich die Anerkennung psychisch Kranke als Verfolgte des Nazi-regimes gefordert wird. Denn Tatsache ist, daß bis heute das Entschädigungsgesetz nicht für verfolgte psychisch Kranke gilt.

Wer sich informieren will: Die Referate der Fortbildungswoche werden in einem Tagungsband noch vor Ende des Jahres im Psychiatrie Verlag erscheinen. Helga Zimmer

**Deutsche Arbeitsgemeinschaft****Selbsthilfegruppen e.V.**

»Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen« (Albrecht-Achilles-Str. 65, 1000 Berlin 31): **Selbsthilfe – Kontrovers. Selbsthilfegruppen und Unterstützung, 2,— Mark**

**Presse- und Informationsamt der Bundesregierung**  
 (Welckerstr. 11, 5300 Bonn 1): **Soziale Initiativen. Reden ist Silber, Helfen ist Gold**

Im Juni wurde in Berlin die »Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung



von Selbsthilfegruppen« gegründet, finanziert aus Geldern des CDU-Senats. Die erstgenannte Broschüre gibt die Festreden anlässlich der Gründung wieder. Einige der kurzen Beiträge informieren prägnant — gerade für den nicht in der Diskussion Stehenden — über die Ziele und die Selbstverständnisse der Selbsthilfegruppen; so z.B. die Reden von Klaus Balke, Mitarbeiter des Projektes, oder von der WHO-Referentin Ilona Kickbusch.

SELBSTHILFE – KONTROVERS


**SELBSTHILFEGRUPPEN und UNTERSTÜTZUNG**
DEUTSCHE ARBEITSGEMEINSCHAFT SELBSTHILFEGRUPPEN e.V.  
 Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen

Die zweite Broschüre, bunt und aufwendiger gemacht und auf den »mündigen Bürger« zugeschnitten, der nur illustrierte und Comics lesen kann, ist Ergebnis des Geißlerschen Wettbewerbs »Reden ist Silber, Helfen ist Gold«. Es ist eine Begleitbroschüre zur Begründung des Sozialabbaus, oder mit den Vorworten Helmut Kohls: »Es ist ein Zeichen der Hoffnung und der Zuversicht, daß Menschen in Notsituationen füreinander einstehen und gerade dort, wo öffentliche Hilfe nicht hinreichen kann, andere unterstützen, ihnen helfen und sich ihnen zuwenden.« Frappierend ist, daß ein großer Teil der vorgestellten Fälle Selbsthilfegruppen sind, und zwar auch im »alternativen« Sinne — so z.B. MS-Kranke, Anfallskranke, Stotterer usw. Zufall oder System? Mit Sicherheit letzteres; die Gewißheit vermittelt die Rede von Ulf Fink, Berliner Senator und Geldgeber der »Nationalen Kontaktstelle«, in deren Broschüre. Bei ihm ist nicht vom notwendigen Sparen die Rede, er schwingt das Loblied der Selbsthilfegruppen, freilich »nicht ganz so eng« definiert wie bei den Selbsthilfegruppen selbst. Dabei bedient er sich der alternativen Gedanken: da ist von »Selbsthilfe- und autonomen Gruppen«, von »zu engen Gesetzesdefinitionen« die Rede, da sieht er »vielfältige ganzheitliche Probleme« — man hats auf dem Gesundheitstag zigmal gehört und gestaunt.

Nach Lesen beider Broschüren: die herrschenden Kreise haben die Selbsthilfebewegung für sich und ihr Konzept des Sozialabbaus entdeckt. Kein Zufall ist es sicher auch, daß die Symbole beider Broschüren sich täuschend ähneln — ineinanderverschlungen Hände.

Walter Popp

**Ulrike Bittner/Renate Jäckle/  
 Christine Scholz,  
 Unter Umständen.  
 Über den Umgang mit  
 Medikamenten in der  
 Schwangerschaft.  
 Kiepenheuer & Witsch, Köln  
 1984, 314 Seiten, 19,80 Mark**

Dieses Buch ergänzt die Reihe der »Medikamenten«-Bücher bei Kiepenheuer & Witsch wie »Bittere Pillen«, »Gesunde Geschäfte« etc. um einen speziellen Bereich, der von der Medizin bisher sträflich vernachlässigt wurde.

Es ist jedoch nicht in erster Linie für medizinisches Personal geschrieben, sondern wendet sich an alle Frauen. Dementsprechend ist es auch populärwissenschaftlich

**Ulrike Bittner  
 Renate Jäckle  
 Christine Scholz**

## Unter Umständen

**Über den Umgang mit Medikamenten in der Schwangerschaft**

**Kiepenheuer & Witsch**

geschrieben und im großen und ganzen allgemeinverständlich gehalten.

Das Buch enthält zum einen aufklärende Kapitel wie »Veränderungen des weiblichen Körpers während der Schwangerschaft« und »Die Entwicklung des Ungehorsams«. Zum anderen setzen sich die Autorinnen kritisch mit der Medikalisierung der Schwangerschaft auseinander. Die Ärzte blenden fast alle sozialen Aspekte der Schwangerschaft aus, die — wie Studien deutlich zeigen — mit ein Grund für die hohe Säuglingssterblichkeit in der Bundesrepublik sind. Dabei wird von den Ärzten der Panzogenannte Risikoschwangerschaften aufgebaut, zu denen mittlerweile fast 50 Prozent aller Schwangerschaften gezählt werden. Die Autorinnen wiesen nach, daß die »wissenschaftliche« Erfassung sogenannter Risiken fast nur Pseudorisiken betrifft, die wissenschaftlich gar nicht aufrecht erhalten werden können bzw. auf veralteten Erkenntnissen beruhen. So soll eine Schwangerschaft unter 16 Jahren eine Risikoschwangerschaft sein! Studien zeigen jedoch, daß das Gegenteil der Fall ist. So halten sich solche Erkenntnisse über Jahrzehnte, ähnlich wie Generationen von Kleinkindern Spinat essen müssen, weil angeblich Spinat sehr eisenhaltig sei. Dabei berührte diese »Erkenntnis« auf einem Kommaehler beim gemessenen Eisengehalt, der Jahrzehntlang unentdeckt blieb.

Nicht nur mangelnde Selbstkritik der Ärzte schafft das schiefe Bild der Risikoschwangerschaften. Das geltende System der Honorierung ärztlicher Leistungen schreit geradezu danach, eine »Risikoschwangerschaft« zu diagnostizieren, die sich abrechnungstechnisch viel besser ausschlachten läßt als eine normale Schwangerschaft.

Aber auch die Laienwerbung und die Praktiken der Pharmahersteller

bleiben nicht unerwähnt. Es sind Ammenmärchen, daß frei verkäufliche Arzneimittel weniger schädlich sind als rezeptpflichtige. Selbst ein Abführtee wie Midro-Tee kann einen Abort auslösen, dieser Hinweis im Beipackzettel fehlt jedoch völlig. 90 Prozent aller Schwangeren nehmen Medikamente, die ihnen größtenteils von Ärzten verschrieben werden, aber das findet sich weder im Mutterpaß noch unter den »Risiken«, auf die ja so großer Wert gelegt wird. Die von der Pharmaindustrie herausgegebene »Rote Liste« verheimlicht mehr als sie informiert.

Das Buch hat nicht nur einen Medikamententeil, wo sich die Schwangere selbst über die »Nebenwirkungen« der verschriebenen und frei verkäuflichen Medikamente informieren kann, sondern wird abgerundet durch einen Überblick, welche Hilfen werdenden Müttern zur Verfügung stehen. »Unter Umständen« ist nicht nur für betroffene Frauen interessiert, sondern sollte für Mediziner zur Pflichtlektüre gehören. Das Buch ist ein Plädoyer für mehr Arzneimittelsicherheit.

Gunar Stempel

**Buchladen**  
 Gießener Straße 197 Kölner Straße 1143  
 5000 Köln 31 5000 Köln 93  
 Tel. 0211/18376 Tel. 0211/69359  
 0211/22150 10 0221/520519

**Bücher zum Thema:  
 LATEINAMERIKA**



**Bücherliste Lateinamerika**

Die Liste enthält ca. 450 politische und literarische Titel, die zum großen Teil besprochen sind:

- Sachbücher zur politischen und sozialen Lage in den einzelnen Ländern
- Ländertübergreifende Themen
- Werke lateinamerikanischer Schriftsteller
- Auswahl allgemeiner Dritte-Welt-Literatur
- Zeitschriften, Unterrichtseinheiten

Wir verschicken die Bücherliste gegen DM 2,50 in Briefmarken.

# IMPRESSUM

## Herausgeber

Heinz-Harald Abholz (West-Berlin), Hans-Ulrich Deppe (Frankfurt), Hainer Keupp (München), Brigitte Klühe (Riedstadt), Hans Mausbach (Frankfurt), Wolfgang Münster (Hattingen), Christina Pöltor (Gießen), Michael Regus (Siegen), Annette Schwarzenau (Hamburg), Hans See (Frankfurt), Harald Skrobles (Riedstadt), Peter Stössel (München), Alf Trojan (Hamburg), Erich Wulf (Hannover).

**Koordinierende Redaktion und Anzeigenverwaltung:** Demokratisches Gesundheitswesen, Siegburger Str. 26, 5300 Bonn 9, Tel. 0228 / 46 82 08 (8.30 Uhr bis 12.30 Uhr, montags 19.00 Uhr bis 21.00 Uhr)

## Redaktion

Chorofdakleur: Norbert Mappes

Aktuelle Gesundheitspolitik: Detlev Uhlenbrock, Walter Popp; Gesundheitsversorgung: Gregor Weinrich, Ulf Menges, Joachim Gill; Arbeits- und Lebensverhältnisse: Norbert Andersch, Kurt Straif; Pharma- und Görleiteindustrie: Ulli Raupp; Umwelt: Peter Walger; Arbeitseinschätzungen im Gesundheitswesen: Matthias Albrecht, Edi Erken; Ausbildung: Eckard Müller, Peter Liebermann; Internationales: Gunnar Stompol, Felix Richter-Hebel, Stephan Schötzl; Frauenproblem: Ulla Funke-Verhasselt; Pflegeberufe: Thomas Wollig; Historisches: Helmut Koch; Kultur und Subkultur: Helmut Copak

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

Namentlich gezeichnete Beiträge geben die persönliche Meinung des Verfassers wieder und stellen nicht unbedingt die Meinung der 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  
Postgiroamt Essen Nr. 15420-430

Die Zeitschrift „DEMOKRATISCHES GESENDSCHAFTSWESEN“ erscheint monatlich bei:  
Pahl-Rugenstein Verlag GmbH, Gottesweg 54, 5000 Köln 51, Tel. 0221/36 4051, Konten: Postgiroamt Köln 65 14-503. Stadtsparkasse Köln 106 522 38 (für Abo-Gebühren).

Abonnementrechnungen sind innerhalb von zwei Wochen nach ihrer Aussellung 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.

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

Redaktions- und Anzeigenschluß für das Dozentenheft: 7. 11. 84.

Graphik: Christian Paulsen

Titelbild: Christian Paulsen

Layout: Eckard Müller, Gunther Rotter, Peter Walger, Ulla Funke-Verhasselt, Norbert Mappes

Satz und Druck: Farbo Druck + Grafik Team GmbH Köln, Bischofsweg 48-50, 5000 Köln 51

JSSN: Nr. 0172-7091

## Pannen

Der dg-Report zur Krankenpflege, den wir im letzten Heft angekündigt haben, wird erst im Januar erscheinen. Der Gesundheitstag hat unsere ohnehin sehr knappe Zeitplanung gründlich durcheinander gebracht. Deshalb konnte auch dieses Heft erst eine Woche später als ursprünglich geplant herauskommen. Es soll nicht wieder vorkommen.

## Geburtstag: fünf Jahre dg

Im November 1979 erschien, nach fast zweijähriger Vorbereitung, die erste Ausgabe des DEMOKRATISCHEN GESUNDHEITSESENS. Am 24. November dieses Jahres wollen wir in Bonn Geburtstag feiern. Alle Freunde, Freundinnen, Förderer, Schreiber von und im dg möchten wir einladen, mit uns zu feiern. Um die »Menge Mensch« optimal versorgen zu können, bitten wir um rechtzeitige Anmeldung im dg-Büro. Telefon: (0228) 46 82 08.

## Gesundheitstag I

Nach langjährigen Animositäten haben die Gründer-Opas von dg und »Dr. med. Mabuse« auf dem Gesundheitstag ein Zeichen gesetzt: Hermann Löffler (Mabuse), Matthias Albrecht und Ulli Raupp (dg) haben öffentlich abonniert, was sie bisher nur inkognito zu kaufen wagten: das »Konkurrenzblatt«. Wenn die Leser beider Zeitschriften nachzögeln, gehörten rote Zahlen bald der Vergangenheit an.

## Gesundheitstag II

Vereinzelte (!) Planer des Gesundheitstages, besonders des Themenpunkts »Vom Sozialstaat zur Pflicht zur Gesundheit«, distanzierten sich weit von dg — und ließen das sogar im Fett-druck ins Programm einrücken (S. 193). Aber auch der weit vom Schuß gelegene Ort der dg-Diskussion mit Bremens Gesundheitssenator Herbert Brückner konnte mehr als 400 Besucher des Gesundheitstages nicht davon abhalten, sich unsere »Inhalte« ganz freiwillig »aufdrücken« zu lassen — wie Planer Jörg E. formuliert hatte. Dabei war unsere Veranstaltung erst nach langem Hin und Her »außerplanmäßig« akzeptiert worden — drei weitere wurden abgelehnt.

Ulli Raupp

## dg-Seminar

Der zweite Teil des dg-Seminars zur Krankenhausfinanzierung findet am Samstag, dem 15. Dezember, in Dortmund statt. Anmeldung bei Matthias Albrecht, Tel. (0231) 75 38 80.

## dg-Kontakte

**Aachen:** Erhard Knauer, Maria-Theresia-Allee 59, 5100 Aachen, Tel. (0241) 75459; **Ansbach:** Birgitta Fischerbacher, Am Heimweg 17, 8800 Ansbach, Tel. (0981) 144 44; **Berlin:** Hermann Dittrich, Grunewaldstr. 28, 1000 Berlin 41, Tel. (030) 822 63 28; **Bonn:** Edi Erken, Eckenerstr. 28, 5205 St. Augustin 2 (Hangelar), Tel. (02241) 2 91 78; **Bremen:** Cornelius Selke, Clausewitzstr. 25, 2800 Bremen 1, Tel. (0421) 23 43 71; **Darmstadt:** Jürgen Frohner, Neulscher Weg 3, 6101 Modest-Ernsthofen; **Dortmund:** Matthias Albrecht, Am Kuhlenweg 22, 4600 Dortmund 50, Tel. (0231) 75 38 80; **Düsseldorf:** Joachim Gill, Fruchtstr. 2, 4000 Düsseldorf, Tel. (0211) 349204; **Duisburg:** Felix Richter-Hebel, Hochfeldstr. 19, 4100 Duisburg 17, Tel. (02136) 5120; **Frankfurt:** Klaus Priester, Schloßstr. 98, 6000 Frankfurt 90, Tel. (069) 70 54 49; **Gießen:** Claudia Göttmann, Bismarckstr. 6, 6300 Gießen, Tel. (061 31) 3 37 10; **Hamburg:** Robert Pfeiffer, Kurfürstenstr. 45, 2000 Hamburg 70, Tel. (040) 6 56 48 45; **Hanau/Maintal:** Hans See, Südring 12, 6457 Maintal 1, Tel. (061 81) 4 72 31; **Hannover:** Martin Walz, Tiestestra. 19, 3000 Hannover 1, Tel. d. (05132) 90 65 57/p: (0511) 81 88 68; **Hattingen:** Wolfgang Münster, Marxstr. 19, 4320 Hattingen, Tel. (02324) 6 74 10; **Heidelberg:** Michael Gerstner, Burgstr. 44, 6900 Heidelberg, Tel. (06221) 4 41 01; **Karlsruhe:** Claudia Lehner, Schillerstr. 54, 7500 Karlsruhe 1, Tel. (0721) 7638 44; **Lengerich:** Jan Hendrik Herdfass, 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 Happmann, Bäckerstr. 41, 4950 Minden; **München:** Margret Lambardt, Billrothstr. 7, 8000 München 70, Tel. (089) 78 15 04; **Mindelheim:** Thomas Melcher, Beethovenstr. 4, 8948 Mindelheim, Tel. (08261) 97 33; **Münster:** Helmut Copak, Geiststr. 87a, 4400 Münster, Tel. (0251) 79 46 88; **Oldenburg:** Helmut Koch, Saarstr. 11, 2900 Oldenburg, Tel. (0441) 8 38 65; **Recklinghausen:** Petra Voss, Am Lohrt 4, 4350 Recklinghausen, Tel. (02361) 154 53; **Remscheid:** Michael Sünder, Lockickerstr. 50, 5630 Remscheid 11, Tel. (02191) 552 79; **Riedstadt:** Harald Skrobles, Freih.-v.-Stein-Str. 9, 6086 Riedstadt, Tel. (06158) 61 61; **Siegburg:** Richard Belzien, Hagebutzenweg 24, 5200 Siegburg-Kaldauen, Tel. (02241) 38 35 90; **Siegen:** Michael Regus, Zur Zinsenbach 9, 5900 Siegen, Tel. (0271) 76 86 60; **Tübingen:** Elke Schön, Jacobgasse 19, 7400 Tübingen, Tel. (070 71) 21 27 98; **Ulm:** Wolf Schleiner, Ringstr. 22, 7900 Ulm-Lehr, Tel. (0731) 6 65 44; **Viersen:** Sebastian Storl, Hermann-Ehlers-Str. 5, 4050 Viersen 12, Tel. (02162) 7 76 94.



**Tauschten auf dem Gesundheitstag Abos aus:**  
**Hermann Löffler (»Dr. med. Mabuse«) und Ulli Raupp (dg).**

**Das nächste Heft erscheint am 30. November.  
dg-Report:  
Primärprophylaxe**

