

# dg

Demokratisches  
Gesundheitswesen  
Januar 1981

G 2961 E  
Einzelheft 5 Mark  
Abonnement 3,70 Mark

## Zu den Akten?

Der Öffentliche Gesundheitsdienst

Drei Tote bei Sandoz

Strukturreform

Was kommt nach der Wahl?

## Ablaß Handel



**dg-Redakteur  
Ulli Menges ist  
internistischer  
Assistenarzt  
in Münster.** kürzungen und gleichzeitig gehäuft anfallende Überstunden. Bemerkenswert dabei, daß fast alle diese Kliniken sich in öffentlicher Trägerschaft befinden, meist sind sie Teil der Universitätskliniken.

Gefordert wäre also der Staat, wenn es darum geht, ihnen die nötigen Finanzmittel zur Verfügung zu stellen. Doch außer blumigen Sonntagsreden war für die betroffenen Eltern von den Politikern nichts zu bekommen. Im Gegenteil: es wurden sogar Mittel

**L**ange vor dem üblichen weihnachtlichen Spendenrummel begann in diesem Jahr eine Spendenaktion wesentlich größeren Ausmaßes. Der Urheber der Aktion schaffte es mal wieder, in aller Munde zu kommen: der seit Jahren krisengeschüttelte „Stern“. Nach „bewährtem anglo-amerikanischen Strickmuster wird mit Show, Sport, Politik und Werbung die große Werbetrommel gerührt. Was dabei herauskommen soll, ist Geld für krebskranke Kinder in der Bundesrepublik.

1500 Kinder sind es, die hier jährlich neu an Krebs erkranken; jedes dritte von ihnen stirbt. Ständig müssen etwa 6000 krebskranke Kinder behandelt werden. Etwa die Hälfte erhält, so wird geschätzt, die bestmögliche Therapie. Seit Jahren klagen Schwestern, Pfleger und Ärzte aus Kinderkrebskliniken über unbesetzte Stellen, Personal-

des Bundesarbeitsministeriums für eine Berliner Klinik gestrichen.

Verständlich, daß gerade die Eltern krebskranker Kinder nach anderen Wegen der Finanzierung suchten. Die „Stern“-Aktion unter dem organisatorischen Dach der „Deutschen Krebshilfe“ scheint mir allerdings der falsche zu sein.

Den Eltern geht es um mehr Personal und damit um größere Zuwendung für ihre Kinder. Die „Deutsche Krebshilfe“ zeichnete sich allerdings in der Vergangenheit vor allem durch die Finanzierung medizinischen Großgeräte aus, wie zum Beispiel die eines Computertomographen für die Kölner Universitätskliniken. Solte sich dies jetzt geändert haben?

Ärgerlich wird das ganze Spektakel jedoch, wenn man sieht, wie unter dem Deckmantelchen der uneigennützigen Hilfe auf Kosten der krebskranken Kinder Schleichwerbung gemacht wird. Wer zählt die Firmen, die sich in der Show-Promotion-Veranstaltung des ZDF im Oktober austoben durften? Wer addiert, wieviele Millionen Mark die Firmen durch großzügige Namensnennung für teure Werbeminuten im Fernsehen einsparen konnten? Der sich gern kritisch gebende Stern jedenfalls nicht. Und ein Schuft, wer daran denkt, daß das Magazin durch die Aktion höchst eigennützig seinen Auflagenschwund stoppen will.

Siebeneinhalb Millionen Mark sind bislang gesammelt worden. Der „Stern“ ist stolz darauf. Politiker und Industrie haben sich im Namen der krebskranken Kinder ihren Ablaßzettel gekauft. Mit dem gesammelten Geld sei, so lese ich, „die erste Not gelindert“ worden. Die nächste Not wird mit solcher Promotionsshow nicht verhindert, auch wenn sich im nächsten Jahr findige Manager diese erneut zu eigen machen sollten.

# inhalt

dg 1/87

## dg-Report

Zu den Akten?  
Der öffentliche Gesundheitsdienst

10

## Umwelt

„Erst nach dem dritten Toten“  
Arbeitsschutz bei Sandoz

17

No milk today  
Erstes Bundestreffen der Initiativen  
nach Tschernobyl

23

## Patientenversorgung

Sieben Siegel  
Türkisch am Krankenbett

18

## Frieden

Erfinderische Zwerge  
B-Waffenforschung in Hannover?

24

Kehrseite der Medaille  
IPPNW-Kongreß auf Kuba

36

## Internationales

„Es ist schon ein Wahnsinn“  
dg-Gespräch mit Zoraida Torrez Chavarria,  
Krankenschwester aus Matiguás

28

## Sexualwissenschaft

Vater mit Unterleib  
Aufklärungsbücher heute

26

## Ernährung

Pommes mit Mayo  
Betrachtungen über die  
Fast-Food-Gastronomie

34

## Dokumente

Gesundheitspolitik, Arztpolitik  
und Gesundheitsbewegung  
von Hans Ulrich Deppe

19

Anmerkungen zum Sozialpolitischen  
Programm der SPD  
von Bernhard Braun

21

## Rubriken

Sie über uns  
Aktuelles  
Termine/Kleinanzeigen  
Buchkritik  
Comic  
Wir über uns

4

4

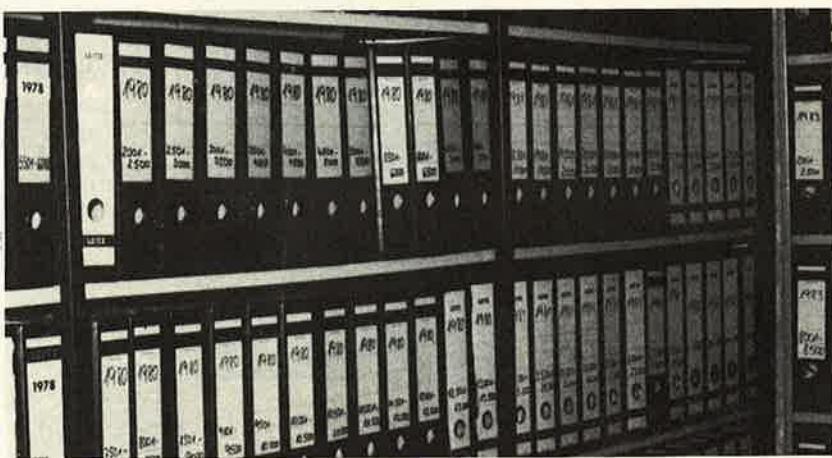
9

37

38

39

Foto: Linke 4/86, Becker



**„Amtsärsche“ und „Gesundheitsbulle“ – könnten die Mitarbeiter des Öffentlichen Gesundheitsdienstes nicht mehr sein? Wäre es nicht besser, das Thema ÖGD zu den Akten zu legen? Der Report auf Seite 10.**

**Drei Arbeiter bei Sandoz mußten sterben, bevor eine neue Ab sauganlage für Benzoldämpfe installiert wurde. Ein Interview mit dem Arzt, der einen von ihnen behandelte, auf Seite 17**



**Alle plappern von Strukturreform – keiner wird konkret. Was von der CDU/CSU nach den Wahlen zu erwarten ist, untersucht Hartmut Reiners auf Seite 30.**

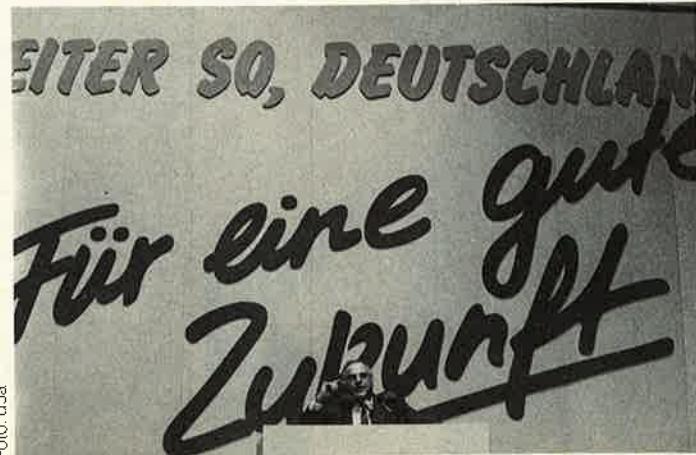


Foto: dpa

# sie über uns aktuelles

## Betr. Vietnam

Vor einigen Monaten habe ich gelesen, daß in Vietnam Mangel an Ultraschallgeräten besteht, um die im Zusammenhang mit dem Agent-Orange-Abwurf gehäuft auftretenden kindlichen Mißbildungen pränatal zu diagnostizieren. Durch die neue Ultraschall-Verordnung gibt es in unserem Land eine große Zahl funktionierender Ultraschallgeräte, die nach Maßgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen nicht mehr verwendet werden können und – wie in meinem Fall – in der Abstellkammer vergammeln. Ich wäre gerne bereit, mein Gerät kostenlos zur Verfügung zu stellen und könnte mir vorstellen, daß andere Kollegen ähnlich handeln würden. Vielleicht könnet Ihr einen Aufruf abdrucken und gegebenenfalls den Transport organisieren.

Außerdem könnte ich einen zwei Jahre alten Seralyzer der Firma Ames zur trockenchemischen Bestimmung spenden.

MATTHIAS  
RUDOLPH  
Miltwitz

Leider ist die dg-Redaktion nicht in der Lage, einen Transport von medizinischen Geräten nach Vietnam zu organisieren. Wir bitten spendenwillige Leser, sich an die Hilfsaktion Vietnam e.V., in 4000 Düsseldorf, Bismarckstr. 33 zu wenden.

Ihre Redaktion



## Amüsant

Euer Artikel über Sexualität war ein bißchen laberig, aber ganz amüsant. Bloß weiß ich nicht so richtig, was Ihr letzten Endes damit sagen wolltet. Eigentlich habe ich hinterher nur noch verstanden, daß alles „jedwede“ ungeheuer schwierig ist und daß die Männer arm drin sind und die Frauen noch ein wenig mehr. Na gut, aber das wußte ich auch vorher.

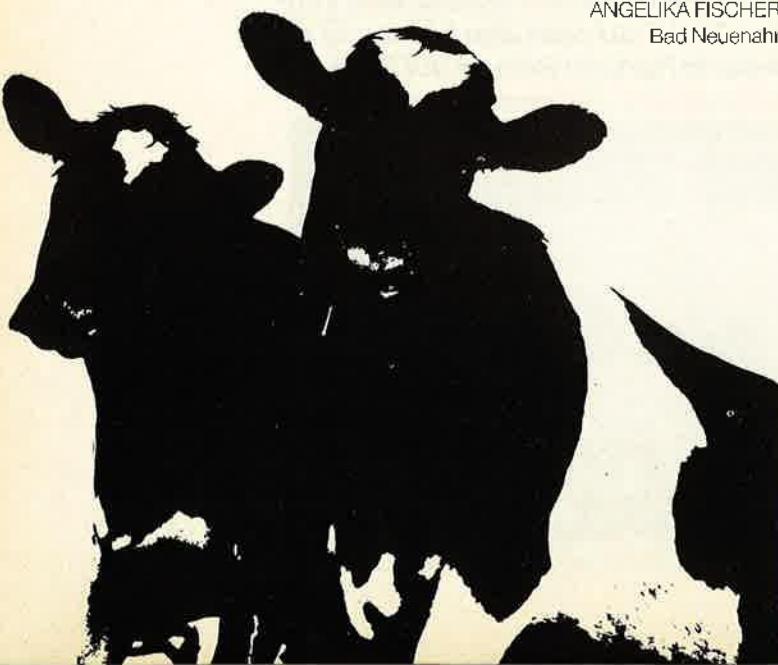
ALF KLINGELS  
Tübingen

## Spinnerei

dg 12/86: „Alles anders nach Tschernobyl“

Karin Kieseyer spinnt ja wohl. Was ist denn schlamm daran, wenn Mütter und Väter nach Tschernobyl sich klar darüber werden, daß es so nicht mehr weitergehen darf? Vielleicht sind, liebe Karin, nicht alle schon immer so schlau gewesen wie Du, sondern fangen jetzt erst an zu verstehen, wo es hier bei uns lang geht.

ANGELIKA FISCHER  
Bad Neuenahr



## Pestizidgesetzgebung verschärfen

Das Pestizid Aktions-Netzwerk (PAN) hat eine Verschärfung der Gesetzgebung für Pestizide und ein Produktions- und Anwendungsverbot für alle Mittel, die für Mensch und Natur gefährlich sind, gefordert. Die Selbstverpflichtungsleitlinien der bundesdeutschen Chemic-Unternehmen bezeichnen PAN-Sprecher Wolfgang Bödeker als „ausschließliche Öffentlichkeitskampagne zur Imageverbesserung“. Als erste Schritte verlangte das Aktions-Netzwerk von der Bundesregierung unter anderem die Offenlegung aller staatlichen und industriellen Informationen durch Hersteller und Behörden bezüglich der Produktion, Lagerung,

dem inländischen Handel und dem Export sowie der Anwendung von Pestiziden. Außerdem sollte ein Verbot der Produktion, Anwendung und des Exports für diejenigen Pestizide, die in den beiden höchsten Pestizid-Giftklassen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) aufgeführt sind, ausgesprochen werden (dazu gehören zum Beispiel die durch Sandoz in den Rhein gelangten Gifte Disulfoton und Paraquat aus der Giftklasse 1A, „extrem gefährlich“).

Angesichts von weltweit bis zu einer Million Vergiftungen und 20 000 Todesfällen durch Pestizide, vor allem in der Dritten Welt, müsse dringend der Export von den in der Bundesrepublik verbotenen, nicht oder nicht mehr zugelassenen beziehungsweise nicht im Handel befindlichen Pestizide, verboten werden.



Foto: dpa

## Anwendungsbeschränkung für Metamizol

Das Bundesgesundheitsamt (BGA) hat mit Wirkung vom 1. März 1987 Anwendungsbeschränkungen für 106 Arzneimittel beschlossen, die Metamizol als Monosubstanz enthalten. Sie dürfen nur noch vertrieben werden bei akuten starken Schmerzen nach Verletzungen oder Operationen; Koliken; Tumorschmerzen; sonstigen akuten oder chronischen Schmerzen, soweit andere therapeutische Maßnahmen kontraindiziert sind, und hohem Fieber, das auf andere Maßnahmen nicht anspricht. Die Zulassung für Kombinationspräparate mit Metamizol will das BGA widerrufen, wie es am 12. November mitteilte. Ob und wann der Widerruf ergeht, hängt vom Ergebnis der Stellungnahme von 44 Herstellern zu dem Plan ab. Außerdem forderte das Gesundheitsamt noch einmal die Einführung

der Rezeptpflicht für metamizolhaltige Arzneimittel. Diese kann vom BGA selbst nicht verfügt werden, sondern fällt in die Zuständigkeit des Gesundheitsministeriums, das eine Entscheidung im Einvernehmen mit dem Bundeswirtschaftsministerium fällen muß. Beraten werden die Ministerien dabei von einem Sachverständigenausschuß, der bereits am 7. November 1986 dem Antrag des BGA mehrheitlich widersprochen hatte.

In der Begründung der Anwendungsbeschränkung von Monopräparaten widersprach das BGA der Argumentation des größten Herstellers metamizolhaltiger Medikamente, der Hoechst AG. Sie hatte behauptet, die sogenannte Boston-Studie, eine internationale Untersuchung an mehreren tausend Patienten, habe gezeigt, daß „Novalgin zu den sichersten Schmerzmitteln gehört“.

## Kammerwahlen

Große Wahlerfolge haben die oppositionellen Ärztelisten bei den Kammerwahlen in Hamburg und in Baden-Württemberg erzielt. In Hamburg erhielt die „Ärztliche Opposition“ 14 der 54 Sitze (25,9 Prozent) und damit zwei mehr als der Marburger Bund. Auch in den vier Kammerbezirken Baden-Württembergs erreichten die Listen demokratischer Ärztinnen und Ärzte ein Stimmenergebnis von durchschnittlich 20 Prozent. Spitzenreiter war dabei die südbadische Liste, die erstmals kandidierte und auf Anhieb 19 von 72 Sitzen, also 26,3 Prozent, erringen konnte. In Nord-Württemberg erhielt die Ärzteopposition mit 14 Delegierten 20 Prozent der Sitze, in Süd-Württemberg mit 12 Sitzen 22,2 Prozent und in Nord-Baden mit 15 Delegierten 17 Prozent der Sitze. Auch in diesen drei Bezirken steigerten die oppositionellen Ärztinnen und Ärzte damit ihren Stimmenanteil um ein Beträchtliches.



Zum ersten Mal stellte sich die Fraktion Gesundheit auch zur Delegiertenwahl der Zahnärztekammer Berlin, und erhielt 15,5 Prozent der Stimmen. Im ersten Anlauf sieben Delegierte in der Zahnärztekammer, das ist ein beachtlicher Erfolg. Eine weitere Liste, die unabhängig von der Liste des Standesverbandes kandidierte, blieb bisher mit fünf Mandaten vertreten, erreichte 27,6 Prozent der Stimmen und stellt zwölf Delegierte. Der Liste des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte bleibt zwar mit 56,7 Prozent der Stimmen die Mehrheit, sie erlitt aber eine schwere Niederlage, da sie bisher immer 80 Prozent der Delegierten stellte. Der Freie Verband hatte bisher in allen entscheidenden Gremien der zahnärztlichen Selbstverwaltung das Sagen.

## München: Zwangstest auf HIV geplant

Nach Angaben der Aids-Hilfe München planen hohe bayerische Beamte die Zwangstestung ganzer als verdächtig angesehener Bevölkerungsgruppen, deren Registrierung und Überwachung. Die Aids-Hilfe bezog sich dabei auf öffentliche Äußerungen des Staatssekretärs im bayerischen Innenministerium, Peter Gauweiler, und ein kürzlich bekannt gewordenes Geheimpapier des Münchener Stadtdirektors Ziegler. Die Organisation zeigte sich bestürzt darüber, daß bereits erste Aktionen wie Razien, Personenerfassung, Meldungen an das Gesundheitsamt und die Anfertigung von Karteien und Listen im Gange seien. Diese Aktionen hätten sich schon auf die Beratungsarbeit der Münchener Aids-Hilfe ausgewirkt. Die Verunsicherung in der Homosexuellen- und Drogenszene durch politische Maßnahmen beeinträchtigte zusehends das Gespräch.

## Bundeskrankenhauskonferenz gegründet

Am 14. November hat sich in Bonn eine Bundeskrankenhauskonferenz (BKKH) gegründet. Neben der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) gehören der neuen Konferenz an: Der Marburger Bund, die Fachvereinigung der Verwaltungsleiter, die Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schwesternverbände und der Deutsche Berufsverband für Krankenpflege. Der Präsident der DKG, Konrad Regler, der den Vorsitz übernahm, nannte als wichtigste Forderung eine Strukturreform, die „eine bessere Verzähnung ambulanter und stationärer Versorgung“ gewährleisten müsse. Die in der Verschiebung der Altersstruktur begründete Finanzproblematik sei durch Kostenbudgetierung allein nicht zu bewältigen, zumal diese auch eine Leistungsbudgetierung mit sich bringe. Die gesetzlichen Krankenversicherungen müßten staatliche Zuschüsse zur Krankenversicherung der Rentner erhalten. Die Klinikverbände verlangten außerdem bei der Strukturreform eine auf sieben Tage begrenzte vorstationäre Diagnostik und eine auf 14 Tage beschränkte nachstationäre Behandlung.

## Tschernobyl: Nachgemessen

Nahrungsmittel mit weniger als 10 Becquerel pro Kilogramm werden als strahlenarm bezeichnet. Nahrungsmittel, die eine Belastung zwischen 10 und 30 bq/kg aufweisen, sind für Schwangere, Stillende und Kleinkinder nicht geeignet, andere Bevölkerungsgruppen sollten den Verzehr dieser Lebensmittel einschränken.



### Werte aus Radioaktivitätsmessungen

Cäsium in bq/kg bzw. bq/l

Nahrungsmittel	Datum	Herkunft	Meßwert Ø	Höchstwert
Datteln	23.10.	Tunesien	4	
Pistazien	22.11.	Türkei	5	
Feigen	22.11.	Türkei	87	
Schokolade				
Ritter Sport	31.10.	BRD	9	
Mokka				
Haselnuß-schokolade	22.10.	BRD	160	
Haselnüsse	14.11.	Türkei	671	
	22.11.	Hessen	82	
	31.10.	Bad Homburg	110	
	14.10.	Süddeutschland	61	
Honig	15.11.	Brünen	7	
	8.11.	Frankreich	70	
	21.10.	Hessen	52	
Rindfleisch	5.11.	Bremen	8	
	13.11.	Norddeutschland	26	
	15.11.	NRW	11,6	
Rehfleisch	1.11.	Hessen	51	
	13.11.	Bayern	1800	4200
	15.11.	NRW	120	
Schafskäse	4.11.	Hessen	259	
	4.11.	Bulgarien	3	
	4.11.	Albanien	12,9	
	4.11.	Griechenland	6	
	5.11.	Korsika	28,5	
	5.11.	Türkei	9,9	

Butter, Margarine und Eier lagen durchweg unter der Nachweisgrenze.

Auch das Wintergemüse ist nur gering belastet. In allen Regionen liegen die Höchstwerte unter 10 bq.

## Konzertierte Aktion: Erfolgreicher Schlag ins Wasser

ma – Arbeitsminister Blüm vertröstet die Kassen weiter auf seine „Strukturreform“. Wenn er doch sagen würde, was er damit meint.



Am 17. November hat in Bonn die Herbstsitzung der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen stattgefunden. Obwohl sie sich eigentlich mit Strukturfragen beschäftigen sollte, standen auch diesmal wieder die Finanzprobleme der Krankenkassen im Vordergrund. Bei den Kassen und im Bundesarbeitsministerium schellten die Alarmglocken, als sich herausstellte, daß die Ausgaben im ersten Halbjahr 1986 um 4,4 Prozent angestiegen waren und damit deutlich über der Entwicklung der Grundlohnsumme (3,3 Prozent) lagen. Folge: Ein Defizit von 1,5 Milliarden Mark.

Arbeitsminister Blüm sah trotzdem keinen Anlaß zum Eingreifen: „Initiativen und Maßnahmen, die von den Beteiligten in eigener Verantwortung entwickelt und

umgesetzt werden, haben Vorrang!“ Wie bisher.

Während er den Ärzten und Zahnärzten in der ambulanten Versorgung „beispielhaftes Verhalten“ beschreinigte, wurden Krankenhäuser, Arzneimittel sowie Heil- und Hilfsmittel als „Sorgenkinder“ bezeichnet. Die Ausgaben für Arzneimittel wuchsen in der ersten Hälfte des Jahres um 5,6 Prozent, und das, „obwohl der Preisbeschluß der pharmazeutischen Industrie nach wie vor Wirkung zeigt. Seit April dieses Jahres herrscht Preisstillstand bei den Arzneimitteln. Das verdient Anerkennung“, meinte Norbert Blüm. Dem ließ er jedoch die unerwartete Einsicht folgen: „Stabile Preise reichen allein nicht aus, wenn Ausweichbewegungen in die Mengen- oder Strukturkomponente möglich sind, wenn teurere Darreichungsformen und größere Packungen angeboten und verordnet werden.“ Abhilfe könnte, so glaubt der Bundesarbeitsminister, die kürzlich vorgelegte Transparenzliste des Bundesausschusses „Ärzte und Krankenkassen“ schaffen (siehe dg 12/86).

Für den Krankenhausbereich hielt Blüm eine ganze „Negativliste“ bereit. Der Ausgabenanstieg der Krankenhäuser lag mit 6,6 Prozent erheblich über der in der

Frühjahrsempfehlung angenommenen Steigerung von 3,25 Prozent. Eine kürzlich vorgelegte Untersuchung der Deutschen Krankenhausgesellschaft hatte bereits auf eine deutlich gestiegene Zahl der Krankenhausweisungen und auf das ungelöste Problem der Pflegefälle hingewiesen. Blüm sah jedoch durch die Entwicklung in den Krankenhäusern die „Funktionsfähigkeit der Konzertierten Aktion in Frage gestellt“. Um so mehr begrüßte er, „daß die Länder aktuelle Daten über den Bettenabbau in ihrem Bereich vorgelegt haben“.

Nach so vielen Fehlschlägen blieb der Konzertierten Aktion nur der Verweis auf die in der kommenden Legislaturperiode anstehende Strukturreform. Was allerdings darunter zu verstehen ist, scheint nicht einmal den Teilnehmern klar zu sein. Nur einmal wurde Blüm deutlicher: „Die gegenwärtige Abgrenzung des Personenkreises zwischen Gesetzlicher und Privater Krankenversicherung ist reformbedürftig.“

Ob Blüm dabei an eine einheitliche Volksversicherung denkt?

## Kassenärztliche Bedarfsplanung

Ab 1987 sollen zeitlich befristete Zulassungssperren für sogenannte mit Ärzten überversorgte Gebiete ausgesprochen werden können. Diesem Vorhaben der Bundesregierung hat der Bundestag am 14. November zugestimmt. Der Gesetzentwurf war innerhalb der Koalitionsparteien nicht umstritten gewesen. Vor allem die FDP hatte Bedenken erhoben und gefordert, daß die Regelung nach den Wahlen überprüft werden müsse.

Der Bundesrat wird den Gesetzentwurf voraussichtlich am 19. Dezember abschließend behandeln. Als Termin für das Inkrafttreten des Gesetzes ist der 1. Januar 1987 vorgesehen.

## Frauen im DGB

Der Mitgliederzuwachs im Deutschen Gewerkschaftsbund (DGB) wurde 1985 hauptsächlich durch den Beitritt von Frauen erreicht; ihr Anteil an neuen Mitgliedern betrug 85 Prozent. Größte „Frauengewerkschaft“ ist die Gewerkschaft Handel, Banken und Versicherungen (HBV) mit 576 Frauen unter 1000 Mitgliedern. In der Gewerkschaft ÖTV beträgt der Frauenanteil mit 360 000 Frauen rund 30 Prozent. Am unteren Ende steht die Gewerkschaft Bergbau und Energie; Unter den dort Organisierten sind nur 20 von 1000 weiblichen Geschlechts. Insgesamt beträgt der Frauenanteil im DGB 22,1 Prozent. fp

## Zu kleine Schuhe

Über 42 Prozent der Kinder, die die Deutsche Angestellten Krankenkasse (DAK) in einer Fußmeßwoche untersuchen ließ, trugen zu kleine Schuhe. Dies teilte jetzt die Landesgeschäftsstelle Mittelrhein der DAK mit. Von 9592 Kindern aus dem Regierungsbezirk Köln trugen nach ihren Angaben 32 Prozent der Kinder Schuhe, die eine Nummer zu klein waren, bei 9 Prozent waren die Schuhe um zwei Nummern zu klein, und 1,4 Prozent lagen sogar noch darunter.

## Tuberkuloseneuerkrankungen

Rund 17 000 Neuerkrankungen an aktiver Tuberkulose wurden 1985 bei den Gesundheitsämtern im Bundesgebiet registriert. Dies teilte am 20. November das Statistische Bundesamt in Wiesbaden mit. Die Neuerkrankungen verringerten sich damit gegenüber dem Vorjahr um 200 Fälle oder rund ein Prozent. Mit 60 Zugängen je 100 000 Einwohner fiel die Zahl für die ausländische Bevölkerung mehr als doppelt so hoch aus wie für die deutsche mit 25 Neuerkrankungen.

## CDU: Soziale Indikation verschärfen

Deutlich verschärftete Auflagen für die Beratung vor einem Schwangerschaftsabbruch hat die CDU Baden-Württembergs gefordert. In einem Antrag im Stuttgarter Landtag verlangten die Christdemokraten, daß bei der Schwangerschaftskonfliktberatung in Zukunft auch der Partner der Schwangeren und bei minderjährigen Frauen deren Eltern teilnehmen müßten. Beratungsstellen sollen nach den Vorstellungen der CDU nur dann anerkannt werden, wenn sie mit dem Ziel des „Schutzes der ungeborenen Kinder“ beraten. Außerdem müsse der Arzt die Indikation eingehend schriftlich begründen. Der den Abbruch vornehmende Arzt müsse sie nochmals überprüfen. Ferner verlangt die CDU-Fraktion, daß die Ärzte, die Indikationen stellen, fortlaufend an Fortbildungsveranstaltungen teilnehmen müßten.

SPD und Grüne im Stuttgarter Landtag haben den Antrag der

CDU heftig kritisiert. Der Landesvorstand der Grünen nannte ihn eine unverschämte Bevormundung der Frauen.

## Boykottaufruf gegen Sandoz

Zum Boykott von Arzneimitteln der Firmen Sandoz und Ciba Geigy haben nach der Katastrophe in Basel mehrere Einzelpersonen und Gruppen aufgerufen. Die Grünen im Gemeinderat Stuttgart beantragten am 21. November, die Stadt möge die Apotheken veranlassen, ihre Geschäftsbeziehungen mit den Basler Chemiefirmen zu überdenken. Eine Gruppe von 25 Frankfurter Ärztinnen und Ärzten, unter ihnen der Vorsitzende des Vereins demokratischer Ärztinnen



Winfried Beck, Vorsitzender des Vereins Demokratischer Ärztinnen und Ärzte

und Ärzte, Dr. Winfried Beck, haben erklärt, sie wollten zukünftig Präparate der Firmen Sandoz und Ciba Geigy vermeiden, soweit diese Mittel ohne Therapieeinbußen ersetzbar seien. Zu einem vorläufigen Boykott rief auch die Fraktion Gesundheit in der Berliner Ärztekammer und Ulrich Moebius, Mitherausgeber des Arzneimittel-Telegramms, auf. Moebius stellte bereits eine Liste von austauschbaren Sandoz-Präparaten vor.

Anzeige:

akzent-touristik

### CUBA

18. Jan. - 1. Feb. 87  
Fachprogramm Gesundheitswesen  
DM 2.845,-

mit reichhaltigen Gesprächs-,  
Info- u. Besichtigungsprogramm.  
Rundreise: Havanna - Cienfuegos  
Trinidad - Villa Clara etc.  
Als Bildungsurlaub beantragt.  
Verlängerung als Badeurlaub ist  
möglich.

Rappstr. 15 - HH 13 - Tel. 410 61 45



## Bayern: Aufsteiger

Einen sensationellen Wahlerfolg hat die Liste demokratischer Ärztinnen und Ärzte bei den Kammerwahlen in Bayern erzielt.

Vom 24. bis 28. November haben in München die Wahlen zum Ärztlichen Kreis- und Bezirksverband (ÄKBV) und in ganz Bayern die Wahlen zur Bayerischen Ärztekammer (LÄK) stattgefunden. Zur Wahl hatten dabei vier Listen gestanden. Über die Ergebnisse der Liste demokratischer Ärztinnen und Ärzte, der Liste 3, läßt sich dabei nur Erfreuliches berichten. Sie hatte sich zum ersten Mal an den Wahlen in Bayern beteiligt und wurde auf Anhieb in der Landesärztekammer stärkste, im Münchener Kreis- und Bezirksverband zweitstärkste Fraktion nach dem Marburger Bund. Der bisherige ÄKBV-Vorstand, der auf einer eigenen Liste kandidierte, erlitt erhebliche Verluste.

Die Ergebnisse im einzelnen:

### Ärztlicher Kreis- und Bezirksverband:

Marburger Bund – 19 Sitze (27 Prozent),  
Liste 3 – 18 Sitze (26 Prozent),  
Liste 2 (CSU-nahe) – 18 Sitze (25 Prozent),  
Liste 1 (Vorstandsliste) – 15 Sitze (22 Prozent).

### Landesärztekammer:

Liste 3 – 13 Sitze,  
Liste 2 – 12 Sitze,  
Marburger Bund – 11 Sitze,  
Liste 1 – 11 Sitze.

Ein bemerkenswertes Einzelergebnis erzielte Professor Herbert Begemann von der Liste 3 mit 3100 Stimmen im ÄKBV und 4000 in der Landesärztekammer. Begemann erhielt damit die meisten Persönlichkeitsstimmen. Eine hohe Zahl von Stimmen vereinigten auch Frau Prof. Kollmannsberger und Renate Jäckle auf sich, die ständige Zielscheibe heftigster Angriffe von konservativer Seite gewesen war.

Foto: Döhre

## Gefährliche Chemikalien am Arbeitsplatz

Zahlreiche Verstöße gegen Schutzbestimmungen für Arbeiter, die mit gesundheitsgefährdenden Chemikalien umgehen müssen, haben die hessischen Gewerbeaufsichtsämter festgestellt. Betriebe, die zum Beispiel das Korrosionsschutzmittel Hydrazin verarbeiten, schützen zu 45 Prozent ihre Angestellten nicht entsprechend den gesetzlichen Vorschriften. Der hessische Sozialminister, Armin Clauss (SPD), erklärte bei der Bekanntgabe der Kontrollergebnisse, die Chemiekatastrophen der letzten Zeit machten deutlich, daß Arbeitsschutzzkontrollen unerlässlich seien. Aber auch die rechtlichen Instrumente müßten überprüft werden. Das Informationsheft „Kontrolle gefährlicher Stoffe“ mit den vollständigen Meßergebnissen von 1985 kann kostenlos beim Hessischen Sozialminister, Referat Öffentlichkeitsarbeit, Dostojewskistr. 4, 6200 Wiesbaden bezogen werden.

**Ein Kommentar erübrigtsich**

## USA: Schlankheitshysterie

Selbst neunjährige Mädchen in den USA hungern, um schlank zu sein. Wie die Neu Isenburger Ärzte Zeitung vom Jahrestreffen der Amerikanischen Diätetischen Gesellschaft in Las Vegas berichtete, hatte eine Umfrage unter 500 Schülerinnen ein erschreckendes Ergebnis erzielt: 89 Prozent der Siebzehnjährigen gaben an, Diät zu halten. Bereits im Alter von neun Jahren hungern 50 Prozent der Kinder. Laurel Mellin von

der Universität San Francisco, der das Umfrageergebnis vorstellte, erklärte, daß 58 Prozent der Mädchen sich für zu dick hielten, obwohl nur 17 Prozent Übergewicht hätten. Schon bei den neunjährigen glaubten dies 31 Prozent.

## Fotowettbewerb zum Thema Behinderung

„Mit den Augen der Kamera – behinderte Menschen im Alltag“, so lautet das Motto eines Fotowett-

bewerbs, den die Bundesarbeitsgemeinschaft „Hilfe für Behinderte“ für in- und ausländische Fotografen ausgeschrieben hat. Die Fotos sollen zum Ausdruck bringen, wie Behinderte ihr Leben meistern, teilte ein Sprecher der Arbeitsgemeinschaft mit. Abgabeschluß ist der 1. März 1987. Informationen bei der BAG Hilfe für Behinderte, Kirchfeldstr. 149, 4000 Düsseldorf 1

Anzeige

## Montags wieder dabei

Es war ein schwerer Entschluß für die DKP, aus wirtschaftlichen Gründen die Montagsausgabe der **UZ** einzustellen.

Um so stolzer ist die Partei jetzt darauf, in gemeinsamer Anstrengung die Montagsausgabe, den „Roten Montag“ wieder ermöglicht zu haben.

Ab 1. Oktober 1986 finden die Abonnenten ihre **UZ** montags wieder im Briefkasten. Wer noch nicht abonniert hat, sollte es jetzt tun.

**UZ**-Leser wissen mehr. Auch montags.

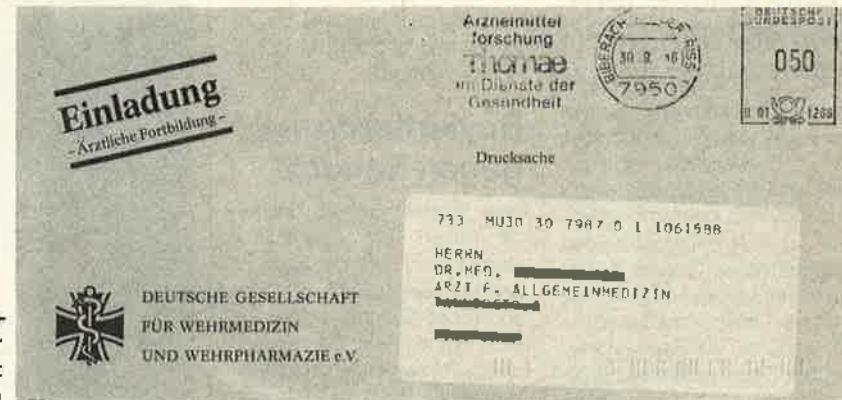


Die Zeitung der arbeitenden Menschen.  
Zeitung der DKP.

Die **UZ** können Sie probelesen.  
14 Tage kostenlos und unverbindlich.  
02101/590321, Kollegie Duisburg.  
Oder schicken Sie uns diesen Coupon.

011401DEMCE5

Coupon ausschneiden und einsenden an: Plambeck & Co. Postfach 101053, 4040 Neuss 1



# termine/kleinanzeigen

16.-18.1

## Rotenberg/Heidelberg

Seminar: „Der Kreislauf des Gif-  
tes – die Folgen des Pestizideex-  
ports in Länder der Dritten Welt  
am Beispiel Brasiliens“

Kontakt: Pestizid Aktions-Netz-  
werk (PAN) Heidelberg, c/o Ello  
Scheffler, Wolfgangstraße 10,  
6900 Heidelberg, Tel.: (0 62 21)  
78 14 00.

4.-5.2.

## Osnabrück

Seminar: Der Kranke und sein  
Umfeld. Ansätze zu einer patienten-  
orientierten Geschichte des  
Gesundheitswesens

Kontakt: Universität Osnabrück,  
Geschäftsstelle der Arbeits-  
gruppe LGW, An der Katharinen-  
Kirche 8b, 4500 Osnabrück.

2.-6.3.

## Hamburg

Bildungsurlaubs-Seminar: Krankenpflege im Nationalsozialismus (II)

Kontakt: Berufsbildungswerk, Gemeinnützige Bildungseinrichtung des DGB, Bezirksge-  
schäftsstelle Hamburg, Billhorner Deich 96/II, 2000 Hamburg  
28, Tel.: (0 40) 78 13 71-74.

9.13.3

## Marl

Seminar: Tod und Sterben. Be-  
gleitung und Betreuung Schwer-  
kranker, Sterbender und ihrer An-  
gehörigen

Kontakt: Allgemeiner Kranken-  
pflegeverband, Lucy-Romberg-  
Haus, Wiesenstraße 55, 4370  
Marl, Tel.: (0 23 65) 3 46 66.

23.-25.1.

## Dortmund

Seminar: „Frauen und Therapie“, Konzeptionen feministischer Therapie

Kontakt: deutsche gesellschaft  
für Verhaltenstherapie,  
Friedrichstr. 5, 7400 Tübingen,  
Tel.: (0 70 71) 3 26 97.

### Achtung Friedensärzte!

Wer hat Lust, nächstes Jahr eine Reise als IPPNW-Gruppe (nicht nur Mitglieder) nach Moskau mitzumachen? Der Internationale IPPNW-Kongreß findet bekanntlich dort Ende Mai statt. Dan können wir besuchen, und anschließend würden wir uns noch weitere 8 Tage in Moskau aufhalten, um dann Kontakt mit der Moskauer Sektion der IPPNW aufzunehmen; ein konkreter Erfahrungsaustausch könnte dabei herauskommen, und die Kollegen lern man auch ein bisschen besser kennen. Weitere ließe sich noch organisieren: Besichtigungen des Gesundheitswesens, Diskussion mit der Gewerkschaft (z.B. Arbeitsbedingungen, Bezahlung, etc.) und so weiter. Es ist möglich, dass es eine Katastrophe mit den bestehenden Gesundheitseinrichtungen bevorsteht wird.

Daneben, ganz klar: Besuch im Theater, Kino, Besichtigung Revolutionsmuseum.

Termin: Anreise Himmelfahrt; Donnerstag, 28. Mai ab Berlin-Schönefeld  
Freitag – Sonntag: Teilnahme am IPPNW-Kongreß; alle können teilnehmen, brauchen aber nicht.

1.– 6. Juni 87 Aufenthalt in Moskau: Das Programm können wir uns selbst gestalten; deshalb sollte jeder Interessent mit seiner Anmeldung auch gleich seine Wünsche mit aufschreiben.

Rückreise: 7. Juni, Pfingstsonntag nach Berlin-Schönefeld.  
Kosten für den gesamten Aufenthalt im Zweibettzimmer mit Vollpension: 1200,- DM.

Anmeldung bei:

Inge Zeller  
Neuer Graben 73  
46 Dortmund 1  
Tel.: 0231/10 45 84

Pro Familia + Familienpla-  
nungszentrum Hamburg:

„Beratung vergewaltigter  
Frauen“ Ein Seminar für  
Frauen aus beratenden Berufen  
vom 27. Feb.-1. März 1987  
in Ratzeburg/Bäk.

Leitung: Gisela Clausen, Dipl.  
Psych., Kosten: 280 DM  
Anmeldung bis 25. Jan. 1987  
beim Familienplanungszen-  
trum, Bei der Johanniskirche  
20, 2000 Hamburg 50,  
Tel.: (0 40) 4 39 28 22.

\*\*\* Wegen anhaltender  
US Bedrohung \*\*\*  
\*\*\*\*\* verstärkt sich die  
Notwendigkeit mehr Gesundheits  
brigadisten/innen nach  
Nicaragua zu schicken.

Diese Form der Unterstützung  
wird ausschließlich  
aus Spenden finanziert \*\*\*\*\*  
**GESUNDHFT'S  
BRIGA 20**

**Spendenkonto  
'Nicaragua'**

**Ktnr.: 385 13-105  
PschA. Bln. W.**

**Blz.: 100 100 10**

**Gesundheitsladen Berlin e.V.**  
**Gneisenaustraße 2 1 Berlin 61**  
**Tel. 030/693 20 90**

**Projektgruppe Pflegepla-  
nung im Klinikalltag** lädt ein  
zum 1. Workshop am 20. Fe-  
bruar 1987.

Tagungsort:  
Städtische Kliniken Duisburg  
Zielgruppe:

Alle interessierten Pflege-  
kräfte, die bereits über prakti-  
sche Erfahrungen in der Pfle-  
geplanung verfügen.

Kontaktadresse: Lorenz Ak-  
ermann, Krankenpflege-  
schule der Städt. Kliniken  
Duisburg, Zu den Rehwiesen/  
Kalkweg, 4100 Duisburg 1,  
Tel.: (02 03) 7 33 22 63.

Suche für die Zeit vom 12.-21.  
Januar Übernachtungs-  
möglichkeit in Frankfurt  
(Fortbildungsveranstaltung in  
Bad Nauheim).

Kurt Straif, Reuterstr. 121,  
5300 Bonn 1,  
Tel.: (02 28) 21 26 98  
(abends).

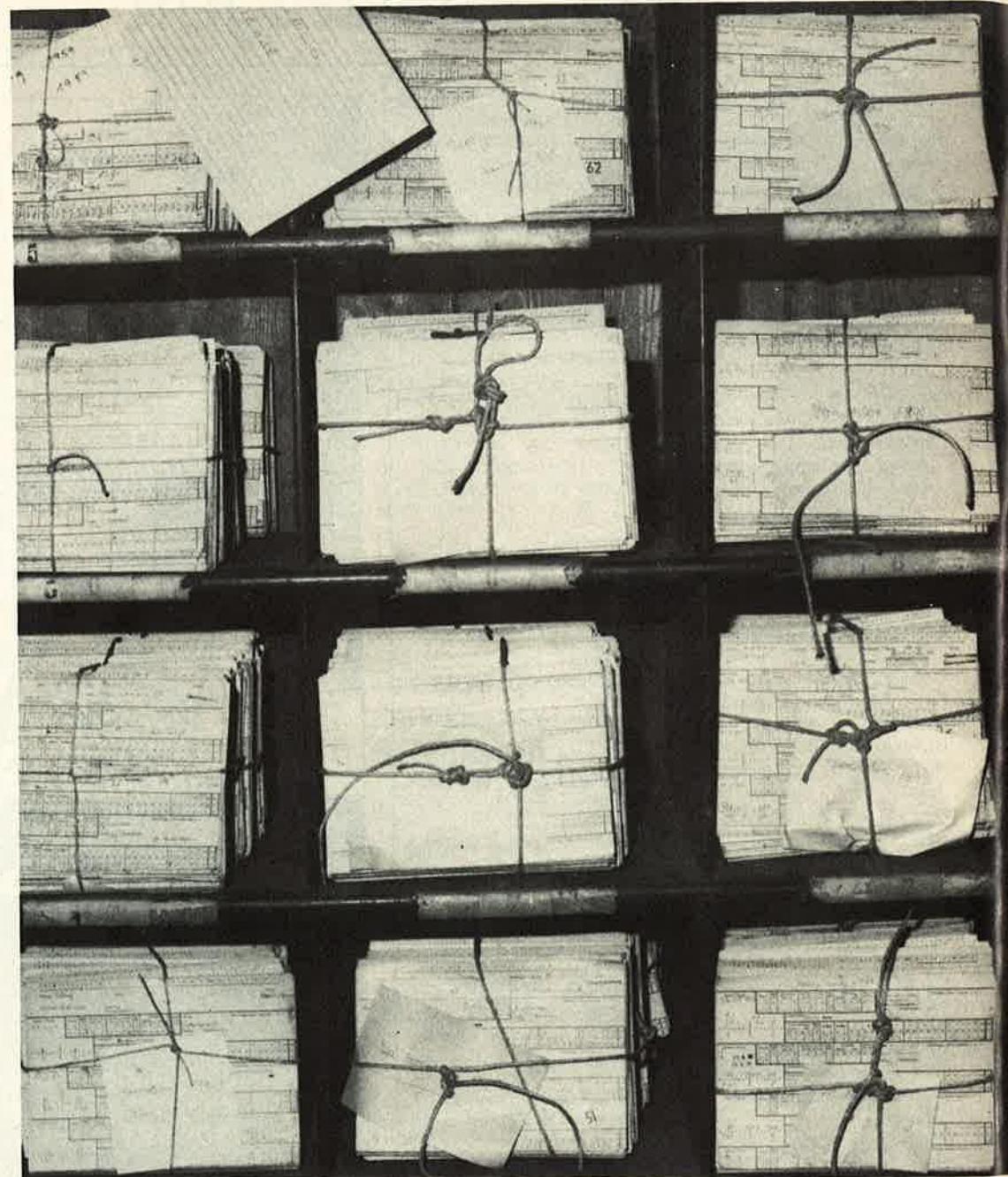
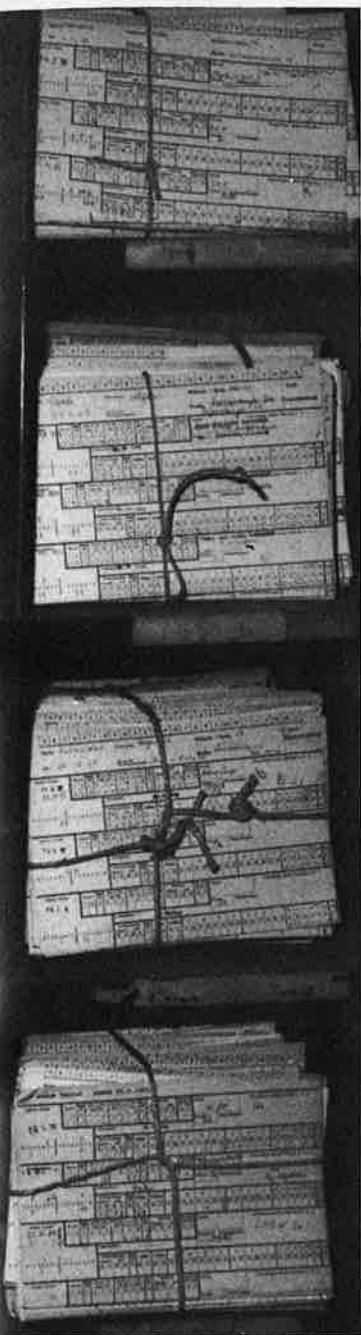


Foto: Linie 4/M. Bauer

**Gesundheitsbulle  
und Korinthenkacker,  
die nachschauen, ob  
die Handtuchhaken  
auch ja zehn Zentime-  
ter auseinanderste-  
hen - was sind Amts-  
ärzte mehr?  
Wäre es nicht besser,  
das Kapitel „Öffentli-  
cher Gesundheits-  
dienst“ endlich abzu-**

# Zu den Akten?

## Der Öffentliche Gesundheitsdienst



**haken, damit es nicht ein weiteres Argument für die Behauptung gibt: Nur was privat ist, ist auch gut. Helmut Koch und Gunnar Stempel zum Niedergang eines gesundheitspolitischen Instruments, mit dem man mehr bewirken könnte, als man tut.**



Mittwoch, der 17. September 1986. Normaler Arbeitstag für Frankfurter Stricher im Bahnhofsviertel. Plötzlich überall Polizisten, die die männlichen Prostituierten kurzerhand in grüne Minnas verfrachten und sie zur zwangsweisen Blutentnahme im Krankenhaus vorführen. Verantwortlich für den Polizeieinsatz ist der Leiter des Städtischen Gesundheitsamts, Klaus Schildwächter. Seine kurze und lapidare Begründung: Es sei nun einmal schwer, anders an die männlichen Prostituierten heranzukommen, die kaum von sich aus ins Gesundheitsamt zum HIV-Test und zur Aidsberatung kämen. Konsequenzen für die HIV-positiven Stricher: Androhung von Ordnungsgeldern bei Weiterausübung ihres Berufes. Letztendlich droht ihnen damit Berufsverbot oder sogar die zwangsweise Absonderung in einer Quarantänestation.

Oktober 1986 im Gesundheitsamt Bremen. Ein adoptionswilliges Ehepaar sitzt der Amtsärztin Dr. Peters bei dem vorgeschriebenen Gespräch gegenüber, in dem die Eignung des Paares für eine Adoption festgestellt werden soll. Da kommt die Amtsärztin mit dem Ansinnen, der Ehemann solle sich „freiwillig“ einem Aids-Test unterziehen, um seine Eignung als Adoptivvater unter Beweis zu stellen. Der Mann lehnt ab, es gebe keine rechtliche Grundlage für ein solches Vorgehen.

Zwei selbsternannte Djangos für Seuchenschutz? Ihre Maßnahmen jedenfalls sind bisher durch keine gesetzlichen Bestimmungen gedeckt. Beider Verhalten bestätigt höchstens das Misstrauen gegen die „Amtsärsche“, die sich gerne als Gesundheitspolizisten betätigen würden, wenn sie nur dürften.

Dürfen dürfen sie seit dem Sommer 1986 zumindest in Bayern, wo rechtzeitig zur Sommerpause das Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst verabschiedet wurde. Das bayrische OGD-Gesetz beschränkt die Aufgaben der Gesundheitsämter im wesentlichen auf gesundheitspolizeiliche Aufgaben. Das Gesundheitsamt darf in Person des Amtsarztes einziseits bei Mißständen etwa in Arztpraxen oder Metzgereien ordnungspolizeilich eingreifen, andererseits beschränkt sich seine Aufgabe der Gesundheitsberatung darauf, hinzuweisen, wo man Hilfe *andernorts* finden



kann. Dafür darf dann die bayerische Polizei jeden ihr auffälligen Menschen zwangsweise in die Psychiatric verfrachten, ohne einen gutachterlichen Arzt eingeschaltet zu haben, wohlgemerkt.

An Aids zeigt sich die Zwickmühle, in der der Öffentliche Gesundheitsdienst steckt. Zwar betonen fast alle verantwortlichen Politiker noch, daß nicht an eine namentliche Meldepflicht für

Aids gedacht sei. Der verantwortliche Referent im Bonner Gesundheitsministerium fügt aber nicht ohne Grund hinzu, die Haltung müsse möglicherweise aufgegeben werden, wenn die Zahl der Erkrankungsfälle drastisch steige. Norbert Schmacke, Amtsarzt in Bremen, befürchtet: „Wird eine Meldepflicht für Aidskranke oder gar Antikörper-positive Menschen eingeführt, werden die unter dem Thema Aufklärung und Fürsorge eingerichteten Beratungsstellen binnen kurzem zu einem staatlichen Kontrollinstrument werden, dessen verheerende Auswirkungen alle bisherigen Erfahrungen der sanitätspolizeilichen Traditionen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in den Schatten stellen werden.“ Seiner Auffassung nach ist es durchaus berechtigt, dies bei manch einem gesundheitspolitisch Verantwortlichen zu unterstellen, auch wenn er es abstritt. Sollte die Krankheit Aids eines Tages behandelbar sein, wäre die Einführung von Aids ins Bundesrechtsgesetz und die Einführung einer Meldepflicht auch kurzfristig möglich. Razzien und die Zwangsbehandlung HIV-Positiver wären dann rechtlich abgesichert.

Das bis heute hinreichend schlechte Image des Amtsarztes hat seinen Ursprung im Nationalsozialismus. Noch heute hat der Öffentliche Gesundheitsdienst seine gesetzliche Grundlage im „Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens im Deutschen Reich“ von 1934. Ziel dieses Gesetzes war nicht, die in die Gesundheitsämter hineinspielenden gesellschaftlichen Interessen zu vereinheitlichen. Ziel dieses Gesetzes war vielmehr im Kern die Schaffung eines flächendeckenden Netzwerks von Gesundheitsämtern und deren Ausrichtung auf das Kampfziel der Erb- und Rassenpflege. Die übrigen Inhalte waren zum großen Teil so allgemein formuliert, daß sie durchaus Grundlage für die Arbeit von Gesundheitsämtern in verschiedenen Gesellschaftstypen sein können. Wie Schmacke und Güse in „Zwangsterilisation im Faschismus“ nachgewiesen haben, war der Amtsarzt zentrale Figur der ausmerzenden Rassenhygiene: „Er stand ordnungspolitisch im Mittelpunkt zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, war verantwortlich für den Aufbau einer Erb- und Rassenkartei, griff unmittelbar in die Familienpolitik über Eheauglichkeitszeug-

## „Die Kinder kommen einfach so“

**Die gelernte Krankenschwester und Altenpflegerin  
Annette Schwarzenau wurde im Juli 1985 zur Gesundheitsstadträtin im Berliner Stadtteil Charlottenburg gewählt. Sie ist Mitglied der Alternativen Liste und zugleich Mitherausgeberin von dg.**



**dg:** Sie sind seit Juli 1985 im Amt und haben schon einige Erfahrungen sammeln können. Hat der Öffentliche Gesundheitsdienst überhaupt noch einen Sinn?

**Schwarzenau:** Wenn es den Öffentlichen Gesundheitsdienst in Berlin-Charlottenburg nicht geben würde, dann gäbe es hier keine Möglichkeit, Einfluß zu nehmen auf Probleme wie die vermehrt auftretenden Kindesmißhandlungen, auf die Ernährung in den Kindergärten, auf die Altenversorgung, um nur ein paar Beispiele zu nennen. Die Bürger hier hätten noch nicht einmal einen Überblick darüber, welche Angebote es in Charlottenburg gibt, und es sind eine ganze Menge.

**dg:** Das hört sich sehr gut an, aber gleichzeitig sind Sie doch auch die oberste Gesundheitspolizistin in Charlottenburg?

**Schwarzenau:** Wenn ich mich so fühlen würde, dann würde ich den Job sofort an den Nagel hängen. Sicher sieht die entsprechende Seite in der gesundheitspolizeilichen Funktion den einzigen Existenzgrund des Gesundheitsdien-

nisse, Ehestandsdarlehen ein.“ Wie überall hat es auch in den Gesundheitsämtern eine Entnazifizierung, die den Namen verdient hätte, nicht gegeben. Und dies im doppelten Sinne: Weder wurden die Ärzte, die aktiv an der Umsetzung der Erb- und Rassenmedizin mitgewirkt hatten, entlassen, noch fand eine inhaltliche Auseinandersetzung mit der eigenen Geschichte statt.

Doch zum schlechten Ansehen der Gesundheitsämter wird auch jetzt noch munter beigetragen. Ob bei den Hamburger Giftskandalen (Stolzenberg, Boehringer) oder nach dem Reaktorunfall von Tschernobyl, die meisten Gesundheitsämter agierten ganz im Sinne ihrer vorgesetzten Behörden nach dem Motto „Keine Panik aufkommen lassen“.

Es gibt Gegenbeispiele: In Hamburg wandelte der Senat im Herbst die Bezirksgesundheitsämter in „Ämter für Gesundheit und Umwelt“ um. Immerhin ein Ansatz, der dazu beitragen könnte, aus all den Messungen und Analysen des Umweltamts direkte Schlußfolgerungen zu ziehen, wenn die

Gesundheit der Menschen gefährdet ist. Ob es mehr als ein Ansatz ist, muß sich zeigen, denn allzu fix wurde die neue Behörde mit ein paar ABM-Stellen bestückt, ohne daß ein längerfristiges Konzept vorlag. War es nur als wahlpolitisches Zugesäntnis an die Grüne-Alternativen gemünzt, so hat es wohl nicht geklappt.

Meßlatte wird sein, inwieweit sich der regierende Hamburger Bürgermeister um die Empfehlungen des Amts für Gesundheit und Umwelt scheren wird. Aber selbst wenn der den Mut hätte, etwa eine Industrieanlage mit ihren Arbeitsplätzen zugunsten des gesundheitlichen Schutzes der Bevölkerung zu schließen, so stünde noch in den Sternen, ob all die brav Hamburger auf Lebenszeit verbeamteten ärztlichen Amtsleiter mitspielen würden. Erfahrungen aus der Vergangenheit sprechen dagegen. Das nach dem Bremer Vorbild geplante Familienplanungszentrum

etwa sollte mit voller politischer Rückendeckung des Senats gebaut werden. Rasch besannen sich die Gesundheitsamtsleiter ihrer ordnungspolitischen Kompetenzen und begannen erst ein-

## **Am Umgang mit der Krankheit Aids zeigt sich die Zwickmühle, in der der Öffentliche Gesundheitsdienst steckt.**

mal zu bemängeln: Das Zentrum liege im ersten Stock, sei also schwer für Schwangere zu erreichen; der Teppichboden sei Pfui Spinn, der Hort fürchterlicher Ansteckungsgefahren; undso weiterundsofort. Probleme, die sicher wichtig sind, bloß warum sie nie bei den Frauenarztpraxen bemängelt wurden, braucht man da gar nicht fragen.

Die unglückliche Figur, die der saarländische Umweltminister Jo Leinen beim Fischsterben in der Mosel machte, zeigt nur zu deutlich, daß auch fort-



stes. Aber es kommt darauf an, was man aus den Befugnissen macht. Wenn ich zum Beispiel an den letzten Sommer denke, als wir Diäthylenglykol in verschiedenen Weinsorten gefunden haben, war ich froh, daß das Gesundheitsamt eingreifen konnte, denn der Wein mußte ja schnell aus den Geschäften verschwinden. Im gesamten Lebensmittelbereich haben die Bürger ein berechtigtes Schutzinteresse. Leider mißbrauchen die meisten Ämter ihre Rechte, indem sie den Pommes-frites-Buden auf die Pelle rücken und die großen Hersteller schonend behandeln.

Da setzen wir natürlich andere Maßstäbe an. Ich denke, es ist auch in Ordnung, wenn wir Krankenhäusern ein Bußgeld auferlegen, in denen auf einer Station mit 20 Personen bei 15 eine Enteritis aufgetreten ist und die uns das nicht melden. Meine Auffassung von Krankenhausaufsicht geht aber noch weiter. Eigentlich hätten wir nur auf Hygiene zu achten, aber wo fängt das an? Unsere Leute schauen auch nach, ob die Patienten einen Dekubitus haben. Und wenn sie einen haben, dann wird gefragt, warum sie einen haben. Oder sie schenken sich die Planstellenausstattung und die tatsächliche Besetzung an. Wenn wir feststellen, daß es auf einer Station zwölf Planstellen gibt, aber

nur acht besetzt sind und das über einen längeren Zeitraum, dann bemängeln wir die Pflegequalität. Ich muß allerdings eingestehen, daß wir in solchen Fällen noch keine Bußgelder verhängt haben. Ich weiß noch nicht, ob wir uns damit durchsetzen können.

**dg:** Die Grünen haben in ihrem Pflegegesetzentwurf gefordert, daß nach 1982 keine Altenheime mehr existieren sollten. Sie sind gewählte Vertreterin der grüne-alternativen Liste und arbeiten in der Altenversorgung. Wie sehen Sie das als Person, die grüne Politik nun umsetzen soll?

**Schwarzenau:** Ich halte die Forderung für praxis- und lebensfremd. Ich bin zwar auch dafür, daß alte Menschen Hilfe erhalten sollen, damit sie so lange wie möglich in ihrer häuslichen Umgebung bleiben können. Deshalb müssen auch entsprechende finanzielle Mittel her. Aber es wird auch nach 1992 Menschen geben, die pflegintensiv sind und einfach einer Heimunterbringung bedürfen.

Außerdem sollen sie, verdammt noch mal, selbst entscheiden können, ob sie zu Hause, unter Umständen in totaler Abhängigkeit von ihrer Familie, versorgt werden, ob sie in eine Altenwohn-

gemeinschaft oder ob sie in ein Heim wollen. Das hat niemand anderer zu entscheiden als sie selbst. Meine Vorstellung ist, daß sie Altenversorgung kommunalisiert werden müßte und zwar ressortübergreifend. Herkömmlich ist es so, daß die Abteilung Gesundheitswesen so lange zuständig ist, wie die Krankenkasse zahlt, die Abteilung Sozialwesen dann, wenn das Sozialamt Kostenträger wird. Ich möchte zusammen mit meiner sozialdemokratischen Kollegin, Sozialstadträtin in Charlottenburg, neue Wege beschreiten, indem wir zusammen mit dem Alten- und Seniorenrat und den Kostenträgern ein Versorgungsangebot auf die Beine stellen, das gewährleistet, daß die Leute im Bezirk Charlottenburg bleiben können.

**dg:** Aber damit ist doch das Problem, daß gerade mit den schwerst Pflegebedürftigen quasi eine Endversorgung betrieben wird, nicht gelöst?

**Schwarzenau:** Entweder die Alten werden wie in den privaten Krankenheimen in Wartestellung auf den Tod gehalten oder aber wie in dem öffentlichen Krankenhaus für chronisch Kranke und Pflegebedürftige zwar technisch bestens versorgt, aber auch nicht mehr. Da gibt es in besten hygienischen Verhältnissen



schrittliche Politiker nicht aus dem Stand heraus einen Umweltfrühling einläuten können. Doch die Erfahrungen mit dem Fischsterben haben im Saarland den Anstoß gegeben, über ein neues Selbstverständnis des Öffentlichen Gesundheitsdienstes nachzudenken. Jo Leinen will die Aufgaben der staatlichen Gesundheitsämter um die des Umweltschutzes erweitern.

**D**er bundesweite Trend allerdings geht in die andere Richtung. „Der Anspruch, umweltmedizinisch ein menschliches Elend, das unbe-

nisch zu forschen und praktisch wirksam zu werden, wird sowohl von Universitätsinstituten als auch von privaten Umweltinstituten vertreten“, stellt Norbert Schmacke fest, wobei „beide Bereiche dem Öffentlichen Gesundheitsdienst mit ihren personellen und materiellen Ressourcen weit überlegen sind.“ Norbert Schmacke hält nicht nur deshalb die Diskussion um die Aufgaben erweiterung der Gesundheitsämter für problematisch. Es fehlt an gesetzlich abgesicherter Kompetenzen und auch an überzeugenden Konzepten einer Einbindung der Gesundheitsämter in die ökologische Debatte.

Eher noch als an eine Aufgabenerweiterung geht es an eine weitere Aufgabeneinschränkung. Auch Leistungen, die traditionell in den Händen der Amtsärzte lagen, sind nach und nach an die Niedergelassenen abgetreten worden, angefangen bei den präventiven Leistungen für Schwangere und Kinder über die Krebsfrüherkennung bis hin zu den Impfungen. Übrig bleiben soll für die Gesundheitsämter nur noch die Betreuung vom sogenannten Risikogrup-

pen wie Behinderte, kommunikations schwierige, sozial Benachteiligte und mehr psychosozial zu Betreuende, wie der Kinderärzt Th. Hellbrügge im November in der Zeitschrift „Der Kinderarzt“ forderte.

Doch allein das Beispiel Impfung zeigt schon, welche verheerenden Ergebnisse das haben wird. Die Privatisierung dieser Leistung bedeutet etwa bei der Rötelnimpfung die „gewaltige“ Entlastung des kommunalen Etats um rund 3,50 Mark pro Impfung. Den Krankenkassen dagegen entstehen Kosten von etwa 35 Mark für Impfstoff und ärztliche Leistung, die der Versicherte letztendlich zu zahlen hat. In Bayern etwa, wo seit dem Inkrafttreten des Bayernvertrags 1981 nur noch durch Niedergelassene geimpft wird, sank die Durchimpfung der zehn- bis 14-jährigen Mädchen auf rund zehn Prozent, wo sie vorher 70 Prozent betragen hatte. Grund dafür ist nicht allein die Tatsache, daß Kinder diesen Alters selten zum Arzt gehen, der Arzt darf sie auch nicht anschreiben und an die Impfung erinnern – aus standesrechtlichen Gründen. Das



schreiblich ist. Zumindest müßten die starren Grenzen zwischen den verschiedenen Institutionen eingerissen werden. Die Pflegeheim und die Krankenhäuser für alte Menschen von außen geöffnet werden. Es müßte ein Kommunikationszentrum geben, einen Mittagstisch, zu dem auch Leute von draußen kommen können.

**dg:** Sie haben anfangs davon gesprochen, daß Sie Initiativen gegen Kindesmißhandlungen gestartet haben. Wie sehen die aus?

**Schwarzenau:** Es hat hier in Berlin, allerdings in einem anderen Bezirk, im letzten Jahr zwei Todesfälle wegen Kindesmißhandlung gegeben. Das hätte genauso gut hier passieren können, und da sind wir natürlich hellwach geworden. Sicher, das ist wie bei den Alten, letztendlich präventiv kann nur ein völlig verändertes Zusammenleben der Menschen sein. Aber wir stoßen trotzdem immer wieder auf die Frage, was wir als Öffentlicher Gesundheitsdienst machen können. Wir werden jetzt über unsere Koordinationsstelle all die Initiativen und Einzelpersonen, die mit Kleinkinderversorgung zu tun haben, zusammenrufen und mit ihnen überlegen, wie man der Kindesmißhandlung begegnen

kann. Es wird sicher schwierig, weil Kindermißhandlungen, so weit ich weiß, vor allem da vorkommen, wo das materielle und dadurch bedingte soziale Elend besonders groß ist, aber ich denke, wir können schon sehr viele Eltern, vor allem Frauen, erreichen.

**dg:** Welche Menschen erreichen Sie denn überhaupt mit Ihren Angeboten?

**Schwarzenau:** Die Schwierigkeit bei unseren Beratungsangeboten liegt darin, daß wir zunächst einmal von kleinbürgerlichen Leuten und von Szenelcuten angenommen werden, nicht aber von denen, die wahrscheinlich die größten Probleme haben. Aber es gibt auch andere Ansätze. Eine unserer 13 Außenstellen liegt zum Beispiel im Sanierungsgebiet Klausener Platz, wo rund 33 Prozent türkische Bewohner leben und die alte proletarische Stammbevölkerung immerhin noch 35 Prozent ausmacht. Zu den Kindern haben wir einen ganz hervorragenden Kontakt, sowohl zu den deutschen als auch zu türkischen. Die stürmen ständig dieses Haus und machen manchmal so viel Krach, daß bestimmte Arbeiten nicht möglich sind. Sie kommen nicht nur dann, wenn die Klassenlehrerin sie begleitet, sondern einfach so.

**dg:** Und die Erwachsenen?

**Schwarzenau:** Bei den Erwachsenen gibt es Grenzen. Das Interessante dabei ist, daß gerade die türkischen Mitbewohner völlig schichtenunspezifisch unsere Gruppenangebote wahrnehmen. Da kommt beispielsweise eine türkische Mutter erst mit ihren Kindern, und dann ist sie auf einmal ganz allein da. Sie erzählt uns auch über ihre Probleme, etwa wenn die Töchter erwachsen werden. Wir haben dann zum Beispiel mit dem Türkerverein, der in der Nähe ist, ausgemacht, daß Ärzte von uns kommen und zu bestimmten Fragen, die sie bestimmen, Vorträge halten und Beratungen durchführen. Außerdem ist der Zusammenhalt unter den Türken auch so groß, daß, wenn einer gute Erfahrungen gemacht hat, man gleich alle überzeugt hat. Bei den deutschen Erwachsenen haben wir allerdings sehr viel mehr Schwierigkeiten. Wenn wir eine Chance haben, dann über die Kinder. Es ist einfach so, daß die Eltern oft vom schlechten Gewissen geplagt sind, und der bishirige Öffentliche Gesundheitsdienst hat ja auch alles dazu getan, um dieses schlechte Gewissen noch zu verstetigen. Wir sind da noch nicht sehr weit gekommen, außer in Einzelfällen. □

Ansteigen von Schädigungen der Kinder, deren Mütter eine Rötelninfektion hatten, ist damit vorprogrammiert.

Generell werden gerade die Kinder, die es am nötigsten hätten, durch Impfaktionen nicht erreicht, wie eine Untersuchung des Deutschen Grünen Kreuzes ergab. Gleichzeitig fanden die Autoren der Untersuchung heraus, daß der Facharztanteil an der Versorgung um so höher ist, „je höher die soziale Schicht und je weniger ländlich die Wohngegend“. Letztendlich sei die mehr oder weniger regelmäßige Besuchshäufigkeit von Kinderärzten schichtenspezifisch. So wird auch eine Beziehung gesehen zwischen der großen Zahl von unerkannt und unbehandelt gebliebenen Störungen ihrer Entwicklung bei Schulanfängern und der Tatsache, daß in den sozial benachteiligten Familien die Beteiligung an den von den Krankenkassen kostenlos angebotenen Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen im Kleinkindalter besonders gering sei.

Der Sozialpädiater Eduard Zimmermann vom Hauptgesundheitsamt Bremen zog vor sozialdemokratischen Gesundheitspolitikern daraus die Schlüffolgerung: „Nicht zuletzt deshalb unterscheiden sich die Zahlen auffälliger Befunde der niedergelassenen Ärzte von den Befundzahlen der Schulanfängeruntersuchungen.“ So seien 1985 bei einer Reihenuntersuchung bei 30 Prozent aller Kinder gesundheitliche Störungen festgestellt worden, die eine Überweisung an den Haus- oder einen Facharzt zur Folge hatten. Dies zeige, daß im Rahmen von Reihenuntersuchungen durch Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes auch den Kindern Aufmerksamkeit zukomme, die ihrer besonders bedürfteten und die sie im System der Versorgung durch freie Arztpraxen nicht erhielten.

Öffentlicher Gesundheitsdienst also für die sozial Schwachen und Benachteiligten? So hätten es zumindest konservative Gesundheitspolitiker gerne. Subsidiarität nennt sich dann das ganze und meint, daß der Staat nur dort einspringen soll, wo es mit der Selbstverantwortung hapert. Tatsächlich bedeutet dieses Prinzip aber etwas anderes, nämlich gesundheitliche Risiken und Leistungen zu privatisieren. Und wie sich beim Beispiel Impfungen zeigt, bedeutet das nicht nur eine weitere Kostenverschiebung zu Lasten der Versicherten, sondern auch noch langfristig eine Verschlechterung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung.

Da treffen sich dann plötzlich Lager, die sonst nichts miteinander zu tun haben wollen. Zum Beispiel konservative Politiker wie der Berliner CDU-Senator Ulf Fink und die Selbsthilfegruppen, deren Förderung mit einer Promille des Berliner Sozialbudgets er mit lautem propagandistischen Aufwand als gewaltige Leistung verkauft. Es trifft sich

Heiner Geissler, der von der Eigenverantwortung der Bürger für ihre Gesundheit spricht und Leistungsabbau meint, mit dem Latzhoseenträger, der keine Ansprüche an „den Staat“ mehr erheben will, sondern lieber selbst etwas „anders“ machen. Und Rita Süßmuth, die Lohn für gesunderes Leben verspricht, trifft sich mit der Mutter von der freien Stillgruppe. Das Recht auf Gesundheit wird so zum Recht auf Selbsthilfe. Daß aber, wenn es ernst wird, nur zwischen einem und zehn Prozent der Menschen je nach Krankheitsbild überhaupt fähig sind, an einer Selbsthilfegruppe teilzunehmen, und daß an Selbsthilfegruppen wiederum nur bestimmte Schichten teilnehmen, wird unterschlagen.

Den Vorwurf der Selbstüberschätzung muß er sich trotzdem gefallen lassen. Überhaupt scheinen Mediziner ihren Anteil an der Verbesserung des Gesundheitszustands der Bevölkerung überzubewerten. Die ersten Erfolge der Krankheitsbekämpfung kamen weder

## **Öffentlicher Gesundheitsdienst nur für die sozial Schwachen. So hätten es konservative Gesundheitspolitiker gern.**

Wie es anders gehen könnte, zeigen die sozialpsychiatrischen Dienste, die in vielen Gemeinden in Zusammenarbeit mit den Gesundheitsämtern aufgebaut wurden. Zumindest dort werden psychisch Kranke nicht mehr in weit entfernten Landeskrankenhäusern untergebracht, sondern können auf Angebote in der Gemeinde zurückgreifen. Doch sind das bislang eben nur Modelleinrichtungen. Jürgen Egert, SPD-Bundestagsabgeordneter und Vorstandsmitglied der „Aktion psychisch Kranke“, ist vorsichtig in der Bewertung der gemeindnahmen Modelle. Die Streichung der Mittel für die Modellprogramme läßt ihn befürchten, daß „die positive Entwicklung wieder in ihr Gegenteil verkehrt wird.“

Daran hätten zumindest die niedergelassenen Nervenärzte ein Interesse, auch wenn ihnen qua Standesrecht so etwas wie eine nachgehende Betreuung, die ja unter anderem das Plus der sozialpsychiatrischen Dienste ist, untersagt ist. Was ihnen bleiben soll, ist nach Meinung der Niedergelassenen die Zwangseinweisung von psychisch Kranke, womit sie sich nicht die Hände schmutzig machen möchten. Interesse haben die Niedergelassenen auch an anderen Aufgaben, die sinnvollerweise von den Gesundheitsämtern erfüllt werden müßten. „Primärprävention ist wesentlich für die freie Praxis“ predigt Professor Egbert Nüsel. Immerhin hat er schon verstanden, daß Primärprävention kein Konzept für Barfußärzte in der Dritten Welt ist, was noch nicht bis zu allen Ärzten vorgedrungen sein soll.

durch eine hochentwickelte Medizin noch durch Impfprogramme zustande, sondern vor allem durch die Verbesserung der Hygiene, durch Abfallbeseitigung und Rattenbekämpfung zum Beispiel. Der Rückgang der Infektionskrankheiten wie Tuberkulose nämlich begann schon vor dem Beginn der großangelegten Impfmaßnahmen. Auch heute haben primärpräventive Maßnahmen mehr Erfolg als eine bessere technische Ausrüstung. Ein Modellversuch des Kölner Gesundheitsamts von 1971 bis 1982 zur Beratung junger Mütter in sozialen Brennpunkten hatte eine deut-

## **Primärprävention ist weder etwas für Barfußärzte, noch von Niedergelassenen zu leisten.**

liche Senkung der Säuglingssterblichkeit zu Folge. Dort betreuten Hebammen und Sozialarbeiter Mütter und Neugeborene über ein Jahr nach der Klinikentlassung zu Hause weiter.

Thomas Hilbert, Amtsarzt aus Bremen, führte auf einem gesundheitspolitischen Seminar der SPD aus, welche Bestimmungskriterien die „Primary health care“ oder gemeindebezogene Gesundheitssicherung, wie sie von der Weltgesundheitsorganisation in „Gesundheit 2000“ für die europäische Region formuliert wurden, enthalten muß:

- Umfassende Versorgung mit dem Schwergewicht auf Prävention, Gesundheitsförderung und -erziehung, wobei umfassend meint, daß die rein kurative Medizin der präventiven und rehabilitativen gleichgesetzt werden soll.
- Integrierte Versorgung durch ambulante und halbstationäre Einrichtungen, die Kassenärzten und Krankenhäusern durchaus Patienten wegnehmen sollen.
- Zusammenarbeit verschiedener Be-



rufsgruppen und Gesundheitsarbeiter, wobei im Konzept der gemeindenahen Versorgung damit bewußt die Fixierung auf den Arzt aufgehoben werden soll.  
– Zusammenarbeit in Gesundheitszentren und gemeindenahen Institutionen jeder Art.

Zwar wird auch jetzt schon beispielsweise Gesundheitserziehung betrieben, doch selbst die Gesundheitsämter verstehen darunter fast ausschließlich individuelle Unterweisung nach der Risikofaktorentheorie.

Die Autoren der einzigen größeren empirischen Studie über gesundheitserzieherische Maßnahmen, Henkelmann und Karpf, geben den Anteil allgemeinpräventiver Maßnahmen mit nur vier Prozent an, während 96 Prozent der Maßnahmen die individuelle Prävention verfolgten. Das endet dann meist in der Schulzuweisung an den uneinsichtigen Patienten, der nicht aufhört, zu rauchen und sich die Sahnertörchen reinzuschieben. Der Medizinsoziologe J. Siegrist kam schon 1974 zu dem Schluß: „Die herkömmliche Gesundheitserziehung hat die gesellschaftliche Verankirung gesundheits- und krankheitsbezogener Verhaltensweisen zu wenig berücksichtigt. Sie hat dort einer individuellen Verantwortungsethik das Wort geredet, wo es um die Analyse kollektiver Zustände gegangen wäre.“ Damit würden nicht nur die beteiligten Gruppen überfordert, sondern einfach das genaue Gegenteil bewirkt, nämlich eine passiv resignative Haltung gegenüber Gesundheit und Krankheit.

... Die Entwicklung der Nahrungsmitteltechnologie hat die landwirtschaftliche Produktion sowie die Verfügbarkeit, Verteilung und den Verzehr von Nahrungsmitteln stärker beeinflußt als alle gezielten Erziehungskampagnen auf dem Gebiet der Ernährung.“

An solche Einsichten knüpft die Weltgesundheitsorganisation bei ihrem Ziel „Förderung des gesundheitlichen Verhaltens“ an, wenn sie kritisiert, daß sich die Forschungstätigkeit bisher zu stark

auf gesundheitsschädigende, statt auf gesundheitsdienstliche Verhaltensweisen konzentriert habe. Was dort dann zum Beispiel über die Ernährung gesagt wird, um die gesundheitliche Lage der europäischen Bevölkerung zu erklären, läßt verstehen, warum sich CDU-Politiker der WHO-Ziele nicht so gerne annehmen: „Das Problem der unzureichenden Ernährung hängt eng zusammen mit der sozialen Chancengleichheit und einem ausreichenden Angebot an grundlegenden Ressourcen, die Voraussetzungen für die Gesundheit sind. Eine unausgewogene Ernährung kann auf mangelndes Wissen zurückzuführen sein, ist jedoch eng verbunden mit Nahrungsmittelwerbung, Verpackung etc., wie auch der Auswahl der Menüs in Schnellimbisslokalen und Restaurants

Doch die Kommunen haben von sich aus kein Interesse, die Gesundheitsämter aus ihrem politischen Dornröschenschlaf zu wecken, denn das könnte nicht

nur Ärger mit dem ortsnahen Chemiewerk geben, dem es Auflagen zu machen gilt, es kostete auch Geld. In Hessen seien es die kommunalen Spitzenverbände, die eine Verabschiedung eines neuen Gesetzes zum Öffentlichen Gesundheitsdienst blockieren, weiß Thomas Zickgraf vom Sozialministerium in Wiesbaden auf einem Workshop der Arbeitsgemeinschaft Sozialdemokraten im Gesundheitswesen (ASG) Ende November zu berichten. „Kein Handlungsbedarf für ein neues ÖGD-Gesetz“, signalisiert der leitende Ministerialrat beim Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales. Detlef Aßfeld, obwohl ein Entwurf schon seit Jahren in den Schubladen der Regierung liege. Auch Jochen Zenker, Leiter des Hauptgesundheitsamts in Bremen, will sich nicht die Finger verbrennen. Jedes neue Gesetz müsse in Bremen aufgrund der angespannten Haushaltsslage zunächst beim Finanzressort vorgelegt werden, der dieses auf Kostenneutralität und Einsparungsmöglichkeiten überprüfe.

Immerhin hat die ASG inhaltlich zum Thema „Öffentlicher Gesundheitsdienst“ gearbeitet. All die guten Ideen einer gesundheitspolitischen Ausweitung der Aufgaben von Gesundheitsämtern aber scheitern an einem, der mangelnden Durchsetzungsfähigkeit. Im offiziellen sozial- und gesundheitspolitischen Programmentwurf der SPD wird der Öffentliche Gesundheitsdienst nicht einmal erwähnt.

Und die Grünen? 1980 forderten sie noch die Auflösung des ÖGD, doch jetzt scheint sich etwas zu tun: Auf ihrem gesundheitspolitischen Kongreß am 14. November in Frankfurt forderten sie einen „Neubeginn im öffentlichen Gesundheitsdienst“. Sie wollen verstärkten gesundheitlichen Umweltschutz, mehr Prävention, die Erhaltung der sozialpsychiatrischen Dienste, wenden sich aber auch gegen Krebsregister, die AIDS-Meldepflicht und zwangswise individuelle Erfassungs- und Untersuchungspraktiken. Eingang fand der Öffentliche Gesundheitsdienst auch in das Programm des Vereins demokratischer Ärzte, und in die Planung für das zu erwartende Gesundheitsmemorandum.

Oft allerdings klingt der Ruf nach mehr Prävention wie eine Leerformel, die erst noch mit Leben gefüllt sein will. Es müsse noch viel konkrete programmatische Arbeit geleistet werden, meint Thomas Hilbert, weniger von professionellen Gesundheitsplanern, sondern von engagierten Laien, Fachleuten und Politikern in den Kommunen. „Daß die Gesundheitsämter in unserem Land nie Keimzellen von Reformen gewesen sind, ist historisch begründbar, aber es ist nicht veränderlich.“ □

## Zahlen, Fakten

Gesetzliche Grundlagen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes sind heute noch das „Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“ von 1934 und die dazugehörigen, im Jahre 1935 erlassenen Durchführungsbestimmungen. Nur zwei Bundesländer – Schleswig-Holstein und Bayern, und dazu Berlin – haben neue Gesetze zum Öffentlichen Gesundheitsdienst erlassen. Im Saarland steht eine Verabschiedung für 1987 an. „Kein Handlungsbedarf“ heißt es in den anderen Bundesländern. Vorbereitete Gesetzestexte lagern in den Schubladen der zuständigen Ministerien. In Bayern, Baden-Württemberg – dort gibt es einzelne Ausnahmen –, im Saarland und in Rheinland-Pfalz sind die Gesundheitsämter staatlich organisiert, während sie in den übrigen Bundesländern kommunalisiert wurden.

Die Ausgaben für den Öffentlichen Gesundheitsdienst beliefen sich 1983 auf 1,9 Milliarden Mark. Den Hauptanteil davon, nämlich 85 Prozent, nehmen die Personalkosten ein. Rund 18 000 Personen sind in den 337 Gesundheitsämtern beschäftigt, darunter 8 000 Verwaltungskräfte, etwa 1 800 Vollärzte, 650 teilzeitbeschäftigte Ärzte, 250 Vollzahnärzte und 1 000 Teilzeitzahnärzte, 350 Krankenschwestern, 650 MTA's, 1200 Desinfektoren und 2 800 Sozialarbeiter.

**dg:** Herr Dr. Vogelsang, Sie haben 1971 bis 1972 Arbeiter der Firma Sandoz in Basel betreut?

**Dr. Vogelsang:** Betreut habe ich nur einen Chemiearbeiter der Firma Sandoz, habe aber anlässlich dieses Falles auch Einblick in die betriebsärztlichen Krankenunterlagen zweier seiner Kollegen gehabt.

**dg:** Wo waren Sie seinerzeit beruflich tätig?

**Dr. Vogelsang:** Ich war Assistenzarzt in der Medizinischen Abteilung der Universitätsklinik Basel, genannt Bürgerhospital, unter Herrn Prof. Dettli, der meines Wissens auch heute dort noch Direktor ist.

**dg:** Welche Beschwerden hatte der von Ihnen untersuchte Arbeiter?

**Dr. Vogelsang:** Er wußte zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme nur, daß er an einer schwerwiegenden Erkrankung litt, an deren Heilbarkeit er aber glaubte. Die Gesamtvielheit war zunächst noch recht ordentlich, weswegen der Patient auch meinte, wenn er selber gut mitarbeitete und alle ärztlichen Anweisungen genau befolge, werde er die Sache überstehen.

**dg:** An welcher Erkrankung litt der genannte Arbeiter nach der von Ihnen durchgeföhrten medizinischen Diagnostik?

**Dr. Vogelsang:** Es handelte sich um die akute Form einer Leukose, die innerhalb von einigen Wochen unaufhaltsam zum Tode führt. Die genaue wissenschaftliche Typisierung ist mir nicht mehr erinnerlich.

**dg:** Wie kamen Sie auf den Gedanken, daß das Krankheitsbild mit der Arbeitstätigkeit des von Ihnen betreuten Patienten im Zusammenhang stehen könnte?

**Dr. Vogelsang:** Es war bei allen behandelnden Ärzten und bei dem Patienten selber von vornherein unstrittig, daß die Leukose mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit durch Benzoldämpfe am Arbeitsplatz des Erkrankten ausgelöst worden war. Es waren ja auch zwei Arbeitskollegen des von mir mitbetreuten Patienten an dem selben Arbeitsplatz schon an einer akuten Leukose verstorben.

**dg:** Welche Tätigkeiten hatten die Arbeiter auszuführen?

**Dr. Vogelsang:** Die Arbeiter waren mit der Extraktion von Mutterkornalkaloiden beschäftigt, die im wesentlichen mittels Benzol durchgeführt wird. Die Mutterkornalkaloide sind bis heute eine der Hauptsubstanzen, die die Firma Sandoz zu Medikamenten weiterverarbeitet, zum Beispiel Hydergin, Dihydrgot und andere.

**dg:** War der Firma oder maßgeblichen Mitarbeitern die Gefährdung der Beschäftigten an diesem Arbeitsplatz bekannt?

**Dr. Vogelsang:** Alle drei verstorbenen, bei der Mutterkornalkaloidgewinnung mittels Benzol beschäftigten Arbeiter waren mehrfach betriebsärztlich untersucht worden. Daß zwei Arbeiter an einer Leukose verstorben waren, muß mindestens dem Betriebsarzt bekannt gewesen sein. Bei dem von mir betreuten Leukosepatienten war das betriebsärztlich untersuchte Blutbild mehrfach auffällig gewesen im Sinne von Veränderungen, die einer Leukose oft vorausgehen. Der Mann war deswegen zeitweise aus der Benzolexposition herausgenommen worden.

**dg:** Legt diese zeitweilige Veränderung des Arbeitsplatzes nicht nahe, daß von Seiten der Firma oder des Betriebsarztes selbst ein Zusammenhang zwischen den Blutbildveränderungen und einer möglichen Gefährdung am Arbeitsplatz angenommen wurde?

**Dr. Vogelsang:** Für jeden Arzt und insbesondere für jeden arbeitsmedizinisch tätigen Arzt liegt der dringende Verdacht auf einen solchen Zusammenhang klar auf der Hand.

**dg:** Was passierte nun mit diesem Arbeiter?

**Dr. Vogelsang:** Der Arbeiter wurde nach einiger Zeit wieder am alten Arbeitsplatz der unveränderten Benzolexposition ausgesetzt. In den von uns beigezogenen betriebsärztlichen Unterlagen fand sich keine nochmalige Blutbildkontrolle vor der erneuten Benzolexposition.

**dg:** Welche Konsequenzen hatte diese Wiederversetzung an die alte Arbeitsstelle für den Arbeiter?

**Dr. Vogelsang:** Kurz nach der Wiederaufnahme der benzolexponierten Arbeit wurde die akute Leukose manifest, es erfolgte die stationäre Einweisung ins Bürgerhospital Basel. Der Patient ist an dieser Erkrankung gestorben.

**dg:** Wurde Sandoz auf die Zusammenhänge zwischen der Benzolexposition und den Todesfällen aufmerksam gemacht?

**Dr. Vogelsang:** Damit ist der wesentliche Punkt des Vorfalls angesprochen. Denn es war bereits nach den beiden ersten Todesfällen festgestellt worden, daß die Absaugvorrichtungen, die die Arbeitsplatzkonzentration von Benzol vermindern sollten, unzureichend waren. Erst nach dem dritten Todesfall hat die Firma Sandoz die Konsequenz ergriffen, die sie spätestens nach dem ersten Todesfall hätte durchführen müssen: Die Absaugvorrichtungen an dieser Produktionsstraße wurden verbessert.

## „Erst nach dem dritt - ten Toten“

**Drei Basler Chemiearbeiter starben 1971 an akuter Leukose. Ihr Arbeitgeber war der Chemiereise Sandoz. dg sprach mit dem Internisten Dr. Vogelsang, der einen der Arbeiter behandelt hatte.**

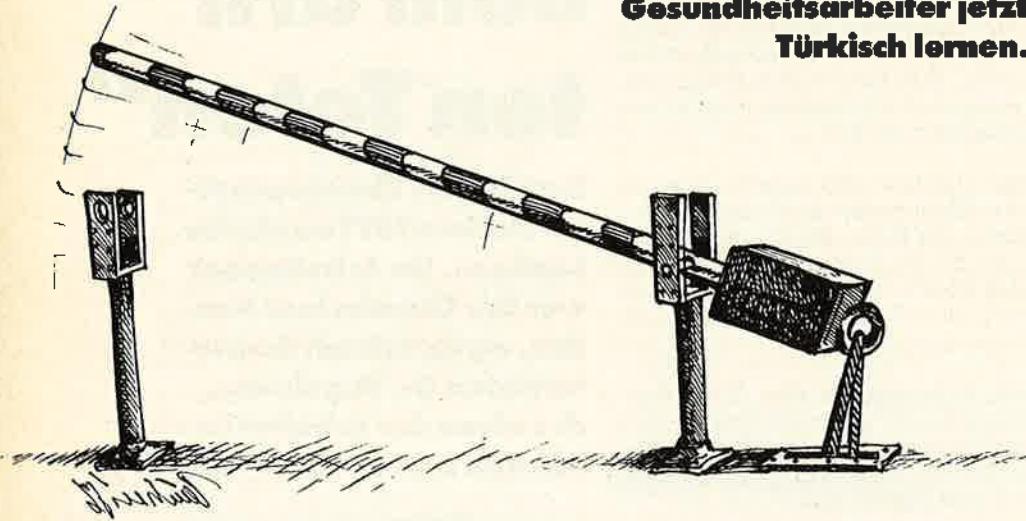


Foto: dpa

# Sieben Siegel

## Türkisch am Krankenbett

**Wie hilflos muß sich ein Patient vorkommen, den keiner im Krankenhaus versteht. In Essen können Gesundheitsarbeiter jetzt Türkisch lernen.**



Was hat ein „Journalist im Dschungel“ mit „Türkisch am Krankenbett“ zu tun? In letzterem verbirgt sich die korrekte Aussprache des Buchstabens „C“ im türkischen Alphabet, und „J“ klingt im Türkischen eben wie das „J“ Journalist. Haben Sie schon mal versucht, ein Zungen spitzen-, „R“ auf die Reihe zu kriegen?

Mit solchen akrobatischen Übungen für Mund und Ohr begann der Intensiv-Kurs „Türkisch am Krankenbett“, den die Volkshochschule (VHS) Essen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Gesundheitswesen erstmals in dieser Form, sogar mit möglicher Anerkennung als Bildungsrückzug, anbot. Das gab mir als Nicht-Essenerin die Möglichkeit, an diesem fachspezifischen Kurs teilzunehmen.

**Barbara Ritter**, ist Krankenschwester, zur Zeit Unterrichtsassistentin in Marl. Seit 1981 fest im VHS-Programm als Wochenkurs in Zusammenarbeit mit der Universität Essen, leitete die Sprachwissenschaftlerin Dr. Rosemarie Neumann dieses Seminar, zu dem sie auch ein Lehrbuch für Beschäftigte im

Gesundheitswesen geschrieben hat. Für mich als „Anfängerin“ barg die kehlige Sprache mindestens sieben Siegel. Am ersten Tag verstand ich nur Bahnhof, Bratkartoffeln, und hätte mir jemand gesagt, daß ich am Donnerstag bereits einem türkischen Kollegen, der uns abends Lieder vorsang (die plötzlich gar nicht mehr fremd klangen) und uns in türkischer Sprache von seinem Land erzählte, mit offenen Ohren zuhören und sogar ein paar Brocken verstehen würde, so hätte ich das wohl nie geglaubt.

Bis es allerdings soweit war, wuselte ich mich durch die Tücken der türkischen Aussprache hindurch, lernte etwa 150 Vokabeln, was mir leichter fiel als früher in der Schule, erfaßte Grundbe-

griffe der Grammatik und verarbeitete eine Menge Informationen über die Türkei und die dort lebenden Völker.

Mir wurde ganz schwindelig, als mir Zahlen über die Gesundheitsversorgung der türkischen Bevölkerung im Vergleich zur Bundesrepublik vor Augen geführt wurden. Daß die Landbevölkerung schlecht dran ist, war mir schon klar, doch auf 100 000 Einwohner kommen durchschnittlich 24 praktische Ärzte (Bundesrepublik: 122), 16 Zahnärzte (Bundesrepublik: 54) bezogen auf das Jahr 1980, zum Teil mit rückläufiger Tendenz – da kann ich mir schon vorstellen, wieviel medizinische Hilfe für den einzelnen Menschen zur Verfügung steht. Dazu muß man wissen, daß erst seit 1985 für einen Teil der Bevölkerung so etwas wie eine Sozialversicherung existiert und die Kosten für Medikamente und ärztliche Behandlung oft so hoch sind, daß viele Menschen sich aus Armut gar nicht behandeln lassen. Das schockte mich genauso wie die Tatsache, daß zwei Drittel der Bevölkerung im Osten der Türkei Analphabeten sind – sicher kein Zufall, daß dort im wesentlichen Kurden leben, über deren Diskriminierung und Verfolgung uns auch erschreckende Beispiele vorgeführt wurden.

Vor allem eins wurde mir klar: wie soll eine in der Bundesrepublik lebende Türkin mit unserem hochtechnisierten und bürokratisierten medizinischen System umgehen, geschweige denn, eine Einverständiserklärung zur Operation verstehen, selbst wenn diese in türkische Sprache geschrieben ist? Wie alleingelassen habe ich mich selbst als „fachkundige“ Patientin bei meinem letzten Krankenaufenthalt gefühlt – das ist mir noch zu genau in Erinnerung. Mir wird ganz kalt bei dem Gedanken, daß ein Mensch, der in einer völlig anderen Kultur aufgewachsen ist und ganz andere Wertvorstellungen und ein anderes Verständnis von Krankheit und Schmerzen hat, hier in seinem Krankenzimmer liegt und nicht einmal seine Grundbedürfnisse deutlich machen kann, da niemand seine Sprache versteht. Da reden wir von „ganzheitlicher Pflege“ und Einbeziehung des Menschen in den Pflegeprozeß... und wie schwierig ist das schon bei den Patienten, die unsere Sprache sprechen.

Mein Verständnis für die Menschen aus der Türkei, für die Folgen der Militärrherrschaft, Verhaftungen und Folter, aber auch für ihre religiösen und kulturellen Traditionen und Zwänge, ist um ein Vielfaches gewachsen. Und ich hoffe, daß es mir möglich sein wird, diese Eindrücke auch anderen Menschen weiterzugeben. *Barbara Ritter*

Walter Beilken  
Steinstraße 73 · 6300 Gießen  
**Schreibbüro**  
Telefon 0641-3 80 86

Informationen über Kursangebote, Lernmaterialien etc. sind zu erhalten bei Judith Ziegler, Studienleiterin der Volkshochschule Essen, Hollestraße, 4300 Essen 1.

# Gesundheitspolitik, Ärztepolitik und Gesundheitsbewegung

Von Hans-Ulrich Deppe

**Die Analyse und Kritik der aktuellen gesundheitspolitischen Situation wurde von unserem Mitherausgeber als Eröffnungsreferat auf dem Gründungskongreß des Vereins demokratischer Ärzinnen und Ärzte am 8. November in Frankfurt gehalten. Fortsetzung aus dg 12/86.**

c. Und schließlich ein weiterer Punkt, in dem deutlich zum Ausdruck kommt, was ärztliche Standespolitik meint. Zu denken ist dabei an die durchsichtigen Diskussionen über die ärztliche *Bedarfsplanung* und ihre Auswirkungen auf das Medizinstudium, die Weiterbildung oder die Zulassung zur kassenärztlichen Praxis. Ich möchte dabei einige Stichpunkte chronologisch herausgreifen, damit die opportunistische Schaukelpolitik der Standesorganisationen auch deutlich zum Ausdruck kommt:

– 1960 nach dem Kassenarzt-Urteil, das die Verhältniszahl aufhob und die Zulassung für alle Ärzte zu den Kassen verordnete, entönte von der Bundesärztekammer umgehend der Ruf: Drosselt den Zugang zum Medizinstudium. Der Arztberuf ist überfüllt. Grund: Die Berufs- und Einkommensaussichten für Ärzte wurden damals von der BÄK als „keineswegs günstig“ eingeschätzt. Resultat: Bis 1964 wurde an allen medizinischen Fakultäten der NC eingeführt.

– 1969: Der NC hatte die Zahl der jährlich neu zugelassenen Medizinstudenten nahezu halbiert. Gleichzeitig begannen sich kassenärztliche Versorgungsschwierigkeiten auf dem Land abzuzeichnen. Es bahnte sich Kritik am Sicherstellungsauftrag an. Also wird die Forderung erhoben: Die Zahl der Studienplätze muß schnellstens wieder angehoben werden. Und noch 1971 lautet der Originalton der BÄK: „Verständlicherweise wird die Forderung (nach Abbau der Studienbeschränkungen) vor allem zugunsten von Arztkindern erhoben, da gerade bei ihnen eine besonders positive Berufsmotivation vorliegen dürfte.“

– 1976 schlägt das Ruder wieder um: Der Präsident der Bundesärztekammer warnt erstmals auf dem Hintergrund der Kostendämpfungsdebatte und Vorstellungen ärztlicher Bedarfsplanung vor einer zukünftigen „Ärzteschwemme“. Befürchtet werden nämlich ein deutlicher „Rückgang des Realeinkommens“ der Kassenärzte und „Verteilungskämpfe“ zwischen verschiedenen Ärztegruppen.

– 1983 stehen die Aktionsebenen gegen die „Ärzteschwemme“ fest und werden vom Hartmannbund formuliert:

– Änderung der Kapazitätsverordnung mit einer Verschärfung des NC,  
– Urfunktionierung der Prüfungen im Medizinstudium zu einem Selektionsinstrument,  
– Erschwerung der Zulassung zur kassenärztlichen Tätigkeit durch Verlängerung der Vorbereitungszeit,  
– Verzögerung der Erlangung der Approbation durch ausführliche Krankenhaustätigkeit nach dem Staatsexamen.

– Und als vorläufig letzter Baustein ist das „Gesetz zur Verbesserung der kassenärztlichen Bedarfsplanung“ zu erwähnen, das zeitlich begrenzte Zulassungssperren in übersorgten Gebieten vorsieht und zur Zeit in Bundestagsausschüssen beraten wird, nachdem es bereits in erster Lesung verabschiedet wurde. Es ist das Kind vor allem der kassenärztlichen Bundesvereinigung.

Insgesamt läßt sich feststellen: Der Ruf nach staatlichem Dirigismus, der sonst mit der „Würde der Freiheitlichkeit“ nicht vereinbar scheint und in aggressiver Weise von den ärztlichen Standesorganisationen zurückgewiesen wird, ertönt um so heftiger, je deutlicher die scharfen Konturen satter Privilegien am Horizont verschwimmen. Der Staat wird aufgefordert, die Eingangstür zum Medizinstudium weiter zu schließen; der Staat wird bedrängt, wissenschaftliche Prüfungen deutlicher als Selektionsinstrumente einzusetzen; vom Staat wird die Einführung einer möglichst langen AiP-Phase und schwierig durchzuführende Vorbereitungszeiten mit abschreckenden Wartephassen verlangt; vom Staat erwartet man kassenärztliche Zulassungssperren, die vor allem jüngere Ärztinnen und Ärzte betreffen. In akribischer Kleinarbeit ist in den letzten Jahren mit Unterstützung und auf Initiative der ärztlichen Standesorganisationen ein ganzes Netz von Flaschenhälsen und Barrieren aufgebaut worden, deren letztes Ziel nichts anderes ist als ein mehr oder weniger getarnter Konkurrenzschutz. Dabei zeigt sich innerhalb der Ärzteschaft, daß für die konservativen Standesorganisationen auch die vielbeschworene Parole von der „Einheit der Ärzteschaft“ allenfalls für wirtschaftliche Schönwetterperioden gilt. Unter gesellschaftlichem Druck auf die Ärzteinkommen wird sie zugunsten der privilegierten Battalions fallengelassen und eine Polarisierung der Ärzteschaft bewußt im Kauf genommen.

Die führenden Standesfunktionäre der Ärzte haben den sozial- und gesundheitspolitischen Kurs der Rechtskoalition von Anfang an offen und massiv unterstützt. So wurde nicht nur der Regierungswchsel 1982 lebhaft begrüßt, sondern auch direkte Hilfe im Wahlkampf geleistet. Das angepaßte Verhalten der Standesorganisationen gegenüber Staat und Kapital scheint keine Grenzen zu kennen, wenn es um die Sicherung ärztlicher Privilegien geht. Erinnert sei in diesem Zusammenhang nur noch einmal an die verharmlosende und irreführende Erklärung des Präsidenten der Bundesärztekammer zu Tschernobyl und seinen Folgen, die von der Vereinigung Deutscher Elektrizitätswerke kurz vor der Landtagswahl in Niedersachsen in den großen Tageszeitungen als Anzeige veröffentlicht wurde. Allerdings läßt sich feststellen, daß die gesteckten Ziele bisher keineswegs erreicht wurden, die drängen-

den Fragen sind nach wie vor offen und haben sich angesichts der bevorstehenden Bundestagswahl festgeföhrt.

6. Gegen diese blinde Anlehnung an den Rechtsblock gibt es inzwischen innerhalb des Gesundheitswesens ein *Widerstands- und Oppositionspotential*, das sich mit der Metapher der „Familienstreitigkeiten“ nicht mehr fassen läßt. In vielfältigen Formen hat die hier vorgetragene Kritik an Defiziten und Mängeln im Gesundheitswesen sich immer wieder öffentlich artikuliert und Versuche der Standesorganisationen durchbrochen, beschönigend, ausgrenzend oder unterdrückend zu wirken. Ihren Ausgang nahm diese Bewegung Ende der 60er Jahre von den Universitäten und formierte sich zunächst als „kritische Medizin“. Sie bekam wesentliche Impulse durch die Gewerkschafts- und Arbeiterbewegung. Hier lassen sich sogar Verbindungen bis in die Weimarer Republik zurückverfolgen. Seit Mitte der 70er Jahre tritt sie als „Demokratische Ärzte“ in den Ärztekammern auf. Gegen Ende der 70er Jahre wird sie stark von der Ökologie- und Selbsthilfebewegung beeinflußt, und es entwickeln sich neue Formen einer „alternativen Medizin“, die sich mit öffentlichkeitswirksamen „Gesundheitsstagen“, an denen viele Tausende teilnehmen, zu Wort meldet.

Schließlich ist in diesem Zusammenhang mit Beginn der 80er Jahre der Einfluß der Friedensbewegung zu spüren, der zu einer breiten Mobilisierung von Ärzten und anderen Berufsgruppen führt, die sich gegen die Stationierung von Atomwaffen und gegen die Militarisierung des Gesundheitswesens wenden. Diese Strömungen im Gesundheitssektor, die sich mit unterschiedlichen, aber auch ergänzenden Problemfeldern beschäftigen, sich gegenseitig beeinflussen und überdies personell stark miteinander verflochten sind, können insgesamt als *eine Gesundheitsbewegung* verstanden werden. Sie setzt sich von den gruppenegoistischen Zielen der ärztlichen Standespolitik ab und steht dazu in Opposition. In dieser Bewegung haben sich seit ihren Anfängen immer wieder Denk- und Argumentationsmuster herauskristallisiert, die sich um die Formulierung, Erklärung und um praktikable Vorschläge für eine humane, demokratische und soziale Medizin und Gesundheitspolitik bemühen. Das meint, daß soziale Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung abzubauen sind. Das meint, daß der humanitäre Charakter der Medizin verstärkt werden muß. Und das meint schließlich auch, daß die Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen durch Mitbestimmung und Partizipation demokratisch zu organisieren sind.

Gefragt wird nun freilich mit Recht nach den konkreten Zielen. Aus ärztlicher Sicht möchte ich in diesem Zusammenhang auf unseren Programmabwurf verweisen, den wir heute noch diskutieren wollen. Ich möchte mich aber damit nicht begnügen, sondern jetzt schon einige Hauptpunkte und Linien aufzuzeigen:

– Die inhaltliche Grundlage der Gesundheitsbewegung bildet die Gesundheitsdefinition der WHO, die ich hier sicher nicht noch einmal zitieren und auszu-

# dokumente

führen brauche. Es wird darin ein allgemeiner Auftrag gesehen, an dem sich Gesundheitspolitik langfristig zu orientieren hat.

– Ein weiterer Punkt ist, daß sich zwischen dem Krankheitsspektrum – insbesondere der Volks- und Massenkrankheiten – und dem Medizinsystem eine weite Kluft entwickelt hat. Es wird die Ineffizienz und Hilflosigkeit der Medizin kritisiert und eine Umrüttelung gefordert.

– Als besondere Maßnahme gilt dabei der Ausbau der primären Prävention mit dem Ziel einer systematischen Verhinderung von Krankheit.

– Es wird von einer ganzheitlichen Versorgung der Kranken ausgegangen. Dies erfordert nicht nur eine intensive Kooperation zwischen Ärzten, sondern darüberhinaus auch gleichberechtigte Zusammenarbeit mit anderen Gesundheits- und Sozialberufen. Deshalb müssen eigennützige Barrieren wie Gebührenordnung und Sicherstellungsauftrag verändert werden. Und es muß gelingen, die Ärztinnen und Ärzte, die dazu bereit sind, aus den Fesseln der ärztlichen Standespolitik zu befreien, damit sie ihren eigentlichen ärztlichen Auftrag wahrnehmen können.

– Die Gesundheitsbewegung wendet sich gegen soziale Ungleichheiten und kommerzielle Interessen im Gesundheitswesen. Sie geht davon aus, daß Kranke in der Stunde der Not ein Recht auf gleiche Versorgung haben und daß das Geschäft mit der Krankheit einzustellen ist. Die Privatisierung von Versorgungseinrichtungen wird deshalb grundsätzlich abgelehnt.

– Wir treten mit der IPPNW für die Verhinderung eines Atomkrieges ein, in dem medizinische Hilfe nicht mehr möglich sein wird.

– Und wir wollen aus der traurigen Geschichte einer „Medizin ohne Menschlichkeit“ lernen. Wir wehren uns deshalb gegen die Vertuschung und Verdrängung von Erkenntnissen über die Medizin im deutschen Faschismus, was in ärztlichen Standesorganisationen immer noch gang und gäbe ist.

Die Gesundheitsbewegung ist seit ihren Anfängen erheblich angewachsen und hat inzwischen eine Dimension erreicht, die sich in der öffentlichen Diskussion nicht mehr unterdrücken oder als illusionär abtun läßt. Man muß sich vielmehr bereits ein Stück weit auf deren Forderungen einlassen, um das Konfliktpotential kontrollierbar zu halten. Das äußert sich in vielfältigen Versuchen, die häufig unter dem Etikett der Subsidiarität laufen und darauf abzielen, an den Rändern der Gesellschaft lückenfüllende Enklaven einzurichten, in denen nonkonformistische und alternative Lebensweisen toleriert, aber zugleich auch isoliert werden. Es sollen zur Neutralisierung und Austrocknung des Protests sozusagen Spielwiesen geschaffen werden, die im Konzept der Herrschenden wohlkalkuliert sind. Gleichwohl können solche subkulturellen Fluchtburgen aber auch dazu dienen, Widerstandspotentiale zu regenerieren. Ob es nun gelingt, die Gesundheitsbewegung zu integrieren und ihre Autonomiebestrebung zu unterlaufen oder aber, ob sie dagegen resistent bleibt, hängt nicht zuletzt auch davon ab, wie sie sich selbst dazu verhält.

Ein erster Schritt ist sicherlich darin zu sehen, die Strategie des konservativen Blocks zu durchschauen und daraus eigene strategische Konsequenzen zu ziehen. Dazu sind politisch-analytische und wissenschaftliche Anstrengungen erforderlich, in die die konkreten und praktischen Erfahrungen einzugehen haben. Ein weiterer Schritt besteht darin, die Beziehung zwischen den verschiedenen Strömungen im Gesundheitswesen zu diskutieren und die vorhandenen Gemeinsamkeiten schärfender herauszuarbeiten und auch organisatorisch zu fassen, ohne die produktive Vielfalt einzelner Initiativen zu lähmen und zu zerstören.

Vermessen wäre es allerdings zu meinen, die Gesundheitsbewegung könne sich an ihrem eigenen

Schopf aus dem Sumpf herausziehen und unabhängig von gesamtgesellschaftlichen Entwicklungen Teilbereiche – und seien sie noch so klein – auf Dauer strukturell verändern. Aufgrund der massiven Einbindung von Gesundheit bzw. Krankheit in die allgemeinen ökonomischen, politischen und ideologischen Zusammenhänge der Gesellschaft kann sich ein demokratisches und alternatives Gesundheitswesen nur in einem gesamtgesellschaftlichen Demokratisierungsprozeß herausbilden. – Das soll nun keineswegs heißen, daß man auf solche Situationen lediglich zu warten braucht, sondern daß man „hier und jetzt“ daran weiterarbeiten muß. Insgesamt scheint sich nämlich zu bestätigen, daß in festgefahrenen gesellschaftlichen Konfrontationen mit ihren unbeweglichen Frontlinien, Protestbewegungen in gesellschaftlichen Teilbereichen erhebliche Bedeutung beizumessen ist.

Um ihre Vorstellungen verwirklichen zu können, ist die Gesundheitsbewegung angewiesen auf Bündnisse mit Betroffenen und ihren Organisationen innerhalb und außerhalb des Gesundheitswesens. Sie hat nach Bündnispartnern in anderen sozialen Bewegungen, den Gewerkschaften, der Sozialversicherung, den Parteien und Verbänden zu suchen, mit denen sie ihre Vorstellungen oder Teile gemeinsam vertreten kann. – Ich denke dabei auch an verirrte Ärztinnen und Ärzte in den Standessorganisationen, die diese zwar als günstige Bank- und Versicherungsfilialen benutzen, aber sich inhaltlich hier nicht mehr wiederfinden können. – Nun, dieses Vorgehen ist freilich nicht leicht und erfordert viel Geduld, Flexibilität, Ausdauer und inhaltliche Aufklärungsarbeit. Ich bin jedoch davon überzeugt, daß es möglich ist. Das Ausloten solcher Bündnismöglichkeiten bei gleichzeitig anhaltendem Druck auf den konservativen Block durch die Erosion insbesondere seines ideologischen Apparates sollte insgesamt zu einer politischen Kultur beitragen, in der auch ein humanes, demokratisches und soziales Gesundheitswesen als konkrete Utopie Platz hat.

## Anzeige:

# ZEITSCHRIFTEN AUS DER UdSSR

### WISSENSCHAFT IN DER UdSSR

Herausgegeben v. der Akademie der Wissenschaften. Berichte u. Reportagen a. Wissenschaft und Forschung. 6 Hefte im Jahr. Erscheint in Deutsch, Russisch, Englisch und Spanisch. 132 Seiten, farbig. Jahresabo 60,00 DM.

### SPUTNIK DIGEST

Reich illustriertes Monatsmagazin. Reportagen, Essays, Erzählungen, Beiträge über Mode, Wissenschaft und Kultur. Erscheint in Deutsch, Russisch, Englisch, Französisch, Spanisch. 180 Seiten in Farbe. Jahresabo 38,00 DM.

### WISSENSCHAFT IN DER UDSSR



### Sputnik



### PROBELESEN KOSTENLOS

Telefon 02101/590370, Frau Lang.

Oder Coupon einsenden an:  
Plambeck & Co, Postfach 101053,  
4040 Neuss 1.



○ Bitte schicken Sie mir von folgenden Zeitschriften ein kostenloses Probeexemplar:

---



---



---

○ Bitte schicken Sie mir das Gesamtverzeichnis „Zeitungen und Zeitschriften aus der Sowjetunion“.

Absender:

---



---



---

**ZEITSCHRIFTEN AUS DER UdSSR**

**NEUE ZEIT**  
Wochenztschrift für aktuelle internationale Ereignisse und Grundprobleme der Gegenwart. Übersichten u. Kommentare. Ersch. in Dt., Russ., Engl., Frz., Span., Portug., Ital. 36 Seiten pro Woche. Jahresabo 36,00 DM.

**SOZIALISMUS THEORIE U.PRAKTIK**  
Illustrierte Monatszeitschrift für theoretische und praktische Fragen des Marxismus-Leninismus, sowohl des Friedens und des Sozialismus. Ersch. in Dt., Engl., Franz. und Span. 128 Seiten pro Heft. Jahresabo 24,00 DM.



# Anmerkungen zum Sozialpolitischen Programm der SPD

Von Bernard Braun

**In ihrer Regierungszeit hat die SPD maßgeblich an der Umverteilungspolitik zu Lasten der Krankenversicherungen und an der Ausweitung der Selbstbeteiligung mitgewirkt. Unter dem Motto „Das Gesundheitswesen erneuern“ soll nun die Abkehr von eigenen Sünden betrieben werden. Doch Reue allein ist für ein Reformkonzept wohl kaum ausreichend. Eine Kritik des gesundheitspolitischen Programms von Bernard Braun.**

Nachdem die SPD als Regierungspartei in den ersten Jahren dieses Jahrzehnts maßgeblich an den großangelegten „Verschiebebahnhof“-Aktionen zu Lasten der Krankenversicherung sowie am Aufbau eines differenzierten Systems von Selbstbeteiligungen beteiligt war, liegen nunmehr im Zusammenhang eines sozialpolitischen Programms auch gesundheitspolitische Vorstellungen vor, die sich zumindest allgemein-verbal unter der Überschrift „Das Gesundheitswesen erneuern“ von den beschriebenen Vergangenheitssünden abwenden. Neben einer klaren Absage an jegliche Selbstbeteiligung, der Forderung, die Krankenversicherungsträger nachhaltig gegenüber den Leistungsanbietern zu stärken, der Orientierung des Gesundheitssystems auf die Bekämpfung von Krankheitsursachen oder z.B. der Befürwortung eines neu zu gründenden Arzneimittelinstutus, gibt es durchaus noch weitere Detailvorstellungen, die zumindest die Bereitschaft der SPD signalisieren, sich mit der Veränderung des eben teilweise selbst geschaffenen vorstrukturierten status quo im Gesundheitswesen zu beschäftigen.

Betrachtet man allerdings das gesamte Gesundheitskapitel, stellt man schnell fest, daß das reumütige Revidieren eigener Selbstbeteiligungs-ekspaden, das punktuelle Aufgreifen von Selbstfeindsätzen und die kritische Attitüde gegenüber der Selbstverwaltung aber auch die unsystematische Favorisierung alternativer Honorierungsformen für Leistungsanbieter noch längst kein problemadäquates Reformkonzept ergeben.

Stattdessen liegt eine Mischung aus mangelnder bzw. völlig unsystematischer Problemanalyse des Gesundheitsbereiches und fast schon vorsätzlich erscheinender Ignoranz sozialdemokratischer (ASG) und gewerkschaftlicher Alternativvorstellungen in Vergangenheit und Gegenwart vor. Dies führt zu Lösungsvorschlägen, die sich größtenteils empirisch wie theoretisch als inadäquat erwiesen haben bzw. bei ihrer Realisierung als solche erweisen werden.

Diese Einschätzung gilt auch bei der Berücksichtigung der verschiedenen Programmentwurfsvarianten. Schon der hier überwiegend zitierte Entwurf (vgl. den Abdruck in dg 9/86 zitiert als I) lag in ver-

schiedenen Ausprägungen in der Diskussion vor dem SPD-Parteitag in Nürnberg vom 25.-29.08.1986 vor. Der von diesem Parteitag verabschiedete Beschuß zur Sozialpolitik (zitiert als II), „begüßt“ den Entwurf I und „macht sich die Konzeption zu eigen“ (II, S.3). Auch wenn der Beschuß manche hier kritisierte Position nicht oder nicht so klar und eindeutig enthält, halten wir daher an unsere Bewertung derzeitiger sozialdemokratischer Gesundheitspolitik – Programmatik fest.

## 1. Unklarheiten über Krankheitsursachen

Zutreffend, aber darin nicht unbedingt originell wird die Bekämpfung der Krankheitsursachen, d.h. die möglichst umfassende Verhinderung von Krankheit als vorrangiges Ziel von Gesundheitspolitik entwickelt. Die dabei gezielt zu beeinflussenden gesellschaftlichen Teilbereiche und -probleme werden aber im Programmentwurf recht unsystematisch, d.h. auch ohne klare Schwerpunktsetzungen sowie im Detail bemerkenswert blaß gekennzeichnet. So werden im Ursachen- bzw. Problemkreis in dieser Reihenfolge Luftreinhaltung, Wasser- und Bodensicherung, Lärm- und Strahlenschutz, Bewahrung von Erholungsgebieten, Lebensmittelgeschutz, Arzneimittelsicherheit und Arbeitsschutz genannt.

Im Parteitagsbeschuß wird bei den Ursachenfeldern von Krankheit vage über „natürliche Lebensgrundlagen“ und „allgemeine Gesundheitsschutz“ geredet, die Arbeitswelt als entscheidendes Verursachungsfeld bleibt ungenannt. Daß die Ausblendung der Arbeitswelt bei Gesundheitsgefahren kein redaktionelles Problem ist, zeigt sich im gleichen Beschuß im Abschnitt Humanisierung der Arbeit (II, S.5/6): Dort taucht Gesundheit und Primärprävention als Mitinhalt oder Ziel von Humanisierung explizit nicht auf.

Fällt in dem kunterbunten Ursachenbereichs-Sammelurium u.a. die nachrangige Einordnung des Ursachungsbereichs Arbeitswelt auf, dann verdichtet sich die daran anknüpfende Vermutung, hier ginge es um eine Ausblendung dieses wichtigen Feldes der Bekämpfung von Krankheitsursachen, wenn näher betrachtet wird, was sich die Pro-

grammverfasser unter Arbeitsschutz vorstellen. Über die allgemeinen Forderungen „zu verbessern“, „fortzuentwickeln“, „auszubauen“ und „die Unabhängigkeit sicherzustellen“ hinaus, gibt es kein Wort etwa zur Prüffpflicht über die Gesundheitsunbedenklichkeit von neuen Stoffen und Verfahren oder z.B. die Einbeziehung psycho-sozialer Krankheitsfaktoren in die Prävention im Arbeitsleben.

Auch wenn man die weiteren Lösungsvorschläge und die dabei von der SPD bevorzugt angesprochenen Akteure und Handlungsebenen sieht, wird klar, daß hier kein redaktioneller Ausrutscher vorliegt, sondern durchaus ein Beitrag der Ignoranz gegenüber gewerkschaftlichen Aktionsschwerpunkten.

## 2. Medizinalisierung der Gesundheit – ein Hauptanliegen

Da nirgendwo systematisch auf das qualitative Versagen der kurativen aber auch sonstigen Medizin und deren Inkompotenz und Unzuständigkeit gegenüber dem weitgehend durch chronisch-degenerative Krankheiten bestimmten Krankheitsgeschehen eingegangen wird, zieht sich durch den gesamten Programmentwurf eine Neigung zur weiteren Medizinalisierung der Gesundheit. Der „vorbeugenden Medizin“ (I, S.47) soll der gleiche Rang wie der behandelnden eingeräumt werden und die Aus- und Weiterbildung soll die Ärzte im Sinne einer „sozialbezogenen Medizin“ (I, S. 48) qualifizieren.

Statt „Hochleistungsmedizin“ soll mehr „Breitenmedizin“ (II, S.9) betrieben werden. Wenn dann die Rolle der kurativen Medizin bei chronischen Krankheiten eher belläufig kritisiert wird, soll der „präventiven Medizin der gleiche Rang“ (II, S.9) eingeräumt werden.

Wen wundert es bei diesem Unvertrauen in die „Medizin“, daß sogar der leiseste Hinweis auf medizinisch-soziale Gemeindezentren, kommunale Gesundheitsdienste und soziale Dienste der Krankenkassen als medizinbegleitender oder auch substituierende Einrichtungen fehlt?

Bei dieser Fixierung auf die Medizin ist es auch weiter nicht verwunderlich, daß die SPD ausdrücklich darauf hinweist „die Interessen neuausgebildeter niederlassungswilliger Ärzte“ (I, S.53) in Bedarfsplänen zu berücksichtigen, alle anderen Beschäftigungsgruppen (rund 1,5 Millionen Personen) aber nirgendwo erwähnt werden. Auch daß den SPD-Programmatikern beim Solidar- und Sachleistungsprinzip ausgerechnet das Patientenrecht auf freie Arztwahl einfällt, ist für das eben benannte „Schießen“ nach der Medizin symptomatisch. Uneingeschränkt so hingestellt, berücksichtigt es aber in keinerlei Weise die verheerenden finanziellen Folgen dieses Rechts.

**Bernhard Braun ist Diplom-Soziologe und arbeitet als wissenschaftlicher Angestellter bei der Gesellschaft für Arbeitsschutz und Humanisierungsforschung in Dortmund**

### 3. Das Elend mit der Honorierungsweise

Ungetrübt von der langen Diskussion über Vergütungssysteme (vgl. dazu u.a. die Arbeiten des WSI) oder diese eben vorsätzlich ignorierend, sind auch die entsprechenden Ausführungen der SPD. Einerseits wird die empirische Entwicklung, daß in den letzten Jahren trotz sinkender Inanspruchnahme ärztlicher Dienste durch die Versicherten dank Einzelleistungsvergütung die Leistungsmenge und das Honorarvolumen je Versicherten erheblich ge-

Anzeige:

ISBN 3-925007-38-5

## PSYCHOLOGIE & GESELLSCHAFTS KRITIK

38



### Frauen & Psychologie II

#### INHALT THEMATISCHE BEITRÄGE

**Barbara Renczkowsky Ashley/  
David Ashley**

**Sexualität und Gewalt:  
Der pornographische Körper als  
Waffe gegen Erotik und Nähe**

**Annabel Faraday**

**Die Befreiung der Lesbenforschung**

**Rainer Adamaszek/Monika Adamaszek**  
.... nicht als Therapie möchte ich  
 Ihnen die Psychoanalyse empfehlen,  
 sondern wegen ihres Wahrheits-  
 gehaltes..."

**Kritisches zu Freuds erstem psycho-  
analytischen Fall „Dora“**

**Anita Nieder**

**Sind Frauen das unschuldige  
Geschlecht?**

**Über die Ambivalenz  
weiblicher Liebe**

**REZENSIONEN  
AKTUALITÄTEN  
TERMINE**

Eine psychologiekritische Zeitschrift für Psychologen, Pädagogen, Sozialwissenschaftler in Theorie und Praxis.

Einzelheft 9,- DM / Doppelheft 15,- DM / Jahresabonnement 28,- DM plus 3,20 DM Porto / Studenten, Arbeitslose 23,- DM plus 3,20 DM Porto.

Erhältlich in jeder Buchhandlung oder direkt bei der Redaktion der P & G, Bürgerbuschweg 47, D-2900 Oldenburg, Telefon (04 41) 6 41 26.

stiegen ist, als harmlos und die Verantwortlichkeit unspezifisch verschiebend als „Maximalversorgung“ (I,S.51) bezeichnet.

Andererseits wird für den Fall alternativer Honorierung z.B. durch Kopfpauschalen eine „Verschlechterung der Versorgung der Patienten“ (I,S.51) beschworen. Letzteres gilt nur dann, wenn der Versorgungsmaßstab der bisherige diagnostische und therapeutische Aufwand kurativer Versorgung ist. Wird als Maßstab die präventive Leistung angelegt – und verbal will dies ja auch die SPD – erweist sich eine Kopfpauschal-Honorierung als strukturell überlegen. Die möglichen Tendenzen zur Minimierung der Leistung können durch durchgängige und umfassende Qualitätskontrollen verhindert werden.

Die Programmalternative Leistungskomplexvergütung für alle Ärzte (I,S.51) ist auf dem Hintergrund der Krankheitsartenentwicklung und der Absicht einer Versorgung zu sozial vertretbaren Preisen die schlechteste Variante. Bei den sogenannten Primärärzten muß die medizinisch-soziale Grundversorgung als ganzheitliche Zuwendung zum Patienten mit präventiver Orientierung und der behutsamen, lindernden chronisch Kranker im Vordergrund stehen. Diese Schwerpunkte widersprechen aber der Logik der Leistungskomplexhonorierung oder verwischen die Konturen von Leistungskomplexen. Sinnvoll ist dagegen eine Leistungskomplexhonorierung bei Fachärzten.

### 4. Gesundheit nur ein Finanzproblem?

Die qualitativen Anforderungen an ein Gesundheitssystem spielen aber nicht nur im Detailbereich der Vergütung, sondern auch generell im Programm eine geringe Rolle: Gesundheit wird stattdessen überwiegend als Finanzproblem angesehen. Wie gesehen wird im ambulanten Bereich „optimale“ Versorgung auf Komplexvergütung reduziert, im stationären Bereich geht es ausschließlich um „gestuft Pflegesätze“ und nicht um Qualitätsprobleme oder z.B. die morbiditäts-orientierte Bedarfsplanung.

Bis auf einen winzigen Hinweis auf Sicherheit und Wirksamkeit von Arzneimitteln, geht es auch in diesem Bereich überwiegend um Preisverhandlungen bzw. für das zu Recht geforderte Arzneimittelinstut, um die Bewertung von Präparaten „Im Hinblick auf ihre Eignung für die kassenärztliche Verordnung“ (I,S.52), nicht aber um die gesundheitliche Problematik vieler Arzneimittel.

### 5. Ungeliebte Selbstverwaltung – die Orientierungsrahmenillusion

Fällt es der SPD im Mikrobereich der Gestaltung des Gesundheitssystems recht schwer, mit traditionellen Sichtweisen und Regelungen trotz ihres faktischen finanziellen wie qualitativen Scheiterns zu brechen, ist sie im Strukturbereich bzw. im Makrobereich der Steuerung dagegen zu drastischen Veränderungen bereit. Diese Veränderungen sind durch das Abkappen demokratischer Mitbestimmungspositionen und ein zentralistisch-etatistisches Eratzkonzept gekennzeichnet.

Nichts anderes stellt es nämlich dar, wenn die SPD im Jahr der Sozialwahlen, d.h. der Wahl bzw. Benennung von fast 15000 gewerkschaftlichen Selbstverwaltungsmitgliedern in der GKV lediglich die Erstarrung der Selbstverwaltung in Ritualen und ihrer Ineffektivität beklagt und dann kein einziges Wort mehr über sie verliert. Damit ist nichts gegen eine offene Diskussion über die Defizite der Selbstverwaltung angesichts der schwierigen Steuerungsprobleme der gesetzlichen Krankenversiche-

rung (GKV) gesagt, sehr wohl aber etwas gegen eine stillschweigende Strategie des Vergessens.

Da hilft auch nicht die an anderer Stelle (I,S.4) geäußerte Warnung vor dem „Abbau gewerkschaftlicher Befugnisse“, worunter u.a. die Selbstverwaltung zu subsummieren ist.

An die Stelle einer evtl. lebendig weiter zu entwickelnden Selbstverwaltung tritt ein „gesundheitspolitischer Orientierungsrahmen“ (I,S.49) des Bundestages als „Element der politischen Steuerung des Gesundheitswesens“ (I,S.50). Er soll „Handlungsanleitung“ sein und zugleich „Maßnahmen“ beschreiben, die denen drohen, welche von den Orientierungspfaden abweichen. Klugerweise wird über die Art dieser Maßnahmen nichts gesagt, was u.a. aus der jahrelangen Erfahrung mit den Abweichungen von Empfehlungen des konzentrierten Aktion etc. hervorin mag. Selbst wenn es aber gelänge, einen informativen Orientierungsrahmen zu verabschieden, bleibt im SPD-Programm völlig im Unklaren, wer eigentlich wie die Umsetzung vor Ort betreiben soll. Da die Selbstverwaltung schon als verkrustet assortiert wurde, scheint die SPD letztlich auch im Gesundheitsbereich gewaltigen Illusionen über die zentralistische Steuerbarkeit differenzierter sozialer Prozesse aufzusitzen.

Die SPD-Hoffnung, die alte wie die neue Unübersichtlichkeit durch Orientierungsrahmen und Gesundheitsberichte bewältigen zu können, sollte gerade nach den SPD-spezifischen Negativahrungen mit parteiigenen Orientierungsrahmen oder technokratischen Datenprojektionen á la Helmut Schmidt wohl entgültig begraben werden.

### 6. Es lebe die Kassenkonkurrenz

Bei einer weiteren Strukturfrage, nämlich der des gegliederten Systems der GKV, deutet die SPD an, daß sie die Problemdiskussion über unterschiedliche Risikostrukturen und Solidarausgleich durchaus kennt, ihre eigenen Vorschläge verschärfen diese Probleme aber eher noch. So bewirkt der Vorschlag, Ortskrankenkassen und Ersatzkassen sollten gleichermaßen für alle Versicherten offenstehen und ein Wechsel zwischen den Kassenarten müßte für alle möglich werden (I,S.50) das Gegenteil von sozialer Ausgewogenheit. Die SPD setzt sich dabei aber nicht nur über die jahrelangen Klagen der Ortskrankenkassen und die damit verbundenen materiellen Belastungen der dort Versicherten hinweg, sondern negiert oder ignoriert mit ihrer Propaganda der freien Konkurrenz auch alle auch von ihr mit als Gesetz verabschiedeten Möglichkeiten der risikoausgleichenden und die Position der GKV gegenüber den Leistungsanbietern stärkenden Bildung von regionalen Kassenverbänden oder von regionalen Arbeitsgemeinschaften z.B. für Prävention und Primärversorgung. Nicht einen winzigen Hinweis findet man darüberhinaus z.B. über die Alternative einer nach wie vor versicherten- und problemnah gegliederten aber konkurrenzfreien Einheitsversicherung..

Betrachtet man die Vorstellungen der derzeitigen und u.U. auch 1987 weiterregierenden Bundesregierung zur Gesundheitspolitik (Selbstbeteiligung, Aufweichen des Solidarprinzips etc.) muß der SPD dringend im Sinne einer Verbreiterung der Abwehrfront geraten werden z.B. ihrer eigenen Feststellung zu folgen, „eine einfache Fortschreibung der vergangenen Sozialpolitik (sei) nicht mehr ohne weiteres möglich“ (I,S.3). Die hier beispielhaft kritisierten Punkte geben erste alternative Hinweise für die bis 1988 geplante weitere Diskussion. Diese tiefgründigen Korrekturen des Programms sind umso dringlicher, wenn die SPD erneut Bundespolitik mitgestalten sollte.

# No milk today

## Erstes Bundestreffen der Initiativen nach Tschernobyl

**150 alte und neue Kernkraftgegner trafen sich am 15. und 16. November in Detmold, um die Arbeit der Initiativen zu koordinieren. Auch gegen verstrahlte Babynahrung wollen sie vorgehen.**

Teilweise harte und kontroverse Diskussionen, spieldende Kinder und Naturkost-Imbißstände prägten das erste Bundesdelegiertentreffen der „Initiativen nach Tschernobyl“.

Mehr als 150 Teilnehmer waren nach Detmold gekommen. Das Spektrum der Meinungen und Zielsetzungen war in diesem Kreis breit gefächert. „Ich bin eine Neue und eine Alte zugleich“, sagte eine Teilnehmerin, die zum Kreis der „alteingesessenen“ Kernkraftgegner zählte. Dazugestoßen sind aber seit der Katastrophe auch völlig neue Gruppen von Betroffenen, die sich früher nicht mit dem Problem der Kernkraft auseinandergesetzt haben.

Von Ernährungsgruppen bis zu juristischen Arbeitskreisen reichte das Spektrum der verschiedenen Arbeitsgruppen, in denen grundlegende Probleme der Antikernkraftbewegung diskutiert wurden. Ohne größere Debatte war man sich im Plenum in der Ablehnung von Gewalt einig. Ihre Handlungsmöglichkeiten und Spielräume sehen die Initiativen vor allem im Bereich einer konsequenten Ausschöpfung aller rechtlichen, auch strafrechtlichen Möglichkeiten und besonders im Wachthalten der Erinnerung an die Reaktorkatastrophe.

Hierzu unter anderem dienen auch die inzwischen von drei Initiativen aufgebauten Gammaspektroskopiemessplätze. Hier werden im großen Umfang, unabhängig von öffentlichen Stellen, Lebensmittel untersucht und Strahlenberichte veröffentlicht. Gerade die Veröffentlichung derartiger Belastungsdaten unabhängig von Grenzwerten und plausible Einstufungen in Kategorien wie „strahlenarm“, „belastet“ und „stark belastet“ können dazu dienen, der Bevölkerung täglich „die Becherl aufs Butterbrot zu schmieren“, wie es ein Teilnehmer ausdrückte. Nur durch ständige Erinnerung an die besonderen Gefahren radioaktiver Strahlung könnte in der Bevölkerung ein Meinungsumschwung bezüglich der Kernkraft bewirkt werden.

Einstimmig verabschiedete das Plenum eine gemeinsame Erklärung, in

der das sogenannte „Strahlenschutzvorsorgegesetz“ verworfen wird. Dieses Gesetz stelle eine „zynische Mißachtung des Grundrechtes der Bürger auf Leben und körperliche Unversehrtheit“ dar. Besonders kritisierten die Initiativen die freiwillige Selbstdentmachtung der Bundesländer durch die Zustimmung des Bundesrates.

Bereits der Name des Gesetzes sei blander Hohn, wie Vertreter des Plenums bemerkten, denn außer im Titel sei von Vorsorge in diesem Gesetz nichts zu finden. Die beabsichtigte Beteiligung des Wirtschafts- und Landwirtschaftsministers bei der Festlegung von Grenzwerten zeige, so die Initiativen, daß der Gesundheitsschutz der Bevölkerung nunmehr wirtschaftlichen Interessen geopfert werden soll.

Der Erlass allgemeingültiger Grenzwerte durch Rechtsverordnungen werde nicht vorgeschrieben. Statt dessen werde die Möglichkeit eröffnet, daß ohne Zustimmung weiterer Ressortminister, ohne Zustimmung von Parlament und Bundesrat durch den Umweltminister im Alleingang Grenzwerte beliebig festgesetzt werden könnten. Eine derartige Ermächtigung sei selbst in den Notstandsgesetzen der sechziger Jahre nicht vorgesehen.

Der Jahrestag der Tschernobyl-Katastrophe, so beschlossen die Teilnehmer, soll als nationaler „Verweigerungstag“ begangen werden. Wenn auch die Mehrzahl des Plenums von Frauen gebildet wurde, wollte man dann doch die Männer nicht ausschließen, so daß der ursprüngliche Vorschlag einer Teilnehmerin, „an diesem Tag den Männern irgendwas zu verweigern“, entsprechend geschlechtsneutral erweitert wurde.

Besonders wichtig war den Teilnehmern das Problem verstrahlter Babynahrung. In einem Arbeitskreis und im Plenum wurde sich damit auseinandergesetzt. Dabei wurde auf eine Veröffentlichung der Zeitschrift ÖKO-Test verwiesen, die zeige, daß vor allem zwei Hersteller sich um die Gesundheit der Neugeborenen wohl zuwenig Gedanken machten. Ein Diskussionsteilnehmer formulierte drastisch: „Hier ganz in der Nähe gibt es einen Hersteller, da passiert täglich eine Riesensauerei!“ Zu einem Boykottaufruf gegen die betroffenen Firmen wollte man sich aus juristischen Gründen jedoch nicht entschließen.

Pikanterweise stellte sich nach dem Treffen heraus, daß die Firma HU-

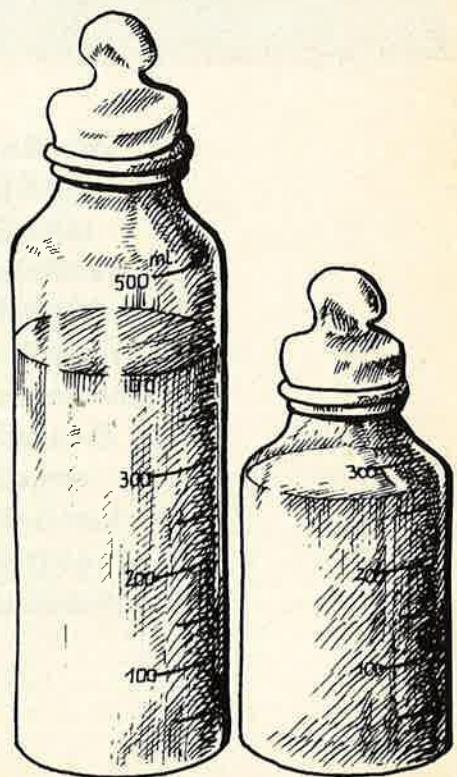
MANA einen „Zuhörer“ entsandt hatte. Die mit großer Härte vorgetragenen Vorwürfe blieben offensichtlich nicht ohne Wirkung. Die Firma HUMANA bekundete ihre Gesprächsbereitschaft mit den Initiativen. Nach den ersten Treffen verlautete, die Firma werde nunmehr ihre Produktion auf strahlenarmes Milchpulver umstellen. Am Rande der Tagung wurde darüber hinaus bekannt, das gegen den Vorstand eines anderen Herstellers, der in Rundschreiben an Eltern und Apothekern die „Strahlenfreiheit“ seiner Produkte rührmt, nunmehr eine Strafanzeige wegen Betruges anhängig sei.

Die ausführlichen Diskussionen über juristische und Ernährungsprobleme sowie grundlegende Probleme des Selbstverständnisses der Gruppen führte dazu, daß eine ausreichende Diskussion über die Möglichkeiten und Formen einer Vernetzung nicht mehr stattfinden konnte. Statt dessen einigte man sich darauf, bis zum nächsten Treffen, das im Mai 1987 in Nordhessen stattfinden soll, eine vorläufige Koordinierungsstelle einzurichten.

Wolfgang Porada

Wolfgang Porada ist Physiker und arbeitet im Elternverein „Restrisiko“.

Die Anschrift lautet: K.I.N.T. – Koordinierungsstelle der Initiativen nach Tschernobyl, Anzengruberstr. 4, 6000 Frankfurt/Main 1. Daten und Informationen über Radioaktivitätsmessungen, Energiefragen usw. werden vom Elternverein „Restrisiko“ bearbeitet. Die Postanschrift lautet: Gartenfeldstr. 26c, 6220 Wolluf 2. Dieser Verein betreibt auch eine eigene Radioaktivitätsmessstelle. Lebensmitteluntersuchungen kosten 25 Mark.



# **Erfinderische Zwerge B-Waffenforschung in Hannover?**



**Im September berichtete dg über gentechnologische Projekte an der Tierärztlichen Hochschule Hannover, die vom Bundesministerium der Verteidigung finanziert werden. Ob es sich dabei um die Entwicklung von B-Waffen handelt, wollten jetzt die Grünen in einer Dringlichen Anfrage im Niedersächsischen Landtag geklärt wissen.**

„In der Bundesrepublik Deutschland betreibt neben dem Bundesminister der Verteidigung (BMVg) nur der Bundesminister des Innern (BMI (zuständig für zivile Verteidigung und deren Teilbereich Zivilschutz)) Forschungen auf dem Gebiet des Medizinischen A-Schutzes“, heißt es in einem Aufsatz von Dr. Torsten Sohns, veröffentlicht in Wehrmedizin und Wehrpharmazie 3/86. Wie die Arbeitsaufteilung zwischen den Ministerien geregelt ist, geht ebenfalls aus diesem Artikel hervor. Danach fällt in das Ressort des BMVg „ausschließlich der Medizinische A-Schutz zur Versorgung der Streitkräfte im Kriege“.

Wenn diese Einschränkung auf die „Versorgung der Streitkräfte im Kriege“ auch für die vom BMVg geförderte Forschung zum „Schutz“ vor den Auswirkungen von B-Waffen gilt, würde dies ein bezeichnendes Licht auf die Tiermedizinische Hochschule in Hannover werfen. Denn an deren Institut für Virologie wird mit Mitteln aus dem Etat des BMVg sowohl an einem Forschungsvorhaben „Monoklonale Antikörper gegen Bakterien und Bakterientoxine“, als auch an der „Immunophylaxe gegen Arbovirus-Infektionen“ gearbeitet (dg 9/86).

Die Niedersächsische Landtagsfraktion der Grünen wollte Näheres wissen. In einer Dringlichen Anfrage, die am 22. Oktober im Niedersächsischen Landtag behandelt wurde, hatte sie die Landesregierung um Stellungnahme zu nichtzivilen, gentechnologischen Forschungsprojekten an der Tierärztlichen Hochschule Hannover gebeten. Daß diese im Zusammenhang mit biologischen Waffen stehen, räumte Dr. Cassens, Minister für Wissenschaft und Kunst, ein: „Hier wird die Verbesserung der Schutzmöglichkeiten im Rahmen der Virologie untersucht. (...) Daß diese Forschungsarbeit in diesem Sinne unter dem Gesichtspunkt des Schutzes der Menschen beim Einsatz derartig schlimmer Waffen geleistet wird, ist allerdings sinnvoll und in Verbindung mit staatlichen Aufträgen zu bringen.“

Allerdings vertrat der Minister die Auffassung, daß die Gelder für die Projekte auch vom Ministerium für Forschung und Technologie oder „selbstverständlich auch aus dem Bundesministerium für Gesundheit“ kommen könnten. An dieser Stelle seiner Ausführungen vermerkt der Stenographische Bericht der Sitzung „Lachen bei den Grünen“. Als Begründung für das Engagement des BMVg führte Dr. Cassens den großen Bereich des Sanitäts- und Krankenhauswesens der Bundeswehr an. Einer besonderen Erwähnung war ihm das Bundeswehrkrankenhaus in Koblenz wert: „Es soll ja auch hervorragende Politik geben, die sich dort schon haben behandeln lassen. Daraus wird deutlich, daß auch in diesem Bereich ein ganz erheblicher Forschungs-

bedarf sowohl in der Humanmedizin als auch in der Veterinärmedizin besteht". Ein bemerkenswerter Schluß, aus der Behandlung „hervorragender Politiker“ an Bundeswehrkrankenhäusern den Forschungsbedarf auch in der Tiermedizin abzuleiten.

Noch hilfloser wirkt die Erklärung für die Forschungsvergabe an die Tiermedizinische Hochschule in Hannover. Es gehe, so der Minister, um die Früherkennung von Viruserkrankungen sowohl bei Menschen als auch bei Tieren. Da es sich auch um Tiere handele, sei das Institut für Virologie in Hannover eingeschaltet worden. Diese gelungene Ableitung muß belohnt werden. Tusch, nein, „Beifall bei der CDU“.

Die „prophylaktische“ Forschung zum Schutz von Mensch und Tier vor den Folgen biologischer Kriegsführung ist nach dem B-Waffenabkommen von 1972 erlaubt, demgegenüber sind die Entwicklung sowie der Besitz entsprechender Kampfstoffe verboten. So nimmt es nicht Wunder, daß in der Bundesrepublik, die dieser Übereinkunft beigetreten ist, offiziell keine B-Waffensforschung betrieben wird. Ob eine solche Trennschärfe jedoch überhaupt möglich ist, wird bezweifelt. „Man kann sagen“, so Dr. Collins von der Gesellschaft für Biotechnologische Forschung in Braunschweig in einer Report-Sendung, „die notwendigen Forschungen zur Abwehr biologischer Waffen sind identisch mit denen zur Entwicklung biologischer Waffen“.

Wie brisant es ist, sich mit dem Thema B-Waffen zu beschäftigen, mußte der Niedersächsische Landesverband der Grünen erfahren. Gegen ihn und dessen Geschäftsführer, Dr. Manuel Kiper, erwirkte die Tierärztliche Hochschule Hannover am 26. September dieses Jahres eine Einstweilige Verfügung. Über den Widerspruch der Grünen soll nach Auskunft ihrer Anwälte in Kürze verhandelt werden. Bis dahin ist den Grünen unter anderem untersagt zu verbreiten, daß das Virologische Institut mit Erregern von Malariafieber arbeite. Demgegenüber hatte der Niedersächsische Wissenschaftsminister in seinen Darlegungen während der Dringlichen Anfrage am 22. Oktober erklärt, daß die Tierärztliche Hochschule „den Erreger von Malariafieber in inaktivierter Form aus der wissenschaftlichen Dienststelle der Bundeswehr in Munster bezogen“ habe. Daß solche Ungereimtheiten bestehende Verdachtsmomente nicht gerade entkräften, liegt auf der Hand.

„Wehrmedizinische Forschung ist im übrigen keine Geheimforschung“, verkündet fach Oberstarzt Bernhard Häfner in seinem Aufsatz „Grundzüge der Wehrmedizinischen Forschung“, veröffentlicht in Wehrmedizin und Wehrpharmazie 3/86. Dies mag für zivile Institute seine Richtung haben. Die

Ergebnisse der Projekte in Hannover sollen zum Beispiel laut Minister Dr. Cassens veröffentlicht sein, bezüglichweise werden. Der Erlass des Verteidigungsministeriums (BMVg – In San II-Az 71-01-00) vom 15. Januar 1968, der bemerkenswerterweise vom selben Autor zitiert wird und nach dessen Auskünften Eingang in den sogenannten Forschungsplanungserlaß vom 20. September 1976 gefunden hat, liest sich anders: „Bestimmte Wehrmedizinische Probleme sind jedoch nur in militärischen, insbesondere in sanitätsdienstlichen Einrichtungen einer Lösung näherzubringen. Dies gilt vor allem für solche Fragen, (...) für die aus Gründen

Einrichtungen des Sanitätsdienstes der Bundeswehr 18 Sonderaufträge bearbeitet werden, sind es zur Zeit 72 Forschungsvorhaben, die an zivile Stellen vergeben sind, wie Dr. Häfner festgestellt. Entsprechend hoch fällt der Haushaltsansatz für solche Vertragsforschung aus. Laut Wehrmedizin und Wehrpharmazie waren es 1969 2,9 Millionen Mark, 1979 bereits 8,5 Millionen Mark, die dafür aufgewandt wurden. Der Ansatz für 1987 wird auf 15 Millionen Mark beziffert.

Daß diese Gelder nicht ausgeschöpft werden könnten, steht nicht zu befürchten. Das „Geschlecht erfiederischer

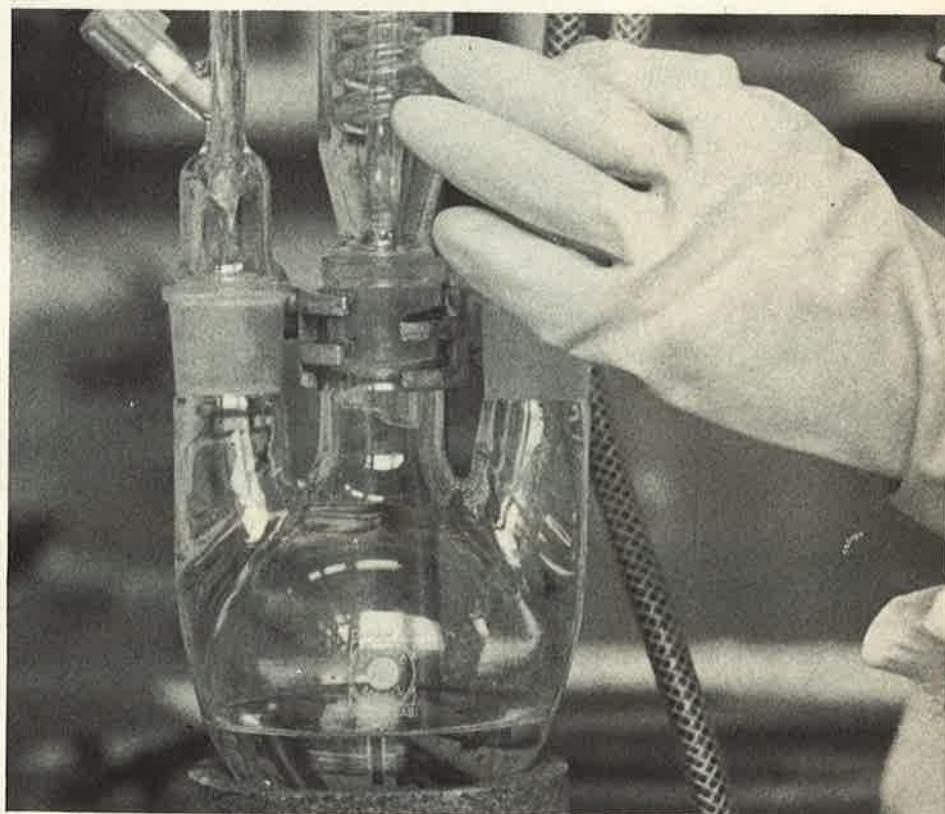


Foto: Meyborg

**Nach dem B-Waffenabkommen von 1972 ist die Entwicklung und der Besitz solcher Waffen verboten. Dagegen ist die „prophylaktische“ Forschung zum Schutz vor den Folgen biologischer Kriegsführung erlaubt. Ob forschungstechnisch eine solch strikte Trennung überhaupt möglich ist, wird bezweifelt.**

der Geheimhaltung oder des Arbeitsschutzes zivile Institutionen zur Übernahme eines Forschungsauftrages nicht zu gewinnen sind. (...)“ Wie war das nochmal: „Wehrmedizinische Forschung ist ...“

Über mangelnde Zusammenarbeit mit zivilen Instituten braucht sich das Verteidigungsministerium dennoch nicht zu beklagen; Hanover ist da nur die Spitze des Eisbergs. Während in den

Zwergen“ ist an deutschen Hochschulen und Instituten noch nicht ausgestorben. „Es kann mit Genugtuung festgestellt werden“, so Oberstarzt Häfner, „daß sich – trotz der zum Teil kontrovers geführten Diskussion sicherheitspolitischer Belange in der Öffentlichkeit und insbesondere an den Hochschulen – immer noch eine ausreichende Zahl ziviler Hochschulprofessoren findet, die bereitwillig Forschungsaufgaben auf dem Gebiet der Wehrmedizin übernehmen.“

### Dornröschen

Und dieser Schlaf verbreitete sich über das ganze Schloß; der König und die Königin, die eben heimgekommen und in den Saal getreten waren, fingen an einzuschlafen und der ganze Hofstaat mit ihnen. Und der Wind legte sich, und auf den Bäumen vor dem Schloß regte sich kein Blättchen mehr.



### Doktor Allwissend

Also fragt er endlich, ob er nicht auch könnte ein Doktor werden. „O ja“, sagte der Doktor, „das ist bald geschehen. Erstlich kauf dir ein Abc-Buch, so ist eins, wo vorn ein Göckelhahn drin ist; zweitens mache deinen Wagen und deine zwei Ochsen zu Geld und schaff dir damit Kleider an, und was sonst zur Doktorei gehört; drittens laß dir ein Schild malen mit den Worten: ‚Ich bin der Doktor Allwissend‘, und laß das oben über deine Haustür nageln“.



## Grimmige

Wie erzählt man heute Grimms Märchen, wo nicht einmal die Großmütter, die klassischen Interpreten mehr etwas mit der Grimmschen Oma zu tun haben? Heinz Langer nahm sich die Geschichte noch einmal vor, denn er hat sich das Motto „Märchen sind unrealistisch, aber nicht unwahr“ zu eigen gemacht.

Ansprechen will er den Computerfreak, der weiß, wie man sich in das Datennetz der Oberpostdirektion hackert, ebenso wie den Grünen, der be-

# 6 Märchen

scheiden fragt, wie sich bitte ein mit Lebkuchenschindeln bedecktes Hexenhaus bei saurem Regen verhält.

Der süße Brei – Kinder ersticken an Fertignahrung; Schneewittchen – Der Apfel ist diesmal mit Pestiziden vergiftet, nicht von der Hexe; Dau-medick – Die Eltern bekommen ihr Wunschkind, aber aus der Retorte. Grimms Märchen sind unrealistisch, aber nicht unwahr.

Die Cartoons von Heinz Langer sind im Heinrich Hugendubel Verlag München erschienen.



## Hänsel und Gretel

Und weil sie sich nicht mehr zu fürchten brauchten, so gingen sie in das Haus der Hexe hinein, da standen in allen Ecken Kästen mit Perlen und Edelsteinen. „Die sind noch besser als Kieselsteine“, sagte Hänsel und steckte in seine Taschen, was hinein wollte. „Aber jetzt wollen wir fort“, sagte Hänsel, „damit wir aus dem Hexenwald herauskommen.“



## Von einem, der auszog, das Fürchten zu lernen

Aber der junge König sagte doch immer: „Wenn mir nur gruselte, wenn mir nur gruselte.“ Das verdroß sie endlich. Ihr Kammermädchen sprach: „Das Gruseln soll er schon lernen.“ Sie ging hinaus zum Bach und ließ sich einen ganzen Eimer voll Gründlinge holen. Nachts, als der junge König schlief, mußte seine Gemahlin ihm die Decke wegziehen und den Eimer voll kalt Wasser mit den Gründlingen über ihn herschütten, daß die kleinen Fische um ihn herum zappelten.



**Torrez Chavarria:** Die Schule, auf der ich gelernt habe, war die staatliche Krankenpflegeschule in Managua, sie gehörte zu Somoza und seinen Leuten. Nach der Revolution hat es da natürlich große Veränderungen gegeben. Einige Lehrer sind entlassen worden, aber auch an der Form der Ausbildung hat sich viel verändert. Es sind bewußte Krankenschwestern als Unterrichtskräfte an die Schule gekommen. Wir haben zusammen über die Lehrpläne diskutiert, wie man auch im Gesundheitswesen ein revolutionäres Nicaragua aufbaut. Eine besondere Rolle hat dabei die Gewerkschaft Fetosalud (Föderation der Gesundheitsarbeiter) gespielt. Wir hatten als Auszubildende und als Krankenschwestern vorher keine Organisation, die uns vertreten hat. Es hat die Fetosalud zwar schon vor der Revolution gegeben, allerdings mußte sie im Untergrund arbeiten. Nach der Revolution konnte sie natürlich offen auftreten und bekam wesentlich größeren Einfluß. Nach der Hochschule folgt mittlerweile der sogenannte „soziale Dienst“, der zwei Jahre dauert.

**dg:** Warum wurde dieser nach der Revolution eingeführt?

**Torrez Chavarria:** Früher war es so, daß die meisten, die mit der Ausbildung fertig waren, in Managua geblieben sind. Die Folge war, daß niemand in die ländlichen Regionen gegangen ist. In den zwei Jahren des „sozialen Dienstes“ kann nun das Gesundheitsministerium festlegen, wo man nach dem Abschluß arbeitet. Ich zum Beispiel bin dadurch nach Matiguás gekommen. Das war natürlich zunächst eine große Umstellung. Ich habe vorher immer in Managua gelebt, und dort ist das Leben natürlich ein ganz anderes als auf dem Land. Die Probleme fingen schon an, als wir in Matiguás ankamen. Da gab es keinen Raum, wo wir schlafen konnten. Aber ich habe mich schnell daran gewöhnt. Nach diesen zwei Jahren können wir dann auch woanders arbeiten, aber mir hat es in Matiguás so gut gefallen, daß ich dort geblieben bin.

**dg:** Sind die Zugangsvoraussetzungen für die Krankenpflegeausbildung nach der Revolution verändert worden?

**Torrez Chavarria:** In diesem Jahr sind die Voraussetzungen gesenkt worden. Mittlerweile kann man die Ausbildung nach dem abgeschlossenen neunten Schuljahr beginnen.

**dg:** Warum ist das geändert worden?

**Torrez Chavarria:** Wir, das heißt die Krankenschwestern, die schon vorher die Ausbildung abgeschlossen hatten, haben darüber ausführlich diskutiert. Wir waren eigentlich dagegen, das Niveau der Ausbildung zu senken, mit Kolleginnen und Kollegen zu arbeiten, die eine kürzere Ausbildung haben. Auf der anderen Seite können sie natür-

# „Es ist ein Wahnsinn“

**Die nikaraguanische Krankenschwester Zoraida Torrez Chavarria aus Matiguás hat ein Jahr lang im Austausch mit dem Krankenpfleger Klaas Jacobs in der Bundesrepublik gearbeitet. dg sprach mit ihr über die Arbeit zu Hause und ihre Erfahrungen in der Bundesrepublik.**

**dg:** Frau Torrez Chavarria, Sie sind examinierte Krankenschwester. Wie ist die Krankenpflegeausbildung in Nicaragua aufgebaut, welche Voraussetzungen müssen die angehenden Krankenschwestern und -pfleger erfüllen?

**Torrez Chavarria:** Meine Ausbildung habe ich 1977 begonnen. Nach dem Abitur, das man in Nicaragua nach elf Jahren macht, studiert man drei Jahre an der Hochschule, macht viel Theorie und einige Praktika. Ich habe meine Ausbildung 1981, zwei Jahre nach der Revolution abgeschlossen.

**dg:** Was hat das für die Ausbildung bedeutet?

lich, wenn sie sich Mühe geben, sicherlich bessere Krankenschwestern werden. Das ist abhängig von dem Bewußtsein, mit dem sie arbeiten.

**dg:** Wurde die Krankenpflegeausbildung verändert, weil in Nikaragua Krankenschwestern fehlen?

**Torrez Chavarria:** Genauso ist es. In Nikaragua halten nicht allzu viele Leute die Schule bis zum Abitur durch, immerhin sind das elf lange Jahre. Und diejenigen, die das Abitur machen, neigen eher dazu, etwas anderes zu studieren. Sie haben ja dann die Voraussetzungen zum Beispiel für ein Medizinstudium. Auch ich wollte nach der Schule eigentlich nicht Krankenschwester werden.

**dg:** Wie sieht eigentlich die Arbeit einer nikaraguanischen Krankenschwester aus?

**Torrez Chavarria:** Die Aufgaben sind ganz andere als in der Bundesrepublik. Wir kümmern uns um die Geburten, wir instrumentieren im OP, kleinere und mittlere Operationen führen wir selber durch, und wir präparieren auch Leichen. Die nikaraguanische Krankenschwester macht viele Arbeiten, die in der Bundesrepublik in die Zuständigkeit des Stationsarztes fallen. Auch die Tätigkeit einer leitenden Schwester bei uns ist mit der einer deutschen nicht zu vergleichen. Die Oberin eines Krankenhauses arbeitet täglich zwischen 12 und 16 Stunden. Sie ist für alles verantwortlich, muß alle Probleme lösen, muß sehen, was hier und was da fehlt und muß nebenbei noch ihre Arbeit, ihre Dienste machen, die gleiche Arbeit wie die anderen auch.

**dg:** Neben der Arbeit im Krankenhaus nimmt die prophylaktische Betreuung der Bevölkerung einen hohen Stellenwert im Gesundheitswesen Nikaraguas ein. Wie sieht das konkret in der Arbeit der Krankenpflege aus?

**Torrez Chavarria:** Das ist ein wichtiger Unterschied zur Somoza-Zeit. Es gibt jetzt zum Beispiel ein integriertes Programm zur Betreuung der Landbevölkerung. Es werden Krankenschwestern ausgebildet, die zusätzlich einen Spezialkursus erhalten. Das heißt, sie sind danach für die Gesundheit der Bevölkerung einer bestimmten Region verantwortlich. Sie gehen dorthin, sprechen mit den Leuten, müssen sehen, ob dort niemand beispielsweise Tuberkulose hat. Sollte dies der Fall sein, müssen die notwendigen Untersuchungen eingeleitet, die Medikation überwacht werden. Sie beobachten, ob es unterernährte Kinder gibt und leiten die entsprechenden Schritte ein, um das Gesundheitswesen für die gesamte Bevölkerung auf ein hohes Niveau zu bringen.

**dg:** Sie haben selber auch Sprechstunden auf dem Land durchgeführt?

**Torrez Chavarria:** Ja, wir Krankenschwestern führen in Nikaragua auch Sprechstunden durch, was hier die Aufgabe der Allgemeinärztlichen Praxis ist. Kurz bevor ich in die Bundesrepublik kam, wurde ich zum Beispiel gebeten, eine solche Sprechstunde in La Patriota durchzuführen. Die Bevölkerung war schon verständigt; die Einwohner waren alle zusammengekommen, um die Behandlung und die Impfungen abzuwarten. Man hat uns gesagt, daß es gefährlich sei, da es in dieser Gegend auch Contras gebe. Wir sind aber trotzdem hingefahren. Samstags sind wir angekommen. Ein Bauer erzählte uns, daß die Contra in der Nacht zuvor einige Strommasten gefällt hätte, um die Stromversorgung von La Patriota zu unterbinden. Als wir ankamen, gab es halt keinen Strom, kein Licht. Deshalb mußten wir die Impfungen bereits am Abend durchführen, da wir die Impfstoffe nicht mehr kühlen konnten. Es war ein großer Erfolg. Viele Leute sind gekommen, wir haben viele Behandlungen durchgeführt und sind erst am Sonntagabend zurückgefahren.

**dg:** Sie waren dann ein Jahr als Krankenschwester in der Bundesrepublik. Wie kam es überhaupt dazu?

**Torrez Chavarria:** Das ging ganz schnell. Der damalige Koordinator des Gesundheitsladens fragte mich, ob ich nicht in der Bundesrepublik arbeiten möchte. Ich habe lange darüber nachgedacht, was ich in Deutschland soll, zumal ich kein Wort Deutsch sprach. Da ich damals, wie heute auch, dringend in Matiguás gebraucht wurde, habe ich zunächst das Regionalministerium unterrichtet. Dort wurde die Reise aber gutgeheißen, und man hat dann alle Formalitäten für mich erledigt, während Klaas Jacobs sich in der Bundesrepublik um die notwendigen Papiere gekümmert hat.

**dg:** Ihre ersten Eindrücke?

**Torrez Chavarria:** Ich hatte schon vorher viel über das Land gelesen, aber die Wirklichkeit ist dann ganz anders. Als ich in Berlin-Schönefeld ankam, war es furchtbar kalt. Außerdem war niemand da, der mich abholte, Klaas war im Stau steckengeblieben. Da stand ich in Berlin und sprach kein Wort Deutsch. Das werde ich nie vergessen. Eine Mitreisende hat mich dann zum Gesundheitsladen gebracht. Drei Tage bin ich in Berlin geblieben, die erste verrückte Stadt, die ich kennengelernt. In St. Augustin hat mir Klaas die Klinik gezeigt, in der ich ein Jahr arbeiten sollte. Als er dann nach Nikaragua gefahren ist, wäre ich am liebsten direkt mit geflogen.

**dg:** Die Arbeit im Krankenhaus in St. Augustin war bestimmt eine große Umstellung?

**Torrez Chavarria:** Das ist ganz klar. Als ich in die Klinik kam, stand hier eine

Maschine, dort ein Gerät, das waren Dinge, die ich nie vorher gesehen hatte. Auch die Art der Arbeit ist ganz anders, man kann sie einfach nicht vergleichen. Das gilt ebenso für die ganzen Lebensumstände. Es ist schon ein Wahnsinn, daß es hier verschiedene Futter für Katzen und Hunde gibt. Aber ich habe mich in der Klinik trotzdem sehr wohlgeföhlt. Es gab überhaupt keine Probleme. Die Leute waren interessiert und sehr hilfsbereit, sie haben mir alles gezeigt, und ich habe viel gelernt.

**dg:** Können Sie das in Matiguás anwenden?

**Torrez Chavarria:** Ich bin nach Deutschland gekommen, um hier eine Zeitlang in der Anästhesie zu arbeiten. Das war eine Tätigkeit, die ich in Nikaragua noch nicht gemacht habe, zum Beispiel Kinder intubieren, was ich hier gelernt habe.

**dg:** Halten Sie einen solchen Austausch von medizinischem Personal zwischen Nikaragua und der Bundesrepublik für sinnvoll?

**Torrez Chavarria:** Ich habe darüber lange nachgedacht und glaube, daß dies schon sinnvoll ist. Es bringt sehr viel in der Ausbildung, womit allerdings nicht nur der fachliche Bereich gemeint ist, sondern auch die Erfahrungen mit anderen Lebensgewohnheiten. Und das kommt nicht nur dieser einzelnen Person zu statthen, sondern auch dem Gesundheitsministerium. Ich könnte mir einen solchen Aufenthalt auch als Auszeichnung für besonders gute Krankenschwestern vorstellen. Wichtig wäre nur, daß sie schon vorher Deutsch lernen würden.

## **Eine nikaraguanische Krankenschwester macht viele Arbeiten, die hier in die Zuständigkeit des Stationarztes fallen.**

**dg:** Wie schätzen Sie die Arbeit der ausländischen Gesundheitsbrigaden in Nikaragua ein?

**Torrez Chavarria:** Das ist eine nette Frage. Nach meinem Aufenthalt hier kann ich viel besser verstehen, wie es jemandem geht, der von Deutschland nach Nikaragua kommt. Ich war in Nikaragua schon daran gewöhnt, daß es viele Sachen nicht gab, jetzt kann ich verstehen, wie es einer deutschen Krankenschwester gehen muß, die nach Nikaragua kommt und feststellt, daß es dies und jenes nicht gibt. Die Arbeit der ausländischen Gesundheitsbrigaden ist für uns eine ganz fundamentale Hilfe. Das zeigt sich zum Beispiel auch in Matiguás, wo in der ganzen Zeit, als kein ausländischer Chirurg dort war, keine größeren Operationen durchgeführt werden konnten. □

# EITER SO, DEUT

# Für eine Zukunft



Foto: dpa

gezielte Veränderungen vorhandener Regelungen beschränkt;  
– ein Kostendämpfungsgesetz nach bekanntem Strickmuster.

**E**s gibt Prognosen, auf die sich schlecht wetten läßt, weil es niemanden gibt, der gegenhält. Als eine solche Wette dürfte die Behauptung gehandelt werden, daß eine Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) – was immer darunter verstanden wird – das sozialpolitische Thema des kommenden Jahres sein wird. Schon im Sommer 1985 verkündete der zuständige Abteilungsleiter im Arbeitsministerium, Karl Jung, man werde gleich nach den Bundestagswahlen im Januar 1987 nach der Empfehlung Macchiavellis handeln, Grausamkeiten sofort zu begehen und eine Strukturreform der GKV in die Wege leiten.

Eingedenk des Flops, den Blüms Amtsvorgänger Theo Blank vor 25 Jahren mit seinem Versuch der Umstrukturierung der GKV unter dem Leitmotiv „Mehr Eigenverantwortung“ (sprich: Selbstbeteiligung) erleben mußte, geht man im Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung diesmal gründlicher zu Werke. Jungs Abteilung ist seit Monaten mit wenig andrem beschäftigt als dem Durchspielen mehrerer Varianten einer Strukturreform. Man kann davon ausgehen, daß die Resultate dieses Beamtenfleißes noch vor der Sommerpause 1987 in Form eines Referententwurfs an die Öffentlichkeit kommen werden. Verzögerungen könnten allenfalls dann eintreten, wenn die Wende-Regierung die Wahl verliert – aber wer glaubt schon daran? Bis zur Verabschiedung eines Gesetzes wird es allerdings dann noch ein Weilchen dauern, da der Durchlauf durch die parlamentarischen Gremien seine Zeit braucht. Auf jeden Fall wird wohl das gesamte Jahr 1987 mit den politischen Vorspielen der Gesetzesverabschiedung draufgehen. Das zu erwartende Gesetz wird wohl nicht vor Ende 1988 in Kraft treten.

Was ist nun von der angekündigten Strukturreform der GKV zu erwarten? Über Fachjournalisten und Branchen-Infos läßt das Haus Blüm die Information streuen, man könne von drei Möglichkeiten ausgehen:  
– eine „grundständliche“ Neufassung des gesamten die GKV betreffenden 2. Abschnitts der Reichsversicherungsordnung (RVO) mit seinen fast 400 Paragraphen;  
– eine „mittlere“ Lösung, die sich auf

Bei einer solchen Auflistung ist sofort klar, daß eine radikale Umkrempfung der RVO wohl nicht ins Haus steht. Schließlich haben wir im Gemeinschaftskundeunterricht gelernt, daß der „Mittelweg“ immer der „goldene“ ist. Ob die Sache allerdings auf eine „mittlere Lösung“ oder nichts weiter als ein Kostendämpfungsgesetz hinausläuft, ist eigentlich egal. Wie hat doch unser Kanzler bei anderer Gelegenheit so schön gesagt: „Wichtig ist, was hinten rauskommt!“. Und was bei der „Strukturreform“ herauskommen wird, ist zwar noch nicht im Detail, jedoch sehr wohl in seiner Stoßrichtung zu erkennen: Bei den Leistungsanbietern wird man nach dem Prinzip der Besitzstandswahrung verfahren, während sich die sozialen Ungleichheiten in der Krankenversicherung weiter verschärfen werden.

In der kassenärztlichen Versorgung wird sich insofern gegenüber dem status quo nicht viel ändern, weil eine Reihe von Maßnahmen bereits ergriffen wurden. Einschränkungen der Niederlassungsfreiheit im Rahmen der kassenärztlichen Bedarfspannung sind bereits beschlossene Sache. Zwar ließe sich auch eine steigende Ärztezahl aus dem momentanen GKV-Budget gut finanzieren, aber nur bei einer etwa 15-prozentigen Reduzierung des durchschnittlichen Einkommens der Kassenärzte. Da aber bei einer derartigen Reduktion der Ärzteinkommen etliche Abschreibungsgesellschaften in Verdrückung kommen könnten, hat man den Kassenärzten durch Zulassungsbeschränkun-

## Weiter so?

**Was die Umsetzung des munteren Wahlkampslogans der CDU für die Gesundheitspolitik bedeutet, hat Hartmut Reiners untersucht.**

SCHLANGE  
gut  
gehofft

GKV-Spitzenverbände folgt und den Weg für eine Positivliste freimacht.

Einen Tip kann man schon wagen: die FDP – sofern sie noch in der Koalition sein sollte – wird sich ganz entschieden gegen eine Positivliste wenden. Sie hat auf dem Gebiet Erfahrungen aus der Zeit der sozialliberalen Koalition. Seinerzeit hatte Arbeitsminister Ehrenberg einen entsprechenden Gesetzentwurf fix und fertig in der Schublade liegen, der in letzter Minute von der FDP

GKV-Ausgaben von vergleichswise bescheidenem Umfang, er hat jedoch in den letzten Jahren stolze Zuwachsrate. Hier werden mit Sicherheit Selbstbeteiligungen der Versicherten fällig. In der Brillenversorgung hat man das ja bereits in den Ehrenbergschen Kosten-dämpfungsgesetzen praktiziert. Man wird spezifizierte „Basisleistungen“ gewähren, wobei der Patient für die „Zusatzleistungen“ selbst aufzukommen hat. Die Krankenkassen haben bereits entsprechende Überlegungen parat, und man kann davon ausgehen, daß die Bundesregierung da noch eher eins draufsetzen wird. Es steht zu befürchten, daß der Heil- und Hilfsmittelbereich zur Spielwiese für allgemeine Zahlungsregelungen gemacht wird.

---

### Steht eine Umkremplung der RVO ins Haus? Kaum, golden ist doch bloß der Mittelweg.

---

gen die Möglichkeit gegeben, das Mindesteinkommen auf 150 000 Mark pro Jahr festzulegen. Ansonsten wird versucht, durch Veränderungen in der Gebührenordnung das Einkommensgefälle unter den Ärzten zu verringern. Durch die anstehende Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM), in der die Beratungs- gegenüber den Laborleistungen ein größeres Gewicht bekommen sollen, wird sich das durchschnittliche Ärzteinkommen kaum verringern. In einem EBM-Modellversuch hat sich gezeigt, daß der befürchtete Punktwertverfall bei einer Neudeinition der Grundleistungen nicht eintritt. Für die Ärzte, die bereits in der Kassenärztlichen Versorgung drin sind, wird also gut gesorgt. Damit das auch so bleiben kann, sorgt die Zulassungsbeschränkung dafür, daß die einzelnen Stücke am Honorarkuchen nicht kleiner werden.

Dagegen zeichnet sich in der Arzneimittelversorgung eine spannende Auseinandersetzung ab. Hier sind sich die Krankenkassenverbände ausnahmsweise einmal einig. Sie fordern in einem gemeinsam von allen Spitzenverbänden einschließlich der Ersatzkassen verfaßten Papier zentrale Verhandlungen zwischen den Krankenkassen und den verschiedenen Anbietern aus der Pharmaindustrie. Mehr oder weniger klar formuliertes Ziel der Spitzenverbände der GKV ist die Einführung einer Positivliste von Arzneimitteln, deren Kosten von den Krankenkassen getragen werden. Norbert Blüm wird ja nicht müde, der Pharmaindustrie in der ihm eigenen populistischen Art zu drohen. Wie ernst es ihm mit der Bekämpfung der Abkassierungsmentalität der Pharmaindustrie ist, kann er unter Beweis stellen, indem er den Vorschlägen der

abgeschossen wurde. Hatte die Pharmaindustrie damals den Juwelenliebhaber Scholl als Lobbyisten im Einsatz, so wird sich diesmal die ehemalige Madaus-Angestellte Adam-Schwätzer der Sache annehmen. Blüm sollte sich schon einmal vorsichtshalber bei Herbert Ehrenberg erkundigen, wie man es schafft, auf die Pharmaindustrie zu schimpfen, ihr aber doch nicht wehzutun. Wenn man die FDP als Koalitionspartner hat, ist das ein einfaches Geschäft. Dann braucht er sich bloß hinzustellen und sagen, er habe ja gewollt, aber die FDP habe nicht mitgespielt.

Im Krankenhausbereich sind durch die Neuordnung der Krankenhausfinanzierung und die neue Bundespflege-satzverordnung die Entscheidungen eigentlich schon gefallen. Zur Zeit gibt es nur noch ein paar Streitereien zwischen den Krankenkassen und den Krankenhausträgern über die Interpretation einiger Bestimmungen über den möglichen Einfluß der Krankenkassen auf bestimmte Investitionen. Aber die Chance einer wirklichen Neuordnung ist weitgehend vertan worden. Der wirtschaftliche Druck auf die Krankenhäuser wird sich weiter verschärfen. Die Leittragenden werden weiterhin die Patienten und das Pflegepersonal sein. Abbau von Chefarztprivilegien, Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung im Rahmen regionaler Bedarfsplanung, all das, was Anhänger einer integrierten Krankenversorgung seit eh und je fordern, wird auch weiterhin nur ein Posten auf einem Wunschzettel bleiben.

Einfach ist die Prognose für den Bereich der Heil- und Hilfsmittel. Dieser Leistungsbereich ist zwar mit einem Anteil von ungefähr sechs Prozent der

Dies ist ein Punkt, der zum Markenzeichen konservativer Krankenversorgungspolitik geworden ist: die Forderung nach genereller Selbstbeteiligung der Versicherten an den Behandlungskosten über den Versicherungsbeitrag hinaus. In der Versorgung mit Zahmersatz hat sich das ja bereits weitgehend durchgesetzt. Es läßt sich zur Zeit noch nicht genau abschätzen, in welchen Leistungsbereichen die Zuzahlung durch die Versicherten eingeführt werden

---

### Blüm sollte sich bei Herbert Ehrenberg erkundigen, wie man es schafft, auf die Pharmadindustrie zu schimpfen, ihr aber doch nicht wehzutun. Wenn man die FDP als Koalitionspartner hat, ist das ein einfaches Geschäft.

---

wird, und vor allem: in welcher Größenordnung sich die Selbstbeteiligung bewegen wird. Daß aber entsprechende Regelungen ins Haus stehen, ist wohl außer Frage.

Der wohl wichtigste Teil der anstehenden Strukturreform oder auch der Kostendämpfungs-Gesetz wird das System der GKV betreffen. Das zur Zeit bestehende gegliederte System ist auf der Finanzierungsseite höchst unsozial. Kassen mit „positiver Risikostruktur“ (hohe Grundlohnsumme der Mitglieder, geringe Krankheitsrisiken) haben niedrige Beitragssätze und umgekehrt. Gefördert wird durch das ständische Zugangsrecht der GKV (Arbeiter müssen in die Allgemeine Ortskranken-

kasse gehen, sofern keine Betriebs- oder Innungskrankenkasse zuständig ist, Angestellte können in einer Ersatzkasse gehen) die Geschäftspolitik des „Rosinenpickens“. Die „positiven“ Risiken (Beiserverdienende mit geringerem Krankheitsrisiko) werden von Kassen mit niedrigen Beitragssätzen angeboten, mit dem Ergebnis, daß es ein enormes Beitragssatzgefälle gibt. Wer das Pech hat, im Emsland oder in Nordhessen zu leben und Arbeiter zu sein, der muß an seine AOK über 14 Prozent seines Lohnes abführen. Ist er Angestellter, kann er in eine Ersatzkasse mit 12prozentigem Beitragssatz gehen. Technische Angestelltenberufe können sogar noch günstiger in der Technikkasse versichert werden, deren Beiträge 10,6 Prozent des Lohnes betragen.

Daß man hier etwas ändern muß, ist klar. Naheliegend wäre eigentlich eine Vereinheitlichung des GKV-Systems. Wenn man schon keine Einheitsversicherung einführen will, so könnte man beispielsweise dem Vorschlag des Deutschen Gewerkschaftsbunds folgen und einen kassenübergreifenden Finanzausgleich herbeiführen, den es ja in der Rentner-Krankenversicherung schon gibt. Ein solcher Schritt ist aber von einer Kohl-Regierung nicht zu erwarten. Stattdessen steht zu befürchten, daß man etwa dem Vorschlag des Verbands der Ersatzkassen folgen und die Öffnung beziehungsweise Neugründung von Arbeiter-Ersatzkassen fördern wird. Die Folge wäre über kurz oder lang das Verschwinden der AOKs in bestimmten Regionen. Es wäre ja auch niemandem zuzumuten, in einer AOK mit über 14 Prozent Beitragssatz versichert zu sein, wenn man die gleichen Leistungen für 12 Prozent bekommen kann.

Es wird ein verschärfter Wettbewerb um die „positiven Risiken“ eintreten, bei dem das Solidarprinzip ohne Frage auf der Strecke bleiben wird. Das GKV-System wird sich bei einer Verschärfung wettbewerblicher Mechanismen noch weiter vom Solidarprinzip entfernen, als das ohnehin schon der Fall ist. Kassen – vor allem AOKs – mit hohen Beitragssätzen müßten zwangsläufig darangehen, ihr Leistungsniveau zu senken und/oder Druck auf ihre Mitglieder auszuüben, um die Kosten zu senken und so wettbewerbsfähig zu bleiben. Das Ungleichgewicht zwischen privilegierten und benachteiligten GKV-Versicherten, das es jetzt bereits gibt, wird sich bei Öffnung der GKV für den Wettbewerb um Versicherte noch weiter verschärfen. Das würde insofern ins Bild der Kohl-Regierung passen, als ihre Sozialpolitik im Prinzip darauf hinausläuft, nach amerikanischem Vorbild nur darauf zu achten, daß es der Hälfte der Bevölkerung recht gut geht, da man den Rest zur Wiederwahl ja nicht braucht.

Hartmut Reiners

**Hartmut Reiners ist Diplomvolkswirt und lebt in Bonn.**

# Vater plus Unterleib

## Aufklärungsbücher heute

**D**ie Jugendlichen der ersten, teilweise auch schon der zweiten Pillengeneration sind heute Eltern. Und? Haben deren Kinder nun endgültig den freien Zugang zur Sinnlichkeit, ist alles easy mit der Liebe?

Mitnichten. Die verständnisvollen Eltern, die Günther Amendt dem masturbierenden Sohn taktvoll ein Taschentuch ins Bett legen ließ, sind noch nicht die Mehrheit. Auf Elternabenden, in Kindergärten oder auch in der kindertherapeutischen Sprechstunde hört man anderes:

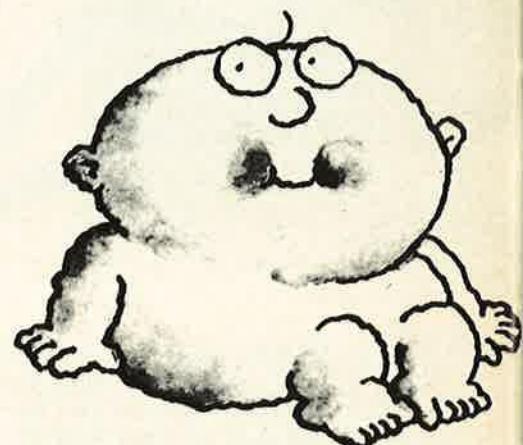
- Wie – Kindersexualität? Das gibt es auch?
- Für uns ist das völlig normal. (Fragen Sie bloß nicht weiter!)
- Also wir sind da völlig frei. (Da braucht man nicht darüber zu reden!)
- Das machen die doch in der Schule, die Aufklärung, das können die doch viel besser. (Gut, daß ich es nicht muß!)

In den Schulen herrscht immer noch, seitdem der Aufklärungsunterricht im Studienplan vorgeschrieben ist, der biologistische Ansatz: Sexualität und Fortpflanzung, Menstruationszyklus, das alles wird schön erklärt. Geschlechtsverkehr, nun ja, wenn es denn sein muß, als Voraussetzung für die Befruchtung. Da interessiert dann auch nur der männliche Orgasmus, auf daß die Spermien in die Gebärmutter befördert werden.

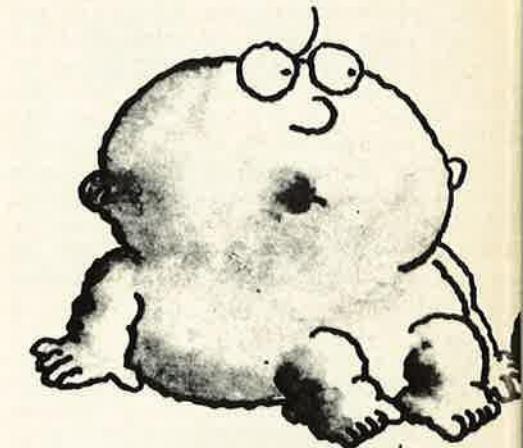
Sprachlosigkeit herrscht, wenn es an das Erleben der Mädchen und Frauen geht. Was wäre zum Beispiel die weibliche Form von „sich einen runterholen“? Wie viele Worte gibt es im Alltag für das weibliche Genital, das in seiner Differenziertheit viele verdient hätte? Ist es Zufall, daß es kein männliches Pendant zu „Fotze“ gibt, oder daß viele Kinder „aufgeklärter“ Eltern die Bezeichnungen „Penis“ und „Scheide“ gebrauchen? Es ist schon interessant, was da bei welchem Geschlecht wegreduziert wird.

Sexualität – ausgegrenzt, isoliert, verlegnet, sprachlos. Warum sollte es der Sexualität auch besser gehen als allem anderen, das sonst menschliche Beziehungen ausmacht? Was soll die Illusion, im „rein Privaten“ höchstes Glück erleben zu können, wenn es mit den persönlichen und gesellschaftlichen Beziehungen sonst nicht stimmt?

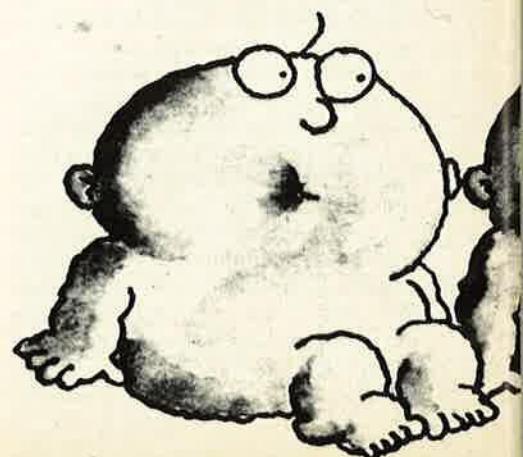
dg-Redakteurin Renate Schopker hat sich in einer Durchschnitts-Fachbibliothek die verfügbaren Aufklärungsbücher angesehen, um herauszufinden, wie mit Sexualität heute umgegangen werden kann.



Ein Samen und ein Ei machen ein



Zwei Samen und zwei Eier

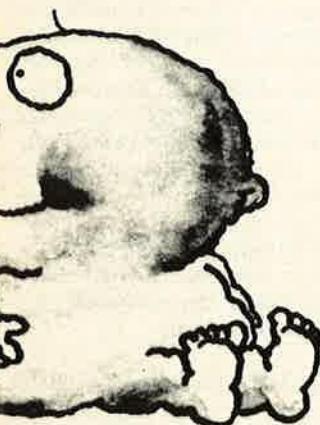


Wer es naturwissenschaftlich präzise, greifbar nahe dargestellt sehen will, greife am besten zu den traumhaft schönen, berühmten Fotos von L. Nilsson, die als **So kamst du auf die Welt** auch in einer Kinder-Version zu haben sind (Mosaik 1979).

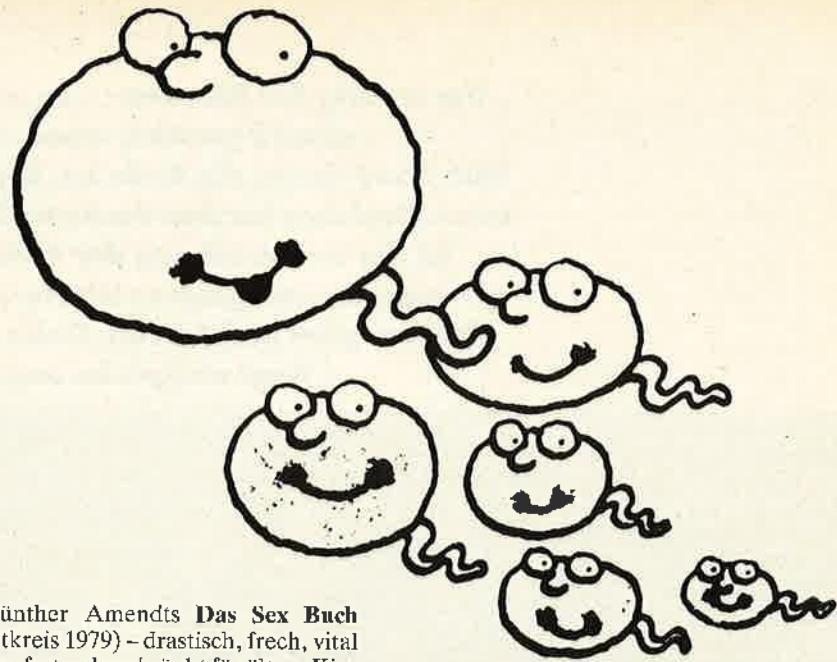
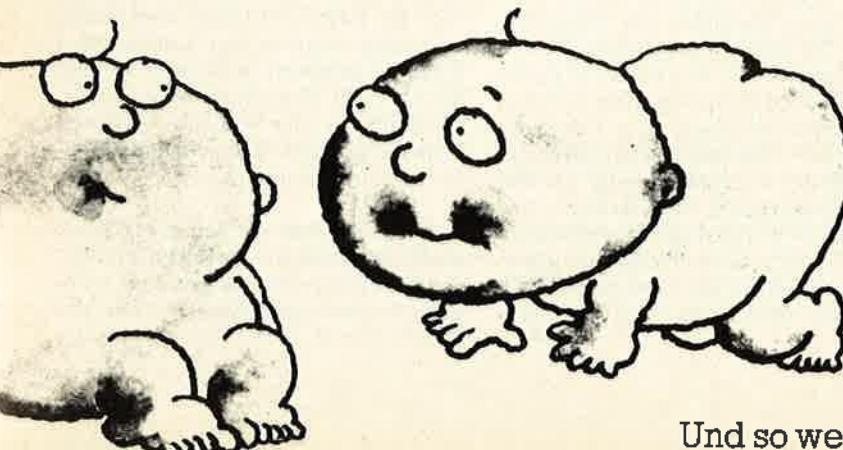
**Wie Vater und Mutter ein Kind bekommen** (Quelle und Meyer 1972) ist für die Kleinsten gedacht und stark schematisiert. Leider abstrahiert die Darstellung fast alles Wichtige hinweg – an stets gleichbleibenden Puppengesichtern ändern die Herzchen nichts. In den öden Bildern über die Schwangerschaft wächst nur der Uterus mitsamt Embryo. Die Geburtsszenen zeigen den müterlichen Unterleib neben einem gleichbleibend inaktiven Vater und dem Arzt.

Verbal betont, aber Sexualität so spärlich wie möglich ansprechend, versucht es das Buch **Ich bekomme einen Bruder** (Maier Ravensburg 1978). Die Fotos sind zum Teil überflüssig, da zu weit hergeholt; relativ gut gelungen ist die Verbindung zu Alltag und Lebenswelt einer Dreijährigen.

Lieb und nett für die ganz Kleinen, ansprechend durch die Baby-Formen aller Beteiligten: Erwachsene, Kinder, Spermen – ist **Wo komme ich eigentlich** hier (Hoffmann und Campe 1974), auch in Schwäbisch zu haben. Für ein Bilderbuch hat es zu viel Text – der den Vorteil hat, die Freude an Sexualität zu betonen, aber stark die männliche Seite bevorzugt und die Geburt nur negativ beschreibt.



...hen zwei Babys.



Günther Amendts **Das Sex Buch** (Weltkreis 1979) – drastisch, frech, vital – kann fast unbeschränkt für ältere Kinder, Jugendliche und auch Erwachsene empfohlen werden. Erfrischend ist die Selbstironie, mit der auch angstbesetzte Themen angefaßt werden. Pubertätskonflikte, Gedanken über die Eltern, Homosexualität, das „erste Mal“, Amendt hält seinen Anspruch, offen zu sein, durch. Und: Sexualität erscheint nicht nur als gut zum Kinderkriegen. Ein kleiner Minuspunkt: Die Sinnlichkeit kommt gerade knapp davon.

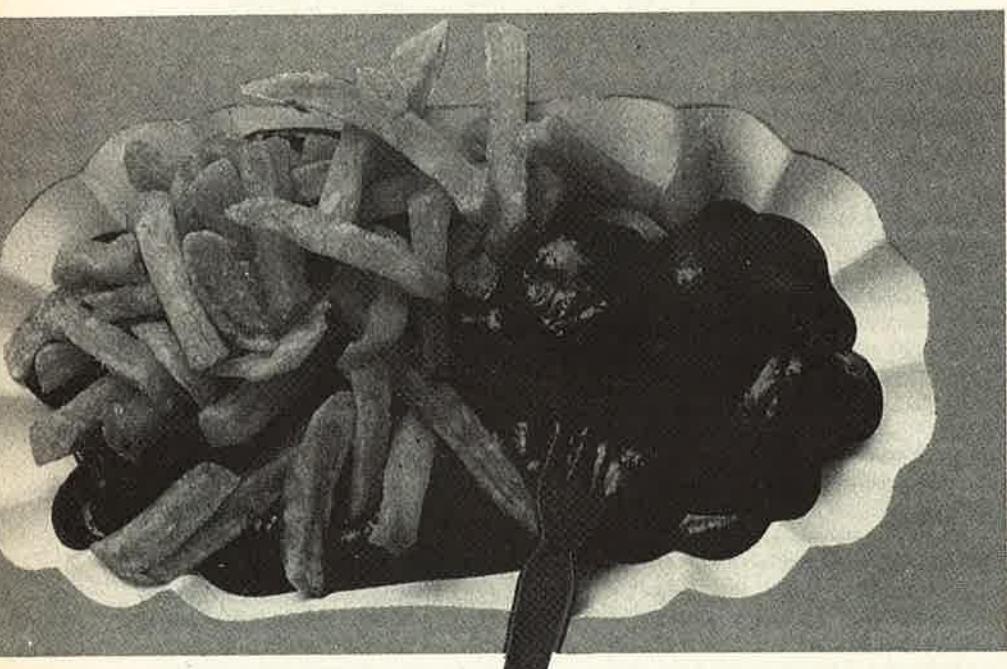
Noch Ausfluß der Sexpol-Bewegung („Entsexualisierung – Anpassung ans kapitalistische System“) ist **Zeig mal** doch ein hochaktuelles, ästhetisch schönes Buch, das als einziges der durchgesehenen Aufklärungsbücher auch der kindlichen Sexualität einen Platz einräumt. Der Text über den Bildern ist emotional ehrlich, kindlich. Der Begleittext (für Erwachsene und Jugendliche) berührt Masturbation, Homosexualität, Verhütungsmittel (nicht auf dem aktuellsten Stand) und Ergebnisse der Sexualforschung anschaulich, sinnlich, aber nicht distanzlos. Der beispielhafte Aufklärungstext für Kinder berücksichtigt – man muß es tatsächlich hervorheben – auch den weiblichen Orgasmus. Außerdem ist es mit dem Sexbuch das einzige, in dem Sexualität unabhängig vom Kinderwunsch kommt.

**Tanja und Fabian** (Mohn, 1974) wirkt schamhaft und umständlich. Freude an Sexualität ist wenig glaubhaft, der Rückgriff auf biologische Schautafeln rettet vor zuviel Nacktheit. Vom gleichen Autor für ältere Kinder von acht bis zwölf Jahren: **Junge, Mädchen, Mann und Frau** (Mohn, 1970) beginnt mit „Familie und Ehe“, dann „Geschlechtsorgane“, Körperpflege, Geschlechtsverkehr – auch die „Begattung“ wird biologisch korrekt geschildert. Neben einem ausführlichen Kapitel über Triebtäter und Menstruationshygiene vermißt man eines über Empfängnisverhütung, ebenso wie die Erwähnung von Sexualität jenseits des Kinderwunsches. Ein abschreckendes Beispiel.

Ebenfalls erschreckend biologisch: der **Sexualkunde-Atlas** (Leske, 1969), im Aufklärungsunterricht der 3. und 4. Grundschulklassen viel gebraucht. Sexualität und Emotionalität unabhängig von Körperfunktionen kommen nicht vor. Dafür sind die letzten Seiten ausführlich und anschaulich den Geschlechtskrankheiten gewidmet. Ein guter Sexualkunde-Unterricht mit diesem Material dürfte nicht einfach sein.

Erfreuliche Alternative, in Bremen für den Grundschulunterricht zugelassen: **Peter, Ida und Minimum** (Maier Ravensburg 1979). Als einziges der gezeigten Bücher bettet es Sexualität und Kinderkriegen in das Alltagsleben – Nachbarschaft, Kinderspiel, Arbeit – ein. Es zeigt beide Elternteile an der Aufklärung beteiligt, erwähnt die Existenz von Verhütungsmitteln und zeigt deutlich positive und negative (!) Gefühle, die bei allen Beteiligten durch die jeweils neue Situation ausgelöst werden. Die Comic-Fassung läßt allerdings biologische Details unklar.

**„Untergang der Eßkultur“, so wird schnell geunkt, wenn von Fast-Food-Essen die Rede ist. Weit-aus hilfreicher für den Verbraucher ist die Untersuchung der ernährungsphysiologischen Werte von Hamburger und Fritten. Denn da liegt einiges im argen.**



# Pommes mit Mayo

## Betrachtungen über die Fast-Food-Gastronomie

**B**egonnen hat sie im Mittelalter, die Geschichte des Schnellimbisses. Sie lässt sich zurückführen bis zu jener Imbißbude, die 1134 als Brotzeit-hütte für die Erbauer des Regensburger Doms errichtet wurde. Der Erfolg der „schnellen Mahlzeit“ setzt allerdings erst mit der Industrialisierung ein. Das Auseinanderfallen von Arbeits- und Wohnplatz war eine der Voraussetzungen, die eine Schnellverpflegung notwendig machten. Motorisierung, Mobilität und Standardisierung des Nah-

rungsmittelangebots haben in unserem Jahrhundert zum Siegzug des Fast-Food beigetragen.

Fast 100 Milliarden Mark setzten die zehn größten Fast-Food-Betriebe 1984 weltweit um; in jeder Sekunde werden 140 Hamburger verkauft. In der Bundesrepublik werden täglich für das „etwas andere Restaurant“ allein 66000 Semmeln produziert und 500 Rinder durch den Fleischwolf gedreht. Von jeder Mark, die der deutsche Verbraucher in Gaststätten ausgibt, wandern bereits 15 Pfennige in die Kassen der Fast-Food-Gastronomie.

„Der Schnellimbiss an der Ecke wurde zu einem sozio-kulturellen Phänomen, dessen Vorzüglich und Einflüssen auf den Lebensstil ganzer Konsumentengruppen sich immer weniger Verbraucher entziehen können“, stellt Professor Dr. Ulrich Tolkendorf vom Germanistischen Seminar der Universität Kiel in seiner Untersuchung über die Imbißkultur in Schleswig-Holstein fest. Rund 70 Prozent der Bundesbürger besuchen heute mindestens einmal in der Woche einen Imbißstand oder ein Fast-Food-Lokal. Bereits 60 Prozent aller Beschäftigten nehmen während der Arbeit eine schnelle Mahlzeit zwischendurch ein. Die traditionelle Tischgemeinschaft früherer Jahrhunderte ist nicht mehr der alleinige Ort der Ernährungserziehung.

Doch auch die Imbißkultur ist ein eigenständiges kulturelles System, das seine eigenen Regeln und Merkmale, seine eigenen kulturellen Riten hat. Diese Merkmale stehen in krassem Gegensatz zur bürgerlichen Eßkultur. Bereits das Merkmal „schnell“ steht der propagierten Muße beim Essen entgegen. Essen wird im Fast-Food-Lokal zum öffentlichen Vorgang; beim Tischnachbarn, auf der Straße und bei der Zubereitung der Mahlzeiten ist Transparenz allgegenwärtig. Man ist dabei: auf dem Rummelplatz, beim Einkaufsgeschehen in der Passage oder beim „Schnellen Biß“, der während des Heimwegs verzehrt wird.

Das Essen wird stehend, ambulant eingenommen, der totale Gegensatz zur bürgerlichen Tischgemeinschaft mit ihren Tischsitten, festgelegten Eßriten und ihrem klassischen Nahrungsangebot. Im Fast-Food-Lokal wird Essen elementar erfahren; man kann mit den Händen anfassen, was man in den Mund steckt. Das Angebot ist extrem standardisiert, das Verhältnis zwischen Verkäufer und Konsument unkompliziert und ohne Etikette.

Dies mag zwar auf den ersten Blick negativ erscheinen, doch häufig waren die Fast-Food-Betriebe die ersten Lokale, in denen man auch mit Kindern

unbedenklich Essen gehen konnte, ohne sich böse Blicke des Bedienungspersonals oder anderer Gäste einzuhandeln.

„Fast-Food“, so Professor Tolksdorf, „ist keine Bedrohung der Ernährung, kein Rückschritt im Prozeß der modernen Zivilisation, aber ein möglicher Freiraum besonders für Jugendliche, sich der häuslichen Ernährungserziehung zu entziehen“. Der häuslichen Ernährung entzogen sind auch die Beschäftigten während des Arbeitsprozesses. 50 bis 60 Prozent aller „Schnellmahlzeiten“ stehen nach Meinung von Dr. Werner Steller, Direktor der Vereinigung für Markt-, Getreide- und Ernährungsforschung in Bonn, im Zusammenhang mit der täglichen Arbeit. Der Trend ist, ähnlich wie in den europäischen Nachbarländern und den USA, weiterhin steigend. Etwa 60 Prozent aller Beschäftigten nehmen regelmäßig eine kleine schnelle Mahlzeit, meist als morgendliche Zwischenverpflegung, ein. Diejenigen Arbeitnehmer, die an ihrer Arbeitsstätte über keine Kantine verfügen, fragen in der benachbarten Gastronomie, im Lebensmittelhandel, aber auch beim Metzger und Bäcker diese Zwischenmahlzeit nach. Der Anteil an belegten Broten oder anderen Speisen, die man von zu Hause mitbringt, ist auf Kosten der Schnellgastronomie in den letzten Jahren kontinuierlich zurückgegangen.

Das Symbol für die Fast-Food-Mahlzeit ist zwar der Hamburger, sein Marktanteil ist jedoch, gemessen an den Gesamtumsätzen in den Fast-Food-Läden des Jahres 1985, auf unter 50 Prozent gesunken. Unter dem Begriff „Fast-Food“ wird heute eine breite Palette von Nahrungsmitteln und Nahrungszubereitungen zusammengefaßt,

Das Essen wird stehend, ambulant eingenommen – der totale Gegensatz zur bürgerlichen Tischgemeinschaft.

die sowohl als Zwischenmahlzeiten, immer häufiger aber auch als Ersatz für eine Hauptmahlzeit verzehrt werden. Typische Fast-Food-Produkte sind, neben dem Hamburger, Curry-Wurst oder Pommes Frites, Pizza, Gyros mit Krautsalat und Fladenbrot. Salatteller zählen ebenso dazu wie Suppendrinks, Tellergerichte und andere Fertigspeisen.

Charakteristisch ist bei allen das auf den ersten Blick niedrige Preisniveau. Das Sättigungsgefühl ist allerdings auch nur von kurzer Dauer, wenn man sich bloß auf einen Teil der Angebotspalette

beschränkt. So entwickelt sich das vor der gründig billige Angebot zum Kassenschlager für die Fast-Food-Betriebe: ein gut gefülltes Tablett kommt oftmals teurer als ein normales Standardmenü in der bürgerlichen Gastronomie.

Basierend auf den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung für die Nährstoffzufuhr und für die Verteilung auf die verschiedenen Mahlzeiten wurden von Mitarbeitern des Ernährungswissenschaftlichen Instituts der Universität Kiel die wichtigsten Fast-Food-Produkte auf ihren ernährungsphysiologischen Wert als Haupt-

### Die ernährungsphysiologische Untersuchung läßt den Schluß zu: zu viel, zu fett, zu salzig, zu süß.

beziehungsweise Zwischenmahlzeit untersucht. Die Ergebnisse bestätigen, was Ernährungswissenschaftler bereits im Ernährungsbericht der Bundesregierung des Jahres 1980 als einseitige Überversorgung kritisch herausgestellt hatten.

Ein einfacher Hamburger deckt bereits 10 Prozent des täglichen Energiedarfs von Jugendlichen. Dabei ist die Aufteilung auf die Hauptnährstoffe, Protein mit 10 Prozent des täglichen Bedarfs, Fett mit 14 Prozent und Kohlenhydrate mit 10 Prozent des angenommenen Bedarfs, durchaus günstig. Das benötigte an Kalzium, Eisen und Thiamin wird durch den Verzehr eines Hamburger mit ungefähr 10 Prozent gedeckt. Viele Fast-Food-Menüs, wie Hamburger mit Pommes Frites und Mayonnaise oder Pizza mit Cola, Limo oder einem stark zuckerhaltigen Milchshake sind jedoch hochkalorische Mahlzeiten, die zwar reich an Protein sind, bei denen aber der Fettgehalt die gesamte Menge der empfohlenen Tagesszufuhr erreichen kann. Der Kochsalzgehalt dieser Menüs liegt oftmals bei 50 bis 80 Prozent der empfohlenen täglichen Zufuhr von fünf Gramm Salz. Als kalorisch günstigere Alternativen stehen allerdings zunehmend Salate zur Verfügung, die Ballaststoffe liefern und zur Vitaminversorgung beitragen. Das Gesamtbild läßt aber den Schluß zu: zu viel, zu fett, zu salzig und zu süße Getränke.

Besonders bei Kindern und Jugendlichen wirken sich die Kalorienbomben aus der Pappschachtel auf das Gewicht und den Gesundheitszustand negativ aus. Vor allem, wenn Obst und Gemüse, Vollkornbrot und Milchprodukte nicht zu Hause als Ergänzung verzehrt werden.

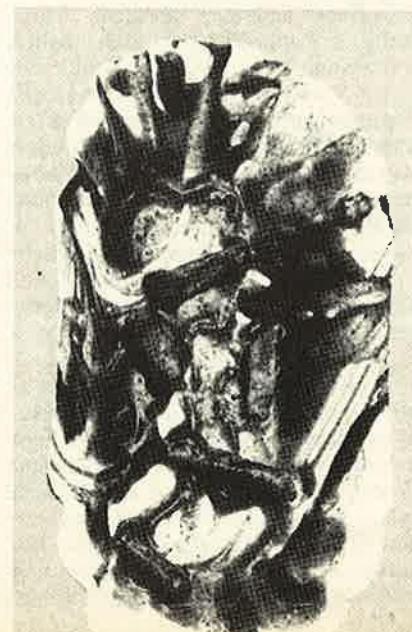
Aus der Sicht der Verbraucher- und Ernährungsberatung ergeben sich somit eine Reihe von Mängeln. Dr. Ingrid Rewerts, Ernährungsreferentin der Verbraucher-Zentrale Schleswig-Holstein, faßt die aktuellen Forderungen aus der Sicht der Verbraucher zusammen. Die bereits erkennbare Tendenz, Angebot und Qualität im Salatbereich zu verbessern, so Dr. Rewerts, sei als Folge der gestiegenen Nachfrage nach hochwertigen Produkten anzusehen. Es wäre zu wünschen, daß auch ballaststoffreiche Vollkornbrötchen anstatt weicher, heller Backprodukte das Angebot bereichern. Die Kennzeichnung von Energie und Nährstoffen wäre für den Verbraucher sicherlich bei der Auswahl der Kost hilfreich.

Vielfältige Zusatzstoffe sollten nur bei technologischer Notwendigkeit eingesetzt werden und klar und allgemein verständlich ausgeschildert sein. Denn immer mehr Konsumenten leiden unter Allergien und Stoffwechselkrankheiten, die besondere Wachsamkeit bei der Ernährung erfordern. Klare Deklarierungen würde Fast-Food auch für diese Verbrauchergruppe als Mahlzeitalternative erschließen.

Im Bereich der Hygiene sind erfreulicherweise in den letzten Jahren immer weniger Beanstandungen festzustellen. Wirft man hingegen einen Blick auf die wachsenden Müllberge, so könnte von Seiten der Anbieter als auch der Verbraucher noch einiges getan werden. Verzicht auf vielfältiges Verpackungsmaterial für den schnellen Biß unterwegs, auf Einweg-Geschirr und auf Folien für die Anlieferung und Vorratshaltung von Pommes Frites, Würstchen und Backwaren wäre ein leichtes, wenn die Verbraucher ihre Wünsche auch deutlich durch ihr Verhalten zum Ausdruck bringen würden. □

Angelika Gördes-Giesen ist Diplom-Oecotrophologin und freie Journalistin.

Angelika Gördes-Giesen



## IPPNW-Kongreß auf Kuba

**Europa als Nabel der Welt; solche Vorstellungen finden sich auch in hiesigen Friedensdiskussionen.**

**In Havanna debattierten Delegierte der IPPNW über den Zusammenhang von Rüstung und Unterentwicklung.**

Drei Tage lang berieten 418 Delegierte aus 34 Ländern, wie man eine weitere Aufrüstung verhindern könnte, welche Auswirkungen ein Atomkrieg auf die menschliche Gesundheit hat und was zu tun sei, um letztendlich die drohende Zerstörung des ganzen Planeten zu verhindern. Als einzige Vertreterin der bundesrepublikanischen Sektion IPPNW nahm ich an den Beratungen teil.

Zunächst wurden die direkten Wirkungen der Atomexplosion dargestellt: Hitzewelle, Druckwelle, Radioaktivität. Genetische Schäden und nuklearer Winter – wer kann sich den schon im subtropischen Kuba mit konstanten 25 bis 30 Grad Celsius vorstellen? Aber allzuweit ist das nicht hergeholt: Auf den Falklandinseln haben die Engländer seit einem Jahr ihre Atombomben stationiert, und Puerto Rico ist der regionale Atomstützpunkt der Amerikaner. Von hier ging auch die Invasion nach Grenada aus. Zudem haben die Amerikaner in Puerto Rico in den sechziger Jahren einen Versuchsreaktor erbaut, der jetzt abgeschaltet ist und noch 140 Jahre weiter radioaktiv strahlen wird. „Nein“, sagte die temperamentvolle Ärztin aus Puerto Rico, „Gott hat das nicht gewollt, Gott ist für die Entwicklung, nicht für die Zerstörung. Deshalb kämpfen wir dagegen, gegen eine Regierung, die dieses zuläßt.“

Der mexikanische Delegierte vertrat vehement, daß eine wirkliche Abrüstung nur durch die Revolution möglich sei. Haben nicht die Amerikaner die ganze Verschuldung durch ihre Hochrüstung verursacht? Sind sie nicht daran schuld, daß 92 Prozent der Produktion von manchen südamerikanischen Ländern exportiert werden müßten? Dadurch wird die Unterentwicklung erzeugt, fehlt es an Gesundheitseinrichtungen und an Bildungsinstituten. Analphabetismus ist die Folge, die Drogen sucht nimmt zu.

Alle Delegierten – zu gut einem Drittel Frauen und zwei Dritteln Männer zu meist gesetzteren Alters – betonten, daß man jetzt als erstes die Medizinstudenten im eigenen Land mobilisieren müsse. Kenntnisse über die Auswirkungen eines Atomkrieges sind in der Bevölkerung kaum verbreitet. So berichteten Psychologen von einer Umfrage,

nach der nur 60 Prozent etwas Genaues über die Wirkung eines Atomkrieges wüßten und nur 40 Prozent von der Gefahr der Vernichtung der Erde durch die Folgen eines Atomkrieges gehört hätten.

Die Unterentwicklung, die Armut und die Krankheiten waren die beherrschenden Themen dieses Kongresses. Sie wurden immer wieder im Zusammenhang der Hochrüstung der USA diskutiert, die durch ihre Schuldeneintreibung durch den Internationalen Währungsfond jegliche Entwicklung verhindert. In Südamerika sind mehr als 70 Millionen ohne Arbeit, der Analphabetismus beträgt 19 Prozent, in den stark unterentwickelten Ländern gar 70 Prozent. 29 Prozent haben kein gesundes, trinkbares Wasser, wodurch natürlich die Infektionskrankheiten enorm verbreitet sind.

Als leuchtendes Beispiel wurde von den Delegierten immer wieder Kuba erwähnt: hier gibt es keine Arbeitslosigkeit, der Analphabetismus beträgt zwei Prozent und die Kindersterblichkeit ist bei 15 pro tausend Geburten angelangt.

Als dann der erste kubanische Kosmonaut, der in einem sowjetischen Weltraumlabor gearbeitet hatte, von seinen Erfahrungen erzählte, was man alles auf dem friedlichen Wege im Weltall machen könne, war die Begeisterung groß. Nebenbei erwähnte er auch noch, daß er in seinem Weltraumabenteuer um 1,5 Zentimeter gewachsen sei.

Etwas zu kurz kamen bei der Diskussion die Ziele, auf die sich jetzt die IPPNW weltweit konzentriert: Atomteststopp und Verhinderung von SDI, sagte der sowjetische Vertreter Belenkow mir in der Pause. Denn die IPPNW mit ihren 150 000 Mitgliedern in der ganzen Welt kann nur durch solch eine gemeinsame Forderung etwas erreichen. Diesen Eindruck schien auch der amerikanische Delegierte zu haben, als er auf der Abschlußsitzung das Wort ergriff und etwas konkreter von den Aktionen in der Wüste Nevada berichtete, wo viele IPPNW-Mitglieder, unter anderem auch Bernard Lown, versucht hatten, einen cructen Atomtest durch ihr Eindringen auf das Versuchsgelände zu verhindern.

Inge Zeller

Alf Trojan  
(Hrsg.)

**Wissen ist Macht.**

Eigenständig  
durch Selbsthilfe  
in Gruppen.



Alf Trojan u.a. (Hrsg.), **Wissen ist Macht. Eigenständigkeit durch Selbsthilfe in Gruppen**, Frankfurt/M. 1986 (Fischer Taschenbuch), 349 Seiten, 16,80 Mark.

Wissen ist Macht. Unter diesem Titel erschien vor kurzem ein Buch im Fischer Taschenbuchverlag, in dessen Mittelpunkt Ziele und Arbeitsweisen der Selbsthilfe in Gruppen skizziert werden. Das Buch von Alf Trojan, Professor für Medizinsoziologie, und einem Team von Wissenschaftlern und Praktikern faßt den Endbericht eines breit angelegten Forschungsprojekts, das vom Bundesministerium für Forschung und Technologie gefördert wurde, zusammen. Selbsthilfegruppen: Entstehung, Entwicklungen, Arbeitsweisen und Effektivität waren Gegenstände der mehrjährigen Forschungsarbeit.

Das Thema Selbsthilfegruppen bewegt die Gemüter – insbesondere die von Sozial- und Gesundheitspolitikern. Scheinen sie doch eine „menschliche Alternative“ angesichts der sich schwierig gestaltenden Versuche zu sein, die Kostenexplosion soziales und gesundheitlicher Leistung in den Griff zu bekommen. Sind Selbsthilfegruppen Ersatz für professionelle Dienstleistungsangebote oder sind sie „nur“ eine qualitative, weil persönlichere Ergänzung? Sind sie sozialpolitische Krisenfeuerwehr oder gesellschaftliche emanzipationsbewegung? Was sind überhaupt Selbsthilfegruppen?

„Seitdem ich diese Gruppe habe, lebe ich richtig auf.“ Diese Aussage eines Mitglieds einer Selbsthilfegruppe macht deutlich, um was es geht: sie betonen das Lebendige der Erfahrung in Selbsthilfegruppen und deren Aktualität: Selbsthilfegruppen nützen den Betroffenen, die sich in ihnen zusammenschließen und gemeinsam helfende Kräfte mobilisieren. Selbsthilfe steht als Synonym für vieles: Selbstversorgung, Selbsterfahrung, Selbstveränderung, Selbstbehauptung, Selbstbestimmung, Selbstbefreiung, um nur einige Stichworte zu nennen. Die Gründe, warum Selbsthilfegruppen initiiert und besucht werden, sind vielschichtig.

Es ist nicht allein das Motiv Krankheit oder ein aktuelles soziales, familiäres Problem. Von 93 Prozent der befragten Teilnehmer an Selbsthilfegruppen wurde der Wunsch „von anderen zu lernen“ genannt. Für sie bedeutet die Arbeit in und mit der Gruppe:

- eine Protestgemeinschaft, die Versorgungsdefizite aufgreift;
- ein Gesprächskreis, eine Kommunikationsgemeinschaft, die offenes Reden und Zuhören ermöglicht;
- eine Lerngemeinschaft, in die Wissen eingebracht und in der Erfahrungen gesammelt werden können.

90 Prozent der Befragten halten ein Mitbestimmungsrecht bei der Planung und Gestaltung von Gesundheitsdiensten für wichtig. Fast zwei Drittel der Interviewteilnehmer geben an, daß es ihnen durch die Gruppenarbeit leichter fällt, in der Öffentlichkeit auf Probleme aufmerksam zu machen.

Die Erfahrungen von 65 Selbsthilfegruppen flossen in die Untersuchung mit ein. Neben dem klassischen standardisierten Interview wurden in mehreren Arbeitsschritten qualitative, zum Teil offene Befragungen von 232 Mitgliedern von Selbsthilfegruppen durchgeführt. Selbsthilfegruppen wurden zudem in Form einer teilnehmenden Beobachtung bei ihrer Arbeit begleitet. Die Auswahl der Gruppen erfolgte möglichst repräsentativ, wobei jedoch kein Anspruch auf eine bundesweite Repräsentativität von den Forschern erhoben wird. Dennoch setzt der Forschungsbericht Akzente.

Allzuoft wird in Selbsthilfegruppen ohne rechtes Verständnis und ohne Einblick in deren Arbeitsweise ein Rettungsanker zur Bewältigung der Finanzierungskrise im Sozial- und Gesundheitsbereich gesehen. Kennzeichnend für eine solche Sichtweise ist einerseits das ökonomische Argument, daß die Arbeit von Selbsthilfegruppen im Gegensatz zu staatlicher Vorsorgung kostengünstige Eigenarbeit umfaßt; andererseits wird in ihrem Wirken eine umstandslose Fortsetzung des altruistischen Weltbilds gesehen und ihre Tätigkeit als ehrenamtlich erbrachter Dienst am Nächsten angesehen. Diese Sichtweise wird jedoch den von den Gruppen entwickelten Wertmaßstäben nicht gerecht. Eigennutz und Solidarität, unmittelbare Betroffenheit und Gesellschaftsprobleme bilden keine unüberbrückbaren Gegensätze. Dieses fast öffentliche Geständnis von Zusammengehörigkeit und Hilfe grenzt Selbsthilfegruppen sowohl vom Privatbereich Familie, als auch von der Rolle eines Lückenbüters oder Dienstleistungserbringers für das System der gesundheitlichen und sozialen Versorgung ab.

Die Aktivitäten von Selbsthilfegruppen orientieren sich an ihren Mitgliedern, sie wollen wechselseitige Hilfsmöglichkeiten entwickeln und sich durchaus kritisch in Fragen einmischen, die fachliche und politische Mängel betreffen. Die Alternative, gesundheitliche oder sozialstaatliche Leistungen zu ergänzen oder zu ersetzen, ist für die Gruppen selbst nicht das zentrale Problem. Ebensowenig ist es ihr Ziel, Kosten einz sparen zu helfen. Ein wichtiges Forschungsergebnis ist, daß zwar von langfristigen Einspareffekten durch Selbsthilfegruppen ausgegangen werden können, eine „Verringerung . . . geldlicher Leistung im Gesundheitsbereich als kurzfristiges Ergebnis der Arbeit“ jedoch nicht vorkommt. Wer an einer Selbsthilfegruppe im Sozialbereich teilnimmt, beansprucht unter Umständen sogar mehr Geldleistungen, denn durch Selbsthilfe will organisiert sein und bedarf der Mittel zur Raumbeschaffung und Fortbildung.

Ein wichtiger Befund des Buches ist, daß Selbsthilfegruppen auf eine Kooperation mit Fachleuten,

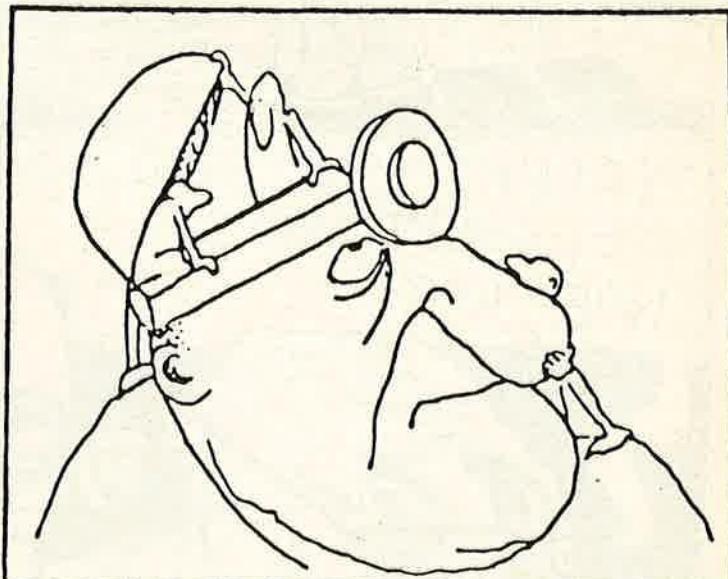
Wohlfahrtsverbänden oder Mitarbeitern politischer Verwaltungen orientieren, vielfach sogar darauf angewiesen sind.

Eine Instrumentalisierung der Selbsthilfegruppen für gruppenfremde Zwecke bedroht deren Funktionsfähigkeit und Existenz. Die vielfach geforderte und benötigte finanzielle Unterstützung bringt fast zwangsläufig die Gefahr mit sich, daß Akzente der Gruppenarbeit verschoben werden. Vor „Judas-Küssen und Freundschaftsumarmungen, die so fest sind, daß ihnen die Luft wegzubleiben droht“, wird somit gewarnt. Selbsthilfegruppen versuchen einen Weg zu finden zwischen den Extremen: in das System aufgesogen oder als unbedeutende Randgruppe abgedrängt zu werden. Verbreitung und Anerkennung der Selbsthilfegruppen haben diese jedenfalls auf einen Weg gebracht, der äußerst konflikt- und enttäuschungsreich ist und für den die Autoren dieses Bandes offen-

hilfegruppen und Entscheidungsträger aus Verwaltung und Politik und Hilfen für eine angemessene Förderung von Selbsthilfegruppen.

Was die Lektüre der Ergebnisse angesichts der nach wie vor anhaltenden sozial- und gesundheitspolitischen Diskussion über Selbsthilfegruppen und ihre Förderung so bedeutsam macht, ist die Erkenntnis, daß die Frage nach der Ersetzbarkeit staatlicher Aktivität durch Selbsthilfegruppen, die eigentliche Bedeutung der Gruppen verfehlt. „Selbsthilfegruppen haben emanzipative Wirkungen; sie dienen der Befreiung aus Fesseln krankheitsbedingter Belastungen, aus Passivität, Unwissen, unbefriedigenden Beziehungen und vor allem aus professioneller und bürokratischer Bevormundung.“

Es finden sich keinerlei Hinweise darauf, daß die Leistungen und Wirkungen von Selbsthilfegrup-



sichtlich einiges an Rückenstärkung zu geben versucht haben. Erfreulicherweise ist der Endbericht nicht in erster Linie für Forscher geschrieben, sondern für diejenigen, von denen die Erfahrungen stammen: Betroffene in Selbsthilfegruppen und professionelle Helfer. Er gibt Selbsthilfegruppen Anregungen, vor allem durch Berichte und Erfahrungen anderer Gruppen, die übertragbar sind.

Auch professionelle Helfer erhalten Informationen über Selbst-

pen eine Verringerung professioneller Dienste und Leistungen rechtfertigen können; Selbsthilfegruppen werden quasi als Seismographen für Mängel im gesellschaftlichen Zusammenleben geschildert. Sie zeigen die Notwendigkeit, daß das vorherrschende professionelle Selbstverständnis der helfenden Berufe neu zu überdenken ist.

Angelika Gördes-Giesen

### Herausgeber

Heinz-Harald Abholz (West-Berlin), Hans-Ulrich Deppe (Frankfurt), Heiner Keupp (München), Brigitta Kluthe (Riedstadt), Hans Mausbach (Frankfurt), Wolfgang Münsler (Hattingen), Christina Pöltel (Giessen), Michael Regus (Stade), Annette Schwarzenau (Hamburg), Hans See (Frankfurt), Harald Skrobles (Riedstadt), Peter Stössel (München), Alf Trojan (Hamburg), Erich Wulff (Hannover).

**Anschrift der Redaktion:** Demokratisches Gesundheitswesen, Siegburger Str. 26, 5300 Bonn 3, Tel. 02 28 / 46 82 08 (8.30 Uhr bis 12.30 Uhr, montags 19.00 Uhr bis 21.00 Uhr)

**Anzeigenleitung:** Walter Boiken, Steinstr. 73, 6300 Gießen, Tel. 06 41 / 3 80 86.

### Redaktion:

Chefredaktion: Ursula Daalmann (ud), Joachim Neuschäfer (yn)

Aktuelle Gesundheitspolitik: Walter Popp (wp); Gesundheitsversorgung: Gregor Weinrich (gw); Uli Manges (um); Joachim Gill-Rode (jg); Renate Schepker (rs); Arbeits- und Lebensverhältnisse: Norbert Andersch (na); Pharma- und Geräteindustrie: Ulli Raupp (urp); Umwelt: Peter Walger (pw); Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen: Matthias Albrecht (ma); Edi Erken (eo); Ausbildung: Brigitte Mows (bm); Eckard Müller (em); Peter Liebermann (pl); internationales: Gunar Stemmel (gst); Stephan Schidzel (sst); Frauenprobleme: Uta Funke Vermassell (ufv); Karin Kieseley (kk); Pflegaverufe: Kirsten Jung (kj); Historisches: Holmut Koch (hk); Kultur und Subkultur: Helmut Copack (hc).

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

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

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

Nachdruck nur nach Zustimmung der Redaktion.

**Redaktionskonto für Spende:**  
Sonderkonto Norbert Andersch, Postgiroamt Essen Nr. 15420-430

Die Zeitschrift »DEMOKRATISCHES GE-SUNDHEITSWESEN« erscheint monatlich bei:  
Pahl-Rugensteiner Verlag GmbH, Gottesweg  
54, 5000 Köln 51, Tel. 0221/364051, Konten:  
Postgiroamt Köln 6514-503. Stadtsparkasse  
Köln 10652238 (für Abc-Gebühren).

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

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

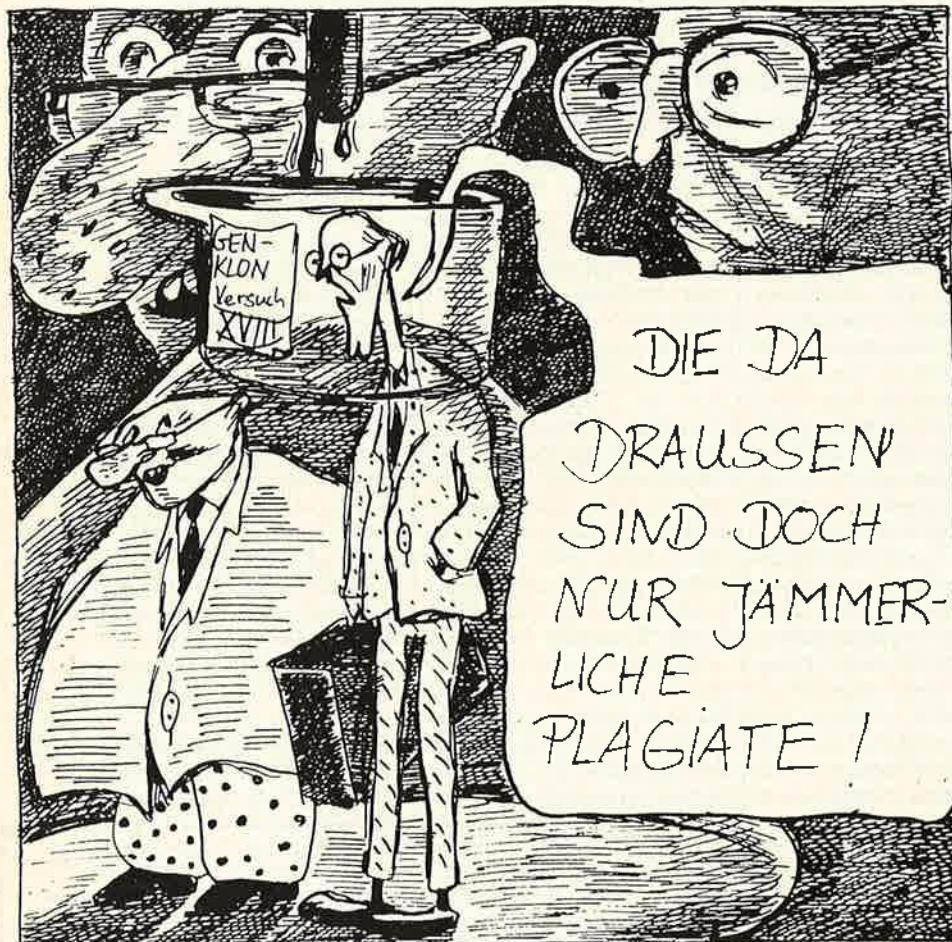
Redaktions- und Anzeigenschluß für das Februarheft: 10. Januar 1987.

Graphik: Christian Paulsen,  
Julia Karraß

Titelblatt: Linia 4

Layout: Joachim Neuschäfer, Ursula Daalmann  
Satz und Druck: Farbo Druck + Grafik Team  
GmbH Köln, Bischofsweg 48-50, 5000 Köln 51

JSSN: Nr. 0172-7091



# wir über uns

## VdÄÄ

Großes Echo hat bei vielen unserer Leserinnen und Leser die Gründung des Verbands demokratischer Ärztinnen und Ärzte gefunden. Weiteren Zuwachs würden Verein und Redaktion begrüßen. Wie es gemacht wird? Schreiben Sie an den VdÄÄ, c/o Winfried Beck, Wolframstr. 10, 6050 Offenbach. Beitragsformulare werden Ihnen dann zugesandt.

## Kunstwettbewerb

Nach Veröffentlichung einiger Bilder, die im dg-Kunstwettbewerb zum Thema „Krankheit und Umwelt“ in Zusammenarbeit mit dem Fachbereich Design und Graphik der Fachhochschule Münster entstanden sind, bekam die Redaktion viele Anfragen, ob wir die Bilder nicht als Plakate drucken könnten. Leider können wir nicht, da die Kosten einfach zu hoch wären. In der untersten Schublade sind die Bilder aber nicht verschwunden. Wer sie in voller Größe bewundern

möchte, kann das vom 22. Januar bis Ende März tun. 50 Arbeiten werden in der Hauptstelle des Bundesverbands der Innungs-krankenkassen, Kölner Str. 1-5 in 5060 Bergisch-Gladbach/Bensberg ausgestellt.

Auf der Eröffnungsveranstaltung am 22. Januar wird es nicht nur um die künstlerische Darstellung des Themas gehen, sondern auch um die fachliche.



Wir würden uns freuen, wenn dies nicht die letzte Ausstellung wäre. Interessenten können sich an dg-Redakteur Peter Walger wenden. Übernommen werden müßten allerdings die Kosten für Transport und Versicherung.

## dg-Kontakte

**Aachen:** Erhard Knauer, Maria-Theresia-Allee 58, 5100 Aachen, Tel. (0211) 75159; **Ansbach:** Birgitta Eschenbacher, Am Holmweg 17, 8800 Ansbach, Tel. (0981) 14444; **Berlin:** Hermann Dittrich, Grunewaldstr. 28, 1000 Berlin 41, Tel. (030) 8220328; **Bonn:** Fot. Lüken, Eckenerstr. 28, 5205 St. Augustin 2 (Langenl.) Tel. (02241) 29178; Stefan Schözel, Bergstr. 8, 5300 Bonn 1, Tel. (0228) 233526; Kurt Straif, Rauterstr. 121, 531/1, Tel. 212696; Gregor Wöhnnich, Schummarstr. 30, 531/1, Tel. 219778; **Bremen:** Cornelia Selke, Clausenstr. 25, 2800 Bremen 1, Tel. (0421) 234371; **Bremerhaven:** Gunar Stempel, Virchowstr. 34, 2850 Bremerhaven-Geestemünde, Tel. (0471) 27272; **Darmstadt:** Jürgen Frohnen, Neutscher Weg 3, 6101 Modau-Alt-Ernsthafer; **Dortmund:** Matthias Albrecht, Am Kühlengang 22, 4600 Dortmund 50, Tel. (0231) 753880; Detlef Uhlenbrock, Drosté-Hülshoff-Str. 1, 461/1, Tel. 421768; **Düsseldorf:** Joachim Gill-Rode, Fruchtstr. 2, 4000 Düsseldorf, Tel. (0211) 349204; **Duisburg:** Thomas Wettig, Prinz-Albert-Str. 42, 4700 Duisburg 1, Tel. (0203) 342180; **Essen:** Christian Paulsen, Overbeckstr. 16, 4300 Essen 1, Tel. (0201) 713731; Norbert Andersch, Pollerbergstr. 22, Tel. 747131; Walter Popp, Sundernholz 32, 431/1, Tel. 441630; **Fleensburg:** Reiff Cöppers, Aponradter Str. 3, 2390 Flensburg, Tel. (0461) 47263; **Frankfurt:** Klaus Priester, Schloßstr. 96, 6000 Frankfurt 90, Tel. (069) 705449; **Gießen:** Claudia Göttmann, Bismarckstr. 6, 6300 Gießen, Tel. (0641) 75245; **Göttingen:** Barbara Wille, Ostlandweg 23, 3400 Göttingen, Tel. (0551) 33710; **Hamburg:** Robert Pfeiffer, Kurfürstenstr. 45, 2000 Hamburg 70, Tel. (040) 6564845; **Hanau/Maintal:** Hans See, Südring 12, 6457 Maintal 1, Tel. (06181) 47231; **Hannover:** Martin Walz, Tieststr. 10, 3000 Hannover 1, Tel. d. (05132) 906557/p. (0511) 818868; **Hattingen:** Wolfgang Münster, Marxstr. 19, 4320 Hattingen, Tel. (02324) 67410; **Heldorf:** Michael Gerstner, Burgstr. 44, 6900 Heidelberg, Tel. (06221) 474101; **Karlsruhe:**

Claudia Lehner, Schillerstr. 54, 7500 Karlsruhe 1, Tel. (0721) 849948; **Kassel:** Matthias Dippel, Wallstr. 2d, 3500 Kassel, Tel. (0561) 54925; **Kleve:** Ulla Funke-Verhasselt, Steinbergen 33, 4182 Uedem, Tel. (02845) 8424; **Köln:** Peter Liebermann, Garathstr. 16, 5000 Köln 60, Tel. (0221) 783844; Eckard Müller, Säckinger Str. 4, 541/4, Tel. 432919; Helmut Scheaf, Berrenrather Str. 359, 5141, Tel. 443818; **Lübeck:** Angela Schürmann, Stadtweide 99, 2400 Lübeck, Tel. (0451) 503355; **Mannheim:** Werner Wehrdorf, Friedrichstr. 57, 6800 Mannheim, Tel. (0621) 835405; **Marburg:** Hanna Krix, Alter Ebsdorfer Weg 18, 3550 Marburg; **Mühlecker:** Helmut Jäger, Hermann-Hesse-Str. 43, 7103 Mühlacker, Tel. (07041) 15399; **München:** Margret Lambrecht, Bibliothekstr. 7, 8000 München 70, Tel. (089) 781504; **Mindelheim:** Thomas Melchner, Beethovenstr. 4, 8948 Mindelheim, Tel. (08261) 9733; **Münster:** Helmut Copak, Geiststr. 67a, 4400 Münster, Tel. (0251) 794688; Barbara Halbisen-Lehnert, Hayastr. 11, Tel. 287431; Uli Menges, Davensberger Str. 10a, Tel. 788399; Uli Raupp, Peter Walger, Willi-Hölscher-Weg 7, Tel. 7801437; **Oldenburg:** Holmut Koch, Saarstr. 11, 2900 Oldenburg, Tel. (0441) 83855; **Recklinghausen:** Petra Voss, Am Lohtor 4, 4350 Recklinghausen, Tel. (02361) 15453; **Riedstadt:** Harald Skrobles, Freih.-v.-Stein-Str. 9, 6006 Riedstadt, Tel. (06158) 6161; **Siegburg:** Richard Beitzken, Lagebutzenweg 24, 5200 Siegburg-Kaldauen, Tel. (02241) 363590; **Siegen:** Michael Regus, Zur Zinsenbach 9, 5900 Siegen, Tel. (0271) 76880; **Solingen:** Heinrich Recken, Basaltweg 15, 5660 Solingen 1, Tel. (02121) 47885; **Tübingen:** Elke Schön, Jacobsgasse 19, 7400 Tübingen, Tel. (07071) 212798; **Ulm:** Wolf Schleinzer, Reuschweg 12, 7900 Ulm-Lehr, Tel. (0731) 66068; **Viersen:** Sebastian Störl, Gladbacher Str. 94, 4056 Schwalmtal 1, Tel. (02163) 4191; **Wuppertal:** Michael Sünner, Nörvenstr. 20, 5600 Wuppertal 2, Tel. (0202) 503845.



Postvertriebsstück  
Gebühr bezahlt

PAHL-RUG. GOTTESW. 54 5000 KOELN  
G 2961 E 394711 347

KARL BOEKER  
WERTHERSTR. 89

4800 BIELEFELD 1

**Darf ich es wagen,  
hier an dieser Stelle  
mein Herz und ein dg,  
Dir, Allerliebste,  
anzutragen?**

**Nein, nein, nein! So geht das nicht. So darf Werbung  
für dg wirklich nicht aussehen. Erstens holpert der  
Vers, zweitens wollten wir doch von dem alten Rol-  
lenverhalten endlich runter, und drittens ist die  
Tanzschule einfach nicht der geeignete Ort, an dem  
man dg lesen sollte.**

**Im Krankenhaus geht das schon eher. Nehmen Sie  
doch dg einmal mit auf Station oder geben Sie eine  
Nummer an Bekannte weiter. Sie helfen uns damit  
sehr.**

Bitte ausschneiden und senden an:

**dg  
Siegburger Str. 26  
5300 Bonn 3**

Ich möchte ein kostenloses Probeexemplar

Ich abonne die Monatszeitschrift dg zum Heftpreis von 3,70 Mark zzgl. Porto gegen  
jährliche Rechnung. Diese Bestellung kann ich innerhalb von 10 Tagen bei der obigen  
Adresse widerrufen. Es gilt der Poststempel. Das Abonnement verlängert sich jeweils um  
ein weiteres Kalenderjahr, wenn nicht bis zum 30. September des laufenden Jahres eine  
Kündigung eingegangen ist.

Name	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>
Straße	<input type="text"/>
PLZ/Ort	<input type="text"/>
Beruf	<input type="text"/>
Datum	<input type="text"/>
Unterschrift	<input type="text"/>