



dg

G 2961 E

Einzelheft 5 Mark

Abonnement 3,70 Mark

Demokratisches
Gesundheitswesen

Nr. 3 · März 1987

Vertane Chance?

Erika Hickel und Haidi Streletz zum
Bericht der Enquete-Kommission „Gentec“

Akzeptabel?

Tarifergebnisse zum AiP

Südafrika:

Gesundheit oder Apartheid

Neuland



Udo Schagen
ist Arzt und arbeitet am Institut für Geschichte der Medizin an der Freien Universität Berlin

Mit allen Mitteln war nach dem großen Erfolg der Fraktion Gesundheit bei den Wahlen zur Berliner Ärztekammer versucht worden, „Systemveränderer, Kommunisten und Chaoten rauszuhalten“ aus dem Vorstand der Ärztekammer. Ein prominenter westdeutscher Standesfunktionär und Präsident eines Berufsverbandes hatte – aus Angst, sein Verband könnte linken Stallgeruch annehmen – seine Berliner Filiale angewiesen, in keinem Fall mehr mit der Fraktion Gesundheit zu koalieren. In der Bundesärztekammer liefen die Telefondrähte zu den Freunden in Berlin heiß. Alte Freunde und altgediente Funktionäre wurden unter Druck gesetzt.

Doch alle Mühen waren umsonst. Seit dem 29. Januar 1987 ist die „helle“ Welt der ständischen Ärztevertreter aus den Fugen. Die Fraktion Gesundheit konnte mehrheitlich den Vorstand besetzen. Trotz entsprechender Angebote kam allerdings nur eine Koalition mit der „Liste der Kinderärzte Berlins“ zustande.

Mit der Wahl in den Vorstand sind die bis dahin oppositionellen Mediziner nun auch in den Gremien der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages vertreten. Die Koalition benannte für die sieben ihr zustehenden Delegierten für den Ärztetag sieben Frauen.

Der Wahlerfolg der Fraktion Gesundheit hat im wesentlichen drei Gründe. Unter dem Schlagwort „Gesundheits- statt Standespolitik“ konnte sie inhaltliche Alternativen zur bisherigen verknöcherten und phantasielosen Politik der Verbände aufzeigen. Mit Ellis Huber verfügte die Fraktion Gesundheit über einen gesundheitspolitisch ausgewiesenen Präsidentschaftskandidaten. Doch auch die anderen Kandidatinnen und Kandidaten der Liste standen für Kompetenz auf bestimmten Gebieten und für die Wünsche der Wähler für die zukünftige Arbeit der Ärztekammer. Als Beispiele seien Barbara Hövener, Vorstandsmitglied der IPPNW, und Harald Abholz, bekannt durch zahlreiche Publikationen zur Bedeutung der

Medizin für die Gesundheit, genannt. Sie erhielten die meisten Stimmen der Fraktion Gesundheit.

Ausschlaggebend war schließlich auch die langjährige fruchtbare Zusammenarbeit der in der ÖTV organisierten Ärzte mit den Ärzten des Berliner Marburger Bundes, der gegenüber dem Bundesverband die Orientierung an nur ständischen Interessen seit langem aufgegeben hat. Jüngste Schwerpunkte der gemeinsamen Arbeit waren zum Beispiel die Herausgabe der Tschernobyl-Broschüre mit über 20.000 verkauften Exemplaren, der Liste ersetzbarer Sandoz-Präparate, aber auch die eindeutige Ablehnung der alle Gruppen im Krankenhaus demnächst belastenden Arzt-im-Praktikum-Konstruktion. Die breite Einbeziehung niedergelassener Kollegen als Kandidaten (50 von 240) führte zur wichtigen Erweiterung der Wählerbasis. Hinzu kam die Unterstützung der Wahl durch die Berliner Mitglieder der IPPNW und der Ärzteinitiativen gegen den Atomkrieg.

Besiegt wurde eine noch in vielen westdeutschen Ärztekammern und der Bundesärztekammer etablierte Politik mit dem Hauptziel der Bewahrung von besonderen Privilegien für Ärzte, die in der gesellschaftlichen Wirklichkeit keine Begründung mehr finden: etwa des fast uneingeschränkten Verfügungsrechts über die personellen und monetären Ressourcen für die Gesundheit oder von Einkommen, die weit über denen vergleichbare Verantwortung tragender anderer Berufsgruppen liegen. Politik dieser Art kann auch bei den Ärzten keine Zukunft mehr haben, da sie nicht einmal im positiven Sinne konservativ, also humanistische Grundwerte bewahrend, ist, wenn sie sich etwa einer besonderen ärztlichen Vorbereitung auf den atomaren Ernstfall verpflichten zu müssen glaubt.

Die Berliner Fraktion Gesundheit hat mit ihrem Wahlsieg ein Signal gesetzt und kann Vorreiter für Veränderungen in den westdeutschen Ärztekammern sein. An Versuchen, sie auseinanderzudividieren, wird es nicht fehlen. Da zur Zeit wenig zu der Hoffnung berechtigt, daß die derzeitigen Spitzenfunktionäre westdeutscher Ärztekammern eine andere Politik als bisher vertreten werden und alle Wahlen einen steilen Aufwärtstrend der bisher oppositionellen Listen zeigen, werden die nächsten Jahre spannend.

dg 3/87

dg-Report

Gesundheit oder Apartheid
Medizinische Versorgung in
Südafrika 10

Umwelt

Es liegt was in der Luft
Blutbildveränderungen bei Kindern
in Dortmund-Scharnhorst 16

Der tägliche Smog
Luftverschmutzung und Atemwegs-
erkrankungen 29

Bilder einer Ausstellung 32

Frieden

Pilotprogramm
Wer hat Fortbildung in Katastrophen-
medizin finanziert? 18

Gesundheitspolitik

Von einem, der auszog, das
Fürchten zu lehren
Qualitätskontrolle medizinischer
Leistungen 23

Konturen im Nebel
Forderungen der Kassenverbände
zur Strukturreform 24

Gen-Technologie

Chance genutzt, Chance vertan?
Stellungnahme von H. Streletz und
E. Hickel zum Bericht der Enquete-
Kommission „Gentechnologie“ 28

Standespolitik

Ideen produzieren
dg-Gespräch mit Rieke Alten,
stellvertretende Vorsitzende der
Berliner Ärztekammer 28

Ausbildung

Akzeptabel und unbefriedigend
Tarifergebnisse zum Arzt im
Praktikum 30

Historisches

Lebensfäden
Die Ärztin Else Kienle 34

Dokumente

Die Wahlerfolge oppositioneller
Ärztelisten
Ursachen, Folgen, Perspektiven 19

Die gesundheitspolitischen Vor-
stellungen der Grünen
Eine Kritik von Wolf Steinbrecher 20

IV. Gesundheitstag in Kassel
Diskussionsforum über Gesund-
heits- und Sozialpolitik 21

Rubriken

Sie über uns 4

Aktuelles 8

Termine / Kleinanzeigen 9

Buchkritik 36

Comic 38

Wir über uns 39

inhalt



Foto: Schülen

Alle Versuche, die katastrophale medizinische Versorgung der Schwarzen in Südafrika mit einem desolaten Gesundheitswesen zu erklären, gehen in die falsche Richtung. Die Krankheit Südafrikas heißt Apartheid. Der Report auf Seite 10.

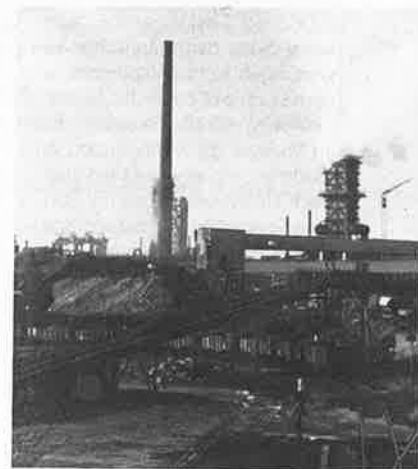


Foto: Wilms

Rauchende Schlote stehen nicht nur für wirtschaftliches Wohlergehen. In Dortmund-Scharnhorst wurden bei Kindern Blutbildveränderungen festgestellt. Ein Bericht auf Seite 16.



Seit dem 29. Januar stellt die Fraktion Gesundheit mehrheitlich den Vorstand der Berliner Ärztekammer. Was tut sich in der Kammerpolitik, fragte dg Rieke Alten, stellvertretende Kammervorsitzende, auf Seite 28.

sie über uns

Aufklärung

dg 1/87: „Vater plus Unterleib. Aufklärungsbücher heute“

Obwohl dg-Redakteurin Renate Schepker auf die Bedeutsamkeit weiblicher Sexualität hinweist, fehlen bei den Buchhinweisen Titel, die den Wünschen von Mädchen gerecht werden. Immerhin gibt es zumindest ein wichtiges Aufklärungsbuch, das sich speziell an Mädchen wendet und das inzwischen auch in den meisten Durchschnittsbibliotheken zu haben ist: „Mädchen – Sexualeufklärung emanzipatorisch“ (Weismann-Verlag/Frauenbuch-Verlag, 1976 und 1983, neue Überarbeitung bei Zweitausend-eins-Verlag 1984).

Antje Kunstmann setzt in diesem Buch an dem Erleben und Anderssein von Mädchen an, sie greift Benachteiligungen von Frauen und gängige weibliche Leitbilder kritisch auf und ermutigt Mädchen zu mehr Selbstbewußtsein und „bei sich bleiben“, zum Erleben ihrer eigenen Wünsche und Bedürfnisse – auch wenn diese den männlichen Erwartungen nicht entsprechen. In dem Buch gibt es auch Literaturhinweise, Kontaktadressen und im Vorwort die Aufforderung an Mädchen, ein eigenes Mädchenbuch zu schreiben, das mit Hauruck-Positionen aufräumen soll, das nicht mehr „aufklären“, sondern „klären“ soll.

ELKE SCHÖN
Wissenschaftsladen Tübingen



Dicker Hund

dg 2/87: „Das gemeine Lied der Liebe“, Von Volkmars Sigusch. Leserbrief: „Manipulationen“, „Geschreibe“.

Ich bin der Redaktion dankbar, daß sie Siguschs Aufsatz zur Gänze veröffentlicht hat. Jetzt kann sich jeder mit eigenen Augen überzeugen, ob der redaktionelle Vorwurf, ich hätte Sigusch „sinnentstellt“ zitiert, stimmt oder schiere Verleumdung ist.

Ich habe den „Marxisten“ Sigusch keineswegs kritisiert, weil er Marxist ist, sondern weil er es eben *nicht* ist. Aus der langen Reihe von Marxisten, die sich vehement gegen das von Freud entlehnte und neuerdings wieder von Sigusch vertretene Triebkonzept gewehrt haben, nenne ich nur wenige: Karlheinz Braun, Peter Brückner, Igor Caruso, Christopher Caudwell, Frantz Fanon, Walter Hollitscher, Klaus Holzkamp, Klaus Hom, Thomas Leithäuser, Hans Jörg Sandkühler, Michael Schneider, Lucien Séve, Konstanze Wetzel – und Ihr Mit-herausgeber Erich Wulff. Mir meine Kritik an Sigusch so auszudeuten, als käme sie von rechts, ist unverschämte.

Sigusch jetzt in Leserbriefen so aufzubauen, als sei er ein soziali-

stischer Heros, ist ein dicker Hund. Wo war Sigusch bei allen wichtigen Mutproben der letzten Jahrzehnte? Bei Demos, in Wackersdorf, bei jeder Gelegenheit, die persönlichen Mut und Opferbereitschaft verlangt hätte? Robert Jungk war immer da, ich war meistens da, Horst-Eberhard Richter war oft da. Wo war Sigusch? Wann hat er sich je zur DKP oder irgendeiner anderen fortschrittlichen Partei mit dem von ihm zu erwartenden Mut öffentlich bekannt?

Er läßt mit Leserbriefen aus dem Hintergrund auf Genossen schießen und hält sich mittlerweile in Deckung. Jedes Mal, wenn ich ihn zu einer öffentlichen Diskussion herausgefordert habe, hat er sich gedrückt. Ich habe jetzt einen „Club 2“ über Sexualwissenschaft durchgesetzt. Wenn Sigusch all die Boshheiten, die er seit Jahren hinter meinem Rücken verbreitet, in der Öffentlichkeit zu vertreten bereit ist, hoffe ich, daß er sich dieses Mal nicht drückt.

Zu Frau Schäfer-Klosterhül: Ich habe seit Jahrzehnten die Ansicht vertreten, daß es eine Art von politischer Inzucht ist, wenn Linke nur für linke Zeitschriften schreiben, und ich habe mich deshalb mit besonderer Mühe darum beworben, in konservativen Zeitungen und Zeitschriften das zu vertreten, woran ich glaube. Wenn Frau Schäfer die NEUE REVUE, die mir die Gelegenheit gibt, meine Ansichten an 4,5 Millionen Leser wiederzugeben, für ein „Schmierblättchen“ hält, dann wäre ich neugierig, was sie von der frauenfeindlichen Pornographie in Siguschs „Konkret Sexualität“ hält. Damit verglichen scheinen mir die bürgerlichen Sex-Hefchen vom Typ der NEUEN REVUE harmloser als harmlos.

Ich habe mich nie aus persönlicher Animosität gegen Sigusch gewandt, sondern weil ich seine Ansichten für gefährlich halte. Es nützt nichts, wenn er nun in einer Art Gegenoffensive mein eigenes Wirken als inkompetent darzustellen versucht oder seine Freunde zu Leserbriefen anstiftet, die sich so anhören sollen, als habe ich als erster an ihm Kritik geübt – das Fett ist im Feuer. Er kann seine Aussagen zur AIDS-Propylaxe und zur Triebtheorie nicht mehr aus der Welt schaffen.

ERNEST BORNEMAN
Scharten, Österreich

Ungut

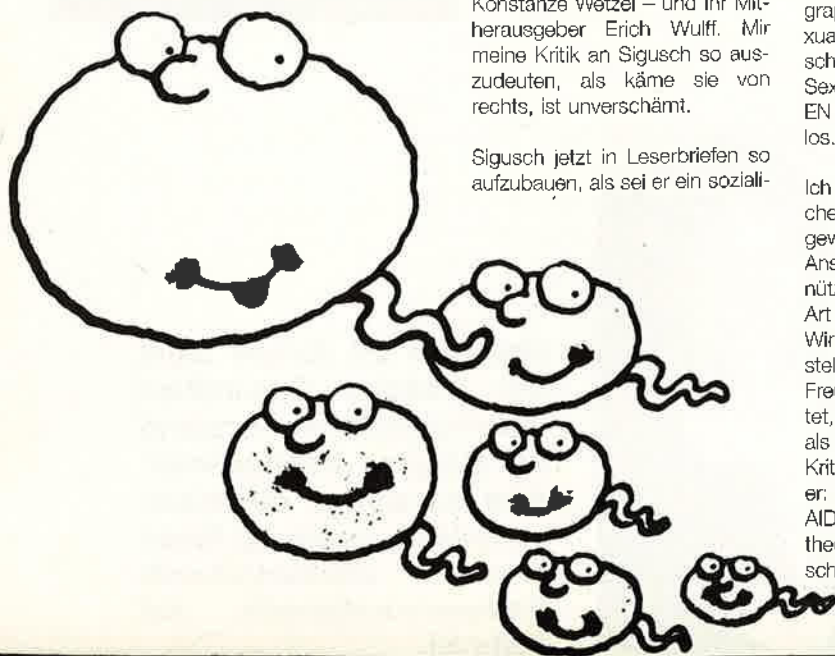
dg 2/87: „Das gemeine Lied der Liebe“, Von Volkmars Sigusch. Leserbrief: „Geschreibe“, „Manipulationen“

Seit geraumer Zeit fällt mir auf, daß der Frankfurter Sexualforscher Volkmars Sigusch, wenn er auch nur mit einer Fußnote im Werk eines anderen Autors erwähnt wird, sofort seine Freunde zu Leserbriefen und die Redak-



tionen zum Abdruck seiner Schriften animiert. Dieses systematische Umfunktionieren einer Sachdiskussion in ein Publicity-Forum für sich selber scheint mir besonders kraß in seiner Reaktion auf Ernest Bornemans wichtige und sinnvolle Warnung vor einer neuen Irrationalität in „dg“ 12/86, S. 28–29 zutage zu treten.

Nachdem wir nun Gelegenheit gehabt haben, den von Borneman kritisierten Sigusch-Text zu lesen, wird klar, daß Sigusch mit einer Unmasse von Worten nichts anderes sagt, als daß „Liebe“ *unverständlich* sei – ein tatsächlich vernunftfeindliches Argument. Ich vermag deshalb in Bornemans Worten keinerlei „Angriff“ auf Herrn Sigusch (geschweige denn einen „heftigen“



oder gar „unfairen“) zu erkennen, sondern nur eine korrekte Darstellung des von Herrn Sigusch Geschriebenen. Auch vermag ich in Bornemans Artikel kein einziges „sinnenentstelltes“ Zitat zu entdecken.

Sieht man dann, daß die ganze Leserbriefseite der Nummer 2/87 mit Fan-Letters für Herrn Sigusch angefüllt ist, frage ich

stischen Psychologie. Wenn ein Mann sich während der NS-Zeit so tapfer erwiesen hat wie er, verdient er im 72. Lebensjahr ein wenig mehr Respekt.

DR. HARTMUT KLAMBAUER
Sozialistische Frauenbewegung
Österreichs
Männergruppe Oberösterreich
Linz

Da sich Ernest Borneman in seinem Artikel in dg 12/86 hauptsächlich auf den Essay „Das gemeine Lied der Liebe“ von Volkmar Sigusch bezogen hat, haben wir es für sinnvoll erachtet, diesen abzudrucken, um so eine inhaltliche Auseinandersetzung überhaupt zu ermöglichen. Von einer Animation von anderer Seite kann deshalb keine Rede sein.
Die Redaktion

Recht milde

dg 2/87: „Das gemeine Lied der Liebe.“ Von Volkmar Sigusch.

Im editoriiellen Kommentar zu „Das gemeine Lied der Liebe“ steht, daß dieser Artikel sich auf einen Beitrag von Ernest Borneman im Dezemberheft 1986 beziehe und deshalb abgedruckt worden sei, weil Herr Borneman dort „heftige“ und „unfaire“ Angriffe gegen Herrn Sigusch gerichtet habe.

Ich habe mir die Dezenbemannummer noch einmal durchgelesen und finde dort überhaupt keine Angriffe auf Herrn Sigusch, sondern nur eine klare und keineswegs aggressive Diskussion seiner Ansichten.

Könnte die Redaktion mir und anderen Lesern deshalb bitte erklären, worin sie einen „Angriff“ auf Herrn Sigusch sieht und worin dessen „Heftigkeit“ und „Unfairness“ liegt? Bitte spezifizieren Sie auch die von Ihnen als „sinnenentstellend“ bezeichneten Zitate. Mein Vergleich der beiden Artikel gibt mir den Eindruck, daß Herr Borneman präzise und ohne Sinnenentstellung zitiert hat. Im Gegenteil, er ist noch recht milde mit dem schrecklichen Wortwust des Herrn Sigusch umgegangen. Wollen Sie, als Sozialisten, dessen Ansichten ernsthaft verteidigen?

SIGRID STANDOW
Münster

mich, ob „dg“ eine Plattform für demokratische Gesundheitspflege oder ein Werbemedium für Herrn Sigusch ist.

Ich gebe zu: Ich bin hier voller Vorurteile – ich kenne, schätze und bewundere Ernest Borneman seit vielen Jahren wegen seiner mutigen Haltung als Genosse. Seine langjährige Kolumne im Zentralorgan der Sozialistischen Partei Österreichs, der „Arbeiterzeitung“, ist für viele von uns im Zeitalter der „Großen“ Koalition oft der letzte Trost der Linken in der Partei. Deshalb scheint es mir ungut, wenn die beiden Leserbriefe ausgerechnet die Kolumne in der auch mir nicht gerade genehmen Neuen Revue erwähnen, nicht aber die zahllosen Arbeiten Bornemans zum Marxismus und zur soziali-

Aufruf zur Mitarbeit

Der Bund demokratischer Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler (BdWi) plant für den Spätsommer 1987 eine Fachtagung:

Gentechnik und Pestizidresistenz

Der Arbeitskreis Gentechnologie des BdWi schlägt folgendes Programm vor:

Einleitung (Fr., 19–21 Uhr)

Eingriffe in Ökosysteme durch Freisetzung ortsfremder Nutz-Organismen durch den Forscher (anschließende Diskussion)

Erörterung von Teilaspekten

(Sa. 8.30–17.00 Uhr)

1. Bedrohung landwirtschaftlicher Ökosysteme durch pestizidresistente Organismen

- 1.1 Resistenz pflanzenpathogener Organismen gegen Pestizide
- 1.2 Resistenz von Ernteschädlingen gegen Pestizide
- 1.3 Resistenz ernteschädlicher Pflanzen gegen Herbizide
- 1.4 Ökonomische, ökologische und soziale Folgekosten
- 1.5 Diskussion: Folgerungen für die Freisetzungproblematik

2. Seuchenhygienische und gesundheitspolitische Aspekte

- 2.1 Resistenz tierpathogener Organismen gegen Pestizide
- 2.2 Resistenz humanpathogener Organismen gegen Antibiotika
- 2.3 Resistenz humanpathogener Organismen und Vektoren gegen Pestizide
- 2.4 Soziale Risiken
- 2.5 Diskussion: Gesundheitspolitische Folgerungen für die Freisetzungproblematik

3. Haben wir das genetische Instrumentarium der Ökosphäre im Griff?

- 3.1 Exkurs: Methoden und Instrumente der Gentechnik im Labor
- 3.2 Mechanismen und Orte der Ausbreitung und Festsetzung von Resistenzgenen im Freiland
– gegen Pestizide
– gegen Antibiotika
- 3.3 Das gentechnische Interesse am Resistenzphänomen
- 3.4 Laufende und geplante Experimente im „Großlabor Ökosphäre“
- 3.5 Diskussion: Folgerungen für das Selbstverständnis der Bio- und Gentechnologie

Zusammenfassung

Die Freisetzungproblematik aus der Sicht einer sozial verantwortlichen Bio- und Gentechnologie

Wir bitten alle Interessierten und fachkundigen Kolleginnen und Kollegen dringend, sich als Referenten bzw. Diskussionsteilnehmer an der Tagung zu beteiligen. Wir wissen, daß zu vielen Aspekten nur wenige Informationen und diese oft verstreut und unkoordiniert vorliegen. Diese Informationen zusammenzutragen, zu systematisieren und zu bewerten sowie die Konsequenzen und Alternativen zu diskutieren soll jedoch gerade das Anliegen der Tagung sein.

Kontakt: Priv.-Doz. Dr. rer. nat. Hermann H. Dieter, Leinenweberweg 14, 4000 Düsseldorf 13.

Allergien:

Alles halb so wild

„Allergien im Beruf“, unter diesem Thema hatte die Bundesanstalt für Arbeitsschutz am 19. Januar zu einem Symposium geladen. Für wirksame Sofortmaßnahmen waren die Experten nicht zu haben.

10–20 Prozent aller Kinder und Erwachsenen der Bundesrepublik leiden an einer allergischen Erkrankung; als Organmanifestation dominieren das allergische Asthma sowie allergische Haut-ekzeme. Allergien rangieren inzwischen an der zweiten Stelle aller Berufskrankheiten nach der Lärmschwerhörigkeit und neben den Infektionskrankheiten. Besonders gefährdet sind die Bäcker (Bäckerasthma durch Mehlstaub), Friseur (Haarfärbemittel) und Beschäftigte des Gesundheitswesens (Formaldehyd in Desinfektionsmitteln).

Zwar wurde vermutet, daß manche Umweltgifte die natürlichen Barrieren des Bronchialsystems für Allergene durchlässiger machen, aber insgesamt, so die Meinung der versammelten Experten, sei die Zahl der Allergien nicht gestiegen, sondern der geradlinige Anstieg der bekanntgewordenen, angezeigten und auch anerkannten Allergien sei auf eine bessere Diagnostik und ein gestiegenes Umweltbewußtsein zurückzuführen.

Die Vertreter der Bundesanstalt wurden gefragt, was denn als zukünftige Prävention gegen ein weiteres Ansteigen der Allergien vorgesehen sei. Mittels des Chemikallengesetzes will man hier zusammen mit der Industrie durch Kontrolle aller neuen Stoffe der steigenden Flut von allergenen Arbeitsstoffen abhelfen. Das Problem besteht in den 100 000 „Altlasten“, die keiner gesetzlichen Kontrolle unterworfen sind. Auch hier will die Bundesanstalt tätig werden und in jahrelanger Sisyphusarbeit diese Stoffe austesten. Das kann bei einem Stoff bis zu 10 Jahre dauern.

Vom Verbot solch potenter Allergene wie Formaldehyd und Isocyanat sprach niemand, Ersatzstoffe wurden ebenfalls nicht gefordert – selbst den anwesenden Gewerkschaftsvertretern schien es angesichts geballter klinischer Allergiediagnostik die Sprache verschlagen zu haben.

Als Lösung des Problems wurde angedeutet, daß man ja eventuell in Zukunft mittels der Genomanalyse solche Arbeiter und Angestellte herausselektieren könne, die allergiegefährdet seien.

Inge Zeller



Berufskrankheit Streß

Erstmals ist von einem schwedischen Gericht langwährender chronischer Streß als ursächlich für die Anerkennung einer Berufskrankheit angesehen worden, berichten die Amtlichen Mitteilungen der Bundesanstalt für Arbeitsschutz. Eine anderslautende Entscheidung des Versicherungsträgers wurde aufgehoben.

Das Gericht begründete seine Entscheidung damit, daß sowohl chronische wie akute psychosoziale Belastungen während der Arbeit mit großer Wahrscheinlichkeit Herzinfarkte verursachen könnten.

Entschädigung für NS-Opfer

Auf einer Veranstaltung am 18. Januar in Bonn haben die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP), der Deutsche Gewerkschaftsbund Bonn sowie die Bonner Gesellschaft für Christlich-Jüdische Zusammenarbeit erneut die sofortige

Anerkennung und Entschädigung der vergessenen Opfer der nationalsozialistischen Gewaltherrschaft durch Bundesregierung und Bundestag gefordert. Bislang hat die Bundesregierung jede Entschädigung für Opfer der „Euthanasie“ und von Zwangssterilisationen abgelehnt. Der Chef des Bundeskanzleramtes, Bundesminister Dr. Wolfgang Schäuble, habe gegenüber der DGSP in einer Stellungnahme erklärt, eine Entschädigung käme nicht in Frage, da die Betroffenen „nicht wegen ihrer Rasse, sondern aus erbbiologischen Gründen dieser Zwangsmaßnahme unterworfen worden waren“.

Auf der Tagung wurde angekündigt, daß sich ein Interessenverband der Opfer von Sterilisationen und „Euthanasie“ gründen werde. Dieser Verband soll nicht nur die politische Vertretung dieser vergessenen NS-Opfer gewährleisten, sondern versteht sich auch als Selbsthilfegruppe bei der Bewältigung des materiellen und psychischen Leids.

Die Kontaktadresse des Interessenverbands: Klara Nowak, Meiersfelder Straße 7, 4931 Detmold.

Dänemark: Einsicht in Krankenakten

Seit dem 1. Januar dürfen Patienten in Dänemark ihre Krankenakte einsehen. Wie die Zeitschrift Der Kassenarzt berichtete, sind die Patientenrechte durch das neue Gesetz erheblich erweitert worden. So geht bei Todesfällen das Einsichtsrecht auf die nächsten Angehörigen über; kann ein Kranker die Akte nicht lesen, ist es möglich, dieses Recht an andere zu delegieren.

Zwar gebe es auch Ausnahmeregelungen, aber, so das dänische Innenministerium, man werde allen Ärzten auf die Finger sehen, die davon häufig Gebrauch machten. Es werde allerdings befürchtet, meldet Der Kassenarzt, daß in zahlreichen Krankenhäusern eine „doppelte Buchführung“ betrieben werde. Für niedergelassene Ärzte gilt dieses Gesetz allerdings nicht.

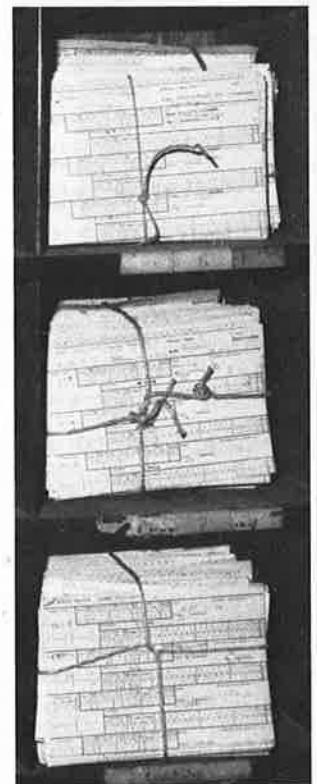


Foto: Jine 4/M. Bauer

Hoechst klagt

Wegen der Fernsehsendung „Gesucht wird... eine Todesursache“ des Westdeutschen Rundfunks (WDR) klagt die Hoechst AG auf Widerruf oder künftige Unterlassung vor dem Frankfurter Landgericht, „um“, so das Unternehmen in einer Presseerklärung, „einer Rufschädigung durch einseitige Informationen zu begegnen“. In der Sen-



dung war behauptet worden, der Tod einer Patientin sei auf eine Therapie mit Alival zurückzuführen.

Die Klage richtet sich gegen den WDR, gegen den Autor der Sendung, Gert Monheim, gegen Professor Dr. Schönhöfer vom Zentralkrankenhaus St.-Jürgen-Straße in Bremen sowie Dr. Ulrich Moebius.

BGA: Empfehlung zu Kosmetika

Das Bundesgesundheitsamt in Berlin (BGA) hat den Herstellern kosmetischer Produkte empfohlen, sekundäre Amine nicht mehr in kosmetischen Mitteln zu verwenden. Bislang sind sekundäre Amine, wie zum Beispiel Diethanolamin in bestimmten Shampoos, Haarfarben, Kaltwellenmitteln, Sonnenschutzpräparaten und Hautcremes enthalten. Neuere Forschungen hätten gezeigt, so das BGA, daß die Gefahr bestünde, daß diese Stoffe mit den in der Luft enthaltenen Stickoxiden reagierten und N-Nitrosamine bildeten. Diese könnten die Haut durchdringen und seien im Tierversuch krebserzeugend.

In welchen Kosmetika noch sekundäre Amine verwendet werden, konnte das BGA nicht mitteilen, da es „nicht über eine Zusammenstellung der im Verkehr befindlichen Kosmetika und ihrer Zusammensetzungen verfügt“. Es empfiehlt, sich an den Hersteller oder an die für die Überwachung des Verkehrs mit kosmetischen Mitteln zuständigen Landesbehörden zu wenden.

Studiengang Gesundheitswissenschaften

Im Herbst 1987 wird am Oberstufen-Kolleg der Universität Bielefeld der Studiengang „Gesundheitswissenschaften“ eingeführt. Das Oberstufen-Kolleg ist eine Einrichtung der Hochschule, die einen alternativen Zugang zum Studium ermöglicht. Das Fach Gesundheitswissenschaften ist, so die Universität Bielefeld, als Ergänzungstudium zum Studiengangs Psychologie, Pädagogik, Soziologie, Sport, Musik, Kunst und Philosophie angelegt. Ziel dieses ergänzenden Studiengangs sei es, den Kollegiaten neben einem theoretisch-systematischen Diplom-Studiengang eine praktische Handlungskompetenz in dem Tätigkeitsbereich „Gesundheitsförderung“ zu vermitteln.

Interessenten können sich bis Mitte März anmelden, sie dürfen allerdings nicht älter als 25 Jahre alt sein. Weitere Informationen bei: Oberstufen-Kolleg an der Universität Bielefeld, Postfach 8640, 4800 Bielefeld 1, Tel.: (05 21) 106-2851.

Versorgung mit Verhütungsmitteln gefährdet

Vor unbeabsichtigten Folgen des geänderten Arzneimittelgesetzes, das seit dem 1. Februar in Kraft ist, hat der Pro Familia-Bundesverband gewarnt. Da es Verhütungsmittel bisher nicht auf Krankenschein gebe, sei eine zuverlässige Verhütung ungewollter Schwangerschaften bei sozial schwachen Frauen und Jugendlichen häufig aus finanziellen Gründen in Frage gestellt. Bislang sei das Problem durch die kostenlose Abgabe von Ärztemustern leidlich gelöst worden. Diese Möglichkeit sei durch das neue Gesetz kaum noch gegeben, da es die Abgabe von Arzneimittelmustern an die Ärzte drastisch beschränke.

Um einen Anstieg ungewollter Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüche zu vermeiden, fordert Pro Familia die Aufnahme der Verhütungsmittel in den Leistungskatalog der Krankenversicherung.

Tschernobyl:

Lecker Becquerel

Nahrungsmittel mit weniger als 10 bq/kg werden als strahlenarm bezeichnet. Nahrungsmittel, die eine Belastung zwischen 10 und 30 bq/kg aufweisen, sind für Schwangere, Stillende und Kleinkinder nicht unbedenklich. Von einem stärkeren Verzehr ist diesen Risikogruppen abzuraten. Nahrungsmittel mit 30–100 bq/kg müssen als stark belastet bezeichnet werden. Für Schwangere, Stillende und Kleinkinder sind sie nicht geeignet, andere Bevölkerungsgruppen sollten den Verzehr dieser Lebensmittel einschränken. Grundsätzlich ist zu sagen, daß es keine Grenze gibt, unterhalb derer radioaktive Strahlung unbedenklich ist.

Werte aus Radioaktivitätsmessungen

Cs in bq/kg oder l

| Datum | Herkunft | Meßwert | |
|----------------------|--------------------------------------|------------|----------|
| | | Durchschn. | Höchstw. |
| <i>frische Milch</i> | | | |
| 22.1.87 | Vollmilch, Deller, München | 70 | |
| 23.1.87 | Demeter, Piding | 74 | |
| 23.1.87 | Demeter, Schrozberg | 9 | |
| 25.1.87 | Heirler, Agrar, Kassel | 10 | |
| 27.1.87 | Mr. Softy, Niederrhein | 3 | |
| 5.2.87 | Vita, Rheinland | 5 | 7 |
| 5.2.87 | Eifel-Milch | 5 | 6 |
| 5.2.87 | Demeter, Schrozberg | 5 | 6 |
| 5.2.87 | Gemo, Oldenburg | 30 | |
| 5.2.87 | Bremerland | 20 | |
| 5.2.87 | Hansano, Hannover | 17 | |
| 5.2.87 | Alli | 17 | |
| 6.2.87 | Mr. Softy, Niederrhein | 5 | |
| 6.2.87 | Tuffi, Berg. Land | 9 | |
| 9.2.87 | Westmilch | 6 | 8 |
| 9.2.87 | Kutel | 5 | 10 |
| 9.2.87 | Milchhof Osnabrück | 25 | |
| 9.2.87 | Vorzugsmilch, Schulze-Brockhausen | 2 | |

Milchprodukte

| | | |
|---------|------------------------------|-----|
| 22.1.87 | Saure Sahne, Deller, München | 70 |
| 22.1.87 | Joghurt, Deller | 88 |
| 19.1.87 | Magerjoghurt | 48 |
| 25.1.87 | Quark, Niedersachsen | 12 |
| 22.1.87 | Sahnequark, Deller | 51 |
| 5.2.87 | Joghurt, NRW | 7,5 |
| 5.2.87 | Quark, NRW | 6,5 |
| 25.1.87 | Crème des Prés, Frankreich | 3 |
| 29.1.87 | Buttermilch, Deller | 71 |
| 30.1.87 | Buttermilch, Müller | 66 |

Baby- und Kindernahrung

| | |
|---|----------------------|
| Bimben-Apfel-Mus, Alete HD 4/88 | unter Nachweisgrenze |
| Bimben-Mus, Alete 10/88 | unter Nachweisgrenze |
| Milchfertigbrei m. Früchten, Milupa 12/87 | unter Nachweisgrenze |
| Heidelbeeren in Apfel, Hipp 8/88 | unter Nachweisgrenze |
| Milchfertigbrei m. Banane, Milupa 11/87 | 81 |
| Humana SL, milchfreie Spezialnahrung 2/87 | unter Nachweisgrenze |
| Honigschleim, Alete 10/87 | unter Nachweisgrenze |
| Kindergries, „Pamps“ 1/88 | unter Nachweisgrenze |

Die Verbraucher-Initiative steht in ständigem Kontakt mit Meßstellen aus dem gesamten Bundesgebiet. Eine Liste mit den jeweiligen Adressen kann bei uns angefordert werden (Bitte Rückporto beilegen). Die Verbraucher-Initiative, Kölnstr. 198, 5300 Bonn 1



Kein Dach überm Kopf

UNO-Studie:



Foto: Döhrn

Die Vereinten Nationen haben das Jahr 1987 zum „Jahr der Unterkunft für Obdachlose“ erklärt. Um sich die Brisanz dieser Problematik bewußt zu machen, braucht man keineswegs auf Dritte-Welt-Metropolen wie Kalkutta, Rio de Janeiro oder Kairo zu starren.

Obdachlosigkeit beginnt bei uns schon an der nächsten Ecke. Denn in der Bundesrepublik haben über 100 000 Menschen seit mehr als zwei Jahren kein eigenes Dach mehr über dem Kopf. Das geht aus einer von der UNO-Wirtschaftskommission für Europa (ECE) in Genf veröffentlichten Analyse hervor.

Für die drastische Zunahme der Obdachlosigkeit werden in der Untersuchung vor allem Dauerarbeitslosigkeit, sinkende Einkommen, zu hohe Mieten, Zwangsausweisung aus der Mietwohnung und Spekulation

auf dem Wohnungsmarkt angeführt. Zu den dauerhaft Obdachlosen kommen, wie aus dem Bericht hervorgeht, mindestens weitere 650 000 bis 900 000 Menschen, die ihre Wohnung verloren haben und notdürftig in provisorischen Unterkünften untergebracht sind.

Wie in dem UNO-Dokument festgestellt wird, beginnt das Schicksal der Obdachlosen oft mit der Zwangsraumdung. Ist diese erst einmal erfolgt, geraten über die Hälfte aller Betroffenen in einen mehr oder weniger ausweglosen Teufelskreis. Die Studie kommt darüber hinaus zu dem Schluß, daß die Chancen auf eine angemessene Wohnung insbesondere für arbeitslose Jugendliche, alleinstehende Frauen mit Niedrigeinkommen und sozial Schwache sehr schlecht sind. Wie es am Sitz der ECE heißt, seien selbst „krisenerfahrene Experten“ bei den Vereinten Nationen vom Ausmaß der Obdachlosigkeit in der Bundesrepublik überrascht.

„Jeder Mensch hat Anspruch auf eine Lebenshaltung, die seine und seiner Familie Gesundheit und Wohlbefinden, einschließlich Nahrung, Kleidung, Wohnung, ärztliche Betreuung und der notwendigen Leistungen der sozialen Fürsorge, gewährleistet“, heißt es in der UNO-Menschenrechtskonvention. Um sie zu verwirklichen, bleibt in der Bundesrepublik noch viel zu tun.

Georg Diederichs

Türkei: Dr. Özek unter Anklage

Der türkische Professor für Psychiatrie Dr. Metin Özek, Mitglied des türkischen Friedenskomitees, bis zu seiner Verhaftung im Februar 1982 Leiter der Medizinischen Fakultät der Universität Istanbul, steht seit Ende 1986 zusammen mit 36 Mithäftlingen erneut unter Anklage. Bei einer Verurteilung drohen ihm zwischen 8 und 15 Jahren Haft.

Dr. Özek hatte unter anderem in der Zeitschrift Cumhuriyet einen Artikel veröffentlicht, in dem er sich gegen Folter und die Todesstrafe geäußert hat, wie dg im Juli 1986 berichtete.

Der Arbeitskreis Medizin-Psychologie und die deutsche Sektion von amnesty international bitten darum, gegen die Strafanordnung zu protestieren und die Einstellung des Prozesses gegen Professor Özek und seine Mitangeklagten zu fordern.

Schreiben sind zu richten an: Ministerpräsident Turgut Özal, Başbakanlık, Çankaya, Ankara. Präsident General Kenan Evren, Devlet Başkanlığı, Çankaya, Ankara. Kopien an: Botschaft der Republik Türkei, Utestraße 47, 5300 Bonn 2.

Datenschutz angemahnt

Es widerspricht dem Prinzip des Datenschutzes, wenn Krankenkassen den Arbeitgeber über den Gesundheitszustand von Beschäftigten informieren. Dies geht aus einem Brief des Bundesbeauftragten für Datenschutz, Dr. Baumann, an die Gewerkschaft Handel, Banken und Versicherungen (HBV) hervor.

Wie die HBV berichtete, war eine Beschäftigte unter Hinweis auf Informationen der Betriebskrankenkasse gekündigt worden. Dr. Baumann hat diese Verletzung des Sozialgeheimnisses beanstandet und die Betriebskrankenkasse aufgefordert, ihm mitzuteilen, welche Maßnahmen getroffen worden seien, um derartige Verstöße künftig zu vermeiden. In dem Schreiben an die Gewerkschaft heißt es außerdem: „Es ist keine gesetzliche Aufgabe der Krankenkasse er-

sichtlich, die es erforderlich macht, den Arbeitgeber darüber zu informieren, daß eine bestehende Arbeitsunfähigkeit noch andauert und mit einer Arbeitsaufnahme vorerst nicht zu rechnen sei.“

NRW: Sparprogramm bei Krankenhäusern

Gegen Sparmaßnahmen bei Krankenhausinvestitionen durch das Land Nordrhein-Westfalen hat sich die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW) gewandt. Während der Gesundheitsminister des Landes, Hermann Heinemann, noch kurz vor Jahresbeginn einen Investitionsschub für den Krankenhausbereich versprochen habe, sollen nunmehr nur noch 233 Millionen Mark von den im Haushalt vorgesehenen 700 Millionen Mark für Krankenhausinvestitionen verfügbar sein. Es stehe zu befürchten, so die KGNW, daß dies eine endgültige Kürzung des Investitionsvolumens um 467 Millionen Mark bedeute.

Falls die ohnehin unzulänglichen Mittel weiter gekürzt würden, befürchtet die KGNW negative Auswirkungen auf die Patientenversorgung. Gleichzeitig machte sie auf die Auswirkungen fehlender Investitionen auf die Betriebskosten und damit auf die Pflegesätze aufmerksam. Bleibe es bei den Sparmaßnahmen, habe dies auch Auswirkungen auf die Krankenkassenbeiträge und die Beitragsstabilität, erklärte die Krankenhausgesellschaft.

NACH TSCHERNOBYL STADE?

BROSCHÜRE ZUR STILLEGUNGSKAMPAGNE FRÜHJAHR '87

52 Seiten DIN A 4 Preis: 4,- DM (ab 10 Exemplare 30 % Rabatt)

Bestellungen:
Bremer Bürgerinitiative
gegen Atomenergieanlagen
St. Pauli-Straße 10/11
Telefon 0421/70 01 44
(16 - 19 Uhr)

**ABSCHALTEN!
ABSCHALTEN!**

termine / kleinanzeigen

2.-6.3.

Hamburg

Bildungsurlaubs-Seminar: Krankenpflege im Nationalsozialismus (II)
Kontakt: Berufsbildungswerk, Gemeinnützige Bildungseinrichtung des DGB, Bezirksgeschäftsstelle Hamburg, Billhomer Deich 96/II, 2000 Hamburg 28, Tel.: (040) 78 13 71-74.

5.-6.3.

Stuttgart

Veranstaltung: Tierschutzrecht
Kontakt: Deutsche Veterinärmedizinische Gesellschaft e.V., Frankfurter Straße 67, 6300 Gießen.

5.-6.3.

Lippstadt

Fachtagung: „Therapie im Maßregelvollzug“
Kontakt: Sekretariat Dr. V. Schumann, Westfälisches Zentrum für Forensische Psychiatrie Lippstadt, Eickelbornstraße 21, 4780 Lippstadt-Eickelborn, Tel.: (0 29 45) 80 05 24 oder 80 05 22.

9.-13.3.

Marl

Seminar: Tod und Sterben. Begleitung und Betreuung Schwerkranker, Sterbender und ihrer Angehörigen
Kontakt: Allgemeiner Krankenpflegeverband, Lucy-Romberg-Haus, Wiesenstraße 55, 4370 Marl, Tel.: (0 23 65) 3 46 66.

12.3.

Dortmund

Informationsabend des Arbeitskreises „Krankenpflege gegen Krieg“: Zivilschutz
Kontakt: Brigitte Kraft, Sprengelweg 35, 4600 Dortmund 12.

13.-15.3.

Mülheim/Ruhr

Tagung: Multinationale Konzerne und ökumenische Verantwortung
Kontakt: Evangelische Akademie Mülheim/Ruhr, Uhlenhorstweg 29, 4330 Mülheim/Ruhr, Tel.: (02 08) 5 12 01/40.

20.-21.3.

Osnabrück

Seminar: Das Bild von Pflegepersonal und Krankenhaus in Film und Fernsehen
Kontakt: Universität Osnabrück, Geschäftsstelle der Arbeitsgruppe LGW, An der Katharinenkirche 8b, 4500 Osnabrück.

20.-22.3.

Bad Herrenalb

Tagung: Die politische Verantwortung des Arztes angesichts der Atomrüstung
Kontakt: Evangelische Akademie Baden, Postfach 22 69, 7500 Karlsruhe 1, Tel.: (07 21) 168-296/289.

21.3.

Bonn

4. Alternative Kunstauktion zugunsten krebskranker Kinder
Kontakt: Büro Petra Kelly, Bundeshaus HT 718, 5300 Bonn 1, Tel.: (02 28) 16 92 06.

27.-29.3.

Frankfurt

4. bundesweites Treffen des Arbeitskreises „Krankenpflege gegen Krieg“
Kontakt: Bernhard Stapel, Seehofstraße 8, 6000 Frankfurt 70, Tel.: (0 69) 61 87 34.

27.-29.3.

Solingen

Seminar/Mitgliederversammlung: Nationale und internationale Zusammenarbeit gegen den multinationalen BAYER-Konzern
Kontakt: BAYER-Coordination, Axel Köhler-Schnura, Hofstraße 27 a, 5650 Solingen 11.

10.-12.4.

Hannover

Seminar: Pestizidvergiftungen berechenbar? Die ökonomische Bewertung der alltäglichen Vergiftung
Kontakt: Pestizid Aktions-Netzwerk (PAN), Nemstweg 32, 2000 Hamburg 50, Tel.: (0 40) 39 39 78.

30.4.-3.5.

Karlsruhe

6. Bürgerinitiativen-Verkehrskongress
Kontakt: Arbeitskreis Verkehr und Umwelt, Cheruskerstraße 10, 1000 Berlin 62, Tel.: (0 30) 3 92 61 46.

30.4.-3.5.

Achberg/Bodensee

4. Arbeitstagung „Psychotherapie und Ökologie“, Thema: „Zwischen Kemschmelze und Kernneurose?“
Kontakt: Dr. Till Bastian, Uferstraße 55, 6500 Mainz.

4.-6.5.

Berlin

Seminar: Sozial-, Umwelt- und Gesundheitsverträglichkeit von Produkten: Möglichkeiten einer Produktgestaltung im Interesse einer Lösung sozialer und ökologischer Problemlagen für den Verbraucher
Kontakt: Stiftung Verbraucherinstitut, Reichpietschufer 74-76, 1000 Berlin 30, Tel.: (0 30) 2 54 90 20.

15.-17.5.

Loccum

Tagung: Langzeitarbeitslosigkeit: Eine Herausforderung für die Gesellschaft
Kontakt: Evangelische Akademie Loccum, 3056 Rehburg-Loccum, Tel.: (0 57 66) 81-0.

25.-27.5.

Marl

Seminar: Pflegeorganisation im Krankenhaus und in Altenpflegeeinrichtungen. Pflegedokumentation - Dokumentationssystem
Kontakt: Allgemeiner Krankenpflegeverband, Lucy-Romberg-Haus, Wiesenstraße 55, 4370 Marl, Tel.: (0 23 65) 3 46 66.

Preis pro Zeile (25 Anschläge) 2,50 Mark.

Einsenden an:

dg, Siegburger Straße 26, 5300 Bonn 3.

Welche/r fortschrittliche **Radiologe/in** (und/oder Nuklearmediziner), die/der die Fachkunde für den Umgang mit offenen radioaktiven Substanzen in der Diagnostik besitzt oder im laufenden Jahr 1987 erwerben kann und möglichst Kenntnisse und Erfahrungen mit ECT und Nuklearkardiologie hat, hat Interesse, sich mit zwei weiteren fortschrittlichen Radiologen 1988 niederzulassen?

Zusendungen mit Adresse und Telefonnummer unter Chiffre 010387 an: dg, Siegburger Straße 26, 5300 Bonn 3

Weiterbildungsstelle f.

Gyn.-Gebh. Türke, 35 J. alt, verh., 4 J. gyn.-gebh. Erfahrung, sucht ab sofort Ass.-Stelle an voll anerk. Haus oder Praxis Vertr. Hüsni Kaya, Zur Porta 98, 4952 Porta Westfalica.

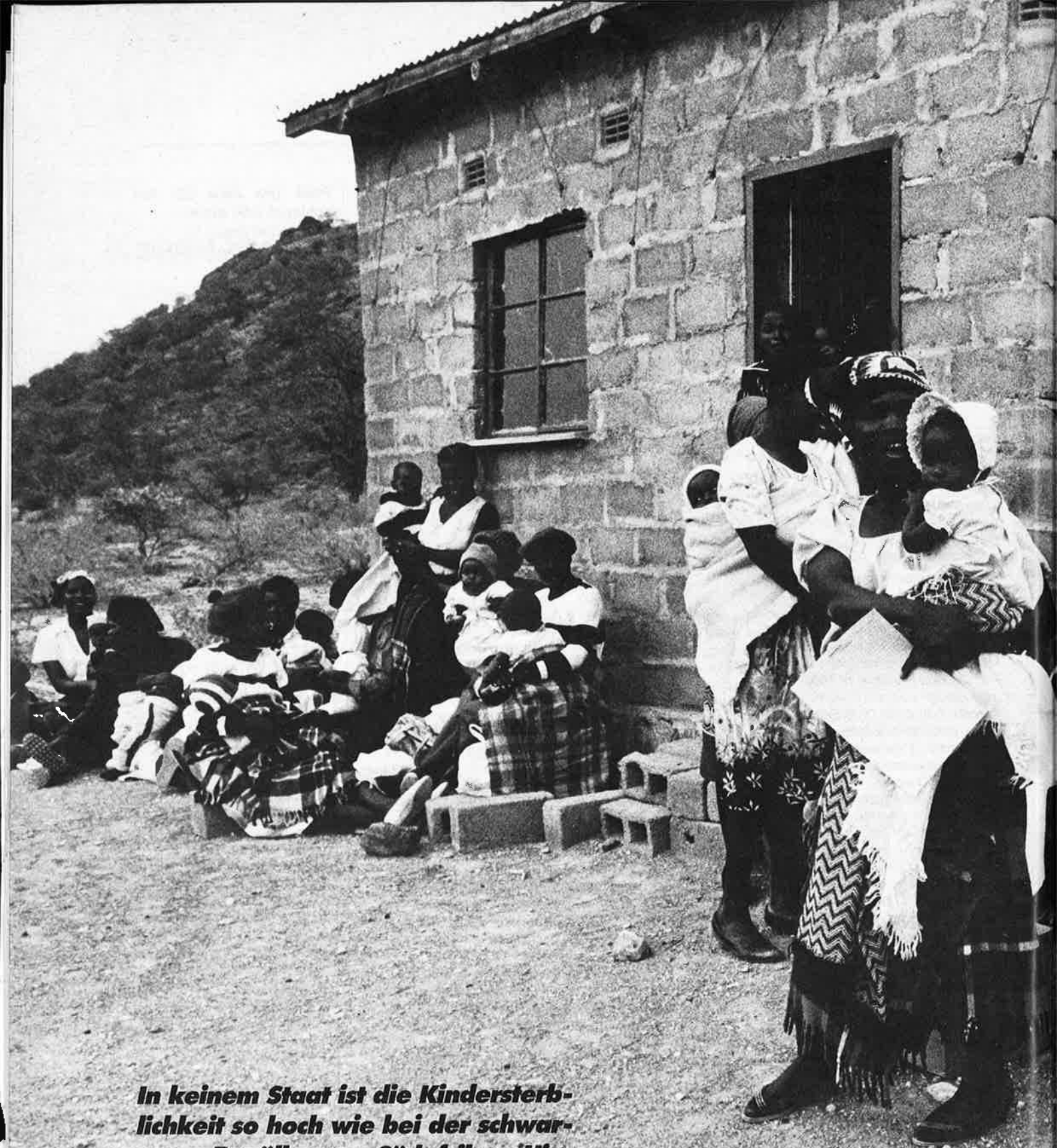
Behindertengerechter Kleinbus zu verkaufen:

Daihatsu Spacarc Deluxe, 14 Monate alt, 15.000 km, 45 PS, 1000 ccm, Verbrauch 8 l/100 km bleifreies Normalbenzin, Hochdach, rot-metallic, ausklappbare Rampe, geeignet für einen Falt- oder Elektrorollstuhlfahrer, Befestigungselemente, erweiterungsfähig zum Selbstfahrer, Preis: 12.000 DM.

Interessenten schreiben an: Martin Maubach, Großbeerenstr. 44, 1000 Berlin 42.

Die Pro Familia Beratungsstelle in Duisburg **sucht zum 15.4.87 Ärzte/Ärztinnen** für Beratungstätigkeit in Teilzeitbeschäftigung.

Anfragen bitte schriftlich an: Pro Familia Duisburg, Klöcknerstr. 172, 4100 Duisburg 1, oder telefonisch an Herrn Groß: 0203-66 00 66



In keinem Staat ist die Kindersterblichkeit so hoch wie bei der schwarzen Bevölkerung Südafrikas. Hier leiden mehr Schwarze an Geisteskrankheiten, begehen mehr Schwarze Selbstmord als irgendwo sonst in Afrika. Die Schuldzuweisung an ein miserables Gesundheitswesen greift allemal zu kurz. Peter Schröder zeigt: die Krankheit Südafrikas heißt Apartheid.

Gesundheit oder Apartheid

Medizinische Versorgung in Südafrika



Am 30. Januar '87 hörte ich in den Radionachrichten: „Präsident Botha ruft zum 6. Mai 87 vorzeitige Neuwahlen für Südafrika aus.“ Ich dachte und hoffte einen kurzen Moment lang, daß nun endlich der Druck der schwarzen Bevölkerungsmehrheit groß genug geworden war und allgemeine Wahlen für alle Menschen im Land stattfänden. Bisher dürfen die Schwarzen, 73 Prozent der Bevölkerung, überhaupt kein Wahlrecht ausüben. Natürlich war dies nur eine illusorische Hoffnung. Abends im Fernsehen wurde es dann deutlich: „Wahlen im Mai nur für Weiße.“

Die Schlagzeilen über Südafrika sind rar geworden in unseren Medien. Fast scheint es, als sei die seit dem 30. Januar totale südafrikanische Pressezensur von der hiesigen Presse übernommen worden.



**Warten auf den Arzt.
Klinik von Crossroads, einem
Township bei Kapstadt.**

Bevor überhaupt von Gesundheit die Rede sein kann, muß von den politischen Verhältnissen gesprochen werden.

Der 1. März 1987 ist der 263. Tag des Notstands, der im Juni 1986 von der weißen Regierung ausgerufen wurde. Der Plan der größten Befreiungsbewegung, des „African National Congress“ (ANC), ist es, das Land unregierbar zu machen. Die Regierung antwortete schon im Frühjahr '86 darauf mit der unbefristeten Verhängung des Ausnahmezustands. Die Polizei und die Armee haben fast völlige Handlungsfreiheit. Sie dürfen Menschen nach Gutdünken verhaften, foltern und erschießen. Die Opfer haben keine Rechte, sie dürfen zum Beispiel niemanden benachrichti-

gen, wenn sie verhaftet worden sind. Freunde und Bekannte von Verhafteten wissen meist nicht einmal, ob jemand noch lebt oder nicht, wenn er „abgeholt“ wurde. Zur Zeit sind etwa 23.000 Menschen ohne jedes Gerichtsurteil für unbestimmte Zeit eingesperrt.

Täglich kommen 6-7 Menschen in Südafrika gewaltsam um, die meisten werden von der Polizei erschossen. Ärzte der Universität Kapstadt waren beunruhigt über die Zahl der Erschossenen und machten im Mai 1986 eine Untersuchung: „50 Prozent der Erschossenen werden in den Rücken geschossen, ein Drittel hat mehr als eine Schußwunde, 6 Prozent sogar fünf und mehr Kugeln im Leib. Oft

wird von Polizei und Armee mit Schrot geschossen. Die häufig gebrauchten Gummigeschosse führen nur selten zum Tode, häufige Folgen sind Erblindung, Querschnittslähmungen, Schädelbrüche und Verletzungen innerer Organe. Das Durchschnittsalter der Erschossenen ist 25 Jahre, 12 Prozent sind jünger als 15 Jahre, das jüngste Opfer 7 Jahre.“ Diese Ergebnisse galten nur für den Bereich Kapstadt und für insgesamt „nur“ 92 Todesfälle. Seit Juni 1986 ist das alles noch schlimmer geworden.

Ein ernstes medizinisches Problem taucht auf, wenn Menschen, meist Schwarze, angeschossen worden sind und medizinisch behandelt werden mußten. Leute verbluten häufig, weil



Foto: Schützen (2), priv (3)

„Weißes“ Südafrika

Es waren nicht die Weißen, die zuerst und allein in Südafrika gelebt haben, sondern vorher schon viele Stämme, die sich das riesige Land teilten und dort schon lange lebten. In mancher Beziehung setzten sich die Weißen dann ins gemachte Nest. Ein Landgesetz von 1913 gestand den Schwarzen dann 7 Prozent des Gesamtlandes zu, ab 1936 waren es per Gesetz sogar 13 Prozent.

Heute leben 35 Millionen Menschen in Südafrika, davon 73 Prozent Afrikaner, 15 Prozent Weiße, 9 Prozent Mischlinge und 3 Prozent Asiaten. Das Land ist in vier Provinzen und zehn sogenannte afrikanische Heimatgebiete aufgeteilt.

Diese Homelands machen 13 Prozent der Gesamtfläche aus und reichen nicht aus, um die Mehrheit der Bevölkerung zu ernähren. Etwa die Hälfte der Afrikaner lebt auch nicht dort, sondern im „weißen“ Südafrika. Nach dem Plan der weißen Regierung soll dieser Teil Südafrikas

ein rein weißer Staat werden, wenn alle Schwarzen in ihre überfüllten Homelands ausgewiesen worden sind. Schon jetzt finden Zwangsumsiedlungen von ganzen Ortschaften statt. Die Schwarzen dort stehen dann als Arbeitskraft-Reserve für die weiße Republik zur Verfügung, da in den Homelands etwa 70 Prozent Arbeitslosigkeit herrscht.

Den Schwarzen, die mit ihrer befristeten Aufenthaltsgenehmigung (dem sogenannten „Pass“) in den weißen Gegenden arbeiten und am Rande der weißen Städte in Ghettos leben dürfen, geht es zwar schon besser als den Hunderttausenden in Armut in den Homelands. Aber auch ihnen geht es vielfach schlechter als den Weißen. Das monatliche Durchschnittsgehalt ist für Schwarze viermal niedriger als für Weiße, für die Erziehung der weißen Kinder wird achtmal soviel Geld ausgegeben wie für die schwarzen Kinder. Ein Arzt versorgt über 100mal mehr schwarze Patienten als weiße.



sie sich nicht getrauen, ins Krankenhaus zu gehen. Ein Teil der Ärzte, der Ärztinnen und des medizinischen Personals arbeitet nämlich mit der Polizei zusammen, die dann im Krankenhaus eben diese Verwundeten verhaftet. Die Wunden sind dann der Beweis, daß sie an einer ungesetzlichen Aktion beteiligt waren. Sonst wären sie nicht angeschossen worden, sagt die Polizei.

Selbst das stimmt aber nicht, da die Polizei sehr oft mit gepanzerten Fahrzeugen durch die schwarzen Vororte fährt und wahllos auf alle Menschen schießt, die mit Kugeln zu erreichen sind. Solche Vorkommnisse waren sogar im Fernsehen schon zu sehen, bevor die Nachrichtensperre perfekt wurde.

Schwierig wird die Lage auch dann, wenn Ärztinnen und Pfleger, Ärzte und Schwestern gezwungen werden, ihre Arbeitsplätze in den ländlichen Gebieten zu verlassen. Es kommen gerade aus den Homelands immer wieder Berichte, wonach die mit dem Regime in Pretoria kollaborierende Regierung der Homelands Apartheidgegner einschüchtert, bedroht, verhaftet und foltert. Oft hilft dann nur die Flucht der Betroffenen. Die ohnehin miserable medizinische Versorgung der Landbevölkerung wird dadurch noch schlechter.

Südafrika mit seiner aggressiven Politik gegenüber den Nachbarländern hindert die ganze Region an einer friedlichen Entwicklung und verhindert

nicht zuletzt die Gesundheit von Millionen Menschen im südlichen Afrika nachhaltig. In Angola stehen Zehntausende von südafrikanischen Truppen, Namibia ist widerrechtlich besetzt, es finden bewaffnete Angriffe auf Swasiland, auf Botswana, Tansania, Lesotho, Zimbabwe und Mozambique statt. Immer noch besteht der Verdacht, daß Mozambique's Präsident Samora Machel im Dezember 1986 von Südafrikanern ermordet wurde. Die ganze Region leidet unter dem Rassenwahn der Rassisten in Südafrika.

Es ist ein immer noch verbreitetes Vorurteil, daß es den Schwarzen in Südafrika besser gehe als den Menschen in den Nachbarländern, wo natürlich nicht nach „weiß“ und



„schwarz“ unterschieden wird. Diese Propaganda wird immer wieder von systemtreuen Südafrikanern und deren deutschen Geschäftspartnern weiterverbreitet.

Detaillierte Informationen aus unwiderlegbaren Quellen wie aus Berichten der SAMDA (Südafrikanische Ärztekammer), des südafrikanischen Instituts für Rassenbeziehungen, der Weltgesundheitsorganisation und aus Statistiken des südafrikanischen Gesundheitsministeriums widerlegen diese Falschmeldungen.

Für die schwarze Bevölkerung in den Homelands liegen bis heute keine überprüften Gesundheitsdaten vor. Die zitierten Daten gelten meist für die schwarze Bevölkerung in den Städten, der es vergleichsweise noch gut geht. Das wirkliche Elend ist noch größer, als es die Zahlen schon zeigen. Die beschriebenen politischen Verhältnisse haben mit „Gesundheit“ zu tun.

Alle 20 Minuten stirbt in Südafrika ein schwarzes Kind an Unterernährung, jährlich etwa 30.000 Kinder. Wahrscheinlich sind 75 Prozent aller schwarzen Kinder in Südafrika unterernährt.

Tuberkulose war vor der industriellen Entwicklung praktisch unbekannt in Südafrika. Heute ist Tbc die Krankheit, an der man die sozialen Hintergründe von Krankheiten am besten erkennen kann. Schwarze erkranken über 80mal häufiger an Tuberkulose als Weiße. Darm- und Lungen-Entzündungen sind die Todesursache für 60–80 Prozent der schwarzen Kinder; aber nur 10 Prozent der weißen Kinder sterben an diesen Krankheiten. Die Kindersterblichkeit liegt bei 150–300 schwarzen Kindern pro tausend Geburten. Das ist nicht nur 30 mal höher als

bei den weißen Kindern Südafrikas, das ist höher als in allen anderen Staaten dieser Erde.

Ungefähr 800 schwarze Minenarbeiter sterben jährlich in den Bergwerken Südafrikas. 75 bis 80 Prozent aller schwarzen Minenarbeiter haben Betriebsunfälle oder Berufskrankheiten erlitten. Diese Zahlen sind vielfach höher als die Zahlen der Industrieländer und auch der schwarzen Nachbarstaaten. Dazu kommt, daß die meisten dieser Krankheiten nicht entschädigt werden. Die betroffenen Arbeiter werden als krank und nicht arbeitsfähig in die

Homelands zurückgeschickt und werden durch neue Arbeiter aus diesen Gebieten ersetzt, die dann wieder in wenigen Jahren verschlissen werden.

Mehr Schwarze in Südafrika als sonst irgendwo in Afrika leiden an Geisteskrankheiten und auch mehr begen Selbstmord. Das zeigt deutlicher als manche anderen Zahlen, wie groß das Elend der schwarzen Bevölkerung ist.

Es gibt keine konsequent durchgeführten Impfprogramme in den Homelands. Viele Kinder erkranken und sterben wegen der vorherrschenden

Aus der Sicht der Herrenmenschen

Unbestellt landet das „Ärztemagazin“ bei mir in der Post, kostenlos über einen unbekannten Verteiler, obwohl es nach Titelaufdruck DM 6,- wert sein soll. Nach dem Motto „Freiheit siegt“, hat sich der Herausgeber als Titelgeschichte der Erstausgabe eine Reise nach Südafrika zurechtgelegt, die sich bei Durchsicht des Textes als eine jener Herrenmenschen-Rundreisen entpuppt, in denen man vom Luxushotel zur Top-Suite und vom Spezial-Appartement zur Edelsafari gereicht wird.

Daß manche Leute den Wald vor Bäumen nicht sehen, soll ja schon vorgekommen sein, aber daß ein voller 16 Seiten umfassender Südafrika-Report ohne einen einzigen dunkelhäutigen Menschen über die Bühne geht, ist schon ein eigenwilliger journalistischer Rekord.

Der Problematik des Thomas Südafrika entledigt sich der Autor Peter Främcke kurz und bündig in einer heiter-dreisten Weise: „Lebt nicht jedes Land, jede Gesellschaft voller Widersprüche?“, und die Antwort: „Hierüber was zu erfah-

ren, ist immer eine Reise wert.“ Dann liest es sich in den nächsten Sätzen wie aus der Propagandaschrift des Südafrikanischen Polizeiministers, daß „in der jüngsten Zeit die Regierung viel unternommen hat, um die unglückselige Phase der Apartheid zu überwinden“.

Eine weitere Rezension des bisher skizzierten Artikels sei mir erspart. Wieviel das Südafrikanische Informations-Ministerium für diesen „Top-Reise“-Bericht gezahlt hat, ist nur zu spekulieren. Vielleicht wurde auch nur die ganz vorn im Heft gut platzierte Ganzseitenanzeige des South-African-Tourismus-Board“ besonders gut honoriert. Laut deren Text werden „sic von den positiven Veränderungen, die in Südafrika vor sich gehen, angenehm überrascht sein“. Die abgedruckte Karte der Republik Südafrika – im Reisebericht übrigens – läßt ihre Hauptstraßen wie weiland Adolf Hitler auf den Karten Groß-Deutschlands bis weit in das übrige Afrika, hier insbesondere in das widerrechtlich besetzte Namibia, hineinreichen.

na



Mangelernährung an Märsen und anderen vermeidbaren Krankheiten. Es gibt wenig Krankenhäuser und praktische Einrichtungen, die den WHO-Namen „Basisgesundheitsdienst“ verdient hätten.

Ich hatte Gelegenheit, das einzige Krankenhaus in Soweto, wo ungefähr zwei Millionen Schwarze leben, zu besichtigen und war erschüttert über die Verhältnisse: Dies Krankenhaus hat etwa 3000 Betten, die in der Regel nicht ausreichen. (Das Land nebenan, Botswana, in dem ich gearbeitet habe, bietet für seine eine Million Einwohner etwa 2400 Krankenhaus-Betten an.) Das Soweto-Krankenhaus Baragwanath ist dauernd überbelegt, Dutzende von Patienten müssen auf dem Fußboden schlafen. Es gibt viel zu wenig Pflegepersonal und Ärzte. Alle müssen wöchentlich bis zu 100 Überstunden machen, um die Patienten auch nur notdürftig zu versorgen.

In den nicht voll belegten weißen Krankenhäusern der Stadt dagegen dürfen schwarze Patienten nicht behandelt werden, ja, sie dürfen nicht einmal mit einem „weißen“ Krankenwagen befördert werden. Selbst Blutkonserven werden mit der Rassenbezeichnung beschriftet. Da ist es dann bemerkenswert, daß den weißen Patienten der berühmten Kapstadter Herzklinik durchaus Herzen von Schwarzen eingesetzt werden können.

„Das südafrikanische Gesundheitssystem ist zersplittert, ineffektiv, verschwenderisch angelegt und verstärkt die bestehenden politischen Strukturen, es verstärkt vor allem die Diskriminierung der Schwarzen“, schreibt Dr. de Beer, Leiter der Abteilung für Community Medicine an der Universität Witwatersrand bei Johannesburg.

Und der Direktor der Weltgesundheitsorganisation, Mahler, erklärte in einer Rede über die unmenschlichen Gesundheitsverhältnisse für Schwarze in Südafrika: „Dieses nach Rassen eingeteilte Gesundheitssystem, das auf Apartheid beruht, ist eine unerträgliche Beleidigung des internationalen

Gesundheitswesens. Keine Kosmetik kann diese Situation verbessern.“ Damit spielt er auf die kleinen Verbesserungen für Schwarze im täglichen Leben an, die jetzt gelten: Auch Schwarze

Ein Beispiel für solche Selbsthilfe sind die Gruppen in der Gegend von Kapstadt, die medizinische erste Hilfe üben. Das wurde dort so wichtig, weil die Polizei hier besonders viel Schrot-

„Ungerechtigkeit und Benachteiligung verursachen genauso viele Krankheiten wie Viren und Bakterien“ (Weekly Mail, Johannesburg, 23. Januar 1987)

dürfen schon mal auf einer „weißen“ Parkbank sitzen, sie dürfen neuerdings sogar an den gleichen Stränden schwimmen gehen. Medizinisch sind sie aber weit von Gleichberechtigung entfernt und politisch erst recht.

und Bleigeschosse einsetzt und die Opfer dieses Terrors sich dann aus den erwähnten Gründen nicht ins Krankenhaus trauen. Hier haben sich echte Selbsthilfegruppen gegründet, die sich gegenseitig helfen, die Dutzende

„Der Virus der südafrikanischen Krankheit heißt Armut“ (Weekly Mail, Johannesburg, 30. Mai 1986)

Das Apartheidssystem stellt eins der größten Hindernisse für Gesundheit und psychosoziales Wohlergehen dar. Es macht das Apartheid-System so schlimm und so einzigartig, daß die Weißen es immer schon und weiterhin mit voller Absicht und sehr bewußt so ungerecht gestalten.

Die Schwarzen in Südafrika haben allerdings seit langem Taktiken entwickelt, sich zu wehren und, soweit das unter den beschriebenen Umständen möglich ist, sich selbst zu helfen. Trotz der andauernden Erniedrigung, trotz der Armut, der dauernden Ausbeutung und Ungerechtigkeit haben sich politische Organisationen und Gewerkschaften gegründet, es gibt Schulboykotte und natürlich den Kampf der Befreiungsbewegungen.

Schrotkugeln aus der Haut zu entfernen und die unvermeidlichen Infektionen in den Griff zu kriegen. Ein Trauerspiel bleibt es auch dann noch, aber mit dem Funken Hoffnung, den Solidarität unter den Betroffenen mit sich bringt

Wir als medizinisches Personal können nicht direkt helfen. Ich lehne unter den in Südafrika herrschenden Bedingungen jede direkte Hilfe ab, auch den Versuch des Notärztekomitees Cap Anamour, jetzt in den Homelands die Not zu lindern. Durch Spritzen und Notoperationen läßt sich das Elend nicht mildern, das ein Elend des Systems ist. Unsere Aufgabe ist es meines Erachtens, hier bei uns gegen Apartheid und Rassismus zu kämpfen. Und dem Regime den bundesdeutschen Geldhahn abzudrehen. Das fordert auch der ANC von uns.

WHO-Direktor Mahler ist zuzustimmen, wenn er sagt: „Eine Änderung der Verhältnisse ist unausweichlich und absehbar. Die Räder der Geschichte können nicht angehalten werden von denen, die das andauernde Leiden der Vielen fortsetzen wollen, um sich selbst Privilegien durch weitere Ausbeutung zu erhalten. ... Mit Änderung meine ich nicht die kleinen Veränderungen, die eigentlich das System noch stabilisieren, ich meine ein radikales Abschaffen der Rassentrennung und Rassendiskriminierung. Das hat 1964 Nelson Mandela auch gesagt, bevor er vom Regime wegen ‚Terrorismus‘ zu lebenslangem Gefängnis verurteilt wurde.“ □

Gesundheitswesen in Zahlen

65 Prozent aller niedergelassenen Ärzte stehen der weißen Bevölkerung, meist in den Städten, zur Verfügung. 1975 bestanden nur sechs afrikanische Ärzte das medizinische Staatsexamen. Einer von 350 Weißen ist Arzt, aber nur einer von 45.000 Schwarzen, eine Diskriminierung von 150:1. Eine Krankenversicherung haben 73 Prozent der Weißen, aber nur 10 Prozent der Schwarzen. Weiße geben 40mal mehr Geld für die Medizin aus als

Schwarze. Alle Einrichtungen des Gesundheitswesens sind streng nach Rassen getrennt, und die Einrichtungen für Schwarze sind immer von schlechterer Qualität, es gibt dort weniger Personal und weniger Geräte. Die Kinder- und Säuglingssterblichkeit ist bei Weißen 30mal niedriger, die Lebenserwartung über 20 Jahre höher als bei den Schwarzen. Asiaten und Mischlinge bewegen sich dazwischen (Zahlen der WHO).

Es liegt was in der Luft

Blutbildveränderungen bei Kindern in Dortmund-Scharnhorst

um-„In Dortmund-Dorstfeld stinkt's zum Himmel“ hieß eine dg-Überschrift vor drei Jahren. Der Gestank und seine Auswirkungen auf die menschliche Gesundheit scheinen nicht nur auf den genannten Stadtteil der Ruhrgebietsmetropole begrenzt zu sein.

Im Sommer 1986 wurde im nördlichen Stadtteil Derne in unmittelbarer Nähe der Kokerei „Gneisenau“ eine stark erhöhte Konzentration von aromatischen Kohlenwasserstoffen in der Luft gemessen. Die wichtigste Substanz aus dieser chemischen Gruppe ist Benzol, das als Kokerei-Emission anfällt.

Die Stadt Dortmund gab deshalb eine Untersuchung bei Professor Einbrodt vom Lehrstuhl für Arbeitsmedizin an der Technischen Hochschule Aachen in Auftrag.

Als besonders empfindliche Bevölkerungsgruppe untersuchte er 186 Kinder zwischen 10 und 15 Jahren aus der Hauptschule Derne auf ihr Blutbild. Wie bei solchen wissenschaftlichen Studien üblich, wurde auch eine Kontrollgruppe untersucht. Sie bestand aus 100 Kindern aus der Hauptschule Scharnhorst, einem zwar benachbarten, aber entgegengesetzt zur Hauptwindrichtung liegenden Stadtteil Dortmunds.

Die Anfang Januar veröffentlichten Ergebnisse brachten Verblüffendes zu Tage. Von den vermeintlich Benzolbetroffenen Schülern aus Derne zeigten fünf Blutbildveränderungen, von der Kontrollgruppe aus Scharnhorst jedoch 27 Kinder.

Das große Rätselraten über die Ursache der Blutbildveränderungen der Scharnhorster Kinder setzte ein. Wäh-

rend Professor Einbrodt („Chronische Erkrankungen sind nicht zu befürchten“) und Nordrhein-Westfalens Gesundheitsminister Heinemann („Wir tun alles Menschenmögliche, um die Quelle zu finden“) abzuwiegen versuchten, gingen die zuständigen Dortmunder Behörden auf Tauchstation. Weder für die betroffenen Eltern noch für Journalisten waren sie in der Angelegenheit zu sprechen.

Verärgert über dieses Verhalten, organisierten sich die Eltern der Scharnhorster Kinder in einer Bürgerinitiative und verlangten umfangreiche Untersuchungen über die Auswirkungen der Blutbildveränderungen und eine vollständige Aufklärung über die Ursachen. Unterstützt wurden diese Forderungen von der SPD-Fraktion in der Bezirksvertretung und von den Grünen.

Auch Scharnhorster Kinderärzte und Allgemeinmediziner meldeten sich zu Wort. Bis zur Veröffentlichung der Ergebnisse waren sie von den Behörden nicht über die Durchführung der Untersuchungen informiert worden, obwohl in der Gruppe der untersuchten Kinder Patienten von ihnen waren. Den Ärzten liegen inzwischen weitere – selbst erhobene – Untersuchungsergebnisse vor, die sie jedoch aus Gründen der ärztlichen Schweigepflicht nicht veröffentlichen können. Sie unterstützen jedoch die Bürgerinitiative in ihrer Arbeit.

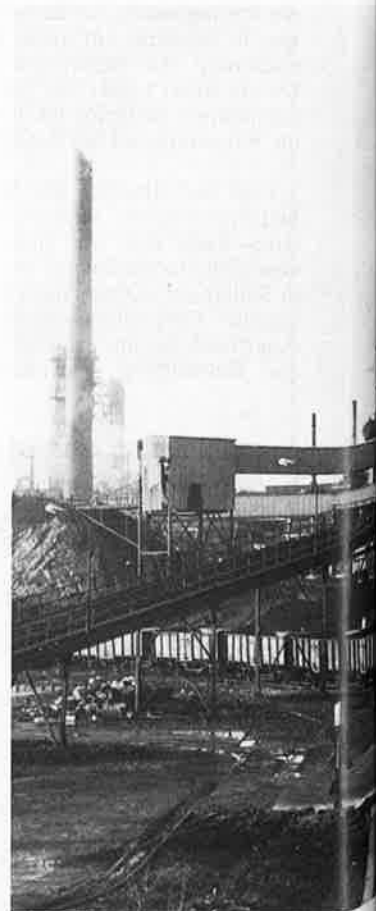


Foto: Wilms (2)

„... die pusten einiges in die Luft“

dg-Gespräch mit Karin Urbanneck von der Bürgerinitiative Scharnhorst

dg: Frau Urbanneck, ist Ihre Familie von den Blutbildveränderungen betroffen?

Urbanneck: Inzwischen sind wir selber betroffen. Unser Sohn gehörte zwar nicht zu den hundert Kindern, die von Professor Einbrodt aus Aachen untersucht wurden. Wir haben in der letzten Woche auf eigene Initiative sein Blutbild untersuchen lassen. Dabei stellte der Kinderarzt auch bei ihm verminderte weiße Blutkörperchen fest.

dg: Haben Sie einen Überblick, bei wievielen Kindern in Scharnhorst bislang Veränderungen des Blutbildes aufgetreten sind?

Urbanneck: Zur Kontrolle wurden Mitte Januar Untersuchungen bei vierzig Kindern aus einer Grundschule durchgeführt. Die Ergebnisse verliefen negativ. Von Fachleuten wurde uns jedoch gesagt, daß die Veränderungen meist erst bei Kindern über zehn Jahren auftreten sollen. Mit uns ließen

noch weitere Eltern ihre Kinder freiwillig untersuchen. Von 15 untersuchten Kindern wurden bei fünf Blutbildveränderungen festgestellt.

dg: In einem offenen Brief haben Sie das Dortmunder Gesundheitsamt aufgefordert, eine flächendeckende Untersuchung bei allen Scharnhorster Kindern durchzuführen und die Untersuchungsergebnisse zu veröffentlichen. Welche Reaktion erhielten Sie?

Urbanneck: Bisher erfolgte überhaupt noch keine Antwort vom Gesundheitsamt, übrigens auch nicht von Gesundheitsminister Heinemann, der ebenfalls einen offenen Brief von uns erhielt.

dg: Haben Sie einen Verdacht, welche Substanz die Schädigungen bei Ihren Kindern herbeigeführt haben könnte?

Urbanneck: Man braucht sich doch nur anzuschauen, wo wir wohnen. Wir sind von Kokereien umgeben. Und die pusten einiges in die Luft. Das Gewerbe-

aufsichtsamt führt auch Messungen der Luft durch, hält aber die Ergebnisse zurück und versucht, uns zu beschwichtigen.

dg: Welche weiteren Maßnahmen wollen Sie ergreifen?

Urbanneck: Wir können feststellen, daß durch unsere Arbeit die Leute bei uns für die Probleme empfindlicher geworden sind. Scharnhorst ist schließlich ein kinderreicher Stadtteil. Wir wollen als nächstes in Scharnhorst eine Unterschriftensammlung für unsere Forderungen durchführen, damit die Verantwortlichen in den Ämtern sehen, daß wir uns nicht länger verschaukeln lassen wollen.

Stichwort Benzol

Benzol gehört chemisch zu den aromatischen Kohlenwasserstoffen. Es ist enthalten in Rohöl, Benzin und Petroleum. Es entsteht zum Beispiel bei der Destillation von Steinkohlenteer in Kokereien. Industriell wird es verwendet als Reinigungs- und Lösungsmittel.

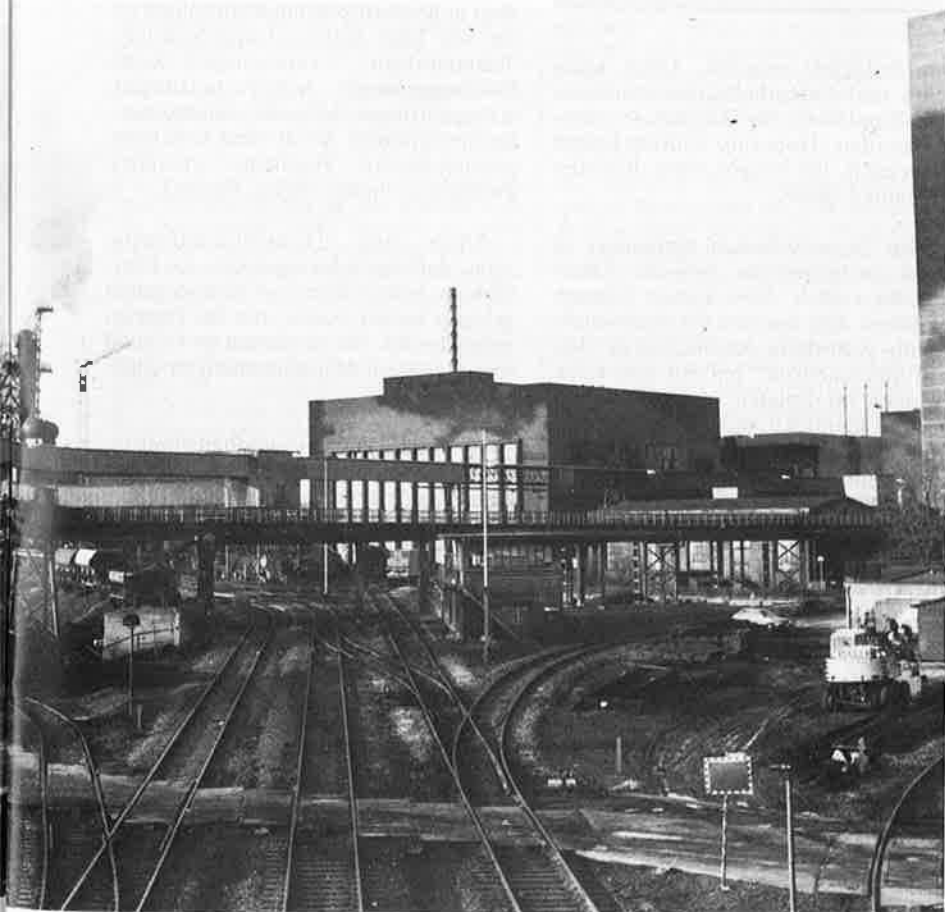
Die Aufnahme in den menschlichen Organismus erfolgt durch Einatmen der Benzol-Dämpfe. Nach Aufnahme kann es in der Atemluft, im Blut und im Urin nachgewiesen werden. Akute Vergiftungserscheinungen durch hohe Konzentrationen zeigen sich in Symptomen wie Übelkeit, Erbrechen, Kopfschmerz. Bei Steigerung der Konzentration hat es rauschartige, narkotisierende Wirkungen bis hin zur Atemlähmung.

Eine chronische Erkrankung ist die Folge längerfristiger Einatmung kleinerer Benzol-Dosen. Auch hier können allmählich Symptome wie Kopfschmerz, Übelkeit und Mattigkeit auftreten. Zusätzlich kommt es zu einer Schädigung des Knochenmarks mit Verminderung der roten oder weißen Blutkörperchen oder Blutplättchen. Diese bedingt eine verstärkte Infektanfälligkeit und Blutungsneigung.

Auch lange nach Beendigung der Benzol-Exposition kann das Blutbild noch verändert sein. Benzol wird in der einschlägigen Wissenschaft als mögliche Ursache für die Entstehung von Leukämien, somit also als krebserzeugend, angesehen.

Quellen:

H. Valentin, Arbeitsmedizin; M. Daunerer, Akute Intoxikationen; Kühn, Schirmeister, Innere Medizin.



Pilotprogramm

Wer hat Fortbildung in Katastrophenmedizin finanziert?



Foto: dpa

„Katastrophenmedizin“ hat mit Kriegsmedizin gar nichts zu tun – das sagt die Bundesärztekammer. Bundesbehörden sehen das anders.

„Dienen zum Schutz der Menschen“ nennt sich eine Broschüre, in der sich das Bundesamt für Zivilschutz darstellt. Eine interessante Broschüre, vor allem die Ausführungen auf Seite 18 zur Ausbildung der Schwesternhelferinnen für den Krieg: „Das Bundesamt für Zivilschutz weist den Organisationen die für diese Aus- und Fortbildung benötigten Mittel zu. Dies gilt auch für die Unterstützung der Bundesärztekammer bei der Fortbildung von Ärzten in der Katastrophenmedizin.“

Grund genug, mal bei der Bundesärztekammer nachzufragen. Die Antwort kam von Dr. Erwin Odenbach, dem geschäftsführenden Arzt: Im Rahmen der Internationalen Fortbildungskongresse hätten in der Tat Seminare über Katastrophenmedizin stattgefunden; Inhalte und Referenten seien jedoch ausschließlich von der Ärztekam-

mer festgelegt worden. Doch seien Fahrt- und Aufenthaltskosten teilweise vom Bundesamt für Zivilschutz getragen worden. Honorare würden jedoch nie gezahlt. Im übrigen wäre dies alles seit Jahren passé.

Rein finanztechnisch zumindest ist damit nachgewiesen, was die Listen Demokratischer Ärzte immer behauptet haben: Die von den Ärztekammern ständig geforderte Ausbildung in „Katastrophenmedizin“ hat mit den Katastrophen im Frieden wenig gemein – die sind nämlich Länderangelegenheit. Wenn die Finanzierung aus Mitteln des Bundesamtes für Zivilschutz und damit des Innenministers erfolgt, so handelt es sich um Mittel, die aus Gründen des Zivilschutzes fließen, also für Kriegsmedizin.

Doch auch das Bundesamt für Zivilschutz gab überraschende Antworten: Es hätte ein „Pilotprogramm“ gegeben, das zwischen Gesundheitsministerium, Innenministerium und Bundesärztekammer abgestimmt worden sei. Ein Pilotprogramm zur Durchsetzung der umstrittenen Sichtung?

Auf Nachfrage antwortete wieder Dr. Odenbach von der Bundesärztekammer, diesmal in einem zweiseitigen

Brief. Von einem „Pilotprogramm“ sei der Bundesärztekammer nichts bekannt. Lediglich ein „Ministerialrat Dr. Zöllick“ habe sich einst beklagt, daß auf den Kongressen in Grado niemals katastrophenmedizinische Fragen behandelt würden. Dies habe die Bundesärztekammer bewogen, auf ihren Kongressen wie auch auf dem IV. Interdisziplinären Forum „Fortschritt und Fortbildung in der Medizin“ 1980 auch Katastrophenmedizin aufzunehmen. Themen und Referenten seien aber immer allein von der Bundesärztekammer festgelegt worden. Eine Formulierung des „Pilotprogramms“ habe es nicht gegeben, weil es eben letzteres nicht gegeben habe.

Doch decken sich diese Aussagen der Bundesärztekammer nicht mit denen des Bundesgesundheitsministeriums. Hier antwortet auf Nachfrage ein Dr. Nusche: Bereits 1968 habe der Ausschuß „Sanitätswesen in der Bundeswehr und im Zivilschutz“ der Bundesärztekammer die mangelnden Kenntnisse in der Katastrophenmedizin und im „gesundheitlichen Zivilschutz“ geklagt.

Daraufhin habe das Gesundheitsministerium vom Innenministerium Mittel losgeeist, 1978 zum Beispiel erstmals 22.500 Mark. Es habe sich dabei um „Vortragshonorare u. a.“ gehandelt. Dies ist freilich interessant, denn die Bundesärztekammer bestreitet ja, daß überhaupt Honorare gezahlt würden. Auch eine Programmformulierung ist nach Angaben von Dr. Nusche aus dem Gesundheitsministerium erfolgt: „Themen in Katastrophenmedizin sollten etwa wie folgt lauten: Triage/Sichtung, Traumatologie, Verbrennungen, Kombinationsschäden, Schußverletzungen, Kriegschirurgie, Hygiene, Infektionen, Impfprogramm, A-, B- und C-Schutz, psychologische Probleme (reaktive Psychosen, Panik, Angst, Flucht).“

Allein diese Themenformulierung zeigt, daß das Schwergewicht der Fortbildung wohl kaum auf Katastrophen gelegen haben dürfte, die im Frieden möglich sind. Wann werden im Frieden schon größere Menschenmengen angeschossen?

1977 hat laut Gesundheitsministerium ein abschließendes Gespräch mit der Bundesärztekammer stattgefunden. Ab 1978 hätten dann die katastrophenmedizinischen Fortbildungen stattgefunden, in einem „Programm von täglich ein bis zwei Stunden“. Pro Jahr sollten damit 5000 Ärzte erreicht werden. Ab 1983 jedoch habe sich die katastrophenmedizinische Fortbildung in die Landesärztekammern verlagert, und 1984 sei die Bundesfinanzierung eingestellt worden. Immerhin sei Anfang der 80er Jahre aber noch die Deutsche Gesellschaft für Katastrophenmedizin mit finanzieller Unterstützung des Gesundheitsministeriums gegründet worden.

Horst Gerner

Horst Gerner
ist Arzt an
einer Klinik in
Westfalen

Die Wahlerfolge oppositioneller Ärztelisten

Ursachen, Folgen, Perspektiven

In den letzten Monaten haben standeskritische Ärztelisten bei Wahlen zu den Landesärztekammern große Wahlerfolge erzielt. Eine Analyse von Winfried Beck.

Es ist Bewegung in die ärztliche Berufspolitik gekommen. Bei den vier im November und Dezember 1986 abgelaufenen Wahlen zu den Selbstverwaltungsorganen der Ärztschaft, den Ärztekammern in Hamburg, Baden-Württemberg, Bayern und Westberlin fand eine erdrstürzende Verschiebung der Mehrheiten zugunsten der oppositionellen, standeskritischen Listen statt.

In Hamburg überrundete die „Hamburger Ärzteopposition“ erstmals den „Marburger Bund“, erhöhte die Sitzzahl von drei auf zwölf (von insgesamt 60) und errang damit mehr als 20 Prozent der abgegebenen Stimmen.

In den vier Kammerbezirken Baden-Württembergs ein ähnliches Bild: Die „Liste demokratischer Ärzte“, schon bisher in Nordbaden mit drei Sitzen vertreten, vervielfachte ihren Sitzanteil auf 15 (von insgesamt 80), in Nordwürttemberg von fünf auf 14 (von 90) und die Liste „Ärzte gegen den Atomtod“ in Südwürttemberg erhöhte ihren Anteil von sieben auf zwölf Sitze (von 53) entsprechend einem Anteil von 20 bis 25 Prozent. Die erstmals kandidierende „Liste unabhängiger demokratischer Ärztinnen und Ärzte“ in Südbaden errang auf Anhieb 30 Prozent der abgegebenen Stimmen und in Kreisen mit nur einer Gegenliste 50 Prozent und mehr.

Ende November stellte sich in Bayern erstmals eine „Liste demokratischer Ärztinnen und Ärzte“ zur Wahl. Das Ergebnis wurde mit besonderer Spannung erwartet, waren doch im Lande Sewerings schwere Auseinandersetzungen vorausgegangen. Bei Mitgliederversammlungen des ärztlichen Kreis- und Bezirksvereins (ÄKBV) München mit 10 000 Mitgliedern hatten sich die anwesenden 400 Ärztinnen und Ärzte mit überwältigender Mehrheit gegen die Katastrophenmedizin ausgesprochen. Die Beschlüsse konnten aber auf Anweisung des bayerischen Innenministeriums nicht vollzogen werden, das Urwahlsystem wurde in München in ein Delegiertensystem umgewandelt, ein neuer Vorstand gewählt, der Wahlkampf also im Vorfeld politisiert. Immerhin war eine wesentliche Verbesserung nebenbei bewirkt worden: die Einführung des Verhältniswahlrechts. Überraschend dann der Erfolg der LDÄ. Es errang 27 Prozent der abgegebenen Stimmen (18 von 70 Sitzen) und wurde auf Anhieb zur stärksten Fraktion (der ebenfalls erstmals kandidierende Marburger Bund errang etwa gleich viele Stimmen) und verwarf die bisher dominierenden Listen auf die hinteren Ränge.

Und als ob diese Nackenschläge für die traditionelle Kammerpolitik nicht schon genügt hätten, folgte am 17. 12. 1986 der Supererfolg der Berliner Fraktion Gesundheit. Mit einem Stimmenanteil von 48,4 Prozent stellt sie ab sofort die Hälfte der 90 Delegierten der Berliner Ärztekammer und den Kammerpräsidenten. Erstmals in der deutschen Geschichte wird eine alternative Liste eine Körperschaft des öffentlichen Rechts übernehmen.

Allerdings gibt es in Berlin einige Abweichungen von den Verhältnissen in Westdeutschland. Die Fraktion

Gesundheit als ein Bündnis von Vertretern der ÖTV, des Marburger Bundes, des Verbandes der niedergelassenen Ärzte Deutschlands (NAV), dem Bundesverband praktischer Ärzte (BPA), der IPPNW, der Gesundheitsläden, des Ärztinnenbundes und anderer konnte sich von jeher auf eine breitere Basis stützen. Voraussetzung dafür war die deutlich vom Westdeutschen Marburger Bund zu unterscheidende Rolle des Berliner MB; dessen Ausschluss aus dem Bundesverband war bereits erwogen worden. Bei der ersten Kandidatur 1978 errang die Fraktion Gesundheit 32,6 Prozent, 1982 38,2 Prozent und jetzt noch einmal 10,2 Prozent mehr und das bei der höchsten bisher erreichten Wahlbeteiligung von 71 Prozent.

Die Gründe für das überdurchschnittliche Abschneiden der Fraktion Gesundheit sind zu suchen in dem hohen Bekanntheitsgrad, in der Breite der Gesundheitsbewegung (der erste Gesundheitstag fand unter der Regie von Ellis Huber 1981 in Berlin statt), in der hohen Arzt- bzw. Krankenhausbefürwortung und in einer inhaltlich anderen Gewichtung des Programms.

Damit ist jedoch der auch in Westdeutschland gleichermaßen vorhandene Trend, das sprunghafte Anwachsen der oppositionellen Ärztelisten keineswegs ausreichend erklärt. Die Entwicklung zeigte zwar immer eine gewisse Kontinuität des Anwachsens, seit 1986 aber eine überdurchschnittliche Steigerung.

Die Geschichte der Kammeropposition begann 1976 mit der Kandidatur der „Liste Demokratischer Ärzte“ in Hessen, die damals auf Anhieb 10,6 Prozent der abgegebenen Stimmen erhielt. Es folgte 1977 die „Liste Soziales Gesundheitswesen“ in Nordrhein-Westfalen mit 8,2 Prozent, 1980 erhielt die LDÄ Hessen 12,6 Prozent, 1981 die LSG 11,4 Prozent, und im gleichen Jahr errang die „Unabhängige Liste Demokratischer Ärzte“ Rheinland-Pfalz im Bezirk Pfalz auf Anhieb 12,9 Prozent der abgegebenen Stimmen. 1982 erfolgte die erste Kandidatur im Saarland, wo die dortige LDÄ 10,3 Prozent erhielt, die LDÄ Baden-Württemberg errang in drei von vier Bezirken um die 10 Prozent. 1984 erhöhte die LDÄ Hessen ihren Stimmenanteil auf 16,7 Prozent, und die erstmals in allen vier Bezirken Nordrhein-Westfalens kandidierenden „Liste Demokratischer Ärzte“ konnten einen Stimmenanteil von 10,1 bis 16,3 Prozent erringen.

Parallel zu den Wahlerfolgen der weitgehend voneinander unabhängig handelnden und auch in einigen inhaltlichen Punkten nicht unbedingt übereinstimmenden Listen fand eine organisatorische Weiterentwicklung der oppositionellen Ärztebewegung statt. 1982 konstituierte sich in Frankfurt die „Arbeitsgemeinschaft der Listen Demokratischer Ärzte“, verabschiedete sie ein gemeinsames Positionspapier, führte regelmäßig zweimal jährlich stattfindende Informations- und Fortbildungstreffen durch und gab einen Rundbrief heraus. Am 7. November 1986 schließlich wurde der „Verein Demokratischer Ärztinnen und Ärzte“ in Frankfurt gegründet, waren

die Voraussetzungen für eine gesundheitspolitische Betätigung von Ärztinnen und Ärzten auch außerhalb der Ärztekammern geschaffen worden. War damit, wie die „Frankfurter Allgemeine Zeitung“ am 15. 12. 1986 schrieb, „das Potential in politische Macht umgesetzt“ worden? Was sind die Ursachen für den „Wandel im Ärztestand“?

Sicher spielt in einigen Fällen die besondere Integrität, die besondere Qualifikation von Kandidatinnen und Kandidaten unserer Listen eine Rolle, wenn beispielsweise in Hamburg der Chefarzt der Kinderklinik Dr. R. Gidion und in München das prominente IPPNW-Mitglied Professor H. Begemann die mit Abstand meisten Stimmen aller Kandidaten überhaupt auf sich vereinen konnten. Auch die überdurchschnittliche Zahl von Ärztinnen auf einigen oppositionellen Listen, wie in Bayern und Baden-Württemberg, trug dazu bei. Es wurden eindeutig bevorzugt Frauen gewählt.

So das Beispiel Heidelberg, wo alle Delegierten der LDÄ Frauen sind. Dort, wo Listen bereits Kammerarbeit geleistet haben, wo sie im Gegensatz zu allen anderen Listen kontinuierliche, kritische Arbeit, teilweise auch verbunden mit dem Aufdecken von Skandalen, nachweisen können, werden diese positiven Ergebnisse auch entsprechend mit Wählerstimmen belohnt.

Damit ist aber das auch aus dem üblichen gesellschaftlichen Rahmen herausfallende Wahlverhalten keineswegs ausreichend erklärt. Man kann mit gutem Recht sagen, daß inhaltlich vergleichbare Wahlprogramme bei vergleichbaren Berufsgruppen oder auch in der Durchschnittsbevölkerung maximal zehn Prozent Zustimmung erhalten würden, also etwa entsprechend dem Stimmenanteil der Grünen im Bundesdurchschnitt. Was ist also bei den Ärzten so anders? Ist ausgerechnet dieser traditionell konservative Berufsstand plötzlich zur Vorhut des Fortschritts geworden?

Von ganz entscheidender Bedeutung ist die Politik der Standesfunktionäre und der von ihnen beherrschten Organe, in denen ständisches Gedankengut verbreitet wird, patriarchalische Verhältnisse herrschen, Gesundheit und Krankheit in einem auf Gebührenordnungsziffern reduzierten Verständnis begriffen und erörtert werden, wo Blindheit gegenüber den großen, realen Bedrohungen der Gesundheit der Bevölkerung, wie der ökologischen Katastrophe, der wachsenden Gefahr eines ABC-Krieges, den sich verschlechternden Arbeitsbedingungen mit immer häufigerem und früherem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben herrscht. Das gewaltige Übergewicht der kurativen Medizin gegenüber der Prävention ist letztlich Ausdruck dieses verkümmerten Verständnisses von Gesundheit und Krankheit.

Gleichzeitig werden alle Gedanken und Strömungen aus der Friedens-, der Frauen-, der Ökologiebewegung diskriminiert, die IPPNW frontal angegriffen und in die Kommunistenecke gestellt, oppositionelle Listen wie in Hessen und in Nordrhein-Westfalen vom Ärztestag und von allen Gremien innerhalb der Landesärztekammern ausgeschlossen. Skandale häufen sich, wie die Weitergabe von Daten hessischer Ärzte an Wehrbereichsbehörden, das Decken von Abrechnungsbetrügereien unter den Ärzten, die aggressive, frauenfeindliche Politik für

Winfried Beck ist Vorsitzender des Vereins Demokratischer Ärztinnen und Ärzte und Delegierter der Liste demokratischer Ärzte in Hessen.

eine Verschärfung des Paragraphen 218 bis zur Übernahme von Begriffen wie Embryocaust und Embryonenkiller. Dazu kommt das hemmungslose Anbieten an die Pharma-Lobby mit den zahlreichen pharma-gesponserten Fortbildungsveranstaltungen, die immerwährende Präsenz der Pharma-Werbung in allen Publikationen bis hinein in die redaktionellen Teile der Ständesblätter. Dazu zählen die völlig kritiklose Verteidigung der Atom-Lobby, die Unterstützung der Forderung nach Ausbau der Atom-Industrie (erinnert sei an die Anzeige der Vereinigung deutscher Elektrizitätswerke [VDEW] nach Tschernobyl mit der Rede Karsten Vilmar in allen großen Tageszeitungen), und vor allem auch die breite Unterstützung der NATO-Politik, die personelle Verflechtung der Bundesärztekammer mit Organen des Verteidigungs- und Innenministeriums, die Forderung nach Ausbau der Katastrophen-/Kriegsmedizin und nach einem Notstandsgesetz für den sogenannten Verteidigungsfall. Dies alles ist den Zwangsmittellern und Beziehern des Deutschen Ärzteblattes nicht zuletzt dank der hemmungslosen Einseitigkeit der Berichterstattung und Kommentierung nicht verborgen geblieben.

Die zahlreichen Ständesverbände haben dabei keineswegs eine ausgleichende Funktion. Durch Personalunion, Kooperationsverträge und Konsultationsringe verbunden, wird eine kritische Haltung gegenüber der Politik der Bundesärztekammer verhindert. Selbst der noch am differenziertesten argumentierende „Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands“ (NAV) kommt über eine gelegentliche, verbale Distanzierung beispielsweise von der VDEW-Anzeige nicht hinaus.

Und der mitgliederstärkste Verband, der sich selbst als „Ärztegewerkschaft“ bezeichnende „Marburger Bund“ (MB), verhindert durch seine CDU-nahe und aus leitenden Ärzten bestehende Führung (der Vorsitzende Hoppe ist Mitglied im gesundheitspolitischen Ausschuss der Bundes-CDU) fortschrittliche Beschlüsse seiner Basis wie die Forderung nach offizieller Teilnahme am IPPNW-Weltkongress in Köln 1986. Dieser Ständesverband – die Bezeichnung Gewerkschaft würde eine solidarische Haltung mit allen Beschäftigten im jeweiligen Betrieb, also im Krankenhaus, voraussetzen und ist für den Marburger Bund als Interessenvertretung nur der privilegiertesten Gruppe unzutreffend – fungiert als Speerspitze der die herrschende Politik unterstützenden und von ihr profitierenden Ärzteschaft. Tendenzen des Aufbegehrens innerhalb des potentiell

fortschrittlichen und kritischen Lagers der Krankenhausärztinnen und -ärzte gegen diese Einbindung unserer Berufsgruppe in die herrschende Ideologie werden durch den MB kanalisiert, entschärft und in ständische Interessenpolitik umgeleitet. Würde der MB tatsächlich die vorhandenen Tendenzen aufgreifen und politisch umsetzen, wären die Landesärztekammern, aber auch die Bundesärztekammer durchaus in Gefahr, mehrheitlich von kritischen Kräften übernommen zu werden, wie am Beispiel Berlin deutlich wird. Die Wahlerfolge der oppositionellen Listen sind also auch Ausdruck der Enttäuschung, des Mißtrauens gegenüber den Berufsverbänden.

Unsere Wahlerfolge haben natürlich in den Reihen der Verbände und der Bundesärztekammer erhebliche Verunsicherung ausgelöst. Die Einheit des Berufsstandes ist nur mehr Illusion. Der Vorsitzende der hessischen Kassenärztlichen Vereinigung formulierte es am 29. 11. 1986 auf einer Abgeordnetenversammlung so: „Aber, meine Damen und Herren, das hat ja Methode: Man wolle die bestehenden Gremien nicht zerstören, sondern einen demokratischen Kampf innerhalb der Selbstverwaltungsorganisationen für eine Neuorientierung führen. Der berühmte Marsch durch die Institutionen! Bei den Kammern längst mit großem Erfolg im Gange, hier peilt er nun die KV an. „Jenseits der Mauer liegen eure Ziele“, möchte man diesen Alternativen in Abwandlung eines alten Liedes bündischer Jugend zurufen.“

Und die Funktionäre sind nicht untätig, sie werden sich mit veränderten Mitteln der neuen Situation stellen. Die bisher geübte Praxis des Totschweigens oder aber des massiven Angriffs wird in den Hintergrund treten. Vielmehr werden sie unsere Inhalte zumindest teilweise formal und verbal übernehmen – die Schaffung eines Umweltministeriums durch die Bonner CDU könnte hier Vorbild sein. Es wird dem MB, dem NAV und einigen Kammerfunktionären zwar schwerfallen, aber die Not wird sie dazu befähigen, Positionen der IPPNW und der Umweltbewegung, zum Beispiel die Forderung nach mehr Umwelt- oder Präventionsmedizin, für sich zu beanspruchen. Auch eine gewisse Kritik an besonders auffälligen Auswüchsen der Pharma-Werbung wird man sich erlauben. Parallel dazu werden die Versuche zunehmen, die oppositionellen Listen auch personell zu integrieren, sie in alle Gremien zu nehmen, um sie dort mit alltäglicher Arbeit so zu beschäftigen, daß das Festhalten an grundsätzlichen Positionen erschwert wird.

Natürlich werden wir versuchen, in die sozial- und

gesundheitspolitisch relevanten Organe der Selbstverwaltung, in die Präsidien und Vorstände, in die Ausschüsse der Bundesärztekammer einzuziehen, und wir werden diesen Anspruch mit allen rechtlichen Mitteln durchsetzen. (Dazu liegt ein ausführliches Rechtsgutachten von Gerhard Stuby vor: „Zum Recht auf organisierte Opposition in den Ärztekammern und zu den prozessualen Möglichkeiten seiner Durchsetzung.“ Die LDÄ Westfalen-Lippe klagt derzeit vor dem Verwaltungsgericht auf repräsentative Sitzverteilung in den Ausschüssen.) Wir sollten uns dabei durchaus unserer gewachsenen Stärke bzw. der relativen gegenwärtigen Schwäche der Ständesfunktionäre bewußt sein. Unsere Mitwirkung muß inhaltlich notwendig sein, wir müssen wachsam sein und zwischen scheinbarer bzw. taktischer Übernahme unserer Forderungen und tatsächlicher Durchsetzung derselben unterscheiden. Wir müssen unseren Standort reflektieren, kontrovers und kritisch diskutieren, den jeweiligen Bedingungen anpassen, Kontakt mit den Betroffenen halten, sie einbinden, kollektiv fernern. Eine Übernahme von Posten ohne inhaltliche Ausfüllung darf es für uns nicht geben. Und wir müssen geschlossen handeln, dürfen uns nicht aufspalten lassen in demokratische und weniger demokratische, in vernünftige und radikale Listen. Es muß Schluß damit sein, daß einige Landesärztekammern unsere Delegierten auf die Deutschen Ärztetage entsenden, während andere Kammern wie die von Hessen und einigen Bezirken Nordrhein-Westfalens uns von der Teilnahme ausschließen. Die Delegierten oppositioneller Listen für die Deutschen Ärztetage sollten ihre Teilnahme davon abhängig machen, daß alle Kammern die Delegierten entsprechend ihrer Listenstärke entsenden, weil der Deutsche Ärztetag nur so die vorhandenen gesundheitspolitischen Strömungen an der Basis der Ärzteschaft bundesweit widerspiegelt. Und nur unter dieser Voraussetzung können wir unserer tatsächlichen Stärke entsprechend unsere Standpunkte vor diesem auch in der Öffentlichkeit vielbeachteten Forum politisch zur Geltung bringen.

Die Zukunft wird zeigen, ob wir unsere Erfolge für eine soziale Weiterentwicklung unseres Gesundheitswesens, für die Schaffung von politischen Voraussetzungen für mehr Gesundheit für alle unter gleichen Bedingungen einsetzen, ob wir uns als Dorn im Fleisch der reaktionären Ständepolitik, als Teil der kritischen, demokratischen, alternativen Bewegung begreifen, oder ob wir uns zu einer „besseren“ Interessenvertretung unserer Berufsgruppe im alternativen Gewande entwickeln.

Die gesundheitspolitischen Vorstellungen der Grünen

Kurz vor ihrem Gesundheitspolitischen Kongreß im November letzten Jahres veröffentlichten die Grünen ihr lang diskutiertes Gesundheitsprogramm. Bislang wurde es von links fast nur gelobt. Eine Kritik von Wolf Steinbrecher.

Am 14./15. November führten die Grünen ihren Gesundheitspolitischen Kongreß zur Vorbereitung auf die Bundestagswahlen durch. Von den Absichten der Reaktion zur weitgehenden Beseitigung des einheitlichen gesundheitlichen Versorgungsstandards mittels einer „Strukturreform“ der Krankenversicherung (wie zum Beispiel von Heiner Geißler und Rita Stübgen auf dem Gesundheitspolitischen Kongreß der CDU Ende September vorgetragen; vgl. dg 11/86) war bei den Grünen praktisch nichts zu hören. Dagegen wurde im Schlußplenum

von einem Mitglied des Grünen-Bundesvorstands in einem Redbeitrag die Forderung nach einem „Recht auf Leiden als Teil des Menschseins“ (Gedächtniszeit, ws) erhoben. Entgegengetreten wurde dem nur von Winfried Beck (Demokratische Ärzte), der auf die Versuche der Reaktion verwies, den Gesundheitsbegriff „umzudefinieren“.

Welche programmatischen Vorstellungen machen die Grünen so hilflos gegen die Bundesregierung und die konservativ-liberalen „Reform“-Pläne?

Dazu beschäftigen sich die folgenden Thesen mit dem Grünen-Gesundheitsprogramm („Gesundheitspolitische Vorstellungen der Grünen“), das gut zwei Wochen vor dem Kongreß veröffentlicht worden war. Die Thesen stellen die überarbeitete Fassung einer Vorlage dar, die auf einem Treffen der „Arbeitsgemeinschaft Gesundheitspolitik Baden-Württemberg“ am 8. 11. 1986 in Heppenheim diskutiert wurde.

1. Zum Standpunkt der Kritik

Diesen Standpunkt muß man vorher klarlegen. Denn man kann die Grünen verschieden kritisieren: Als Grüner unter Grünen, innerhalb der damit verbundenen Gesamtansicht der Dinge, oder „von außerhalb“. Für mich gilt letzteres. Die Grünen sind die politischen Vertreter einer relativ klar abgegrenzten „Klasse“ in der Gesellschaft, vorwiegend des aka-

demisch ausgebildeten, aber nicht selbständigen, sondern lohnabhängigen „Mittelstandes“. An der Klinik zum Beispiel denken bestimmte Berufsgruppen, etwa von den Assistenzärzten über die Funktionsdienste „hinunter“ bis zu einem Teil des Pflegepersonals „grün“ (im Gegensatz zum Beispiel zu niedergelassenen, selbständigen Ärzten). Deren Interessen eigenständig, in Abgrenzung zu den bürgerlichen Parteien, zu artikulieren und ihnen Nachdruck zu verleihen, ist die Funktion der Grünen. Dies ist notwendig, und niemand sollte ihnen diese Funktion streitig machen (durch „linke Unterwanderung“ o. ä.).

Ich selber (und die Mitglieder der AG Gesundheitspolitik Baden-Württemberg) komme(n) von einem sozialistischen Standpunkt, wir beziehen uns politisch auf die „Handarbeiter“ in der Gesellschaft. Wo wir Punkte des Grünen-Programms als „unvollständig“, die Interessen der Arbeiter nicht ausreichend vertretend, beurteilen, so richten wir diese Kritik nicht vorwurfsvoll an die Grünen (weil man das von ihnen nicht verlangen kann), sondern an die sozialistische Linke, insofern diese glaubt, die mühselige Erarbeitung eines eigenständigen gesundheitspolitischen Arbeiterschutzprogramms durch Verweis auf die Grünen umgehen zu können. Kritisieren wollen wir die Grünen nur dort, wo sie sich in ihrer Programmatik direkt gegen Arbeiterinteressen wenden, weil derartige Positionen (wie etwa in der Frage der Bezahlung der Sozialversicherungen) ein Bündnis zwischen Grünen und sozialistischen Kräften, die nur gemeinsam etwas gegen die formierte Reaktion ausrichten können, erschweren.

2. Nicht mehr Anhänger der „Selbstverschuldung“

Das Programm „Gesund Sein 2000“ hatte sich nicht grundsätzlich gegen die reaktionäre Selbstverschuldungstheorie abgegrenzt. Dort hatte es geheißt: „Gesundheitsprobleme, die auf den Lebensstil zurückzuführen sind, können durch Verhaltensänderungen vermindert werden. So sind jedoch das Ergebnis tief verwurzelter kultureller Einflüsse wie auch bestimmter gesundheitsschädlicher Gewohnheiten, denen in den Massenmedien breiter Raum gewährt wird, ferner auch von Praktiken der Absatzförderung seitens der Hersteller von Produkten, von denen manche – wie Tabak, Alkohol und Babynahrung – die Gesundheit unmittelbar beeinflussen.“ (S. 8). D.h. der Einzelne ist weitgehend durch „Fehlverhalten“ für seine Gesundheit verantwortlich, wenn auch „Opfer“ der „Manipulation“ durch Werbung usw. (Diese Argumentation entstammt der Kritischen Theorie.) Entsprechend die Lösung der Gesundheitsprobleme durch Bewußtwerdung und Selbsthilfe: „Gesundheitsversorgung beinhaltet die

aktive und selbstbestimmte Änderung des eigenen Verhaltens, der eigenen Lebenssituation und der gesellschaftlichen Verhältnisse durch partnerschaftliches Zusammenwirken der verschiedenen Experten untereinander gemeinsam mit den Betroffenen.“ (S. 17) „Kritische“ Experten sind nötig, um dem manipulierten Individuum einen Ausweg aus seiner fremdbestimmten Unaufgeklärtheit zu weisen.

Dagegen heißt es in den „Vorstellungen“: „Grüne Gesundheitspolitik fordert die Bekämpfung der Krankheitsursachen. Viele Krankheitsursachen sind nicht vorwiegend im individuellen Verhalten der Menschen zu sehen, sondern in der zunehmenden Zerstörung natürlicher Lebensbedingungen, und in den gesellschaftlichen Verhältnissen, unter denen die Menschen leben müssen ... Die übliche Individualisierung von Gesundheitsgefahren, die Ausspähung und Diskriminierung von „Risikogruppen“, das Aufleben von Selbstverschuldungstheorien lehnen wir ab. Damit soll die Notwendigkeit individueller Verhaltensänderung nicht geleugnet werden. Aufgabe grüner Gesundheitspolitik ist es aber, dazu beizutragen, die Gesundheitsgefahren, denen sich keiner durch Verhaltensänderung entziehen kann, zu bekämpfen.“ (S. 6)

Damit wird die Selbstverschuldungstheorie zwar nicht frontal angegriffen (welches sind die Gesundheitsgefahren, die „alle“ betreffen, weil sich „keiner“ entziehen kann? Die Schichtarbeit ist offensichtlich ein Angriff auf die Gesundheit, der eine entzieht sich dem ohne Mühe, der andere sucht sie, weil er nur so finanziell über die Runden kommt. Ist er dann selber schuld, Opfer seiner Konsumsucht? Die derart erprobte Abgrenzung von „individuell“ und „gesellschaftlich“ hält weiterer Überlegung nicht stand.); es wird aber zumindest versucht, nicht mehr positiv an der Selbstverschuldungstheorie anzuknüpfen.

3. Gegen die Kostendämpfung

„Gesund Sein 2000“ hatte sich noch positiv zum Zweck der Kostendämpfung verhalten. Dazu heißt es jetzt: „Es vergeht kaum eine offizielle gesundheitspolitische Debatte, in der nicht festgestellt wird, daß der heutige Bedarf alle finanzierbaren Grenzen gesprengt habe. Von „Anspruchsinflation“ ist die Rede und von „Kostenexplosion“, gegen die nur eine „Kostendämpfung“, wie es schönfärberisch heißt, helfen würde.“ (S. 8) Auch hier wird aber die reaktionäre Propaganda um die Kostenexplosion nicht in dem Sinne widerlegt, daß die Ursachen der gestiegenen Krankheitskosten aufgezeigt würden; vielmehr wird versucht, die „Bezahlbarkeit“ der Gesundheitskosten zu begründen: „Zwar sind die Ausgaben für das Gesundheitssystem gemessen an

der Grundlohnsumme gestiegen, gemessen am Brutto sozialprodukt sind sie jedoch seit Mitte der siebziger Jahre konstant geblieben. Trotzdem gibt es eine Finanzkrise im Gesundheitswesen, genauer im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung. Diese ist jedoch im wesentlichen durch die Umlagerung von Kosten aus dem Bereich der Rentenversicherung auf die Krankenversicherung entstanden und damit bewußt politisch herbeigeführt worden.“ (S. 8) Verantwortlicher für die Kostenexplosion ist damit der Staat, der durch seine „Sparpolitik“ die GKV belastet.

Die Kapitaleigner und -verwalter bleiben als Verursacher gestiegener Krankheitsfälle aus dem Schußfeld, nur als Nutznießer der Sparmaßnahmen tauchen sie auf: „Die im Staatshaushalt durch diese Transaktion freigesetzten Mittel dienen der ‚Hausaltersanierung‘, – sprich: sie flossen in die Wirtschaftsförderung, die Industrieforschung, die Rüstung.“ (S. 8). Und gleich danach wird diese Verwandlung von Steuer- und Versicherungsgeldern in Kapital direkt als einziger treibender Zweck der Kostendämpfung angegeben: „Um den Geldtransfer von den Sozialbudgets zu den Kapitaleinkommen organisieren zu können, wird Gesundheitspolitik seither unter der Leitfrage betrieben, Rationalisierungssparungen im Gesundheitswesen ausfindig zu machen und zu nutzen.“ (S. 8) Übersehen wird der Zweck der Mobilisierung der Arbeit für das laufende Programm der Welt(markt)-Eroberung: Die weitgehende Zerschlagung der Krankenversicherung, wie die Reaktion sie diskutiert (die GKV trägt nur noch eine „Grundversorgung“, alle teuren Leistungen wie Krebsnachsorge, Herzoperationen, Dialyse müssen durch Zusatzversicherungen abgedeckt werden), hätte eine Zunahme des Krankeneulends zur Folge, welche auf den Rest der Lohnabhängigen außerordentlich antriebsend wirken müßte: jeder Arbeiter müßte fürchten, zum Beispiel bei Krankheit oder Entlassung selbst in diesen Abgrund zu fallen. Beim Grünen-Publikum würde im Kampf um ein Einkommen, das Zusatzversicherung ermöglicht, die Laufbahnkonkurrenz enorm verschärft. Dieser Zweck der Reaktion wird von den Grünen übersehen, weil die Verbindung der Widersprüche im Gesundheitswesen mit der Produktionsweise und deren Grundwiderspruch zwischen Eigentum und Arbeit nicht gezogen wird. Damit gelingt die Verbindung der Kritik der aktuellen Gesundheitspolitik mit dem imperialistischen Gesamt-Expansionskonzept nur indirekt und quasi „künstlich“, über die Finanzierung der „Rüstung“ durch „Sozialabbau“.

Fortsetzung im nächsten Heft

IV. Gesundheitstag in Kassel

Diskussionsforum über Gesundheits- und Sozialpolitik

Vom 27. – 31. Mai wird in Kassel der IV. Gesundheitstag stattfinden. Ziel der Veranstalter ist eine Debatte über Gesundheit und Politik. Uli Müller vom Kasseler Gesundheitsladen skizziert die Schwerpunkte des Programms.

Der Handel mit der Ware Gesundheit treibt nicht erst nach der Katastrophe von Tschernobyl und den Vorgängen längs des Rheins immer neue Blüten.

Allenthalben werden schon lange neue Therapien für Körper und Seele angeboten, um den verängs-

tigten Betroffenen Mittel zur Prävention oder zur Heilung anzubieten. Daß solche Angebote angesichts einer zunehmend bedrohlichen Lage für die Individuen zunehmen, ist dabei nicht verwunderlich, und auch in diesem Falle funktioniert der kapitalistische Mechanismus von Angebot und Nachfrage und scheint zugleich ein Bedürfnis zu bestätigen,

das jedoch nur auf den von Industrie und Politikern selbst verschuldeten Fehlentwicklungen fußt.

Die Medizin – wie jede andere Wissenschaft –, der Arzt und andere im Gesundheitsbereich Tätige sind zunehmend ebenso diesem Markt ausgesetzt und müssen sich Kriterien der Effizienz unterwerfen.

Was sich als Taylorisierung in den Fabriken durchsetzte, ist in Arztpraxen, Krankenhäusern und Sozialstationen schon lange nicht mehr fremd.

Dies ist ein Schritt auf dem Wege zur Amerikanisierung im Gesundheitswesen, der sich allmählich abzuzeichnen beginnt. Unter diesem Eindruck wird es auch auf dem IV. Gesundheitstag vom 27. – 31. Mai in Kassel um eine Debatte über Gesundheit und Politik gehen. Hier neue Tendenzen aufzuzeigen und öffentlich zu machen ist Anliegen der Organisatoren, die damit zugleich in einer Zeit neokonservativer Ideologien zu einer Opposition und einer offensiven politischen Auseinandersetzung mit den gesundheits- und sozialpolitischen Plänen der Bundesregierung aufrufen wollen. Die Struktur des Gesundheitstages 1987 gründet in den konkreten Erfahrungen der Mitarbeiter/innen des Organisationsbereichs im Gesundheits- und Sozialbereich in den vergangenen Jahren. Dabei sind jedoch die sechs geplanten Diskussionsforen nicht bloßer Ausdruck dumpfer Unzufriedenheit, sondern haben eine Grundlage in der Reflexion über diese Erfahrungen.

Weshalb angesichts der beschriebenen Tendenzen einer Amerikanisierung oder auch zunehmenden Kommerzialisierung die öffentliche Diskussion nicht zunimmt, soll ebenso zum Thema werden, wie die Skepsis mancher Gesundheitsläden an einer gemeinsamen Diskussion. Der Gesundheitstag 1987 möchte der Bewegung wieder einen Ort zur Auseinandersetzung bieten. Das Vorbereitungsteam schreibt hierzu in einer Selbstdarstellung: „Die Bewertung ist zwar vielfältig, aber in vielen Fällen auch zusammenhanglos geworden. Wir müssen uns kritisch fragen, welche Strategien in den nächsten Jahren möglich sind und zu welchen gemeinsamen politischen Forderungen wir uns durchringen können.“ Die meisten Gesundheitsläden reagierten darauf skeptisch, was zunächst auch zu verstehen war.

In welche Richtung die Suche nach Gemeinsamkeiten und nach Antworten und Strategien gehen muß, wird in der Einleitung ausgeführt, denn „angesichts der vielfältigen Bedrohungen läßt sich Gesundheit auch nicht mehr mit Kräutertee und Seelenmassage allein retten“.

Wo diese Antworten liegen können, wird bereits im ersten der geplanten sechs Diskussionsforen deutlich, in dem über Strukturformen im Gesundheits- und Sozialwesen diskutiert werden soll. Unter der vieldeutigen Frage „Wer verwaltet wen, wo, wohin?“ soll in diesem Forum über das Problem staatlicher Organisation, Selbstverwaltung und Selbsthilfe diskutiert werden. Das Paradigma der Ausgrenzung wird als zentraler Begriff einer zunehmenden Medizinisierung zur Verdeckung sozialer Fehlentwicklungen diskutiert; zugleich um es mit Modellen der Selbsthilfe zu konfrontieren. Derzeit spielt in der Doppelstruktur gesund/krank die individuelle Verantwortung eine entscheidende Rolle, um damit zugleich objektive Mißverhältnisse verdecken zu können. „Wir sind jedoch der Meinung“, so das Vorbereitungsteam, „nicht der Betroffene ist das Problem, sondern die nach wirtschaftlichen Maximierungsinteressen durchrationalisierte Welt, in der wir leben.“

Als dritter Aspekt soll in diesem Forum erstmals auf einem Gesundheitstag die Debatte über eine alternative Liste zu den Sozialwahlen eröffnet werden und Konzepte eines alternativen Krankerversicherungssystems – ähnlich dem der Ökobank – sollen vorgestellt werden. Wie dabei der Einfluß auf und das Verhältnis zur Partei der GRÜNEN aussieht, wird selbstverständlicher Teil aller Diskussionen sein, da hier konkrete strukturpolitische Entwürfe vorgestellt werden sollen.

Im zweiten Forum geht es um das Thema „Angriffe auf die Gesundheit? – Gefahren der Großtechnologie“. Hier wird es um die gesundheitsgefährdenden Einflüsse durch Großindustrie, aber auch durch „friedlich“ genutzte Militärtechnologie gehen. Nirgends sind die Bedrohungen in den vergangenen Monaten für jeden so deutlich geworden wie in den Bereichen der Atomtechnologie, der chemischen Industrie und der Gentechnologie. Dabei handelt es sich in allen Fällen um profitträchtige Industriezweige, deren Grundlage die Ausbeutung von Natur und Mensch ist.

Wenn auch hier sicher manches den Rahmen eines Gesundheitstages zu sprengen droht, so kann doch diese Befürchtung nicht von der Verantwortung entheben, daß diese Themen Teil eines bundesweiten gesundheitspolitischen Forums sein müssen, sie würden es ohnehin werden. Gerade aber auch die Betroffenheit durch diese realen Gefahren können zu einer Mobilisierung beitragen und sensibel machen für andere gesundheitspolitische Themen.

Ob „Krank-sein“ inzwischen zwangsläufige „Folge des menschlichen Alltags“ geworden sei, wird in einem dritten Forum thematisiert. Angesichts der erschreckenden Tatsache, daß nur ein Drittel aller Beschäftigten die Aussicht hat, auf dem üblichen Wege eine Altersrente zu bekommen, weil die anderen zwei Drittel vorher sterben oder Frühinvaliden werden, wird es notwendig, einmal den krankheitsauslösenden Faktoren am Arbeitsplatz nachzugehen. Grundgedanke ist dabei, daß die Trennung zwischen Arbeitsschutz auf der einen und Lebens- und Umweltschutz auf der anderen Seite künstlich ist und entsprechend der Spaltung von Arbeit und Freizeit nicht aufrechterhalten werden kann. D.h., daß krankheitsauslösende Faktoren physischer und psychischer Art strukturverwandte Merkmale aufweisen und der Ort wie auch der Grund ihrer Verursachung gleich ist.

Darum ist es nur konsequent, wenn den Organisatoren dieses Diskussionsforums daran gelegen ist, Gewerkschaftsvertreter und Vertreter der Öko-Bewegung an einen Tisch zu setzen und mit ihnen über Möglichkeiten gemeinsamer Arbeitsvorhaben zu diskutieren. Denn der gesundheitliche Schutz am Arbeitsplatz und in der Freizeit können nach Auffassung der Initiatoren dieses Diskussionsforums nicht länger getrennt voneinander diskutiert werden.

In einem ersten Schritt traten dabei die Mitarbeiter dieses Forums bereits 1986 mit dem Projekt einer „Unabhängigen Meldestelle zur Gesundheitssicherung und Umwelterhaltung“ an die Öffentlichkeit. Die örtliche Presse und der Rundfunk reagierten mit großem Interesse auf diese erste Einrichtung ihrer Art in der Bundesrepublik.

Entscheidend wird hier die Möglichkeit einer Zusammenarbeit mit Gewerbeaufsicht, Gewerbeärzten und Gewerkschaften erprobt.

Im vierten Diskussionsforum wird es unter dem Titel „Der Widerspenstigen Zähmung – Patriarchale Strukturen in der Medizin“ um das Bild der Frau in der medizinischen Wissenschaft gehen. Einhergehend mit der Ausgrenzung der Frau aus „offiziellen“ gesellschaftlichen Bereichen, wie Arbeit, Politik oder Rechtsprechung, wird ihr Körper und ihre Seele mit dem Stigma der Hysterie ausgestattet. Als „unbegreifliches Wesen“ bereits schon herrschender Moral unterworfen, wird die Frau zum Problem der medizinischen Logik wie auch zu einem Spiegelbild für deren Fehlbarkeit. Um die subtileren Formen dieser Unterdrückung, aber auch die Möglichkeiten des Widerstandes und um Versuche, das Weibliche anders zu verstehen und zu leben, soll es hier gehen. Besonders breiten Raum wird hierbei die

Diskussion über Gen- und Reproduktionstechnologie einnehmen.

Das Verhältnis von „Psyche und Gesellschaft“ ist Gegenstand des fünften Diskussionsforums, das sich gerade wegen seiner vielschichtigen Attraktivität als Feld eines fruchtbaren Streits erweisen könnte. Ausgehend von der These, daß die Therapie eine Ware geworden sei, „deren Gebrauchswertseite aber auch in der Entdeckung von Widerstand liegen kann“, soll in diesem Forum dieser Doppelcharakter in Augenschein genommen werden. Therapie kann Möglichkeit der Emanzipation sein, zugleich aber kann auch die Therapeutisierung des leidenden Subjekts zu einer Stabilisierung von Herrschaft beitragen. „Dorzo gibt es mehr als 300 konkurrierende Therapieschulen, die fast nur noch Psycho-boom-Experten einen Überblick ermöglichen“, informiert dazu das aktuelle Falblatt der Kasseler Gruppe. Inwiefern sich diese Therapieschulen ihrer politischen Verantwortung bewußt sind und ob sie auch an der Abschaffung objektiven Leidens mitwirken helfen, hängt letztlich auch von der theoretischen Fundierung ab.

„Revolte in Theorie und Tat – Grundlagen für gesellschaftliche Veränderungen“ ist das Thema des letzten Forums, in dem sich der Kreis der sechs Bereiche wieder schließt und zusammenfindet. Denn, ähnlich dem ersten Forum, wird sich auch das Thema des sechsten und letzten Forums in allen anderen Bereichen als roter Faden wiederfinden lassen.

Es sind pragmatische Grundbegriffe, die ein Bild in der Wissenschaft entstehen lassen, aus dem sich zugleich eine Politik ableitet. Natur- und Gesellschaftswissenschaften sind hierbei gleichen Diskussionen verpflichtet, und Politik zieht hieraus ihre Berechtigung, ihre moralische und ethische Grundlage.

Gängige, herrschende Wissenschaftsmethoden sollen kritisch überprüft werden und auf ihre Prämissen, auf ihre innere Logik hin untersucht werden. Daneben werden alternative Wissenschaftsansätze vorgestellt, die neue Horizonte eröffnen könnten. Die Diskussionen in diesem Forum sollen zugleich Anleitung zur Kritik und auch Möglichkeit zur Erörterung von Formen praktischen Widerstands sein.

Die angeschnittenen Inhalte stellen nur eine Auswahl des Programms des Gesundheitstages dar. Dem Vorbereitungsteam schien es zunächst einmal wichtig, Strukturen vorzugeben, aber nicht Antworten vorzugeben. Wichtiger scheint eine Diskussion der an diesen Themen Interessierten zu sein, als der Versuch, Betroffene nur mit vorgefertigten Formeln zu ködern und auf Antworten hinzuweisen.

Die Tatsache, daß sich viele Interessierte, die bislang nur peripher an den Diskussionen der Gesundheitsbewegung teilgenommen haben, zu einer Mitgestaltung des Programms entschlossen haben, spricht zudem für ein Offenhalten des Programmangebotes, um die Diskussionen lebendig zu gestalten.

Das vollständige Programm in Form eines Buches kann bereits bestellt werden und soll etwa ab Mitte März verschickt werden.

Interessenten wenden sich bitte an folgende Adresse:
Verein Gesundheit und Ökologie e.V.
Gesundheitsladen Kassel
Friedrich-Ebert-Straße 177
3500 Kassel
Tel.: 0561 / 34 00 00



Von einem, der auszog, das Fürchten zu lehren

Qualitätskontrolle medizinischer Leistungen

Den Ärzten auf die Finger schauen wollte ein Versichertenvertreter der AOK-Osterholz. Für die Ärzteschaft des Kreises ging das entschieden zu weit.

Beim Versuch, sein unumstrittenes Recht, sich über den Verbleib der Krankenversicherungsbeiträge kundig und Gedanken zu machen, erlebte ein Vorstandsmitglied der Allgemeinen Ortskrankenkasse Osterholz eine unerwartete Reaktion. In einer öffentlichen Sitzung der 1986 neugewählten Vertreterversammlung war der Versichertenvertreter – hauptberuflich als Sekretär des Deutschen Gewerkschaftsbundes in Bremen tätig – es leid, die Behauptung eines Arbeitgebervertreters, die Versicherten sollten und dürften die Krankenkasse nicht als „Selbstbedienungsladen“ ansehen, unwidersprochen zu lassen. Er bezeichnete den ständigen Sparansatz am Mitglied als falsch und einseitig. Zu Recht. Denn die Erstinanspruchnahme je Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) – wenn man so will also das Anspruchsniveau – ging nachweislich von 1980 bis 1984 um 4,2 Prozent zurück. Die Leistungsmenge je Mitglied war im selben Zeitraum aber um 14,2 Prozent, das Honorarvolumen gar um 22,2 Prozent angestiegen.

Damit ließe sich begründen, daß die ärztlichen Leistungsanbieter ihrerseits die GKV niveauangepaßt als „Nobel-Boutique“ ansehen. Ohne diesen Schluß zu ziehen, beschäftigte sich der Versichertenvertreter auch mit der Qualität der ärztlichen Leistungen, jenseits von Preisen und nackten Zahlen. Dies entspricht dem Recht der Selbstverwaltung zu prüfen, ob die kassenärztliche Versorgung „eine gleichmäßige, ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Kran-

ken gewährleistet“, wie dies in Paragraph 368 g, Absatz 1, der Reichsversicherungsordnung und in anderen Rechtsbestimmungen festgeschrieben ist.

Über die Äußerungen des Versichertenvertreters berichtete das Osterholzer Kreisblatt am 5. Dezember 1986: „Den Ärzten müsse auf die Finger gesehen werden. Er (der Versichertenvertreter) berichtete von seiner Meinung nach ‚hirnrisigen Untersuchungen‘ mit Methoden, die längst veraltet sind, keine ausreichende Diagnosebasis darstellen und nur dem Arzt die Kasse füllen. Egal, was Ärzte machen, die

Kassen bezahlen, legte das Mitglied den Finger in eine andere Wunde.“

Auf diese durch eine Fülle von Veröffentlichungen wissenschaftlicher Einrichtungen der Krankenkassen und der Kassenärzte sowie durch medizinische Fachkapazitäten gestützten beziehungsweise angeregten Kritikpunkte (Materialien dazu bei der Redaktion) reagierte die „Ärzteschaft des Kreises Osterholz“, vertreten durch Dr. Panke, der auch maßgeblich in der Bezirksstelle Stadt der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen engagiert ist, verärgert. In einem Brief vom 16. Dezember teilte Panke dem Geschäftsführer der AOK mit, daß die Ärzte eine öffentliche Gegendarstellung und Distanzierung von den verunglimpfenden Äußerungen ihres Organmitglieds erwarteten.

Die forsch – „Wir erwarten die Gegendarstellung noch in dieser Woche“ – Strategie führte zu einer Sondervorstandssitzung der Krankenkasse, jedoch nicht zum Erfolg für die „verärgerten“ Ärzte.

Nach sachlicher Diskussion nahm zwar das Organmitglied sein Werturteil „hirnrisig“ zurück, überzeugte aber seine Kollegen von der Existenz der sachlichen diagnostischen und therapeutischen Probleme und den damit verbundenen finanziellen und auch gesundheitlichen Nachteilen für Versicherte. Dies wurde auch Dr. Panke, verbunden mit der Anregung, sich doch gemeinsam über die Versorgungsqualität im Kreis zu unterhalten, am 22. Dezember mitgeteilt.

Prompt reagierte dieser bereits einen Tag später mit dem Hinweis auf die nach wie vor „erhebliche Verstimmung“ der Ärzte. Er bedauert nicht nur die anscheinend anhaltende Uneinsichtigkeit der selbstverwaltenden Kasse, er erweist sich auch als Altmeister im „Geschäft“ mit den Krankenkassen.





Sein Brief schließt mit dem unübersehbaren Hinweis darauf, daß eine Verhärtung der Fronten vor allem auch bezüglich der Honorarverhandlungen doch wohl von keinem gewünscht werde.

Handelte es sich hier um ein unfriedliches vorweihnachtliches Provinzscharmützel, über das man wieder zur Tagesordnung übergehen kann? Wohl kaum, berücksichtigt man, daß die gesamte Qualität diagnostischer und therapeutischer Leistungen in der gesundheits- und leistungspolitischen Diskussion fast ausgeklammert ist. Um so bedenklicher ist eine solche Reaktion, die finsterste Selbstüberschätzung und Borniertheit trotz laufender fachwissenschaftlicher Debatte mit kaum verhüllter finanzieller Erpressung koppelt.

Dagegen hilft nur das offensive Aufwerfen von Qualitätsfragen durch die Selbstverwaltung, die Kassen und die kritischen Mediziner und offensichtlich – aber leider – nicht das Warten auf die professionelle Selbstkontrolle und -kritik der etablierten Ärzteschaft. In der sich danach ergebenden Diskussion sind dann die Kassenärztlichen Vereinigungen diejenigen, die nachweisen können, daß bestimmte qualitativ bedenkliche Leistungen (Röntgen des Magens zum Beispiel) nicht erbracht, oder Qualitätssicherungsaktivitäten, zum Beispiel bei der Sonographie, durchgeführt wurden.

Das Verhalten exponierter Leistungsanbieter gegenüber Vertretern der Solidargemeinschaft von Krankenversicherten reicht über diesen Einzelfall hinaus. Ein solches Klima der Disziplinierung durch Finanzdrohungen und Kniggeappellen anstelle sachlich-politischer Diskussion sagt vieles über das Demokratieverständnis und einiges über einen ursächlichen Hintergrund der vielbeklagten Passivität von Selbstverwaltern, die in geschlossenen Sitzungen sicherlich öfters ähnliche „Debatten“ über sich ergehen lassen müssen.

Bernard Braun

Konturen im Nebel

Forderungen der Kassenverbände zur Strukturreform

ma – Die Verbände der Kassen der Gesetzlichen Krankenversicherung haben vor kurzem ein Papier zur Strukturreform vorgelegt. Eine gesundheitspolitische Offensive hat die Bundesregierung nicht zu fürchten.

Foto: dpa



Unter dem Titel „Gemeinsame Forderungen zur Strukturreform im Gesundheitswesen“ veröffentlichten die Verbände der Kassen der Gesetzlichen Krankenversicherung vor einigen Wochen ein gemeinsames Papier. Allein schon die Aufzählung der verschiedenen Verbände macht deutlich, welch teuren Kassenwettbewerb wir uns hier leisten: AOK-Bundesverband, Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Bundesverband der Innungskrankenkassen, Seckkrankenkasse Hamburg, Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Bundesknappschaft, Verband der Angestellten-Ersatzkassen und der Verband der Arbeiter-Ersatzkassen.

Die Kassenverbände gehen offensichtlich davon aus, daß die neue – alte Bundesregierung in der kommenden Legislaturperiode eine „Strukturreform“ im Gesundheitswesen oder bei Krankenversicherungen durchsetzen will, um die ausufernden Kosten in den Griff zu bekommen. Was mit dem Begriff „Strukturreform“ gemeint ist, ist bisher noch nicht einmal Arbeitsminister Blum klar – jedenfalls versteht bisher jeder in der Diskussion etwas anderes darunter. Die Kassenverbände scheinen darunter jedenfalls keine Reform des Gesundheitswesens zu verstehen, vielmehr beschäftigen sie sich im wesentlichen mit ihren eigenen Problemen. Und die sind nicht zu klein!

Eingangs wird betont: „Die gesetzliche Krankenversicherung ist eine Soziale Krankenversicherung.“ Die Beto-

nung ist notwendig angesichts mancher Forderungen zum Beispiel aus der FDP nach Reduzierung der sozialen Krankenversicherung auf eine „Grundsicherung“, zu der dann für einen vollen Schutz „Zusatzversicherungen“ – natürlich bei privaten Krankenversicherern – abgeschlossen werden müssen. Die „einkommensbezogene Beitragserhebung“ und die „beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen“ werden als wesentliche Elemente des sozialen Ausgleichs hervorgehoben.

Doch dann folgen Paukenschläge: Aussagen wie aus einem sozialpolitischen Programm der Bundesvereinigung der Arbeitgeberverbände: „Eine Strukturreform im Gesundheitswesen muß an der ordnungspolitischen Grundentscheidung für ein gegliedertes, selbstverwaltetes und sozial ausgerichtetes System der Krankenversicherung festhalten.“ Im Klartext: „gegliedert“ steht für: zirka 1200 verschiedene nebeneinander arbeitende und zum Teil konkurrierende Kassen; „selbstverwaltet“ heißt: die Arbeitgeber sitzen – außer bei den Ersatzkassen – paritätisch in den Organen und verfolgen dort nur ein Interesse: Lohnnebenkosten zu senken; „sozial ausgerichtet“ heißt: ungerechtfertigte Beitragssatzunterschiede zum Nachteil der Regionen und Bevölkerungsschichten, die am meisten auf den Schutz der Kassen angewiesen sind.

Man versteigt sich im schönsten Selbstbeweihräucherungs-Deutsch noch weiter: man verleiht „dem Selbst-

Bernard Braun ist Diplom-Soziologe und arbeitet bei der Gesellschaft für Arbeitsschutz und Humanisierungsforschung in Dortmund



verwaltungsprinzip den Rang einer gesellschaftspolitischen Alternative staatlicher und marktwirtschaftlicher Lösung von gesellschaftspolitischen Aufgaben.“ Wollte man wirklich über Strukturreformen sprechen, hieße das: Schaffung von Voraussetzung echter Selbstverwaltung durch die Versicherten durch Entfernung der Arbeitgeber aus den Kassen. Die Begründung ist alt und bleibt gültig: „Arbeitgeberbeiträge“ zur Krankenversicherung sind Lohnbestandteile und begründen keinerlei Mitbestimmungsrecht der Unternehmer über die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung.

Während man gesundheitspolitische Ziele der Kassen in der gegenwärtigen Diskussion wie im vorliegenden Papier vermißt, werden noch einmal grundsätzlich die „Grundprinzipien der sozialen Krankenversicherung aufgelistet: Tragende Prinzipien der sozialen Krankenversicherung sind die Grundsätze der Solidarität, der Sachleistungsgewährung, der Selbstverwaltung und der Gliederung.“ Der Auftrag besteht in der „umfassenden Absicherung des Krankheitsrisikos“. Das „Leistungsspektrum“ soll eine „bedarfsgerechte und vollwertige medizinische Versorgung für alle Versicherten“ umfassen. Hier vermißt man eine Andeutung von Umdenken in der Richtung, daß angesichts der Unheilbarkeit vieler Erkrankungen und Schädigungen ihre Prävention absoluten Vorrang genießen muß und daß diese Prävention auch Aufgabe der sozialen Krankenversicherung sein muß: Folgen von Smog-Zuständen

oder Umweltvergiftung lassen sich eben nicht nach herkömmlichen Mustern behandeln, indem zu Quartalsbeginn der Krankenschein beim Praktiker um die Ecke abgegeben wird.

Daß die Kassen in dieser Stellungnahme noch einmal so deutlich ihre solidarische Sicherungsfunktion mit zirka 25 Milliarden Mark Familienhilfe und etwa 25 Milliarden Mark Leistungen für die Rentner betonen wie auch die Erhaltung des Sachleistungsprinzips, ist wohl nur zu verständlich angesichts so mancher Forderungen der FDP oder des Vorhabens von Innenminister Zimmermann, mal eben einige hunderttausend Beamte, die bisher aufgrund ihrer niedrigeren Einkommen in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillige Mitglieder waren, in die Privatversicherungen zu hieven. Das trägt, wie das Anhalten der Dauermassenarbeitslosigkeit, zum Ausbluten der Krankenkassen bei. Verständlich auch, daß unter diesen Bedingungen Forderungen nach „mehr Wettbewerb“ unter den gesetzlichen Kassen zurückgewiesen werden.

Wie defensiv die Kassen aber ihre Situation schon einschätzen, zeigt ihr Plädoyer für die Beibehaltung der gegenwärtigen Regelungen über die Versicherungspflichtgrenze und der Beitragsbemessung: „Die gegenwärtigen Grenzen haben seit 1969 eine von beiden Seiten – GKV und PKV – akzeptierte ‚Friedensgrenze‘ im Wettbewerb um Mitglieder dargestellt. Es besteht kein Anlaß, von dieser Grenzziehung abzugehen.“ Dazu bestünde wohl Anlaß: Könnte doch eine wesentliche Ausdehnung oder gar Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze der GKV ganz neue Mitgliedskreise eröffnen und Solidarausgleich erleichtern.

Nur unterstreichen kann man die Aussagen zum künftigen „Leistungsrahmen der sozialen Krankenversicherung“: „Die Leistungen müssen ohne Rücksicht auf die Krankheitsursachen zur Verfügung gestellt werden und unabhängig von den individuellen wirtschaftlichen Verhältnissen zugänglich sein.“ Die Kassenverbände widersetzen sich jeder „Aufspaltung des Leistungsrahmens in Grund- und Zusatzleistungen“. Eine Entlastung versprechen sich die Kassenverbände von einer besseren Abgrenzung von Leistungen zwischen Krankenversicherung und anderen Sicherungssystemen: So fordern sie eine „unabhängige und laufende Anpassung der Liste der anerkannten Berufskrankheiten an Erkenntnisse der medizinischen Forschung“. Strikt abgelehnt wird dagegen die „Absicherung der Pflegefallrisikos“ im Rahmen der sozialen Krankenversicherung, dabei handelt es sich um eine „gesamtgemeinschaftliche Aufgabe, die entsprechend vom Staat zu finanzieren ist“.

Etwas doppeldeutig sind die Aussagen des Papiers zur Frage „Selbstbetei-

ligung“: Einleitend wird zu Recht darauf hingewiesen, daß der Versicherte ohnehin schon die Kassenbeiträge voll zahlen muß und schon jetzt „Selbstbeteiligungsregelungen“ existieren. Kritisiert wird an ihnen, daß die „erwarteten Steuerungswirkungen“ nicht eintreten sind. Und: „Selbstbeteiligungen können nicht als Allheilmittel zur Kostendämpfung angesehen werden.“ Na dann vielleicht als Wundpflaster?

Bei der Untersuchung der Ursachen für den „enormen Ausgabenanstieg im Gesundheitswesen“ sieht das Papier neben „steigenden Anforderungen an die gesundheitliche Versorgung, den medizinisch-technischen Fortschritt und die Veränderung der Altersstruktur“, „politische Entscheidungen und die Sozialrechtsprechung zum Ausbau und zur Intensivierung der medizinischen Versorgung.“ Folge: „Heute bestehen, begünstigt auch durch Fehlentwicklungen im Bildungssystem, in fast allen Versorgungsbereichen Überkapazitäten. Das hat zu einer bedenklichen Einkommens- und Umsatzzorientierung der Leistungserbringer geführt.“ Na und?, möchte man fragen, war das vorher anders? Die Profitstrategien von Pharma- und Geräteindustrie, der Honorar-Poker von Ärzte- und Zahnärztelobby begleitet doch alle sozialpolitischen Streitfragen der Bundesrepublik.

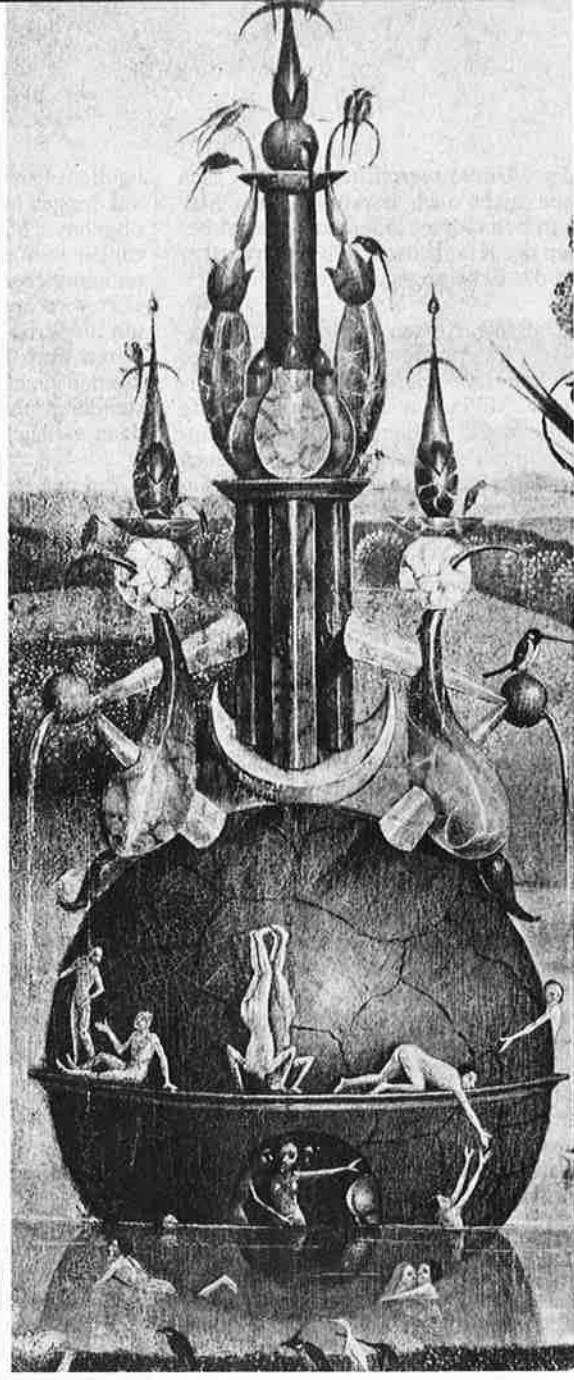
Vielleicht ist die Analyse der Kassenverbände etwas – konstruktionsbedingt – schmalbrüstig. Was soll der Leser sonst von Aussagen wie der folgenden halten: „Heute kann nicht mehr davon ausgegangen werden, daß zusätzliche Kapazitäten und zusätzliche Leistungen in jedem Falle die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung verbessern.“ Wie wahr! Aber die einfache Umkehrung dieser Binsenwahrheit ist doch kein Ersatz für eine gesundheitspolitische Strategie!

Wie soll dieses Dilemma gelöst werden? Gefordert werden „gesundheitspolitische Ziele“. „Deshalb kommt der Erarbeitung einer medizinischen und ökonomischen Datenbasis eine große Bedeutung zu.“ Nötig ist keine neue Datenseligkeit, sondern die gesundheitspolitische Diskussion unter den Versicherten und in der gesamten Bevölkerung über die gesundheitspolitischen Ziele.

In der Zusammenfassung betont das Kassen-Papier: „Ein Ziel der Strukturreform muß es sein, die Finanzierbarkeit der sozialen Krankenversicherung langfristig sicherzustellen... Dabei gilt es weiterhin, die Belastung der Unternehmen mit Lohnnebenkosten und der Versicherten mit Sozialversicherungsbeiträgen (hier sieht man, was Prioritäten sind) in sozial und wirtschaftlich vertretbarem Rahmen zu halten.“

Von Seiten der Kassen hat die Bundesregierung zwar Widerstand in Statusfragen, nicht jedoch eine gesundheitspolitische Offensive zu erwarten.

Gentec: Chance genutzt, Chance vertan?



Ende letzten Jahres legte die Enquete-Kommission „Gentechnologie“ des Bundestags ihren Bericht vor. Ein Kompromißpapier, wie der Vorsitzende Wolf-Michael Catenhusen (SPD) betont. Die Grünen haben sich als einzige dem nicht angeschlossen und ein Sondervotum abgegeben. dg bat Haidi Streletz, SPD, und Erika Hickel, Grüne, um eine Stellungnahme.

Erika Hickel:

Gesetzt der Fall, die Sache wäre so abgelaufen: Die SPD-Bundestagsfraktion möchte bei einem Problem moderner Technikbewertung, das ihr bis dahin nichts bedeutet hat und das sie als solches nicht erkannte, die sogenannte Meinungsführerschaft nicht allein den Grünen überlassen, gründet deshalb mit diesen gemeinsam eine spezielle Kommission zur Technikfolgenabschätzung im Bundestag und anschließend – noch während die Kommission arbeitet – reist deren Vorsitzender (SPD) in den einschlägigen Forschungsinstituten herum und beruhigt die Betreiber (wie mir berichtet wurde), daß sie nicht zu fürchten brauchen, ihre Arbeit würde durch die Kommissionsempfehlungen behindert oder eingeschränkt werden: dann würde am Ende der Beratungen einer solchen Kommission ein Mehrheitsvotum herauskommen, wie es jetzt

Haidi Streletz:

Die ersten Retortenbabys sind in Deutschland geboren – was geschah mit überzähligen Eizellen, Spermazellen, Zygoten? Die Bundesbahn setzt manipulierte Bakterien frei – sie sollen fetthaltigen Abfall fressen. Das Bundeskriminalamt macht das erste Pilotprojekt zur Nutzung der Genomanalyse in der Kriminologie.

Eigentlich ist man versucht, zu fordern: Weg mit der ganzen Technologie – ich lehne sie ab. Nur: Dies nutzt nichts. Wer auf Ablehnung beharrt, der klinkt sich aus der Diskussion aus, der kann nichts mehr gestalten, einschränken. Es bleibt nur der Weg, Grenzen aufzuzeigen und Restriktionen zu fordern und durchzusetzen, wo es möglich, nein, notwendig ist.

Insofern ist das Ergebnis der Enquete-Kommission „Chancen und Risiken der Gentechnologien“ hilfreich. Neben einer ausführlichen Materialsammlung gibt es präzise Forderungen an den Gesetzgeber. Die Ergebnisse der Kommission sind weitaus präziser, umfangreicher und mutiger, als es die Ergebnisse der Benda-Kommission waren. Es wird interessant sein, zu beobachten, wie schnell der Gesetzgeber reagiert. Trotz interfraktionellem Gerangel in Bonn muß rasch gehandelt werden,

tatsächlich vorliegt. Dieses folgt nämlich in allen entscheidenden Punkten dem Schema: Einem Satz mit der Formulierung grundsätzlicher Vorbehalte gegenüber der Anwendung gentechnischer Methoden und mit der Forderung nach Einschränkungen und Verboten folgen jeweils längere Ausführungen über die zu ermöglichenden Ausnahmen hiervon, und dort wird dann alles aufgezählt, was tatsächlich in den Labors, Kliniken und Industriebetrieben vorangetrieben wird.

Die einzige Forderung, die wirklich stehen bleibt, ist die nach dem Verbot der Züchtung von Mensch-Tier-Chimären: gut, wer will damit schon Geld verdienen? Andere, extrem umstrittene Maßnahmen, wie zum Beispiel – die Freisetzung (absichtlich oder versehentlich) neukonstruierter Organismen in das Ökosystem, – die Produktion von neukonstruierten Mikroorganismen aus *Escherichia coli* mit der Fähigkeit, extrem wirkungsvolle Neurochemikalien oder Peptide in großen Mengen herzustellen, – Experimente in großem Maßstab und in beliebig vielen Labors mit Hilfe von onkogenen Retroviren (trotz der Warnung durch die Unfälle im Pasteur-Institut in Paris), – Entwicklung von kriegswaffenfähigen Krankheitserregern, Impfstoffen

wenn nicht Fakten geschaffen werden sollen, die irreversibel sind.

So wie man Juristen kennt, wird es womöglich am längsten dauern festzulegen, in welchen Bereichen das Strafrecht, das unter Bundeskompetenz fällt, gefordert ist und wo die Länder handeln dürfen, koordiniert oder nicht.

Ganz wesentlich wird die Effizienz der Kontrollmechanismen und -institutionen sein. Wenn ich sonst auch gegen Rüstung bin, hier sollte man erheblich „aufrüsten“. Neben diesem Handlungsbedarf werden aber auch weitere inhaltliche Diskussionen nötig sein.

Zwei Beispiele sollten dies klarmachen: So möchte die Enquete-Kommission die Frage der Genomanalyse im Betrieb der Mitbestimmung überlassen. Dieser Vorschlag kam von der Gewerkschaft IG Chemie und wurde mit Ausnahme der Grünen von den Kommissionsmitgliedern angenommen.

Es bleibt die Frage, ob dies ausreicht. Ich vermute: Nein. Es gibt genügend Betriebe, in denen Mitbestimmung nicht stattfindet. Verstöße würden daher kaum geahndet. Besser wäre es, die Genomanalyse ganz aus dem Betrieb zu verbannen, sowohl dem Betriebsarzt als auch dem Vertrauensarzt im öffentlichen Gesundheitsdienst die Genomanalyse von Arbeitnehmern zu verbieten. Sie gehört zum Arzt, zur Ärztin des Vertrauens in die freie Pra-

xis. Nur hier kann Datenschutz garantiert werden, können Sanktionen greifen. In jedem Fall nützt dies den Arbeitnehmern und garantiert eine Gleichbehandlung. Eine unterschiedliche Handhabung von Betrieb zu Betrieb wird ausgeschlossen. Die Genomanalyse darf nicht zum Ausschluss aus irgendeiner Solidargemeinschaft oder privaten Versicherung führen.

Ein zweiter problematischer Aspekt ist die Forschung. Es wird zu unterscheiden sein, wie staatliche Mittel in Zukunft Forschung unterstützen. Es wird notwendig sein, Risikoforschung mit öffentlichen Mitteln zu finanzieren. Grundlagenforschung und ihre Finanzierung muß nach ihren Zielen und Anwendungsmöglichkeiten beurteilt werden.

Anwendungsforschung wird sicher von der Industrie betrieben werden, wenn sie wirtschaftlich interessant erscheint. Die Anwendungsforschung jedoch, die vielleicht gesellschaftlich wünschenswert ist, aber kommerziell keine Erfolge verspricht, wird der öffentlichen Hand vorbehalten bleiben. Eine Grenzziehung wird in diesem Bereich auf erhebliche Schwierigkeiten stoßen.

Die Forschung an Pflanzen und vor allem an Tieren gilt oft der Erlernung von Praktiken, die dann auf den Menschen übertragbar sind. Bei der Genehmigung solcher Forschungsvorhaben

muß rechtzeitig die Grenze da gezogen werden, wo die Anwendung auf den Menschen der Würde des Menschen widerspricht.

Hoffentlich schafft der Gesetzgeber Regelungen so rasch, daß nicht gesellschaftliche Akzeptanz mit hohem (finanziellem) Aufwand gerade von den Interessengruppen vorangetrieben wird, denen es auf wirtschaftliche Effekte ankommt und nicht auf die gesamtgesellschaftliche Verantwortung. Vielleicht werden auch hier wieder Arbeitsplatzargumente laut, wie bei der Begründung von Waffenexporten. Noch wäre eine Zone frei von bakteriologischen Waffen möglich, bevor sie ein Faktum ist.

Insgesamt: Vorsicht ist besser als Nachsicht. Die Erfahrungen mit der Atomindustrie sollten uns dies gelehrt haben.



Haidi Strelitz ist Abgeordnete der SPD im Hessischen Landtag.

oder Toxinen unter dem Stichwort Arzneimittelforschung, – molekulargenetische Manipulationen an menschlichen Foeten bleiben allesamt genau insoweit erlaubt (wenn es nach dem Mehrheitsvotum der Kommission geht), als sie bereits geplant, betrieben, gewollt oder finanziert werden. Mit anderen Worten: Verboten oder eingeschränkt wird nur, woran ohnehin niemand ein einflußreiches Interesse hat.

Bei den Machtverhältnissen und der Vorgehensweise in der Kommission überrascht das nicht. Es herrschte hier eine Große Koalition gegen das Grüne-Konzept einer neuartigen, gesellschaftlich organisierten Technikfolgenbewertung, die wir für den Bereich Molekulargenetik und industrielle Anwendung von Gentechnik für dringend notwendig crachten.

Typisch war in der Kommission folgendes Vorgehen: Wenn es fällig war, zu einem bestimmten Thema Gutachten zu vergeben und aus einer Liste vorgeschlagener Personen und Institutionen einige auszuwählen, wurde eine Beratungspause eingelegt und der Vertreter der BASF, von der CDU als sachverständiges Mitglied benannt, setzte sich ein paar Minuten mit dem Vertreter der IG Chemie, von der SPD

als sachverständiges Mitglied benannt, im Stile einer konzertierten Aktion zusammen, und die von ihnen vorgeschlagene Auswahl war dann mehrheitsfähig. Die wesentlichen Stimmen in der Öffentlichkeit, nämlich diejenigen, die das Thema „Gentechnik“ erst zum Gegenstand öffentlicher Diskussionen gemacht haben, blieben dabei draußen.

Der zentrale Vorwurf an die Kommission ist daher der, daß sie nicht versucht hat, „die Kontroversen Standpunkte in der Debatte um die Gentechnologie mit der notwendigen Offenheit und Vorurteilsfreiheit aufzunehmen und darzustellen“; wie es im Sondervotum der GRÜNEN heißt. Die Chance hierfür wurde schon bei der Errichtung der Kommission vertan, als die SPD überflüssigerweise voll auf den Vorschlag der CDU einging, die Gentechnik von vornherein als „chancenreiche“, begrüßenswerte Technologie einzustufen; gerade diese Bewertung hätte aber offen bleiben müssen, wenn man die breite Diskussion derer, die sich bei diesem Thema ohne Karriere- und Profitinteressen engagieren, hätte ernstnehmen wollen.

Später dann war es gar nicht mehr möglich, Gutachten anzufordern und Stellungnahmen durchzusetzen auf der Basis der Erkenntnis, daß das Ausmaß

des Nicht-Wissens im Bereich der gentechnischen Vorgänge allzu groß ist, als daß man wagen könnte, molekulargenetisch daran zu manipulieren (bei auch nur dem geringsten Verantwortungsbewußtsein). An dem kulturellen Wandel, der nach meiner Ansicht im Umgang mit unseren neuen, überaus potenten Technologien erforderlich ist, hat sich die Kommission (und auch die SPD) jedenfalls nicht beteiligt.

In der 11. Legislaturperiode wird reichlich Gelegenheit sein, anhand zahlreicher Einzelanträge, die aufgrund des Sondervotums ins Parlament eingebracht werden, die politische und wissenschaftstheoretische Diskussion weiterzubetreiben; hoffen wir, daß dies in aufgeschlossener Weise und ohne die Scheuklappen von 1983–86 geschieht!



Erika Hickel war Mitglied der Enquete-Kommission und ist Professorin an der TU Braunschweig.

Ideen produzieren

Mit dem Slogan Gesundheitspolitik anstelle von Standespolitik betreiben zu wollen, war die Fraktion Gesundheit in die Wahlen zur Berliner Ärztekammer gezogen. Seit dem 29. Januar stellt sie mehrheitlich den Vorstand. Über erste Schwerpunkte der Arbeit sprach Ulli Raupp mit Rieke Alten, stellvertretende Vorsitzende der Kammer.



Rieke Alten ist Internistin und Rheumatologin und arbeitet an einer Spezialklinik für rheumatisch Kranke in Berlin

dg: Zuerstmal den allerherzlichsten Glückwunsch zum Erfolg bei der Kammerwahl und speziell auch für Sie. Was wird denn der neue Kammervorstand zuerst in Angriff nehmen?

Alten: Als erstes werden wir eine „Sprechstunde Gesundheit“ einrichten. Hier werden Ärzte der verschiedenen Fachrichtungen zur Verfügung stehen. Dies ist ein erstes Beispiel dafür, daß wir versuchen wollen, die Kammer für die Gesundheitsbelange der Bevölkerung zu öffnen.

dg: Auch in Sachen Patientenschutz?

Alten: Das haben wir so detailliert noch nicht überlegt. Wichtig ist uns, in

einer Art demonstrativem Akt, die Kammer der Bevölkerung zu öffnen. In erster Linie geht es uns dabei um die Fragen gesundheitlicher Betreuung.

dg: Sie sind ja nun eine der ganz wenigen Frauen in einem Ärztekammervorstand, dazu noch zur stellvertretenden Vorsitzenden gewählt. Was sind Ihre speziellen Interessen als Frau in diesem Vorstand?

Alten: Mein Hauptaugenmerk werde ich darauf richten, für die zwangsweise ausgestiegenen – oder gar nicht erst eingestiegenen Ärztinnen Arbeits- und Ausbildungsplätze zu organisieren. Wir haben in Berlin, modellhaft sicher auch für die Bundesrepublik, Kurse für Kolleginnen, die wegen der Kinder mehrere Jahre pausieren mußten. Hier werden sie in wenigen Wochen wieder auf den neuesten Stand in der jeweiligen Fachrichtung gebracht. Diese Kurse müssen intensiviert werden.

dg: Aber oft ist ja nicht der „neueste Stand“ das Problem, sondern daß eben eine Frau nicht gefragt ist.

Alten: Die Absolventinnen dieser Programme sind aber bisher meist eingestellt worden. 92 Prozent derjenigen, die diese Kurse gemacht haben, fanden dann auch eine Stelle.

dg: Würden Sie denn dann vertreten, daß es in Berlin hauptsächlich ein Qualifikationsproblem ist, wenn Ärztinnen keine Stelle bekommen?

Alten: Nein. Meine persönliche Erfahrung geht dahin, daß du in diesem Medizinbetrieb keine erwünschte Arbeitskraft bist, wenn du in dem Alter stehst, in dem du noch Kinder bekommen könntest, oder auch schon welche hast, für die du noch sorgen mußt. Wenn du nicht in der Lage bist, dich über die normale Arbeitszeit hinaus zu verpflichten, wird deine Arbeitskraft auch in ihrer Qualität herabgewürdigt.

dg: Ja, genau dagegen hilft dann auch kein Programm, das auf Qualifikation abstellt?

Alten: Nein, sicher nicht. Hier wird man vielleicht Programme diskutieren müssen zur Einführung von Halbtagsstellen, oder zur Teilung von Stellen, zum Beispiel im öffentlichen Dienst,

bei den Gesundheitsämtern oder an Kliniken; daß beispielsweise jemand nach Abschluß seiner Facharztzeit – wenn er noch an dem Krankenhaus bleiben will – sich bereiterklärt, eine halbe Stelle für die Weiterbildung einer Kollegin zur Verfügung zu stellen.

dg: Nun kann die Kammer ja gerade auch in diesem Bereich nur auffordern, hat aber keine juristische Handhabe, dies auch durchzusetzen.

Alten: Aber man kann auch durch das Produzieren solcher Ideen und die breite Werbung dafür schon etwas erreichen.

dg: Ein absehbar großes Problem wird in punkto Fortbildung auf den neuen Kammervorstand zukommen. Ärztefortbildung ist ja durchweg von der Pharmaindustrie zum Teil auch von A bis Z von den Firmen organisiert. Bricht jetzt die Fortbildung in Berlin zunächst zusammen, hat der Vorstand schon eine eigene Strategie oder will er die Industrie weiter beteiligen?

Alten: Wenn sie sinnvoll ist, sollte man nicht völlig auf die Unterstützung durch die Industrie verzichten. Die haben ja auch in manchen Bereichen schon angefangen, Programme unter Einbeziehung der ganzheitlichen und ökologischen Medizin...

dg: ... mit der Zielrichtung gentechnologischer Ausrichtung...

Alten: Das muß man im Einzelfall prüfen. Sicher wird das nicht bruchlos vonstatten gehen, das ist ganz klar. Wir wollen zunächst die Fortbildungsschwerpunkte setzen und werden dann sehen, wie die sich verhalten.

dg: Neue Fortbildungsschwerpunkte heißt auch, daß man sich darüber im klaren ist, welches Arztbild man in Zukunft fördern will. Wollen Sie beispielsweise mehr Grundversorgung oder mehr Spezialistentum?

Alten: Der Ausbau der breiten Grundversorgung hat bei uns Priorität.

dg: Noch einen „Knackpunkt“ möchte ich ansprechen: Wie wird das Verhältnis zur Bundesärztekammer aussehen? Von jedem Berliner Arzt werden um die fünfzig Mark seines Kammerbeitrages an die Bundesärztekammer, die ja nur eine freiwillige Vereinigung der Landesärztekammern ist, abgeführt. Bei 11.000 Ärzten ein schönes Sümmchen, für das man viel anderes machen könnte?

Alten: Darüber haben wir uns noch nicht im Detail unterhalten, da möchte ich auch unserer internen Diskussion nicht vorgreifen. Aber wir werden dieses Problem sicher auf einer unserer nächsten Sitzungen besprechen.

dg: Vielen Dank, Frau Alten, und viel Erfolg für die weitere Arbeit.

Als im Jahr 1980 Häufungen von Asthma im Kindesalter und Pseudo-Krupp immer freitags abends zur gleichen Zeit auftraten, die mit der bis dahin geltenden reinen infektiösen Ursache für diese Erkrankung nicht in Einklang zu bringen waren, und ich eine zusätzliche Ursache über die Atemluft annahm, war das noch eine Ungeheuerlichkeit und Anmaßung.

Als wir statistische Zusammenhänge zwischen dem vermehrten Auftreten dieser beiden Krankheiten und den hochschadstoffbelasteten Wohngebieten sowohl bei den eigenen Patienten als auch bei Patienten der Universitätskinderklinik Essen feststellten, wurden die ersten Waldschadensmeldungen bekannt.

Heute weiß man zum Beispiel durch die Arbeiten von Professor Meister (Münster) und Professor Neugebauer (Saarbrücken), daß die Waldschadensflächen mit den Flächen übereinstimmen, in denen Menschen mehr husten und mehr Bronchialkrebs bekommen. Diese besonders gefährdeten Gebiete liegen in der Abluft von Industrieregionen und Autostraßen.

Heute sind die Zusammenhänge zwischen Schadstoffbelastungen und dem vermehrten Auftreten von Asthma im Kindesalter in fast allen höher belasteten Städten Deutschlands nachgewiesen worden. Es gibt nur zwei gegenteilige Arbeiten, die aber erhebliche statistische und methodische Mängel aufweisen. Darüber hinaus gibt es eine große Literatur aus dem amerikanischen Forschungsbereich mit gleicher Aussage.

Beweise gibt es allerdings nicht. Die erhielt man nur durch die versuchsmäßige Schadstoffexposition gesunder Kinder. Dennoch kann aufgrund der vorliegenden Erhebungen ein Zusammenhang zwischen freigesetzten Schadstoffen und Erkrankungen wie Asthma als gesichert angenommen werden. Dazu bedarf es keiner weiteren Studien.

Die Beschäftigung mit dem Thema Luftbelastung und Krankheit führt zwangsläufig zu der Erkenntnis, daß diese Fragestellung an einem Endpunkt angelangt ist, wenn nicht die Bevölkerung Fürsprecher findet. Denn wenn wir alle Krankheiten nur einmal aufzählen, die laut Kollegenaussagen Verschlimmerung erfahren durch Schadstoffbelastungen in der Luft, kommt eine unvorstellbar hohe Summe an Leid, aber auch an finanziellen Belastungen zusammen.

Als luftbelastungsabhängige Krankheiten können nach Meinung der Fach-



Foto: Linie 4/M. Bauer

Für den Smog Anfang des Jahres ist schnell der Schuldige gefunden. Die Großwetterlage. Derweil steigt die Zahl der Atemwegserkrankungen weiter an.

Der tägliche Smog

Luftverschmutzung und Atemwegserkrankungen

leute kindliches und Erwachsenen-Asthma, Pseudo-Krupp, Allergien, Augenbindehautentzündungen, Entzündungen im Hals-Nasen-Ohren-Bereich, Bronchitis, Lungenentzündungen, Schnupfen und grippale Infekte angesehen werden. Laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) sind 90 bis 95 Prozent aller Atemwegsinfektionen auf Luftschadstoffe zurückzuführen.

Aber nicht nur die Kinder, sondern besonders die alten Menschen leiden unter der Luftbelastung. Bei alten Menschen ist eine der gesundheitlichen Schwachstellen der Herz- und Hirnkreislauf. Durch Schadstoffe werden die Gefäße verengt und somit kommt es bei alten Leuten zur Auslösung einer Angina pectoris und somit eines Herzinfarktes und eines Schlaganfalls. Die Dauerbelastung mit Luftschadstoffen führt beim älteren Menschen, aber inzwischen auch im mittleren Lebensalter zu Dauerhusten, Bronchialkrebs und auch zum Tod.

Schadstoffe sind Stoffe, die schaden. Sie schaden auch erheblich den Krankenkassen. Nach Angaben des Bundesgesundheitsamts sind die jährlichen gesundheitlichen Schäden auf 17 Milliar-

den Mark für die Bundesrepublik vorsichtig geschätzt worden.

Die Allgemeinen Ortskrankenkassen Wunsiedel und Hof haben für ihre ungefähr 110 000 Mitglieder die steigenden Belastungen einzelner Atemwegserkrankungen in den letzten Jahren aufgeführt. In Wunsiedel stiegen vom ersten Quartal 1981 zum ersten Quartal 1986 die Fälle von Bronchitis um 109 Prozent, von Asthma um 222 Prozent und von Pseudo-Krupp um 575 Prozent. In Hof liegt für den gleichen Zeitraum die Steigerungsrate von Bronchitis bei 107 Prozent, von Asthma bei 78 Prozent und von Pseudo-Krupp bei 175 Prozent.

Kinder wie alte Leute haben keine Fürsprecher mit Einfluß. Sie bezahlen unsere Umweltsünden mit weniger Zukunft und mit Gesundheitsschäden. Dies zu ändern müßte Aufgabe der Krankenkassen sein – und dies nicht allein aus finanziellen Erwägungen. Sie sollten Einfluß auf Politik und Industrie nehmen, sie sollten die Verhandlungen über Grenzwerte führen und nicht nur die Ingenieure.

Berthold Mersmann

Berthold Mersmann arbeitet als Kinderarzt in einer Gemeinschaftspraxis in Essen-Borbeck

Akzeptabel und unbefriedigend

Tarifergebnisse zum Arzt im Praktikum

**Am 19. Januar fand die
dritte Tarifverhandlung
zum Arzt im Praktikum statt.
Udo Schagen kommentiert
die Ergebnisse.**

Das Angebot der Arbeitgeber sah eine Vergütung von 1000 Mark im ersten Jahr und 1150 Mark im zweiten Jahr, eine Probezeit von sechs Monaten und beliebig lange vom Arbeitgeber zu bestimmende Vertragslaufzeiten vor. Es wäre also möglich gewesen, die Verträge nur über sechs Monate abzuschließen.

Demgegenüber wurde als Ergebnis erreicht: Entgelt von 1500 Mark im ersten und 1750 Mark im zweiten Jahr; eine Probezeit von vier Monaten. Soweit möglich, soll die Vertragszeit über die gesamte Ausbildungszeit laufen und verlängert werden, wenn auf die Ausbildungszeit nicht anrechenbare Unterbrechungen (Schwangerschaft, Krankheit etc.) erforderlich wurden. Ansonsten gelten im wesentlichen die üblichen Regelungen des Bundesangestelltentarifvertrags (BAT).

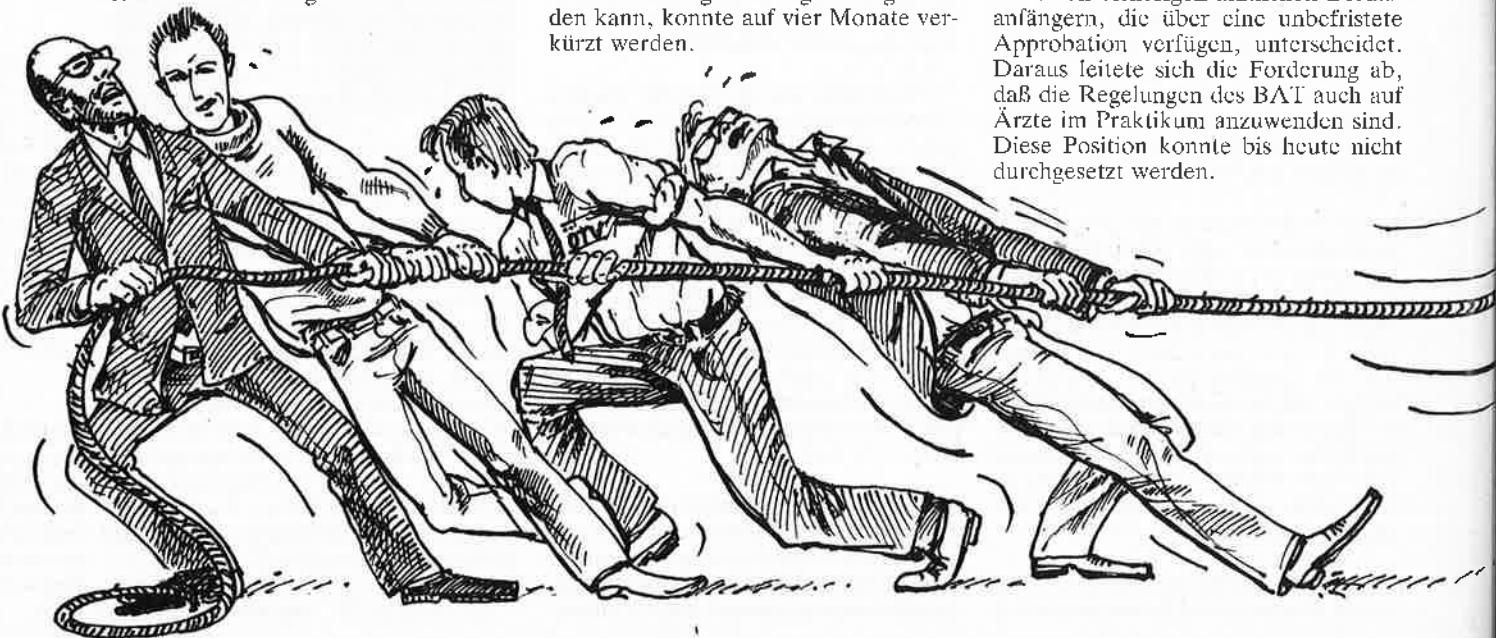
Das Ergebnis gilt für die öffentlichen Arbeitgeber (Bund, Länder und Gemeinden), nicht aber für die freigemeinnützigen Träger von Krankenhäusern sowie für private Träger und niedergelassene Ärzte. Außerdem gilt noch der Vorbehalt einer Erklärungsfrist.

Negativ ist zu vermerken: Das Entgelt liegt weit unter der Vergütung bisheriger ärztlicher Berufsanfänger. Die Auffassung der Gewerkschaft ÖTV, daß sich die Tätigkeit des zukünftigen AiP nicht von derjenigen bisheriger ärztlicher Berufsanfänger unterscheiden wird und dementsprechend die tarifvertraglichen Regelungen für Assistenzärzte Anwendung finden müßten, konnte nicht durchgesetzt werden.

Allerdings ist gegenüber dem ursprünglichen Angebot der Arbeitgeber ein um 50 Prozent höheres Entgelt vertraglich gesichert worden. Gleichzeitig konnte erreicht werden, daß die Arbeitgeber verpflichtet sind, Verträge über die gesamte Ausbildungszeit von 18 Monaten (1988–1992) beziehungsweise zwei Jahren (ab 1992) abzuschließen, wenn die gesamte Zeit in ihrem Verantwortungsbereich absolviert werden kann und soll. Außerdem soll eine Vertragsverlängerung erfolgen, wenn innerhalb der Vertragsdauer die Ausbildung wegen länger dauernder Krankheit oder Schwangerschaft nicht abgeschlossen werden kann. Auch die Probezeit, innerhalb derer jederzeit mit zweiwöchiger Frist gekündigt werden kann, konnte auf vier Monate verkürzt werden.

Die durchaus vorstellbare Situation, daß sich Bewerber gegenseitig unterbieten, um einen Ausbildungsplatz zu erhalten, bzw. sogar umsonst arbeiten, wird für einen großen Teil der möglichen Arbeitsplätze ausgeschlossen.

Dennoch bleibt das Ergebnis unbefriedigend. Die Gewerkschaft ÖTV hat seit Beginn der Diskussion über die Arzt-im-Praktikum-Phase die Auffassung vertreten, daß es durch ihre Einführung nicht zu einer Verbesserung der ärztlichen Ausbildung kommen kann und sie daher abgelehnt. Sie hat darüber hinaus den Standpunkt vertreten, daß der zukünftige Arzt im Praktikum sich bezüglich seiner Tätigkeit nicht von bisherigen ärztlichen Berufsanfängern, die über eine unbefristete Approbation verfügen, unterscheidet. Daraus leitete sich die Forderung ab, daß die Regelungen des BAT auch auf Ärzte im Praktikum anzuwenden sind. Diese Position konnte bis heute nicht durchgesetzt werden.



Die Arbeitgeber haben mit der Bundesregierung darauf verwiesen, daß die geltende Bundesärzteordnung und die am 15. Dezember 1986 angepaßte Approbationsordnung die Arzt-im-Praktikum-Phase zu einem Bestandteil der ärztlichen Ausbildung gemacht haben und der BAT auf Ausbildungsverhältnisse nicht angewendet werden kann.

Ein Streit über Rechtsauffassungen zwischen den Tarifpartnern könnte im Sinne der Gewerkschaft nur auf zwei Wegen gelöst werden: durch massiven Druck oder durch ein letztinstanzliches Urteil vor den Arbeitsgerichten.

Ein entsprechender gewerkschaftlicher Druck konnte jedoch nicht entwickelt werden. Der Organisationsgrad von Ärzten in der ÖTV ist zu gering, um eine entsprechende Kampfkraft entfalten zu können. Die seit Frühjahr 1986 bestehende Möglichkeit für Medizinstudenten im Praktischen Jahr, Mitglied der ÖTV zu werden, hat die Bewegung vieler Studenten hin zur ÖTV zwar deutlich verstärkt, sich aber noch nicht ausreichend in einer entsprechenden Erhöhung der Mitgliederzahlen niedergeschlagen.

Die regionalen und überregionalen Aktivitäten der Studentenschaften in den vergangenen Monaten und Jahren hatten zwar, gemeinsam mit der Haltung der ÖTV sowie als Ergebnis der Umsetzungsschwierigkeiten der Krankenhausträger bei der Bereitstellung von AiP-Stellen, zu einer Verschiebung der Einführung des AiP von 1987 auf 1988 geführt, nicht aber das Ziel erreicht, die AiP-Phase insgesamt wieder zu streichen.

Gegenüber dem Druck konservativer Standesorganisationen, die die Mehrzahl aller Ärzte organisieren und die Einrichtung des Arztes im Praktikum gefordert und durchgesetzt hatten, reicht die Kraft der ÖTV im ärztlichen Bereich noch nicht aus. Der Marburger Bund mit seiner derzeitigen Mehrheit in Bund und Ländern nahestehenden Spitze hatte die Einführung des AiP im wesentlichen mitbetrieben.

Er sah von Anfang an in der von ihm befürworteten AiP-Phase etwas ähnliches wie eine Referendanzzeit für Lehrer und Juristen, ohne daß er allerdings die dort bestehende Ausbildungsverpflichtung des Staates auch für die Ärzte durchsetzen konnte. Dementsprechend war der Marburger Bund von Anfang an bereit, über die Deutsche Angestellten-Gewerkschaft (DAG), bei der er bei Tarifverhandlungen mit am Tisch sitzt, einer entsprechend niedrigen Entgeltregelung zuzustimmen.

Dies setzte die Verhandlungskommission der ÖTV unter einen nicht zu unterschätzenden Druck. Eine Annahme des Angebots der Arbeitgeber nur durch die DAG/Marburger Bund bei gleichzeitiger Ablehnung durch die ÖTV hätte bedeutet, daß die ÖTV unter Umständen darauf verzichten hätte, bei zukünftigen Tarifverhandlungen für den ärztlichen Bereich wirksam mitreden zu können. Diese Situation kann grundsätzlich nur dann verändert werden, wenn sich in naher Zukunft mehr Ärzte in der ÖTV als im Marburger Bund organisieren.

Entscheidungen vor dem Arbeitsgericht sind nicht vor 1989 möglich

Unterschiedliche Rechtsauffassungen zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern bezüglich des Inhalts von Arbeitsverträgen können über entsprechende Klagen beim Arbeitsgericht erst geklärt werden, wenn ein Betroffener vor Gericht zieht. Das bedeutet, daß die Auffassung, die Tätigkeit eines Arztes im Praktikum unterscheide sich inhaltlich nicht von der Tätigkeit eines Berufsanfängers mit unbefristeter Approbation und müsse daher auch zu gleichen arbeitsvertraglichen Rechten (gleiche Bezahlung) führen, frühestens ab Herbst 1988 von Betroffenen vor Gericht geltend gemacht werden kann.

Da damit zu rechnen ist, daß eine mögliche Bestätigung dieser Auffassung in der ersten Instanz von den Arbeitgebern nicht anerkannt werden würde, wird ein solches Verfahren über alle Instanzen gehen müssen und könnte voraussichtlich frühestens 1989 zur letztinstanzlichen Entscheidung gebracht werden.

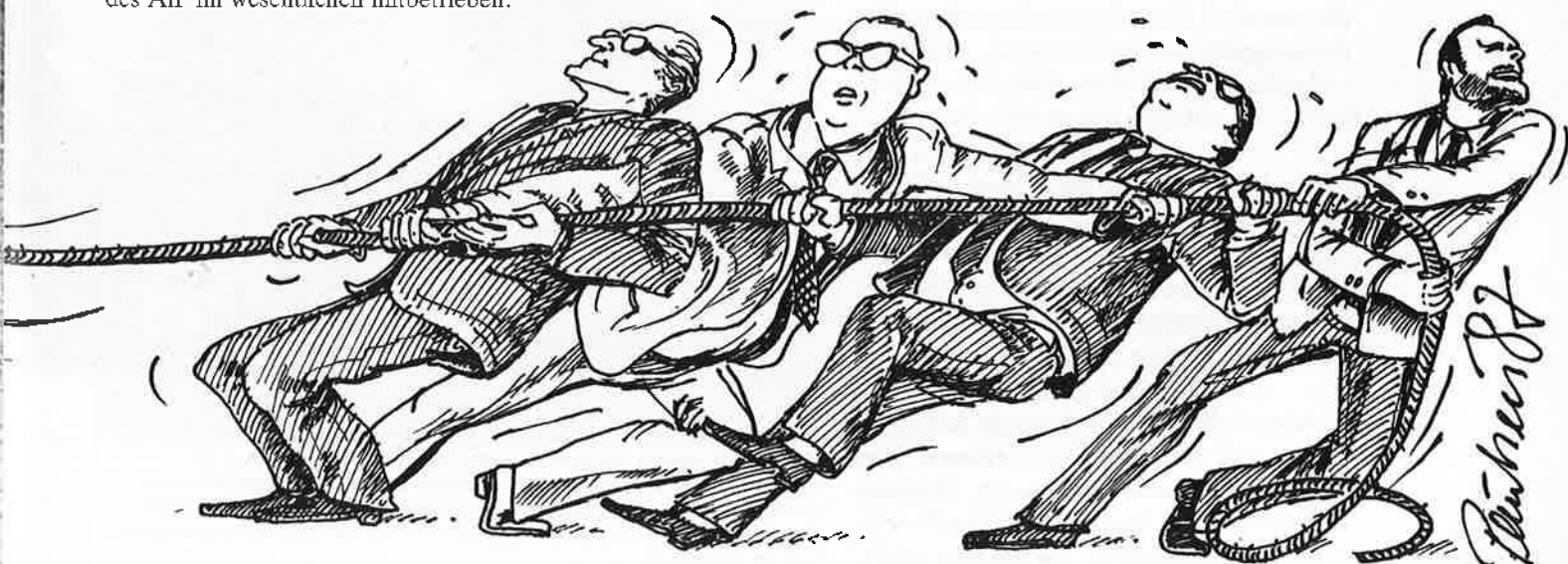
Wegen der in Teilbereichen des öffentlichen Dienstes ohnehin gekündigten BAT-Regelungen kann der Ausgang des Verfahrens nicht mit Sicherheit vorausgesehen werden. Auch diese Situation und die anderenfalls zu erwartende generelle Rechtsunsicherheit beim Abschluß von Verträgen durch Ärzte im Praktikum hat die ÖTV-Verhandlungskommission dazu bewogen, dem jetzt abgeschlossenen Tarifvertrag letztendlich trotz aller bestehenden Bedenken zuzustimmen. Mit Sicherheit kann davon ausgegangen werden, daß bei der bestehenden Rechtsunsicherheit einzelne Betroffene trotzdem eine Klärung auf dem Rechtsweg versuchen werden.

In Tarifverhandlungen kann lediglich der vom Gesetzgeber vorgegebene Rahmen bezüglich des konkreten Anstellungsverhältnisses ausgefüllt, nicht aber die gesetzliche Regelung selbst verändert werden.

Die Position der ÖTV, nach der es sich bei der Einführung des Arztes im Praktikum durch die Bundesärzte- und die Approbationsordnung um eine verfehlte, nicht auf das angestrebte Ziel der Verbesserung der Ausbildung hin gerichtete Regelung handelt, bleibt unverändert. Die Ärzte in der ÖTV mit den anderen Gesundheitsberufen werden sich entsprechend der ihnen zur Verfügung stehenden inhaltlichen und organisatorischen Kraft weiter für eine Abschaffung dieser Regelung und für Veränderungen in der Arztausbildung einsetzen, die dem angestrebten Ziel einer Verbesserung tatsächlich entsprechen.

Udo Schagen

Udo Schagen ist Mitglied der ÖTV-Tarifkommission zum Arzt im Praktikum





Bilder einer Ausstellung

Erstmals besteht für jeden Interessierten die Möglichkeit, 60 Bilder aus dem dg-Kunstwettbewerb „Krankheit und Umwelt“ zu besichtigen. Möglich wurde dies durch das Engagement der Direktoren des Bundesverbandes der Innungskrankenkassen, Werner Gerlach und Udo Schulte-Mimberg, in deren Haus die Ausstellung zu sehen ist. Dabei ging es dem Bundesverband nicht nur um „schöne Bilder“, sondern bewußt um die Diskussion der Zusammenhänge von Krankheit und Umwelt, erklärte Werner Gerlach auf der Eröffnungsveranstaltung am 4. Februar. Die Ausstellung wird noch bis zum 10. April im Bundesverband der Innungskrankenkassen, Kölner Straße 1-5, Bergisch Gladbach-Bensberg, zu sehen sein.



dg-Redakteurin Ursula Daalman im Gespräch mit Dr. Mersmann (links) und Werner Gerlach, Direktor des Bundesverbandes der Innungskrankenkassen: Werner Gerlach bietet Dr. Mersmann nach seinem Vortrag über Pseudo-Krupp und Schadstoffbelastung in der Luft an, über dieses Thema in der Zeitschrift der Innungskrankenkassen zu schreiben.



Foto: Linie 2/M. Jung

Dr. Berthold Mersmann, Kinderarzt aus Essen-Borbeck, über Schadstoffemissionen:
„Je höher der Schornstein, desto schlechter das Gewissen der Betreiber.“

Prävention

Auszüge der Rede Werner Gerlachs

Krebserzeugende Wirkstoffe sind zum Teil Zeitbomben. Die meisten arbeitsbedingten Krebserkrankungen treten erst fünf bis 30 Jahre nach Einwirkung dieser Stoffe auf. Dies verpflichtet, nicht in abwartende Passivität zu verfallen, sondern mit Wachsamkeit, Spürsinn und Nachdruck die Zusammenhänge aufzuhellen.

Dabei stellt sich die Frage, ob wir bei der prinzipiell bejahten Prävention den richtigen Einstieg gefunden haben. Bis in die jüngste Zeit galt Prävention als das „Allheilmittel“ zur Lösung der Gesundheitsrisiken. Gegenwärtig macht sich Skepsis breit. Es wird darauf verwiesen, daß den bisherigen präventiven Strategien ein durchschlagender Erfolg versagt geblieben ist.

Als Beleg wird angeführt, daß es weder gelungen ist, die Kostenentwicklung positiv zu beeinflussen noch die Morbiditäts- oder Mortalitätsraten der Zivilisationskrankheiten entscheidend zu verändern. Einzelne gesundheitsrisikante Verhaltensweisen wie Überernährung, Rauchen und Alkoholgenuß werden als isolierbare Ursache herausgearbeitet. Damit wird die Schuld für Erkrankungen allgemein dem Individuum selbst zugeschrieben, wobei betriebliche und gesellschaftliche Einflüsse auf die Erkrankung in den Hintergrund treten. Ich möchte mit dieser Problematik verdeutlichen, daß wir bei unseren heutigen chronischen Zivilisationskrankheiten nicht nach einer Alleinursache suchen dürfen. Es gibt ein Netz von Bedingungen, bei denen man nach Grundursachen, auslösenden, verstärkenden und modifizierenden Faktoren differenzieren muß.

Trotzdem ist an Prävention in ihrem Kern festzuhalten. Es erscheint allerdings notwendig, die bisherigen Konzepte so zu modifizieren, daß zwischen Zielsetzung und Zielerreichung kein zu großer Widerspruch entsteht. Als ein Grund für ein Scheitern des bisherigen Präventionskonzepts scheint sich herauszukristallisieren, daß der fördernde beziehungsweise hemmende Einfluß der sozialen Umwelt auf die Inanspruchnahmebereitschaft unterschätzt wurde. Dies gilt beispielsweise für gesundheitsaufklärerische Appelle, die uns spezifisch den Wert von Gesundheit thematisieren und nicht genügend die Lebenswirklichkeit berücksichtigen. So konkurriert das Interesse an Gesundheit beispielsweise auch häufig mit dem Lohninteresse oder der Angst vor dem Verlust des Arbeitsplatzes.



Verwaltungsgebäude des Bundesverbandes der Innungskrankenkassen:
Treppenhaus und Flure haben sich in eine Gemädegalerie verwandelt.

Lebensfäden

Die Ärztin Else Kienle

1931 wurde in Stuttgart die junge Ärztin Else Kienle zusammen mit Friedrich Wolf, dem bekannten Arzt und Schriftsteller, wegen Verstoßes gegen den Paragraphen 218 Strafgesetzbuch verhaftet. Diese Verhaftungen lösten eine der größten Protestbewegungen der Weimarer Republik aus.



Else Kienle war eine von den „Neuen Frauen“ der Weimarer Republik, die mit bis dahin ungekannter Selbstverständlichkeit ökonomische und sexuelle Unabhängigkeit für sich in Anspruch nahmen. Die Lohnarbeit von Frauen als permanenter und integrierter Bestandteil des geschlechtsspezifischen Arbeitsmarktes war eine unwiderrufliche Tatsache geworden, und damit eng zusammen hing auch ihre sich verändernde Entscheidungsfreiheit hinsichtlich Sexualität und Fortpflanzungsverhalten. Else Kienle beschrieb die Frauen ihrer Zeit so: „Zuerst und vor allem bildeten die arbeitenden Frauen eine heimliche Einheitsfront... Sie drängte(n) sich in den wirtschaftlichen und geistigen Wettbewerb... Vor allem das Recht auf den eigenen Körper forderte diese neue Frau im vollen Bewußtsein ihrer Verantwortung... die Zeit der Mutterschaft durfte nicht mehr einfach vom

Manne festgesetzt werden... Was nützte ihr das Stimmrecht, wenn sie trotzdem eine willenlose Gebärmaschine bleiben sollte?“ Da aber der Zugang zu Verhütungsmitteln gesetzlich immer noch eingeschränkt war, die Ärzte den Forderungen nach Aufklärung und zuverlässiger und sicherer Verhütung teils hilflos, teils ablehnend gegenüberstanden, wurde die Abtreibung zur entscheidenden Methode der Geburtenregelung.

Die Frauen griffen zu den schrecklichsten Mitteln und Methoden und nahmen alle nur denkbaren Risiken auf sich, um nicht dem Schicksal zahlreicher Geburten ausgeliefert zu sein. Oft wurden zum Beispiel Irrigatoren benutzt, die mit Lysolspülungen, Seifenlösungen oder essigsaurer Tonerde gefüllt wurden. Sie sollten das Ausbluten der Gebärmutter hervorrufen. Auch Zyankali gehörte zu den benutzten

Mitteln. Ihre Anwendungen waren von Vergiftungen, Entzündungen und Gewebezerstörungen begleitet. Über die Zahl der Frauen, die dadurch zu Tode kamen, schwiegen die Kriminalstatistiken. In den zwanziger Jahren wurden die Todesfälle auf 10 000 jährlich geschätzt.

Selber wird Else Kienle mit dem Problem der Abtreibung konfrontiert, als sie eine eigene Praxis als Fachärztin für Haut- und Geschlechtskrankheiten eröffnet. Sie war bereits früh von ihren Eltern gefördert worden und konnte als einziges Mädchen 1918 auf dem Esslinger Gymnasium das Abitur machen. 1923 folgte das Staatsexamen in Medizin, 1924 promovierte sie. Ihr größter Wunsch, Chirurgin zu werden, war damals wie heute für eine Frau praktisch unerfüllbar. Nach ihrer Assistenzarztzeit auf der „Polizeistation“, der geschlossenen Abteilung für Geschlechts-

krankheiten in Stuttgart, heiratete sie den jüdischen Bankier Stefan Jacobowitz, mit dessen Hilfe sie ihre Praxis und eine kleine, sechs bis acht Betten umfassende Station einrichtete.

Else Kienle gründet die einzige Beratungsstelle des Reichsverbandes für Geburtenregelung und Sexualhygiene in Stuttgart und hält in der Stadt und den Vororten Vorträge zur Aufklärung der Arbeiterinnen. Während dieser Zeit lernt sie Friedrich Wolf kennen, einen engagierten Arzt und bekannten Schriftsteller und seit 1928 Mitglied der KPD.

Wolf ist den konservativen Stuttgarter Behörden schon länger ein Dorn im Auge, besonders seit er sich auf öffentlichen Veranstaltungen für Geburtenregelung einsetzt und den „Mord-Paragraphen“ anprangert. Wolf überweist, wie andere Stuttgarter Ärzte auch, Patientinnen, bei denen er eine „sozialmedizinische Indikation“ verantworten kann, zur Schwangerschaftsunterbrechung in die Klinik von Else Kienle. Er sieht in dem „Klassenparagraphen“ ein Druckmittel des Kapitalismus gegen das Proletariat, Else Kienle eher ein Instrument des Patriarchats zur Unterdrückung von Frauen, indem sie in ihre Rolle als Mutter gezwungen werden.

Die Aufführung des Theaterstückes „Cyankali“ von Friedrich Wolf – es ist das bekannteste und einflussreichste Theaterstück gegen den Paragraphen 218 in der Weimarer Zeit – löst eine erste Massenbewegung gegen den Paragraphen aus. Am 6. September 1929 wird „Cyankali“ in Berlin uraufgeführt. Mehr als 100 Aufführungen finden bis Januar 1930 im Lessingtheater statt. Überall, wo das Ensemble anschließend auftrat, wurde das Stück Gegenstand erbitterter politischer Auseinandersetzungen. Die Atmosphäre um den Paragraphen 218 heizt sich auf.

Am 28. Januar 1931 treffen sich Vertreterinnen der Sexualreformbewegung, der kommunistischen Frauenbewegung und unabhängiger feministischer und pazifistischer Gruppen, um eine Kampagne gegen die päpstliche Enzyklika „Über die christliche Ehe“ und die darin enthaltenen Angriffe auf die Rechte der Frauen zu planen. In diese kämpferische Stimmung des Widerstandes fällt am 19. Februar die Verhaftung von Friedrich Wolf und Else Kienle in Stuttgart. Ein Kollege hatte sie denunziert.

Aber anstatt den Schwung der Abtreibungskampagne zu brechen, entfesseln die Verhaftungen einen Proteststurm. Innerhalb weniger Tage wächst die Koalition der Frauen, die sich gegen die Enzyklika formiert haben, und nimmt immer neue liberale, sozialistische und kommunistische Gruppen auf, die sich alle mit der Sexualreformbewegung verbunden fühlen. Gleich

nach Friedrich Wolfs Verhaftung organisiert die KPD, die sich an die Spitze der Protestbewegung gesetzt hat, Demonstrationen und Veranstaltungen zur Freilassung von Wolf und Else Kienle und zur Abschaffung des Paragraphen 218. Der „Kampfausschuß gegen § 218 und für Verteidigung Dr. Friedrich Wolfs und Frau Dr. Kienles“ wurde in Berlin ins Leben gerufen und

tion im Kampf gegen den Paragraphen 218 ab. Der zunehmende Einfluß der Nationalsozialisten und die finanziellen Auswirkungen der Depression machen es der Sexualreformbewegung immer schwerer, ihre Dienstleistungen aufrecht zu erhalten. Auch Else Kienle, die in Frankfurt weiterhin Schwangerschaftsabbrüche nach der gemischten „sozial-medizinischen“ Indikation vor-

Der Abtreibungsparagraph ist für Else Kienle nicht nur ein Beispiel für Klassenjustiz, sondern vor allem für die patriarchale Unterdrückung von Frauen

errichtete in kürzester Zeit 800 Zweigkomitees im ganzen Land, die mehr als 1500 Massenveranstaltungen organisierten.

Am 27. Februar wird Friedrich Wolf gegen Zahlung von 10 000 Reichsmark Kautions auf freien Fuß gesetzt. Else Kienle, die nicht den Vorteil der Prominenz von Wolf hat und auch nicht den Schutz der kommunistischen Partei genießt, muß wegen „Verdunkelungsgefahr“ weiterhin in Haft bleiben. Noch während der Untersuchungshaft beginnt Else Kienle damit, in einem Buch Rechenschaft über Fälle aus ihrer Praxis abzulegen.

Am 20. März tritt sie aus Protest gegen die andauernde Inhaftierung in den Hungerstreik. Die gerichtliche Pressestelle äußert dazu, „Frau Doktor Kienle habe nicht den Charakter, eine solche Maßnahme durchzuführen“. Nach sieben Tagen ist ihr Gesundheitszustand so kritisch, daß sie am 28. März 1931 wegen Haftunfähigkeit entlassen wird.

Nach der Haftentlassung sprechen Friedrich Wolf und Else Kienle für den „Kampfausschuß“ auf vielen Versammlungen im ganzen Land. Am 15. April findet die größte dieser Kundgebungen im Berliner Sportpalast statt. Zwischen 10 000 und 15 000 Menschen drängen sich im Saal. Es ist der Höhepunkt der Kampagne. Ein Spitzelbericht vermerkt mit Bestürzung: „Unter den weiblichen Besuchern konnte man zahlreiche, nicht nur besser, sondern auch elegant gekleidete Frauen und Mädchen beobachten.“ Die Anwesenheit dieser Frauen spricht dafür, daß der Abtreibungsparagraph nicht nur ein Beispiel für Klassenjustiz, sondern auch für patriarchale Unterdrückung ist. Und in diesem Punkt ist Else Kienle, die mehr zu letzterer Anschauung neigt, eher eine unbequeme Verbündete für die KPD.

Nach der Freilassung von Wolf und Else Kienle bröckelt die große Koali-

tion, bekommt das zu spüren. Im Herbst 1932 erhält sie einen Wink, daß sie mit erneuter Verhaftung oder Verfolgung durch SS-Schlägertruppen rechnen müsse. Im Spätherbst flieht sie nach Frankreich.

Die Geschichte von Else Kienle und die Geschichte des Kampfes gegen den Abtreibungsparagraphen enden damit vorerst. Im Januar 1933 wird das Verfahren gegen sie vorläufig eingestellt, der öffentliche Kampf der Frauen um „Menschenwürde und Frauenwürde“ geht im Faschismus unter.

Den Lebensfaden dieser engagierten Frau und Ärztin nach 53 Jahren wiederzufinden, war fast unmöglich. Niemand konnte über ihren Verbleib Auskunft geben, selbst im Friedrich-Wolf-Archiv in der DDR fanden sich keine weiterführenden Spuren. Endlich, nach fast einem Jahr ergebnisloser Suche ein Hinweis auf einen Bruder, die Nachricht über Personen, die sie in Amerika gekannt hatten, und auch die traurige Tatsache, daß Else Kienle bereits 1970 in New York gestorben war. Aus all diesen Mosaiksteinen hat sich dann folgendes Bild zusammengesetzt.

1932 war Else Kienle von Stefan Jacobowitz geschieden worden. In Frankreich, wohin sie geflüchtet war, heiratete sie einen Amerikaner, mit dem sie in die USA auswanderte. In New York konnte sie sich wieder als Ärztin niederlassen und führte eine gutgehende Praxis als Schönheitschirurgin. In den 50er Jahren erlebte sie auf diesem Gebiet der kosmetischen Chirurgie große berufliche Erfolge.

Ihre enge Verbindung nach Hause riß nur während des Krieges ab. Sie heiratete noch zweimal. Bei ihrem letzten Besuch in der Bundesrepublik 1966 war sie bereits sehr krank. Im Juni 1970 starb Else Kienle, zwei Jahre nach ihrem Mann Wesley Robertson, in New York.

Verena Steinecke-Fittkau

Verena Steinecke-Fittkau ist Sozialwissenschaftlerin und promoviert zur Zeit an der Universität Bremen

Kirchliches Handeln bei Unglücksfällen und Katastrophen. Eine Handreichung für kirchliche Mitarbeiter. Stuttgart 1985, Broschüre, umsonst zu beziehen beim Diakonischen Werk, Hauptgeschäftsstelle, Staffenbergstr. 76, 7000 Stuttgart 1.

Wenn das Jahr anbricht, ist es wieder Zeit für den Pfarrer, Anschriften- und Telefonlisten der Helfer zu überprüfen, ebenso jene aller „wichtigen Einrichtungen“. In die Listen sollen möglichst auch Angaben über Führerschein, Erste-Hilfe-Kurs, Fremdsprachen, Fahrzeug, Rettungsschwimmerabzeichen, Schreibmaschinenkenntnisse und ähnliches. Nein, nein, hier geht's nicht um Liturgie und Gottesdienst; „Helfen macht Frau(n)de“, ganz in diesem Sinne hat sich auch die Evangelische Kirche der Katastrophenhilfe verschrieben. Grundlegend werden alle Aspekte in der Broschüre abgehandelt, und man wird das Gefühl nicht los, hier hätten hauptsächlich Militärpfarrer den Griffel geführt.

„Dieses Schiff ist unsinkbar, Madame“, sagte der 1. Offizier auf die ängstliche Frage einer wohlhabenden Dame. „Selbst wenn Gott es wollte, könnte es nicht untergehen.“ – Pardon, schon sinkt am 14. April 1912 die „Titanic“ und wir haben ein schönes Beispiel für eine Ursache von Katastrophen, in diesem Fall „Übermut“.

Wie entstehen Katastrophen? – Ganz einfach, zum Beispiel durch Ausfall von Kommunikationsmitteln, durch Streiks, durch Demonstrationen mit Gewaltanwendung, durch Geiselnahme, Aufstände und Bürgerkriege. In einer Reihe werden aufgezählt der Druckerstreik in New York 1962, der Hafenarbeiterstreik in England 1970, Brokdorf 1976, Grohnde 1977, die Studentenproteste 1967 in Deutschland, die Geiselnahme bei der Olym-

piade in München, der Ungarn-Aufstand 1956.

Folglich haben wir ein Problem bei Katastrophen: „Eine Überbewertung leiblicher Rettung hat die weitgehende Vernachlässigung der seelischen Dimensionen zur Folge“, oder mit Matthäus 6,33: „Trachtet zuerst nach dem Reich Gottes und nach seiner Gerechtigkeit, so wird euch alles andere zufallen.“ Klar, hier muß die EKD tätig werden; denn leider kann in der Bundesrepublik von „Katastrophenvorsorge ... kaum die Rede sein“. Gründe dafür: „... das Trauma des Zweiten Weltkrieges ... die Schwierigkeit, der Nachkriegsgeneration klarzumachen, daß Krisen und Katastrophen zum menschlichen Leben gehören ... die Gefahr der Ideologisierung ...“ So sieht man auch in Katastrophen die Gefahr durch „Unordnung“ und „Unterwanderung durch radikale Kräfte“.

Dagegen setzt die EKD ihr Sachprogramm: jetzt schon Kontakt zu den staatlichen Katastrophenschutzern suchen und innerkirchliche Widerstände abbauen. Hierfür gibt es ja konkrete Beispiele: „In einem Landeskirchenamt wird durch eine ernstzunehmende Bombendrohung Bombenalarm ausgelöst.“ Oder bei „einer kirchlichen Großveranstaltung bricht Feuer aus“. Wie gesagt, die Broschüre stammt nicht von Feldkurat Katz und seiner Ordonnanz Schweljk, sondern von der Ev. Kirche Deutschlands, und sie sei allen Arbeitnehmern in kirchlichen Einrichtungen wärmstens ans Herz gelegt!

Abschließend fehlen für den Fall der Fälle auch Gebete nicht: „Leben wir, so leben wir dem Herrn, sterben wir, so sterben wir dem Herrn. Darum: ob wir nun leben oder sterben, gehören wir dem Herrn.“

wp

Im letzten Mai wurde der hundertste Geburtstag von Gottfried Benn gefeiert. Das „Deutsche Ärzteblatt“ schrieb zu diesem Anlaß („Eine gelungene Synthese von Naturwissenschaft und Humanismus“), Bücher erschienen, und eine Briefmarke soll gedruckt werden. Marcel Reich-Ranicki sprach in der „Frankfurter Allgemeinen Zeitung“ von der Revolutionierung der Lyrik durch Benn – und stellte ihn neben Döblin und nicht etwa diesem gegenüber.

Die Krewel-Werke haben anläßlich des hundertsten Geburtstages einen von Joachim Ruf in der Edition Rarissima, Tausenstein, herausgegebenen Sammelband „Begegnungen mit Gottfried Benn“ so großzügig finanziell unterstützt, daß er sogar kostenlos abgegeben wird. Das Buch ist ein Versuch zur Rechtfertigung. Thilo Koch feiert darin den „späten und großen Ruhm (Benns)“.

Joachim Ruf (Hrsg.), Begegnungen mit Gottfried Benn, Tausenstein 1986, Edition Rarissima, 111 Seiten, kostenlos.

Paul Lüth, Hat Gottfried Benn den Ärzten heute noch etwas zu sagen? Erinnerungen an eine Begegnung. Stuttgart 1986, Hippokrates-Verlag, 84 Seiten.

nach langer und doppelter Diskriminierung: „Den Kulturoffizieren und Controllern der Besatzungsmächte galt er zunächst als halber Nazi.“ Aber schon bald wurde Gottfried Benn in den Westzonen verlegt, „im kommunistisch regierten Teil Berlins und Deutschlands (jedoch) weiterhin abgelehnt, ja diffamiert“.

Die Autoren des Sammelbandchens sprechen durchgehend von einem „verhängnisvollen Irrtum“ Benns, anfänglich für den Nationalsozialismus eingetreten zu sein. Er sei „blind dem Wahn einer verlogenen ‚Volksgemeinschaft‘“ verfallen und dies, obwohl er doch eigentlich unpolitisch sei: „... an dem, was sich an Politik fast vor seinen Fenstern zutrug, ist direkt weder in seinen Briefen noch in seinen Schriften die Rede.“ Anspielungen auf gesellschaftliche Redeweisen flößen in seine Gedichte ein: „Zivilisatorisches also, Politisches jedoch nicht.“

Wirklich nicht? Es ist leicht zu überprüfen, denn alle Schriften und Essays Benns sind nach 1945 in der Bundesrepublik erschienen, auch die, die Benn während des Faschismus schrieb. Eine kurzfristige „verhängnisvolle“ Verirrung ist darin kaum auszumachen, vielmehr Kontinuität, die andere allerdings auch schon bemerkt haben: „Kein Autor hat seine Position unterm Druck sozialer und politischer Umstände so wenig verändert wie Gottfried Benn“, schreibt Helmut Krapp 1964. Und wie wahr das ist!

Benn trat gegen alle fortschrittlichen politischen Bewegungen auf, gegen Luther („wohl einer der größten Vernichter des besseren Deutschturns, Zerstörer der großen mittelalterlichen Kultur, dreckeriger Niedersachse“) und gegen die französische Revolution: „Die Generation vor uns erblickte noch ethisch-thematisch: 1789, einer ihrer mächtigsten Geister schrieb: ‚dies Jahr war da, sein Gedanke ist mein Trost.‘ Mit diesem Trost ist es für uns ... aus Erkenntnisgründen zu Ende.“ Er war natürlich auch gegen die russische Revolution und gegen den Kommunismus.

„Wir sehen exemplarisch“, schrieb er im April 1933, „wie der europäische Staat, der sich vor sechzehn Jahren aufmachte, um prinzipiell den nationen- und klassenlosen Verband der Völker wachzurufen, der Machtstaat schlechthin geworden ist, der Tyrannenstaat; wie seine Moral, deren Ausgang die humanitäre Emphase von Gewerkschaftswerten und urchristlichen Phantasien war, als militaristische und industrielle Expansion, als Imperialismus schärfster nationaler Prägung endet“. Und an anderer Stelle über einen Dichterkollegen: „Das war doch bestimmt ein Bolschewist und außerdem veralkoholisiert und verhurt und unglückliche Ehe.“

Natürlich hatte er auch zur Struktur des Gesundheitswesens eine Meinung und wandte sich gegen fortschrittliche Tendenzen in der Weimarer Republik, sowohl was die Sozialversicherung betraf als auch das kommunale Gesundheitsamt. „Der Gedanke und das Wort kam ja nicht in die Welt, um die Wissenschaft und den Sozialismus und die Krankenkassen zu rechtfertigen“, schrieb er Anfang 1933 voller Ironie an seinen bürgerlichen Bremer Kaufmannsfreund Oelze. Schon im



Jahr 1927 hatte er von dem „Zug der Zeit“ gesprochen, „den frei praktizierenden Arzt zu antikeisieren: das kommunale Forum ist es, das die Behandlung übernimmt, das Gesundheitswesen, sogenannte Prophylaxe, dringt mit Fürsorge- und Beratungsstellen vor gegen ein Jahrhundert der Sprechzimmerintimitäten; es ist die Epoche der internationalen Verstrickungen unter Staatsaufsicht...“

Das sollen keine politischen Äußerungen gewesen sein? „Gedankenfreiheit, Pressefreiheit, Lehrfreiheit in einem Sechzigmillionenvolk, von dem jeder einzelne den Staat für seine Unbeschädigkeit sittlich und rechtlich verantwortlich macht, – ist da der Staat nicht aus Rechtsbewußtsein verpflichtet, diese Freiheit aufs speziellste zu überwachen?“, hieß es 1933 bei Benn. Und fünfzehn Jahre später, im Jahr 1948, ganz ähnliches: „...zum Beispiel Demokratie, als Staatsprinzip das beste, aber zum Produktiven gewendet absurd! ... Oder das Humanitäre, ein Begriff, den die Öffentlichkeit geradezu mit numinosem Charakter umkleidet – natürlich soll man human sein, aber es gab hohe Kulturen, darunter solche, die uns nahe stehen, die diesen Begriff überhaupt nicht realisierten.“

Eng einher mit dieser „modernen Staatsidee, die den unfruchtbar gewordenen marxistischen Gegensatz von Arbeitnehmer und Arbeitgeber auflösen will in eine höhere Gemeinsamkeit, mag man sie ... nennen ... nationalen Sozialismus“ (1933), ging Gottfried Benns Vorstellung von Rassen- und Erblehre. Allerdings verwickelte er sich hier zunächst in Widersprüche, indem er seinen „Biologismus durch einen biologisch keineswegs überzeugenden, künstlich oktroierten Idealismus zu strukturieren“ suchte – wie Jochen Schmidt 1985 über Benn schrieb.

Benn sah zwar schließlich die Erbmasse als Trägerin von Rassenmerkmalen an, versuchte jene aber idealistisch zu beeinflussen (Jochen Schmidt: „Begriffsnotstand des biologisierenden Mediziners“). Zwar sei das Gen, die Erbmasse, da, schrieb Benn 1933: „Tragend und fundamental, naturhaft und wohl unausweichlich ... Aber dennoch: Der Geist als ein anderes und höheres Prinzip, ist auch da, und er

und seine Erlebnisse prägen die Erbmasse tief.“

Während er noch vor Beginn des Nationalsozialismus das Genie in die Nähe des Abartigen und Dekadenten zu rücken suchte

vensystem, das in uns mündet. Auf Grund, jedenfalls in zeitlicher Nachfolge dieser Schädigung entstand das weiße menschliche Gehirn.“ Wenn das kein platter Sozialdarwinismus ist!



„Gottfried Benn errang erst in den letzten zehn Jahren seines Lebens wirklichen Ruhm. Die Bundesrepublik machte es möglich.“

(„... zu welchem Zeitpunkt, unter welchen Bedingungen tritt innerhalb einer Familie die geniale Begabung auf? ... wenn die Familie zu entarten beginnt.“), paßt er sich wenig später der nationalsozialistischen Sichtweise an: Genialität und Genies sind züchtbar und stellen eine positive Auslese dar. „Die Genies werden kommen, wenn überhaupt der Züchtungswille eines Volkes da ist.“

Und auch zehn Jahre später, im Jahr 1943, als Benn doch Schreibverbot von den Nazis bekommen hatte – immer wieder die Hervorhebung der weißen Rasse: „So war zum Beispiel der Verlust des Hauptpigments, der die weiße Rasse aussonderte, zunächst durch Ausfall der Schutzreaktionen gegen die unvorstellbare Wucht der Strahlung eine Lebensschwäche gefährlichster Art, aber dann trat ein anderer Abkömmling des gemeinsamen primären Keimblatts ... ausgleichend hervor und entwickelte das überragende, der Gefahr begegnende Ner-

Groß und leptosom ist die weiße Rasse, und pyknisch ist Minderwertiges. Männlich ist die weiße Rasse, und Frauen sind die Dienstmädchen und die Aufwartefrauen. „Bei den Müttern, hinter der Schürze! Gesummt, gedämmt und pyknisch gedacht!“, schreibt er 1944. Und 1938 an Oelze: „Soll ich nun hier ein Dienstmädchen nehmen, das nichts zu tun hat, oder eine Aufwartung, die stiehlt, und daneben wieder 2–3 Freundinnen, die doch alle geheiratet werden wollen, – da sagte ich mir, ich kombiniere das lieber alles und nehme mir eine Frau...“

Gottfried Benn errang erst in den letzten zehn Jahren seines Lebens wirklichen Ruhm. Die Bundesrepublik machte es möglich. Die Widersacher und Kontrahenten waren zahlenmäßig geschmolzen. Es gab keine „Weltbühne“ mehr, in der 1931 das Werk Benns als „pantheistisches Brimborium“ beschrieben wurde, das „pessimistisches Weltgefühl untergangssüchtiger Kulturmenschheit, müder Rassen und

Klassen“ beinhalte. Hinter dem „pathetischen Schleiergewebe“ aber finde sich „nazistische Verinselung und dekadenter Individualismus“. Widerspiegelt dies die Stimmung in der Bundesrepublik in den fünfziger Jahren?

Paul Lüth, der nach 1945 dazu verhalf, daß das Werk Benns wieder gedruckt und veröffentlicht wurde, hat dennoch eine andere Sicht der Dinge. In seinem Büchlein mit dem Titel „Hat Gottfried Benn den Ärzten heute noch etwas zu sagen?“, das zum hundertsten Geburtstag von Benn im Hippokrates-Verlag in Stuttgart im letzten Jahr erschien (offenbar sein letztes; Lüth starb Mitte letzten Jahres), kommt zwar die Verehrung zum Ausdruck, die er für Benn empfand. Aber anders als alle anderen Herausgeber und Rezensenten formuliert Lüth, worin er die Ursache für Benns späten Ruhm sieht: „In der Nazi-Zeit hatte er den Weg einer ‚inneren Emigration‘ gewählt, und zwar – in die Wehrmacht. Sie erschien ihm, wie er damals sagte, als die aristokratische Form der Emigration ... Seine Existenz wurde plötzlich exemplarisch: Waren wir nicht – irgendwie – alle so wie er? Denn wir haben zwar ‚mitgemacht‘, aber eigentlich war es doch nur ein Überleben und Durchhalten, Ertragen und Überstehen, und jetzt, wo alles vorbei ist, will es niemand anerkennen, wie bei Benn, und wie bei ihm begegnet man nur Verdächtigungen ... Das muß es gewesen sein, meine ich ... Etwas wie ‚einer von uns‘ verband sich mit dem exklusiven Dichter.“

Das muß es gewesen sein, wofür Benn in den fünfziger Jahren stand. Etwas ähnliches muß es auch sein, das die jetzige Renaissance der Geburtstagsfeiern hervorruft. Eine neue Generation ist inzwischen herangewachsen, die nach den Ursachen und Phänomenen des Faschismus fragt. Benn war einer, der im Lande blieb, sich arrangierte und nicht emigrieren mußte, um sein Leben zu retten. Und der den Emigranten sogar vorwarf, „persönlichen Fähnrisen“ mit der Emigration aus dem Wege gegangen zu sein.

Wird hier nicht der dem Faschismus eigene Terror verharmlost? Ist das nicht dasselbe, als wenn der Bundeskanzler Kohl von KZs in der DDR spricht?

Prof. Gine Elsner ist Arbeitsmedizinerin und arbeitet in der Zentralen Wissenschaftlichen Einrichtung „Arbeit und Betrieb“ an der Universität Bremen.

Gine Elsner

Herausgeber

Heinz-Harald Abholz (West-Berlin), Hans-Ulrich Deppe (Frankfurt), Sabine Drube (Heidelberg), Heiner Keupp (München), Brigitte Kuthé (Riedstadt), Hans Mausbach (Frankfurt), Wolfgang Münster (Hettingen), Christina Pötter (Gießen), Michael Regus (Siegen), Annette Schwarzenau (Berlin), Hans See (Frankfurt), Harald Skrobles (Redstadt), Peter Stössel (München), Alf Trojan (Hamburg), Erich Wulff (Hannover).

Anschrift der Redaktion: Demokratisches Gesundheitswesen, Siegburger Str. 26, 5300 Bonn 3, Tel. 0228 / 4632 08 (9.00 Uhr bis 17.00 Uhr).

Anzeigenleitung: Pahl-Rugenstein Verlag, Christina Steenbock, Gottesweg 54, 5000 Köln 51, Tel. (02 21) 36 00 235.

Redaktion: Chefredaktion: Ursula Daalman (ud) (V.i.S.d.P.), Joachim Neuschäfer (jn)

Aktuelle Gesundheitspolitik: Walter Popp (wp); *Gesundheitsversorgung:* Gregor Wehlich (gw), Uli Menges (um), Joachim Gill-Rode (jg); *Renate Schepker (rs); Arbeits- und Lebensverhältnisse:* Norbert Andersch (na); *Pharma- und Geräteindustrie:* Ulli Reupp (urp); *Umwelt:* Peter Walgor (pw); *Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen:* Matthias Albrecht (ma); *Edi Erken (ee); Ausbildung:* Brigitta Mews (bm); *Eckard Müller (em); Internationales:* Gunar Stempel (gst); *Stephan Schölzel (sts); Frauenprobleme:* Ulla Funke-Verhasselt (ufv); *Kann Kieser (kk); Pflegeberufe:* Kirsten Jung (kj); *Historisches:* Helmut Koch (hk); *Peter Liebermann (pl); Kultur und Subkultur:* Helmut Copak (hc)
Der für das jeweilige Ressort zuerst oder allein genannte Redakteur ist verantwortlicher Redakteur im Sinne des Pressegesetzes.

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

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

Nachdruck nur nach Zustimmung der Redaktion.

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

Die Zeitschrift „DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN“ erscheint monatlich bei:

Pahl-Rugenstein-Verlag GmbH, Gottesweg 54, 5000 Köln 51, Tel. 02 21/36 00 20, Konten: Postgiroamt Köln 6514-503, Stadsparkasse Köln 10652238 (für Abo-Gebühren).

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

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

Redaktions- und Anzeigenschluß für das Aprilheft: 9. März 1987

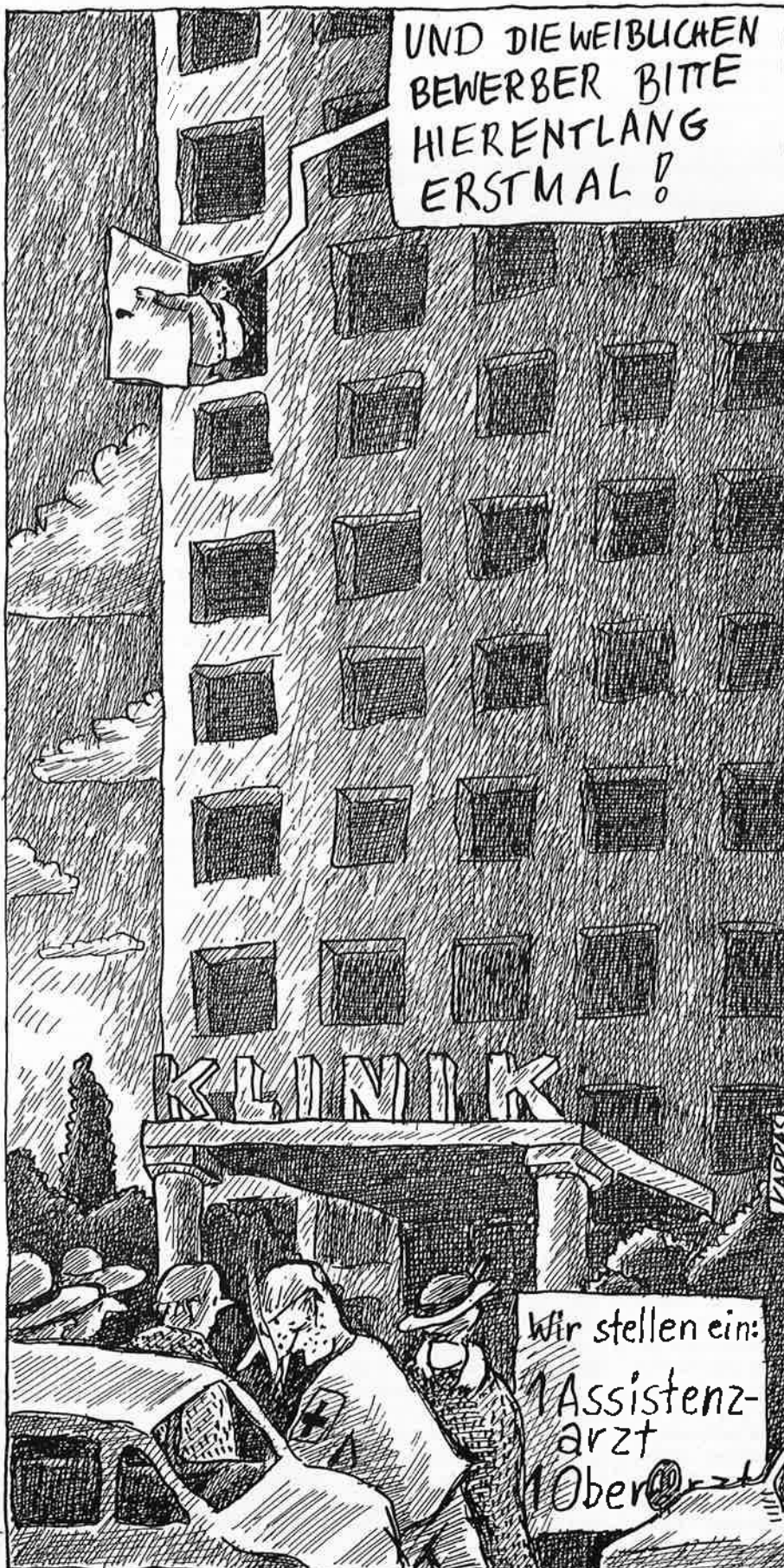
Graphik: Christian Paulson, Julia Karras

Titelblatt: Schützen

Layout: Joachim Neuschäfer, Edi Erken

Satz und Druck: Druckerei Locher GmbH, Raderborger Str. 216-224, 5000 Köln 51

ISSN: 0172-7091



wir über uns

Überschrift

Nicht einverstanden war der dg-Herausgeber Hans Mausbach mit der Überschrift zu seinem Artikel in Heft 2/87. Wir hatten getitelt: „Nukleare Versuchskaninchen“.

Hans Mausbach schreibt: „Ich habe den in der Presse und auch von dem Kongreßabgeordneten Edward J. Markey benutzten Begriff „Versuchskaninchen“ bewußt nicht gewählt, weil ich ihn für falsch halte und weil er mich emotional abstößt. Seine bewußt sachlich vorgesehene Überschrift lautet „Strahlenexperimente an Menschen in den USA“.

Aktion fünf Prozent

Maria Bersin vom Verein Projektpartnerschaft 3.Welt in Saarlouis ist mittlerweile aus Matiguás zurückgekehrt. Hier ihr Bericht über den Fortgang des Wasserprojekts:

„Dank der guten Vorarbeit einer Bambergerin, die sich seit Oktober in Matiguás aufgehalten hatte, waren wir in der Lage, während unseres Aufenthaltes alle nötigen Unterlagen für die Projektstudie zusammenzutragen und die Trasse für die Wasserleitung zu vermessen. Die Erstellung der Studie, die Beantragung und Bewilligung von EG-Geldern für das Projekt und die Beschaffung der Baumaterialien wird sicherlich neun Monate in Anspruch nehmen, so daß frühestens im Dezember mit den Bauarbeiten in Matiguás begonnen werden kann. In der Regenzeit (Mai–November) sind derartige Arbeiten sowieso nicht durchführbar.

Für die Menschen in Matiguás bedeutet das, noch eine Trockenzeit durchstehen zu müssen,

erneut vom 5 km entfernten Fluß Cusiles das Wasser heranzuschaffen und mit weiteren Krankheits- und Todesfällen aufgrund des Wassermangels rechnen zu müssen.

Im Gespräch mit dem Bürgermeister und mit Leuten von der Stadtverwaltung wurde eine Soforthilfsmaßnahme vereinbart: Mit einem Teil der bisher eingegangenen Spendengelder soll noch im Februar ein Traktor und ein Anhänger mit einem Wassertank gekauft werden. Mit Hilfe des Traktors kann während der Trockenzeit Wasser in die Stadt transportiert und dort verteilt werden, und bei den späteren Bauarbeiten ist das Fahrzeug von großem Nutzen.

Wir denken, daß wir mit dieser Entscheidung auch in Eurem Sinne gehandelt haben, denn auch dank Eurer Spenden ist diese Sofortmaßnahme möglich geworden. Wir danken Euch für die bisherige Unterstützung des Projekts und hoffen, daß Eure Spendenfreudigkeit nicht nachläßt. (Der diesjährige Spendenaufruf in dg erreichte bisher 6455,- DM.)

Matiguás braucht unbedingt fließendes Wasser!

Solidarische Grüße
Maria Bersin

Wir würden uns freuen, wenn weitere Spenden auf das Sonderkonto „Wasser für Matiguás“ eingehen würden. Hier nochmal die Kontonummer: Überweisung an die Stadtkasse Saarlouis, denn die stellt dann die Spendenquittung aus, Konto 174, Stadtparkasse Saarlouis (BLZ 593 500 00). Unter Verwendungszweck eintragen: Weiterleiten an Verein Projektpartnerschaft 3.Welt, Kto.-Nr. 43-10244-1, Kreissparkasse Saarlouis, Wasser für Matiguás, dg.



Der Fluß Matiguás:
Während der Regenzeit
Wasch- und Badeplatz,
in der Trockenzeit ohne
Wasser.

dg-Kontakte

Aachen: Erhard Knauer, Maria-Theresia-Allee 59, 5100 Aachen, Tel. (0241) 75439; **Ansbach:** Ullrich Eschenbacher, Am Heimweg 17, 8600 Ansbach, Tel. (0981) 14444; **Berlin:** Hermann Dittich, Grunewaldstr. 28, 1000 Berlin 41, Tel. (030) 8226323; **Bonn:** Edi Erken, Eckenstr. 28, 5202 St. Augustin 2 (Hangar), Tel. (02241) 29173; Stefan Schölzel, Dergstr. 8, 5300 Bonn 1, Tel. (0228) 233526; Kurt Straß, Reuterstr. 121, 5311, Tel. 212606; Grotz Wolrich, Schumannstr. 90, 5311, Tel. 219778; **Bremen:** Cornelia Selke, Clausenitzstr. 25, 2800 Bremen 1, Tel. (0421) 234371; **Bremerhaven:** Gunar Stempel, Virchowstr. 34, 2850 Bremerhaven-Gestemünde, Tel. (0471) 200211; **Darmstadt:** Jürgen Frohnert, Neutcher Weg 3, 6101 Modautal-Ermstshofen; **Dortmund:** Matthias Albrecht, Am Kühlenweg 22, 4600 Dortmund 50, Tel. (0231) 753880; Detlev Uhlenbrock, Droste-Hülshoff-Str. 1, 4611, Tel. 421769; **Düsseldorf:** Joachim Gill-Rocke, Fruchtstr. 2, 4000 Düsseldorf, Tel. (0211) 349204; **Duisburg:** Thomas Wellig, Prinz-Albert-Str. 42, 4100 Duisburg 1, Tel. (0203) 342188; **Essen:** Christian Paulsen, Overbecksstr. 16, 4300 Essen 1, Tel. (0201) 743731; Norbert Andersch, Pollerbergstr. 22, Tel. 747131; Walter Popp, Sunderholz 32, 4311, Tel. 441630; **Flensburg:** Half Cüppers, Apenrader Str. 3, 2390 Flensburg, Tel. (0461) 47263; **Frankfurt:** Klaus Priester, Schloßstr. 96, 6000 Frankfurt 90, Tel. (069) 705449; **Gießen:** Claudia Göttmann, Bismarckstr. 8, 6300 Gießen, Tel. (0641) 75245; **Göttingen:** Barbara Wille, Ostlandweg 23, 3400 Göttingen, Tel. (0551) 33710; **Hamburg:** Robert Ploifer, Kurfürstenstr. 45, 2000 Hamburg 70, Tel. (040) 8564845; **Hanau/Maintal:** Hans Soc, Südring 12, 6457 Maintal 1, Tel. (06181) 47231; **Hannover:** Martin Walz, Tieslestr. 19, 3000 Hannover 1, Tel. d. (05132) 908557/p.; (0511) 818966; **Hattingen:** Wolfgang Münster, Marxstr. 19, 4320 Hattingen, Tel. (02324) 67410; **Heidelberg:** Michael Gerstner, Burgstr. 44, 6900

Heidelberg, Tel. (06221) 474101; **Karlsruhe:** Claudia Lehner, Schillerstr. 54, 7500 Karlsruhe 1, Tel. (0721) 849048; **Kassel:** Matthias Dippel, Walzstr. 2 d, 3500 Kassel, Tel. (0561) 54925; **Kleve:** Ulla Funke-Verhasselt, Steinbergen 33, 4182 Uedem, Tel. (02026) 8424; **Köln:** Peter Liebermann, Gartheistr. 16, 5000 Köln 60, Tel. (0221) 783844; Helmut Schaaf, Berenrathstr. 359, 5141, Tel. 443818; **Lübeck:** Angela Schürmann, Stadtweide 99, 2400 Lübeck, Tel. (0451) 503355; **Mannheim:** Werner Weindorf, Friedrichstr. 67, 6800 Mannheim, Tel. (0621) 855405; **Marburg:** Hanna Koch, Alter Ebsdorfer Weg 18, 3550 Marburg; **Mühlacker:** Helmut Jäger, Hermann-Hesse-Str. 43, 7103 Mühlacker, Tel. (07041) 15399; **München:** Margret Lembarth, Billrothstr. 7, 8000 München 70, Tel. (089) 781504; **Mindelheim:** Thomas Melcher, Beethovenstr. 4, 8948 Mindelheim, Tel. (08261) 9733; **Münster:** Helmut Copak, Gelsstr. 67 a, 4400 Münster, Tel. (0251) 794688; Barbara Halbeisen-Lehnert, Hoyastr. 11, Tel. 287431; Uli Menges, Davensberger Str. 10 a, Tel. 786399; Uli Raupp, Peter Walger, Willi-Hölscher-Weg 7, Tel. 7801437; **Oldenburg:** Helmut Koch, Saarstr. 11, 2900 Oldenburg, Tel. (0411) 83856; **Recklinghausen:** Petra Voss, Am Lohr 4, 4350 Recklinghausen, Tel. (02361) 15453; **Riedstadt:** Harald Skobles, Freih.-v.-Stein-Str. 9, 6086 Riedstadt, Tel. (06158) 6161; **Siegburg:** Richard Boltz, Hagebuttenweg 24, 5200 Siegburg-Kaldauen, Tel. (02241) 383590; **Siegen:** Michael Regus, Zur Zinsbuch 9, 5900 Siegen, Tel. (0271) 78880; **Solingen:** Heinrich Recken, Basaltweg 15, 5650 Solingen 1, Tel. (02121) 47885; **Tübingen:** Elke Schön, Jacobgasse 19, 7400 Tübingen, Tel. (07071) 52798; **Ulm:** Wolf Schleizer, Fleschweg 12, 7900 Ulm-Lehr, Tel. (0731) 65088; **Viersen:** Sebastian Stier, Gladbacher Str. 94, 4056 Schwalmatal 1, Tel. (02163) 4191; **Wuppertal:** Michael Sünner, Norrenstr. 20, 5600 Wuppertal 2, Tel. (0202) 503845.

Gesundheitstag

27.5. - 31.5.87 in

KARL BOEKER
WERTHERSTR. 89

4800 BIELEFELD 1



Die Kritik an den früheren GT's lautete: nicht so viele Einzelthemen, mehr Konzentration auf Exemplarisches, mehr Muse in der Masse.

Wir wollen diese Kritik aufgreifen und werden auf dem Gesundheitstag bestimmte Leitfragen durch alle Diskussionsforen hindurchziehen. Wir wollen damit die Basis schaffen zu Auseinandersetzungen zwischen den verschiedenen Bewegungen und Initiativen. So wollen wir zu einer gemeinsamen, aber auch kritischen Reflexion anregen.

Die Bewegung ist zwar vielfältig, aber in vielen Fällen auch zusammenhanglos geworden. Wir müssen uns kritisch fragen, wo wir stehen, welche Strategien die nächsten Jahre möglich sind und zu welchen gemeinsamen politischen Forderungen wir uns durchringen können, um nicht alle Fäden aus der Hand zu verlieren.

Die Wege zur Umgestaltung des Gesundheitsbereichs lassen sich nicht mehr allein von einem gemeinsam geteilten Gesellschaftsentwurf ableiten. Wir sollten uns darauf einigen, daß wir aus einer kritischen Bestandsaufnahme dessen, was wir im Gesundheits- und Sozialbereich vorfinden, dazu übergehen, zu bestimmen an welchen Stellen sich bei der Veränderung Hindernisse ergeben. Welche Spielräume für Alternativen zur herrschenden Gesundheits- und Sozialpolitik bestehen eigentlich? Wo sind Engpässe und Hindernisse, die einer Umgestaltung im Wege stehen? Sie müssen bestimmt werden und durch verschiedene Vorgehensweisen umgestaltet und verändert werden.

Deshalb soll der GT 87 ein Forum für alle diejenigen sein, die sich mit der herkömmlichen Zuschreibung von Gesundheit und Krankheit nicht zufrieden geben wollen. Er soll die Chance bieten, zwischen den einzelnen Initiativen und Bewegungen sowie allen, die sich betroffen fühlen, neue Ansätze für einen breiten Widerstand zu diskutieren.

Die Programmbücher sind ab Januar bei uns zu bestellen.

Ab 25. März werden wir mit der Verschickung beginnen.

Diskussionsforum 1:
Wer verwaltet wen, wie, wohin?

Diskussionsforum 2:
Angriff auf die Gesundheit?
- Gefahren der Großtechnologien

Diskussionsforum 3:
Menschlicher Alltag
-Krank- sein als Folge?

Diskussionsforum 4:
Der Widerspenstigen Zähmung
-Patriarchale Strukturen innerhalb der Medizin

Diskussionsforum 5:
Politik der Seele
-Der Einzelne zwischen Psychoboom &
Therapiegesellschaft - Politik der 1. Person

Diskussionsforum 6:
Revolte in Theorie & Tat
- Grundlagen für gesellschaftliche Veränderungen

Hier noch einmal unsere Adresse:
Verein Gesundheit und Ökologie e. V.
Gesundheitsladen Kassel
Friedrich-Ebert-Str. 177, 3500 Kassel
Telefon: 0561/34000

Auf nach Kassel - zum Gesundheitstag 87