

dg

Demokratisches
Gesundheitswesen

Nr. 4 · April 1987

G 2961 E

Einzelheft 5 Mark

Abonnement 3,70 Mark

Strahlende Zukunft

Gesundheitsrisiko Niedrigdosisstrahlung

außerdem:

Till Bastian:

Stationen in Afrika

Kostenexplosion:

Linke Mythen, rechte Legenden

Es ist schon bemerkenswert, das heroische Aufbäumen selbstloser Ärzte, in der Ruhrmetropole Essen, gegen die Geißel Aids. Wo derzeit sonst nur der Staatsanwalt in den Praxen ein- und ausgeht, haben sich acht Internisten aufgemacht, ihre (Originalzitat) „Kinder und Enkel“ zu retten.

Das Zentrum für Innere Medizin der Universität – bisher ein absoluter Nobody in Sachen Aids – machte einen so fulminanten Rundumschlag in Sachen Seuchenhygiene, daß der Essener Aids-Szene, einschließlich der „Aidshilfe“, der behandelnden Ärzte und des Zentrums für Virologie der Universität, Hören und Sehen verging.

18 und 60 Jahren wird ernsthaft erwogen: Von Isolierungs- und Strafmaßnahmen gegen sogenannte „uneinsichtige Aidskranken“ ganz zu schweigen. Geringschätzung und Verachtung spricht aus der Bewertung der bisherigen Bekämpfung der Krankheit, der man mit „dem Verteilen von Traktätschen, mit Fernsehspots oder Kondomen“ nicht bekommen könne.

Da solche Kasernenhofmethoden nicht ohne Einschränkung der geltenden Persönlichkeits- und Freiheitsrechte durchzuführen sind, schlußfolgern die Verfasser kurz und bündig, daß „sich die von uns allen hochgeschätzten Grundrechte der persönlichen Freiheit und der Selbstbestimmung gegenüber dem Ziel, solches Elend von möglichst vielen Menschen fernzuhalten, relativieren“. So einfach ist das also.

Mehrere bundesdeutsche Tageszeitungen, denen das arrogant reaktionäre Traktat angeboten wurde, haben dankend abgewinkt. Da klingelte doch zu sehr das Deutsche Wesen und seine Gründlichkeit aus den Zeilen, an dem die Welt nicht seuchen-, aber aussonderungshygienisch schon einmal fast zu Tode gerettet worden ist. Lediglich die „Frankfurter Allgemeine Zeitung“ nannte das Geschreibsel ein „Memorandum“ und räumte ihm am 10. März eine ganze Seite ein, nachdem sich der vorab informierte Bayerische Staatssekretär Gauweiler mehrfach lobend über die Essener Professorengruppe geäußert hatte.

Seit diesem Tage herrscht am Essener Zentrum für Innere Medizin wieder Funkstille. Die Arbeit in Sachen Aids machen ohnehin – wie bisher – die anderen. Statt der erhofften Zustimmung auf ihr Rechts- und Ordnungspapier, die die gebeutete Essener Ärzteschaft wie einen Phönix aus dem Müllheimer katapultiert hätte, kommen jetzt die dicken Schläge von allen Seiten. Die Essener Aids-Hilfe und die Aidskranken behandelnden Ärzte haben sich distanziert, das Wissenschaftsministerium hat öffentlich angekündigt, den Honoratioren den Kopf zu waschen. Mitglieder der Gewerkschaft ÖTV haben sich verbeten, daß solch reaktionäre Vorschläge mit dem vermeintlichen Schutz von Krankenhauspersonal begründet werden.

Wie sagte der Staatsanwalt so schön über die Essener Ärzte: „Hier gibt es mehr als nur ein paar schwarze Schafe.“

Das ist leider ein wahres Wort, nicht nur in Bezug auf die Abrechnungsskandale.

Besser-wisser



**Norbert
Andersch ist
Arzt und lebt in
Essen**

Gebeten hatte die bislang untätigen Professoren jedoch noch niemand, und so haben sich die angestaubten Wissenschaftsgrößen den mühsamen Weg aus ihrem Elfenbeinturm zugemutet, denn: „Niemand soll später behaupten, wir älteren Ärzte hätten geschwiegen, obwohl wir es besser wußten.“

Und nun wissen wir, was besser ist: Neben der Meldepflicht sind „möglichst breite Untersuchungen der Bevölkerung notwendig“..., auch ohne Einwilligung..., ebenso wie der Alkoholtest beim Autofahrer“. Tests bei allen Krankenhauspatienten, in höheren Schulklassen, bei Jugendschutzuntersuchungen, vor jeder Eheschließung, bei der Schwangerenbetreuung, bei der Musterung und bei vielen anderen Gelegenheiten, wie auch bei Krankenhausaufnahmen und Haftanstalten sollen routinemäßig vorgenommen werden. Die zweimal jährliche serologische Durchuntersuchung der gesamten Bundesdeutschen Bevölkerung zwischen

dg-Report

Strahlende Zukunft
Gesundheitsrisiko Niedrigdosisstrahlung 10

Aktuelle Gesundheitspolitik

„Nicht alles kaputt machen“
dg-Interview mit Alfred Schmidt und
Erich Standfest, DGB 16

Linke Mythen statt rechter Legenden?
Anmerkungen zur Kontroverse über
die „Kostenexplosion“ 26

Arbeitsmedizin

Massengeschehen
WSI-Tagung „Arbeit darf nicht
krank machen“ 18

Gesundheitsversorgung

Nicht jeder darf, der kann
Streit um „Die Gesundheit der Nation“ 32

Einstieger
Psychiatrie-Konferenz der ÖTV 36

Umwelt

Die Waldsterbenlüge 30

Internationales

„Möge die Geschichte von unserem
Tod berichten“
Appell aus dem Palästinenserlager
Schatila 24

Stationen in Afrika
Ein Bericht von Till Bastian 28

Historisches

Memoiren eines älteren Herrn
„Euthanasie“-Prozeß in Frankfurt 23

Kultur

Der Fall Gottfried Benn
Politiker, Dichter, Arzt 34

Dokumente

Vorbeugende Bekämpfung arbeitsbedingter Erkrankungen
Von Bruno Zwingmann 19

Die gesundheitspolitischen Vorstellungen der Grünen
Eine Kritik von Wolf Steinbrecher 21

Rubriken

Sie über uns 4

Aktuelles 5

Termine 8

Anzeigen 9

Buchkritik 37

Comic 38

Wir über uns 39



Kaum mehr als die natürliche Strahlung, so beschwichtigten „Experten“ nach Tschernobyl. Daß Elterninitiativen gut daran tun, sich auch vor Strahlung im Niedrigdosisbereich zu fürchten, zeigt Peter Walger auf Seite 10.



**Eine klare Absage an die Marktwirtschaftsideologen enthält die neue gesundheitspolitische Studie des DGB.
Ein Interview mit Erich Standfest und Alfred Schmidt vom DGB-Bundesvorstand auf Seite 16.**



**Nord-Süd-Probleme werden auch in der IPPNW verdrängt, behauptet Till Bastian, Vertreter ihrer bundesdeutschen Sektion.
Ein Bericht von seiner Reise nach Afrika auf Seite 28.**

sie über uns

Dank

Ich möchte Euch dafür danken, daß es dg immer noch gibt. Ich bin eine sehr treue Leserin (seit der ersten Nummer) und seit einem Jahr im „Arbeitsleben“, zwangsläufig auch „Kammermitglied“ und somit privilegiert, die Standesorgane zugeschickt zu bekommen. Seither ist es für mich noch viel wichtiger als zu Studiumszeiten, in dg gesundheitspolitisch Lesbares ins Haus zu bekommen.

Die erste Zeit im Arbeitsleben ist ja bekanntermaßen so ausgefüllt mit dem Kampf mit der eigenen fachlichen Inkompetenz, daß es mit eigenem politischen Engagement – bei mir zumindest – derzeit nicht weit her ist. Ich bin daher sehr froh, über dg wenigstens passiv noch mitzukriegen, „was so läuft“.

Ich wünsche Euch für die Zukunft weiterhin genug Kraft für die zusätzliche Arbeit und freue mich schon auf die nächste Nummer.

RENATE LUTZ
München

Ignorant

dg 12/86: „Absage an die Aufklärung“. Von Ernest Borneman und

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

Das, was Ihr Euch mit der Veröffentlichung des unsäglichen Borneman-Artikels geleistet habt, war ja schon schlimm genug. Doch es zeugt von ziemlicher Ignoranz, wenn ohne jegliche redaktionelle Stellungnahme der untaugliche Versuch unternommen wird, mit dem schlichten Abdruck des von Borneman inkriminierten Sigusch-Artikels wieder zur Tagesordnung zurückkehren zu wollen.

Auch ist der Hinweis darauf, daß Volkmar Sigusch angeblich Professor für Sozialwissenschaft an der Universität Frankfurt sei, völlig neben der Sache. Volkmar Sigusch ist als Professor Dr. med. langjähriger Leiter der Abteilung für Sexualwissenschaft im Klinikum der Universität Frankfurt, einer interdisziplinär arbeitenden Abteilung, die in Forschung, Lehre, Weiterbildung und Praxis alles andere als gegenauklärerisch wirksam ist.

Als redaktionelle „Nachhilfestunde“ empfehle ich die Lektüre von „Der Ratschläger: Sexologie als Phrase“. von Volkmar Sigusch, erschienen im Pro Familia-Magazin – Sexualpädagogik und Familienplanung 1/87.

THOMAS GEORG SCHÄTZLER
Essen

Daß Volkmar Sigusch als Sozialwissenschaftler bezeichnet wurde, beruht auf einem Satzfehler. Er ist selbstverständlich Professor für Sexualwissenschaft.

Die Redaktion



Foto: Dähm

Mangelhaft

Sehr geehrte Damen und Herren, bei der gerade abgeschlossenen Überprüfung Ihrer Arbeiten und Veröffentlichungen im Kontrollzeitraum 1986–1987 mußten wir leider wieder verschiedene Mängel feststellen. Insbesondere Ihre objektive und wahrheitsgemäße Berichterstattung zu den kaum erwähnenswerten Störfällen in Tschernobyl und Basel war eine unglaubliche Fehlleistung.

Sind Sie sich eigentlich darüber im Klaren, daß die eingeleitete sprachliche Entsorgung des Basler Störfalls teurer werden wird als die sogenannte Sanierung des Rheines?

Auch die neuartigen Walderkrankungen waren für Sie immer noch ein Thema, obgleich es unseren PR-Fachleuten in den an-

deren Medien doch gelungen ist, diese belanglosen Randerscheinungen unserer schönen neuen Welt durch wichtigere Dinge wie Mode, Tennis und Neugkeiten aus den europäischen Königshäusern zu verdrängen.

Beiträge zur friedlichen Nutzung der Kernenergie, die selbst vor einer Kritik an unseren geplanten Freizeit- und Entsorgungsparks nicht zurückschreckt, wirft unsere Bemühungen um gesellschaftliche Akzeptanz und damit unser aller Traum von der europäischen Atombombe um Jahre zurück.

So kann es nicht weitergehen!

Wir verbleiben in der Hoffnung auf ein befriedigendes Ergebnis der Überprüfung des Kontrollzeitraumes 1987–1988

Mit freundlichen Grüßen
INITIATIVE FÜR INDUSTRIE UND
WACHSTUM

Ergänzung

dg 3/87: „Die Wahlerfolge oppositioneller Ärztelisten.“ Von Winfried Beck

Die Darstellung Winfried Becks gibt auch aus meiner Sicht insgesamt eine zutreffende Analyse der jüngsten Wahlerfolge oppositioneller Listen in den Ärztekammern. An zwei Stellen ist allerdings eine Ergänzung erforderlich:

Die Fraktion Gesundheit in der Berliner Ärztekammer stellt zwar ein breites Bündnis von Ärzten aus verschiedenen Gruppierungen dar (siehe dazu auch meinen Kommentar in dg 3/87), sie umfaßte aber zu keinem Zeitpunkt den Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands (NAV), den Bundesverband praktischer

Ärzte (BPA) und den Ärztinnenbund. Der BPA hat im Gegenteil in Berlin immer mit einer eigenen Liste kandidiert. Es gibt allerdings Mitglieder der Fraktion Gesundheit, die auch Mitglieder dieser Verbände sind.

Die Einschätzung, daß die Geschichte der Kammeropposition im Jahr 1976 in Hessen begann, ist, wenn man nur die Geschichte der Kammern in der Bundesrepublik betrachtet, sicher richtig. In West-Berlin gab es allerdings auch zur Kammerwahl 1974 schon eine Liste der ÖTV und eine Liste des in Opposition zum Bundesverband stehenden Berliner Marburger Bundes, aus denen dann später die Fraktion Gesundheit entstand.

UDO SCHAGEN
Sprecher der Fraktion
Gesundheit

aktuelles

IPPNW: Tschasov zu- rückgetreten

Foto: Menzen



Jewgeni Tschasow, Co-Präsident der Internationalen Ärzte gegen den Atomkrieg (IPPNW) seit Gründung der Organisation im Jahre 1980, ist am 17. Februar von seinem Amt zurückgetreten. In einem Schreiben an Mit-Präsidenten Bernard Lown begründete er den Rücktritt mit seiner Ernennung zum Gesundheitsminister der UdSSR, eine Aufgabe, der er jetzt seine volle Aufmerksamkeit widmen müsse. Die Satzung der IPPNW verlangt, daß zwei Präsidenten der Organisation vorsitzen, einer aus den USA, einer aus der UdSSR. Der Nachfolger von Tschasow wird vermutlich im Juni ernannt werden.

WHO Europa: „Gesundheit“ neu definiert

Das Europäische Büro der Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat den Begriff „Gesundheit“ neu definiert. Danach ist Gesundheit die Fähigkeit und Motivation, ein „wirtschaftlich und sozial aktives Leben“ zu führen, erklärte Dr. Jo Eirik Asvall, Direktor des Europäischen Büros der WHO auf einer Feier des Beske-Instituts in Kiel. Der alte Begriff vom „Zustand des vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens“ könne heute in Europa nicht mehr als Maßstab für Gesundheit gelten.

EG: Lebensmittel- richtwerte

Die Kommission der Europäischen Gemeinschaft (EG) hat Ende Februar die Richtwerte für radioaktive Strahlung von Lebensmitteln bis zum 31. Oktober 1987 verlängert. Damit sind Be-

fürchtungen, dem Import von noch höher belasteten Lebensmitteln sei Tür und Tor geöffnet, zunächst gegenstandslos. Zur Diskussion stehen jetzt Richtwerte aus einem Vorschlag der Kommission selbst und Werte einer Expertengruppe, die nach dem Euratom-Vertrag Empfehlungen für Grundnormen des Gesundheitsschutzes bei Ableitungen von Radioaktivität erarbeiten.

Die Kommission hatte Werte bei Molkereiprodukten für Jod und Strontium-Isotope von 500 Becquerel pro Kilogramm (bq/kg) – in der Bundesrepublik lagen die Grenzwerte bei 500 bq/kg – vorgeschlagen, für Caesium sollten die Werte bei 4000 bq/kg – Bundesrepublik 375 bq/kg – liegen dürfen. Bei Hauptnahrungsmitteln wie etwa Fleisch, Getreide und Gemüse wurden für Jod und Strontium 1000 bq/kg – Bundesrepublik bisher 350 bq/kg – und für sonstige Strahlenquellen 2000 bq/kg vorgeschlagen. Bisher gilt auf EG-Ebene ein Richtwert von 375 bq/kg bei Milchprodukten, bei anderen Lebensmitteln 600 bq/kg. Dieser Vorschlag war in der Bundesrepublik mit Empörung zur Kenntnis genommen worden. Der Europa-Abgeordnete Gerhard Schmidt (SPD) bezeichnete ihn als „skandalös“.

Die Euratom-Expertengruppe, in der Sachverständige aller Mitgliedsländer arbeiten, legte eine Expertise mit noch weit höheren Richtwerten vor. Sie sehen zum Beispiel im ersten Jahr nach Inkrafttreten Richtwerte für alle Nuklide mit einer Halbwertzeit von mehr als zehn Tagen von 30 000 bq/kg für alle Hauptnahrungsmittel außer Milchprodukten vor. Ab dem zweiten Jahr sollen immer noch 5000 bq/kg erlaubt sein. Bei Lebensmitteln, von denen durchschnittlich weniger als zehn Kilo pro Jahr verzehrt werden, sollen die Werte sogar um das Zehnfache höher liegen dürfen.

Welcher Vorschlag sich letztendlich durchsetzen wird, ist noch offen, im Regelfall hatte die Kommission bisher die Vorschläge der Expertenkommission übernommen. Der Brite Clinton Davis, Umweltkommissar der EG, hat sich allerdings geweigert, seine Zustimmung, auch zu den Vorschlägen der Kommission selbst, zu geben. In Brüssel verlautete, daß Frankreich auf Annahme des Vorschlags der Expertengruppe drängte.



Tschernobyl

Bleibende Werte

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 bis 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 Radioaktivmessungen | | Caesium in bq/kg |
|-------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| Datum | Herkunft | Meßwert Durchschnitt Höchstw. |
| Milchprodukte: | | |
| 20. 2. 87 | Joghurt, Deller | 82 |
| 23. 2. 87 | Fruchtjoghurt, Ehrmann | 26 |
| 23. 2. 87 | Magerquark, Deller | 74 |
| 23. 2. 87 | Sahnequark, Deller | 60 |
| 26. 2. 87 | Quark, Hessen | 9 |
| 6. 3. 87 | Schlagsahne, Hansano | 5 |
| 6. 3. 87 | Bioghurt, Demeter, Chiemgau | 82 |
| 6. 3. 87 | Joghurt, Westmilch | 21 |
| 16. 2. 87 | Bioghurt, Onken | 7 |
| 6. 3. 87 | Joghurt, Lünebest | 7 |
| HD 4/87 | Frischkäse, Philadelphia | 46 |
| Schafskäse: | | |
| Februar | Korsika | 11 |
| Februar | Türkei | 32 |
| Februar | Sardinien | 5 |
| Februar | Bulgarien | 720 |
| Fleisch: | | |
| 26. 2. 87 | Rind, Hessen | 23 |
| 26. 2. 87 | Schwein, Hessen | 29 |
| 26. 2. 87 | Reh, Hessen | 47 |
| 26. 2. 87 | Hirsch, Hessen | 13 |
| Februar | Schwein, Süddeutschland | 95 |
| Februar | Rinderleber, Nordd. | 3 |
| Februar | Rindfleisch, Nordd. | 74 |
| | | 54 |
| Obst: | | |
| Februar | Gloster Apfel, Deutschland | 6 |
| Februar | Boskop, Holland | 12 |
| Februar | Granny Smith, Südtirol | 51 |
| Februar | Blumen, Italien | 28 |
| Februar | Varga-Apfelsinen, Griechenland | 33 |
| Februar | Apfelsinen, Spanien | 3 |
| Februar | Trockenpflaumen, Jugoslawien | 267 |
| Februar | Sauerkirschen, tiefgef., Jugosl. | 285 |
| Nüsse: | | |
| Februar | Haselnüsse, Türkei | 304 |
| Februar | Haselnüsse, Italien | 301 |
| Februar | Walnüsse, Polen | 32 |
| Februar | Walnüsse, Frankreich | 5 |

Aktuelle Werte können angefordert werden bei:
Die Verbraucherinitiative, Kölnstr. 189, 5300 Bonn 1.

aktuelles

Südafrika:

Weißkittel und Kralneger

ud – Zur Teilnahme an einem Zahnärztekongress in Südafrika ruft der Freie Verband deutscher Zahnärzte auf. Nicht ums Bohren soll es da gehen, sondern um Solidarität mit dem Rassistenregime.

Der größte Verband bundesdeutscher Zahnärzte hat es mit der Freiheit, deshalb führt er sie auch in seinem Namen. Schon öfter hat diese Standesorganisation gezeigt, daß Freiheit für sie hauptsächlich etwas mit nach oben offenen Honoraren zu tun hat. Knallharte, Lambsdorff-liberale Standespolitik ist das, was man bisher erwartete. Jetzt zeigt sie sich als Verteidigerin der Freiheit am Kap.

Südafrikas Zahnärzte nämlich „rüsten“, wie Hanns Meenzen, Chefredakteur des Verbandsmagazins „Der Freie Zahnarzt“ in seiner neuesten Nummer schreibt, zu einem Kongress, den auch deutsche Zahnärzte zu be-

suchen aufgefordert sind. Welche Themen dort behandelt werden, scheint nicht erwähnenswert zu sein, nur, daß „für alle weniger an dem Kongress Interessierten zusätzliche Möglichkeiten bestehen, sich in und um Pretoria zu vergnügen“. Dezent werden hinter den weniger Interessierten auch „die Damen“ in Klammern genannt.

Angst braucht keiner zu haben, denn: „Das Leben in Südafrika geht seinen normalen und friedlichen Gang.“ Sowieso haben sich „die von Presse und Fernsehen hochgejubelten“ Unruhen am Rande des öffentlichen Lebens, in den Vororten für Schwarze“ abgespielt. Merke: Wo Schwarze leben, ist der Rand.

Warum deutsche Zahnärzte überhaupt an dem Kongress teilnehmen sollen, das offenbar Meenzen erst zum Schluß seines Artikels. Es geht darum, Selbstmordverhütung zu betreiben: „Einen Selbstmord käme es gleich, wollten sie (die Buren, d. Red.) dem Ruf nach politischer Gleichberechtigung nachgeben und damit den Weg bereiten für eine undemokratisch/marxistische Herrschaft der schwarzen „Mehrheit.“ Und wenn schon die „deutsche Außenpolitik eine solche Politik unverständlicherweise fördert“, sollen deutsche Zahnärzte „ihren südafrikanischen Kollegen gewissermaßen demonstrativ ihre Verbundenheit mit ihnen zum Ausdruck bringen“.

Die südafrikanischen Kollegen sind selbstverständlich alle weiß, und das hat auch Gründe. Meenzen kennt sie: „Die so genannte schwarze „Mehrheit“ in Südafrika hat keinen Beitrag an der industriellen und zivilisatorischen Entwicklung für dieses noch blühende Land geleistet. Erst der Bedarf an Arbeitskräften und die gern ausgeübte Nachfrage nach der angebotenen Arbeit hat die Schwarzen auf den Weg vom Kral in die Stadt gebracht, hat sie herausgelöst aus der Selbstgenügsamkeit ihres bescheidenen bürgerlichen Daseins am Rande der europäischen Zivilisation, die neben ihnen entstanden war, und hat sie schließlich fordern gelernt.“ Zumindest das hat der weiße freie Zahnarzt mit dem Neger aus dem Kral gemeint: Fordern kann er auch. Über die unterschiedliche Begründung läßt sich allerdings nicht streiten.



Foto: W. Wims

Keine Entwarnung

Über neue Fälle von Blutbildveränderungen bei Kindern in Dortmund-Scharnhorst hat die dortige Bürgerinitiative berichtet. Anfang Januar wurden bei Schulkinder gehäuft Blutbildveränderungen mit Abfall der weißen Blutkörperchen beobachtet (dg berichtete). Nachdem Nachkontrollen Ende Januar eine Befundbesserung ergeben hatten, sah das Dortmunder Gesundheitsamt „keinen Handlungsbedarf“

mehr. Die Scharnhorster Bürgerinitiative forderte dagegen das Gesundheitsamt in einem offenen Brief auf, endlich aktiv zu werden und kostenlos Reihenuntersuchungen durchzuführen. Weiterhin sollten die Luft-, Wasser- und Bodenuntersuchungen intensiviert werden, um endlich die Ursachen der Blutbildveränderungen festzustellen. Ihr sind etwa 90 Kinder bekannt, die auf eigene Initiative untersucht wurden und Blutbildveränderungen aufwiesen. Für die Forderungen wurden bereits über 2000 Unterschriften gesammelt.

Mißbildungen durch Arbeitsstoffe

Viele Arbeitnehmergruppen sind in stärkerem Maße als bisher angenommen gefährdet, durch gefährliche Arbeitsstoffe unfruchtbare zu werden, Fehlgeburten zu erleiden oder missgebildete Kinder zu bekommen. In den WSI-Mitteilungen Heft 3/87 werden Forschungsergebnisse vor allem aus den USA zitiert, die eine enge Wechselbeziehung zwischen bestimmten Arbeitsstoffen und Risiken am Arbeitsplatz und den genannten Gefährdungen beschreiben. Es könne durchaus angenommen werden, so die Autoren, daß diese Problematik, was die Zahl der Betroffenen angeht, nicht hinter der arbeitsbedingten Krebserkrankungen zurückstehlt. Das Heft kann bestellt werden beim: WSI des DGB, Redaktion Informationsdienst Arbeit, Hans-Böckler-Straße 39, 4000 Düsseldorf 30.

Versicherungen und HIV

Deutsche Versicherungsunternehmen wollen es künftig HIV-Infizierten erschweren, sich zu versichern, wie das Wirtschaftsmagazin „Capital“ meldete. Demnach versuchen Versicherungen, die Antworten ihrer Mitglieder in Gesundheitsfragebögen auf Aids-Indikatoren abzuklopfen oder gezielt danach zu fragen. Eine Lebensversicherung rate in ihrem ersten Aids-Rundbrief zur Ablehnung des Versicherungsantrags, wenn „hochgradige Verdachtsmomente“ vorliegen. „Jeder Fall, in dem eine positive HTLV-III Serologie bekannt ist, ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht versicherbar“, zitiert „Capital“ weiter aus dem Rundbrief der Lebensversicherung.



Musterbetriebsvereinbarung Arbeitsschutz

Bei der Firma Borg Warner Automotive in Heidelberg ist eine Rahmenbetriebsvereinbarung über „Arbeitssicherheit, Gesundheitsschutz und menschengerechte Gestaltung der Arbeit“ abgeschlossen worden, die das Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Institut des DGB (WSt) als „richtungweisend“ bezeichnete. Die wichtigste neue Bestimmung sei in der Regelung des Beschwerde- und Reklamationsrechts der Arbeitnehmer zu sehen. Einzelne Arbeitnehmer oder der Betriebsrat haben danach das Recht auf Reklamation, wenn nach ihrer Meinung die Arbeit nicht menschengerecht im Sinne der Betriebsvereinbarung gestaltet ist. Ein Reklamationsausschuß aus je zwei Mitgliedern der Betriebsführung und des Betriebsrats müssen eine Lösung des Problems finden. Zurückgewiesen kann der Antrag nur dann werden, wenn es der Ausschuß einstimmig beschließt.

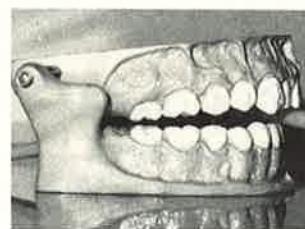
Die Betriebsvereinbarung kann bestellt werden beim: IG-Metall-Vorstand, Abteilung Sozialpolitik, Wilhelm-Leuschner-Str. 79-85, 6000 Frankfurt 11.

Luftverschmutzung in Bremen

Der Verein für Umwelt und Arbeitsschutz e.V. hat jetzt eine neue Broschüre „Luftverschmutzung in Bremen“ herausgegeben. Grundlage der Broschüre sind die Berichte über das Luftmeßprogramm des Umweltseminats in Bremen. Dort wurden flächendeckend verschiedene luftfremde Stoffe wie Schwefeldioxid, Stickstoffmonoxid und -dioxid, Kohlendioxid, methanfreie Kohlenwasserstoffe, Schwebstaub, Staubniederschlag sowie Blei und Cadmium als Bestandteile des Staus untersucht. Neben einer ausführlichen Beschreibung der einzelnen Luftschaadstoffe und ihrer Gefahr für die menschliche Gesundheit sowie einer Kurzdarstellung der wichtigsten Arbeiten zum Zusammenhang von Luftverschmutzung und Atemwegserkrankungen wurden die Einzelheiten der verschiedenen Schadstoffe in den Bremer Stadtteilen untersucht. Die Broschüre kann bezogen werden über den VUA, Fehrfeld 60, 2800 Bremen, Tel. (0421) 702203.

Zahnärztestreit um Sachverständigen-gutachten

Das von der Bundesregierung in Auftrag gegebene Sachverständigengutachten für die konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen hat bei Funktionären der Zahnärzteschaft blanke Empörung hervorgerufen. Die von den „Gesundheitsweisen“ gemachten Vorschläge seien „skandalös“, „schwachsinnig“, „naiv-dreist“ und eine „gewollte Verleumdung der Zahnärzteschaft“.



Die Vorschläge, die zur Verbesserung der Situation unterbreitet werden, hält die Vereinigung demokratische Zahnmedizin (VdZm) – vor allem unter Berücksichtigung der Tatsache, daß es sich um ein von der Regierung in Auftrag gegebenes Gutachten handelt – für bemerkenswert: Förderung kollektiver Prophylaxemodelle, Herstellung von Verbindlichkeit in der Primärprophylaxe, Stärkung des öffentlichen Gesundheitsdienstes, vermehrte Ausbildung von Prophylaxepersonal, Einrichtung zahnärztlicher Beratungsstellen für die Bevölkerung, kritischere Beurteilung der Kieferorthopädie, Warnung vor Abdängungen, effektive Qualitätsicherung und Wirtschaftlichkeitsprüfungen.

Vor politischer Euphorie sei jedoch zu warnen: zwar betonen die Sachverständigen, dem Ziel der Senkung der Krankenkassenausgaben dürfe keine gesundheitspolitische Priorität eingeräumt werden, doch befürchtet die VdZm, daß nur diejenigen Punkte des Sachverständigen-gutachtens Eingang in die Regierungspolitik finden werden, die kurzfristig Kostensenkung versprechen.

Medico International:

Rettet die Palästinenser!



Tausende von Palästinensern hungern weiterhin in den Flüchtlingslagern. Entgegen anderslautender Meldungen ist die Blockade nicht aufgehoben.

Die Hilfsorganisation Medico International ruft dringend auf, zur Rettung der Palästinenser zu spenden. Syrische Amal-Milizen halten weiterhin die Blockade gegen die hauptumkämpften Flüchtlingslager aufrecht, wie auch die Hilfsorganisation der Vereinten Nationen für die Palästinenser (UNWRA), die Hilfsorganisation Oxfam und die PLO noch Anfang März bestätigten. Lebensmittelkonvois der Vereinten Nationen würden umgeleitet und geplündert, so daß die Lager, in denen Tausende von Menschen leben, weiterhin von jeder Lebensmittelversorgung abgeschnitten seien. Das Lager Schatila etwa erhält ein einziges Mal seit 170 Tagen Nahrungsmittel. Vor dem Eintreffen der UN-Lastwagen hätten 1500 Menschen in Schatila drei Tage lang nichts gegessen, damit wenigstens Kinder und alte Menschen ein wenig bekämen. Die Nahrungsmittel, die angekommen sind, reichen nach Aussagen der UNWRA nur für wenige Tage.

Medikamente und medizinische Hilfsmittel konnten seit Beginn der Blockade überhaupt nicht in die Lager gebracht werden. Der in Schatila tätige kanadische Arzt Dr. Chris Giannou berichtete nach Informationen von Medico, daß es fast keine Medikamente für die vielen Schwerverletzten gebe. Zunehmend traten Typhus und Erkrankungen aufgrund von Mangelerscheinungen auf. Bald sei mit Epidemien zu rechnen, da nur verseuchtes Wasser zur Verfügung stehe und die Außentemperaturen steigen. Dr. Giannou bat verzweifelt um Hilfe und internationalen Druck, da dies die einzige Möglichkeit sei, „die

5000 Menschen im Lager zu retten.“

Die bundesdeutsche Hilfsaktion „Rettet die Palästinenser“, zu der sich das Anti-imperialistische Solidaritätskomitee (ASK), Medico International, die Grünen, die PLO, die Palästinenserorganisation Najdeh und zahlreiche Solidaritätsgruppen zusammengeschlossen haben, plant für Mai eine Delegation prominenter Europäer nach Damaskus. Daran teilnehmen sollen Bruno Kreisky, der ehemalige Bundespräsident von Österreich, die griechische Kulturministerin Melina Mercouri, der Komponist Mikis Theodorakis und andere mehr, wie Medico bekanntgab. Die Delegation wird einen Appell an die syrische Regierung richten, die Blockade aufzuheben und die Flüchtlingslager freizumachen.

Medico hob hervor, daß nicht nur in den Lagern große Not herrsche. So hielten sich in der südlibanesischen Stadt Saida zur Zeit 50 000 Flüchtlinge mehr als sonst auf, die in Garagen, Autowracks und Ruinen Unterkunft suchten.

Ihnen will Medico Nahrungsmittel, Matratzen, Decken, Kleidung, wichtige Medikamente und Brennstoffe im Wert von 250 000 Mark zur Verfügung stellen. Medico bittet dringend um Geldspenden auf das Konto:

Medico International
Kto. 1800, Stadtsparkasse
Frankfurt, Stichwort „Libanon“

termine

Aids im Krankenhaus

Viele Mitarbeiter im Krankenhaus sind unsicher:

**Wie kann man sich vor Aids schützen?
Wie kann man richtig mit Aids-Kranken umgehen?**

Ist eine Aids-Infektion ein Arbeitsunfall?

Essener Professoren fordern Zwangstests für alle Patienten und Beschäftigte; die ÖTV Duisburg veranstaltet statt dessen Informationsveranstaltungen mit Virologen und Mitgliedern der Aids-Hilfe.

Was läuft in Ihrem Krankenhaus?

Welche Probleme haben Sie im Umgang mit Aids-Kranken?

Gibt es arbeitsrechtliche Absprachen?

Gibt es nachahmenswerte Informationsveranstaltungen?

Wo gibt es vernünftige Vorstellungen über den Umgang mit Aids-Kranken?

Schreiben Sie uns:
dg-Redaktion
Siegburger Str. 26
5300 Bonn 3

10.-12.4.

Hannover

Seminar: Pestizidvergiftungen berechenbar? Die ökonomische Bewertung der alltäglichen Vergiftung

Kontakt: Pestizid Aktions-Netzwerk (PAN), Nernstweg 32, 2000 Hamburg 50, Tel.: (040) 39 39 78.

Kontakt: Evangelische Akademie Loccum, 3056 Rehburg-Loccum, Tel.: (05766) 810.

9.5.

Köln

Tagung: Zivilschutz für Euroshima? Fachtagung gegen ein neues Zivilschutzgesetz

Kontakt: Walter Popp, Sundernholz 32, 4300 Essen 1, Tel.: (0201) 44 16 30.

30.4.-3.5.

Karlsruhe

6. Bürgerinitiativen-Verkehrskongress

Kontakt: Arbeitskreis Verkehr und Umwelt, Cheruskerstraße 10, 1000 Berlin 62, Tel.: (030) 3 92 61 46.

25.-27.5.

Marl

Seminar: Pflegeorganisation im Krankenhaus und in Altenpflegeeinrichtungen. Pflegedokumentation – Dokumentationssystem

Kontakt: Allgemeiner Krankenpflegeverband, Lucy-Romberg-Haus, Wiesenstraße 55, 4370 Marl, Tel.: (02365) 3 46 66.

30.4.-3.5.

Achberg/Bodensee

4. Arbeitstagung „Psychotherapie und Ökologie“. Thema: „Zwischen Kernschmelze und Kernneurose?“

Kontakt: Dr. Till Bastian, Uferstraße 55, 6500 Mainz.

28.-31.5.

Bielefeld/Bethel

„Verantwortung in der psychosozialen Arbeit“. Tagung des Mannheimer Kreises

Kontakt: Geschäftsstelle der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP), Geibelstraße 69, 3000 Hannover, Tel.: (0511) 80 01 85.

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.: (030) 2 54 90 20.

30.5.

Osnabrück

Seminar: Förderung der Gesundheit und Verhütung von Krankheiten – eine Aufgabe des Krankenpflegepersonals?

Kontakt: Universität Osnabrück, Geschäftsstelle der Arbeitsgruppe LGW, An der Katharinenkirche 8 b, 4500 Osnabrück, Tel.: (0541) 608 4234, 38, 43-45.

8.5.

Osnabrück

Seminar: Technik, Ethik und Politik im Gesundheitswesen

Kontakt: Universität Osnabrück, Geschäftsstelle der Arbeitsgruppe LGW, An der Katharinenkirche 8 b, 4500 Osnabrück, Tel.: (0541) 608 4234, 38, 43-45.

10.-12.6.

Essen

Seminar: Geschichte der Krankenpflege – Entwicklung der frei-beruflichen Krankenpflege

Kontakt: Bildungszentrum Essen, Fortbildungsinstitut des Deutschen Berufsverbandes für Krankenpflege (DBfK), Königgrätzstraße 12, 4300 Essen 1, Tel.: (0201) 28 55 99.

8.-10.5.

Göttingen

Seminar zur Milupa-Kampagne

Kontakt: Aktionsgruppe Babynahrung (AGB) e. V., Kurze Straße 6, 3400 Göttingen, Tel.: (0551) 47 12 9.

8.-10.5.

Loccum

Tagung: Langzeitarbeitslosigkeit: Eine Herausforderung für die Gesellschaft

anzeigen



Hauptgesundheitsamt der Freien Hansestadt Bremen – Sozialpsychiatrischer Dienst –

Für eine Halbtagsbeschäftigung in der kinder- und jugendpsychiatrischen Beratungsstelle suchen wir

eine engagierte Ärztin oder einen engagierten Arzt

Wir suchen eine Bewerberin oder einen Bewerber, die/der über Erfahrungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Sozialpädiatrie, in psychotherapeutischen Verfahren sowie in nachgehender bzw. aufsuchender Arbeit verfügt und bereit ist, in einem kleinen Team mit einer anderen halbtags arbeitenden Ärztin, zwei Sozialarbeiterinnen und einer Verwaltungsangestellten zu arbeiten.

Die Vergütung erfolgt entsprechend den persönlichen Voraussetzungen nach BAT. Bewerbungen richten Sie bitte innerhalb 2 Wochen an die

Personalstelle des Hauptgesundheitsamtes Bremen, Horner Straße 60 – 70, 2800 Bremen 1

Für Anfragen steht Ihnen Herr J. Kebbel, Leiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes, Tel.: (0421) 4 97 – 55 53, zur Verfügung.

Schwerbehinderten Bewerbern wird bei im wesentlichen gleicher fachlicher und persönlicher Eignung der Vorrang gegeben.

Gemeinnütziges Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke

Klinikum der Universität Witten / Herdecke

Wir suchen zum nächstmöglichen Termin:

psychiatrierfahrene(n) Krankenschwester / -pfleger

für unsere psychiatrische-psychotherapeutische Station (28 Betten).

Wir (Krankenschwestern, -pfleger, Ärzte, Kunsttherapeuten) arbeiten im Team und versuchen gemeinsam, einen therapeutischen Rahmen für unsere Patienten zu gestalten.

Melden Sie sich bitte schriftlich, mit handgeschriebenem Lebenslauf.

Für Informationen stehen wir Ihnen zunächst gerne unter der Rufnummer (02330) 62 34 02 zur Verfügung.

Gemeinnütziges Gemeinschaftskrankenhaus Geschäftsführung für den Pflegebereich Beckweg 4 · 5804 Herdecke

Preis pro Zeile (25 Anschläge) 2,50 DM
Einsenden an:
**dg, Siegburger Straße 26,
5300 Bonn 3.**

**Weiterbildungsstelle f.
Gyn. Gebh., Türke, 35 J. alt,
verh., 4 J. gyn.-gebh. Erfah-
rung, sucht ab sofort Ass.-
Stelle an voll anerk. Haus
oder Praxis Vertr.
Hüsnü Kaya, Zur Porta 98,
4952 Porta Westfalica.**

**Welche/r fortschrittliche Ra-
diologe/-in (und/oder Nukle-
armediziner), 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 Ra-
diologen 1988 niederzu-
lassen?**

Zusendungen mit Adresse
und Telefonnummer unter
Chiffre 010487 an: dg, Sieg-
burger Straße 26, 5300 Bonn 3.

Alteingeführte **Internisten-
praxis** in nordwestdeutscher
Kreisstadt altershalber günstig
abzugeben. Praxisräume in großem
Haus zentraler Lage mit großem
Garten per Miete oder Kauf (auch zeit-
verschoben) zu übernehmen.
Vorhandenes Praxisinventar
kann günstig gekauft werden.
Praxisräume und Standort gut auch verwend-
bar z.B. für nierenärztliche
oder allgemeinärztliche Praxis,
vor allem aber für Hautarzt, da nicht am Ort. Die
Stadt bietet alle Schultypen,
Schwerpunktkrankenhaus,
rel. breites kulturelles und
sportliches Freizeitangebot,
nächste Großstadt: 22 km.
Zuschriften unter Chiffre
020487 an dg, Siegburger
Str. 26, 5300 Bonn 3.

**Vermitteln für Ärzte und
Psychologen interessante
Arbeit als Zivildienstleis-
tende in psychiatrischem
Krankenhaus in der Nähe
von Hamburg. Bewerbungen
bitte unter Chiffre 030487 an:
dg, Siegburger Straße 26,
5300 Bonn 3**

Die Psychiatrische Hilfsge-
meinschaft Duisburg e.V.
sucht ab 1. Juli 1987 für
das psychosoziale Kontakt-
zentrum in Duisburg-Nord
eine/n

**Krankenpfleger/-in
Sozialarbeiter/-in
Verwaltungsangestell-
ten(r)
(Vollzeit-/Teilzeitarbeits-
plätze)**

Vorzugsweise stellen wir Mit-
arbeiter mit Berufserfahrung
im psychiatrischen Bereich
ein.

Bewerbungen mit den übli-
chen Unterlagen richten Sie
bitte an
Psychiatrische Hilfsgemein-
schaft Duisburg e.V. – Kon-
taktzentrum –, Weidmannstr.
15, 4100 Duisburg 11, Tel.:
(0203) 55 89 19
Ansprechpartnerinnen: Frau
Dembski/Frau Tiedeken

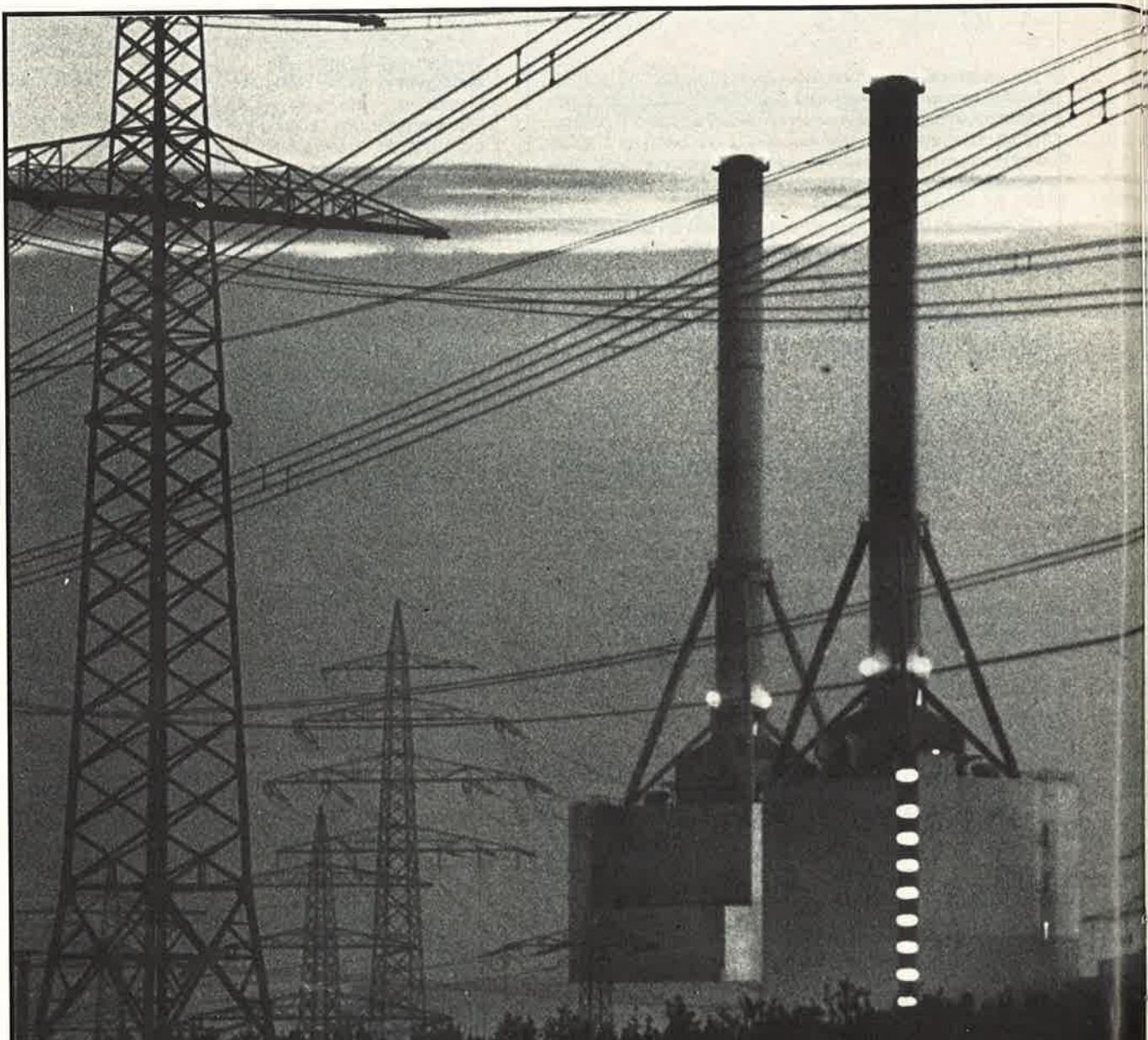
Für die **Ambulante Kran-
ken- bzw. Kinderkranken-
pflege in Bremen**, suchen
wir dringend für sofort oder
später

**Krankenschwester/-
Pfleger
Kinderkrankenschwester/-
Pfleger**

mit Interesse an der Mitarbeit
in einem selbstverwalteten
Verein. Voraussetzungen: 2
bzw. 3 Jahre Berufserfah-
rung, eigener PKW, Telefon,
Engagement über die reine
Berufsausübung hinaus.

**Anfragen und Kurzbewer-
bungen bitte an:**

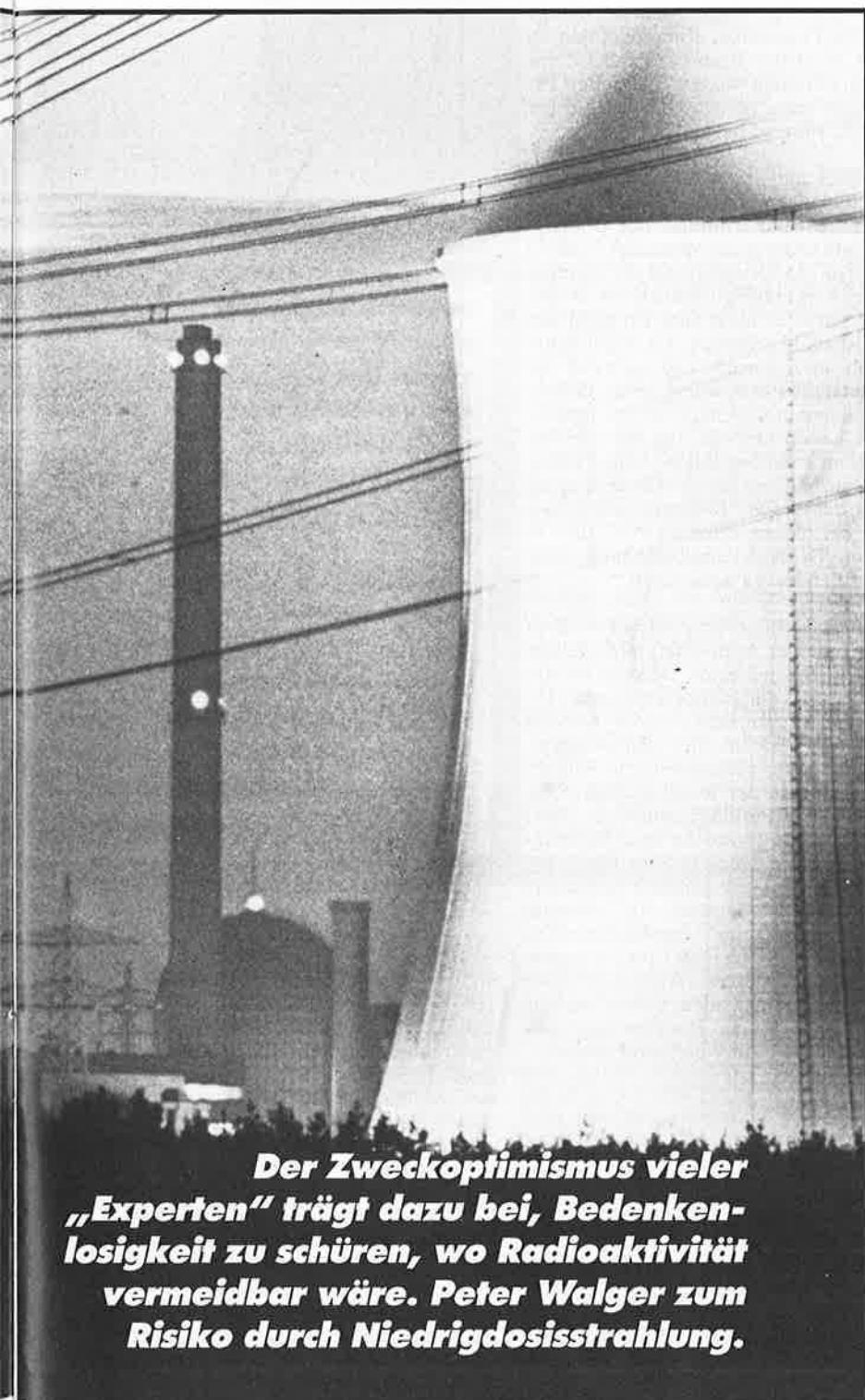
Häusliche Krankenpflege
und Kinderkrankenpflege
Bremen e.V., Friedrich-
Ebert-Str. 124, 2800 Bremen
1, Tel. wochentags 11 bis 13
Uhr (sonst Anrufbeantworter): (0421) 53 48 48.



***Unter genetischen Gesichtspunkten
ist eine Bestrahlung großer
Bevölkerungsgruppen mit niedrigen
Dosen gefährlicher als die
Bestrahlung kleiner Gruppen mit hohen Dosen.***

Strahlende Zukunft

Gesundheitsrisiko Niedrigdosisstrahlung



Der Zweckoptimismus vieler „Experten“ trägt dazu bei, Bedenkenlosigkeit zu schüren, wo Radioaktivität vermeidbar wäre. Peter Walger zum Risiko durch Niedrigdosisstrahlung.

Foto: laif

Düzce, ein Ort an der westlichen Schwarzmeerküste in der Türkei. Im November 1986 werden dort zehn Babys mit Anencephalus-Mißbildungen geboren, eine Entwicklungsmißbildung des Gehirns mit fehlendem Schädeldach, die auf eine schwere Schädigung des Embryos am Ende der vierten Schwangerschaftswoche hindeutet. Genau dieser Zeitraum der Schwangerschaft stimmte mit dem Datum der maximalen Strahlenbelastung dieser Region nach der Reaktorkatastrophe von Tschernobyl überein. Das türkische Nachrichtenmagazin „Nokta“ berichtete in seiner Ausgabe vom 28. Dezember 1986 über eine überdurchschnittlich hohe Zahl von Früh- und Fehlgeburten und insbesondere von schweren Mißbildungen auch in anderen Orten der westlichen Türkei.

Wie die Zeitschrift „Psychologie heute“ in ihrer Februarausgabe berichtete, wurde den türkischen Reportern in Edirne, einem weiteren Ort dieser Region, von offizieller Seite jede Information verweigert. Ärzten wurde für die Weitergabe von Informationen an die Presse Kündigung angedroht. Dennoch wurde von einigen Ärzten ein Zusammenhang der beobachteten Mißbildungen mit der sehr hohen radioaktiven Belastung offen ausgesprochen. Dr. Faruk Tezer, Chefarzt einer Privatklinik in Düzce, in der er selbst im November Zeuge von fünf Anencephalusgeburten war, gegenüber dem Nachrichtenmagazin „Nokta“: „Wir haben außer diesem Tatbestand keinen anderen Faktor finden können, der unsere Aufmerksamkeit auf sich ziehen würde.“

Daß seine Vermutung nicht aus der Luft gegriffen ist, zeigen die meteorologischen Daten für die Schwarzmeerregion unmittelbar nach der Reaktorkatastrophe. Ein Luftströmungsfeld transportierte konzentrierten radioaktiven Fall-out in diese Region, der durch heftige Regenfälle verstärkt wurde. Die hohen Kontaminationswerte türkischer Haselnuss- und Teeimporte, die in der Bundesrepublik im Dezember 1986 gemessen wurden, bestätigen dies. Hauptanbaugebiet dieser Produkte ist, insbesondere bei Tee, die Schwarzmeerküstenregion.

Nähere Angaben über das tatsächliche Ausmaß des radioaktiven Niederschlags liegen leider nicht vor. Die Tee- und Haselnusskontaminationen lassen jedoch den Schluß zu, daß die Belastung für die Menschen möglicherweise 10 bis 100 mal größer gewesen sein dürfte als in Westeuropa. Mit Recht kommentiert zwar „Psychologie heute“ die Häufung der schweren tödlichen Mißbildungen in der Westtürkei als ein zunächst qualitatives Phänomen, welches einer weiteren epidemiologischen Bestätigung bedarf. Aber das Ausmaß der radioaktiven Belastung und der enge zeitliche Zusammenhang macht diesen Faktor als mögliche Ursache der Schädigung in hohem Maße wahrscheinlich, zumal Anencephalus durch ionisierende Strahlen erwiesenmaßen ausgelöst werden kann.

Gibt die deutlich niedrigere Strahlenbelastung in unserem Land überhaupt Anlaß, ähnliche Schäden für hier geborene Kinder zu befürchten? Sind neben möglichen Reifungs- und Entwicklungsstörungen des ungeborenen Lebens, den sogenannten teratogenen Schäden auch zusätzlich genetische, das heißt vererbare Krankheiten oder Störungen zu erwarten?

Im Mittelpunkt der Diskussion über die gesundheitlichen Spätfolgen von Tschernobyl stand fast ausschließlich die Frage nach dem Krebsrisiko. Weitgehend unumstritten wird davon ausgegangen, daß es zu einem zusätzlichen Anstieg der Krebstoten in den nächsten 50 Jahren kommen wird. Die Anzahl für die Bundesrepublik bewegt sich je nach Institut, Behörde oder Wissenschaftler über oder unter 10 000.

Krebs ist zwar nicht der einzige Gesundheitsschaden, der durch Radioaktivität verursacht wird, aber über ihn liegen die meisten Kenntnisse vor, auch über quantitative Dosiswirkungszusammenhänge. Untersuchungen einer britischen Regierungskommission bestätigten eine erhöhte Rate von Leukämie und anderen Krebsarten bei Kindern, die in der Nähe britischer Atomkraftanlagen leben. Die Erhöhung der Krebsrate war bis in den Niedrigdosisbereich nachweisbar. Kernkraftwerksbetreiber hatten stets eine Gefährdung in diesem Bereich verneint. Berücksichtigt man die sogenannte Latenzzeit zwischen dem Zeitpunkt der auslösenden Ursache und dem ersten Krankheitssymptom, ist es in hohem Maße wahrscheinlich, daß die entscheidende Strahlenbelastung der britischen Kinder bereits während der Schwangerschaft erfolgt war.

Daß bei Abschätzung der Langzeit-schäden nach Tschernobyl die überwiegende Zahl der zukünftigen Krebsopfer die ab Mai 1986 geborenen Kindern sein werden, wird von der Strahlenschutzkommission (SSK) jedoch ver-

schwiegen. Bereits drei Wochen nach der Reaktorkatastrophe, Mitte Mai 1986, erklärte die SSK in ihrer dritten Empfehlung: „Die Strahlenschutzkommission hat sich schon seit Jahren mit Fragen der vorgeburtlichen Strahlenexposition beschäftigt und 1984 dazu eine Empfehlung verabschiedet. In dieser Empfehlung wird festgestellt, daß im Bereich niedriger Dosen keine Gefahr für das sich entwickelnde Leben besteht.“

Durch die Diskussion um die gesundheitlichen Folgen der Tschernobylkatastrophe im Nerv getroffen, stand für die Atom-Lobby die Leugnung jeglicher Risiken auf der Tagesordnung. „Die SSK hat gezeigt“, schreibt Inge Schmitz-Feuerhake, Radioökologin an der Universität Bremen, „daß sie vor Manipulationen wissenschaftlicher Ergebnisse nicht zurückschrekt, um die Bevölkerung zu beruhigen“.

Schaut man sich die entsprechende Empfehlung der SSK von 1984 über das „Strahlenrisiko während der pränatalen Entwicklung des Menschen“ einmal näher an, so springt einem die manipulative Verkürzung förmlich ins Auge. Dort hatte es noch zum Problem des Krebsrisikos gehießen: Es wird „heute davon ausgängen, daß während der pränatalen Entwicklung eine höhere Strahlenempfindlichkeit als im postnatalen Leben vorliegt, die bei gleicher Dosis eine um den Faktor 2 bis 3 höhere Rate an malignen Erkrankungen verursacht. Für Risikoabschätzungen wird bei diesen Effekten von einer linearen Dosiswirkungsbeziehung ohne Schwellendosis ausgängen.“

Im Chor der Verharmloser wollten auch Teile der Ärzteschaft nicht abseits stehen. Bekanntestes Beispiel dürfte die Anzeige der stromerzeugenden Industrie gewesen sein, in der Karsten Vilmar, Präsident der Bundesärztekammer, eine gesundheitliche Schädigung in Folge der Reaktorkatastrophe ausschloß. Allerdings mußte er nach gehärrnischen Protesten seine Stellungnahme zurücknehmen. Von den Auseinandersetzungen gänzlich unberührt blieb „Der Kinderarzt“, das offizielle Standesorgan der bundesdeutschen Kinderärzte. Noch in der Juni-Ausgabe hieß es dort lapidar: „Aufgrund dieser uns jetzt vorliegenden Daten besteht kein Risiko für die Bevölkerung; dies gilt auch für Embryonen und Feten“.

Gerade am Beispiel des genetischen und teratogenen Risikos, das von radioaktiven Strahlen ausgeht, läßt sich zeigen, auf welch tönernen Füßen die Argumentation der Unbedenklichkeitsfanatiker steht. „Wird eine Keimzelle von der Strahlung getroffen, kann dies zu genetischen Schäden bei den Nachkommen führen“, stellt die alternative Strahlenschutzkommission des Bundes für Um-

welt und Naturschutz Deutschland (BUND) in ihrer aktuellen Stellungnahme zu Gesundheitsschäden nach Bestrahlung im Niedrigdosisbereich fest. „Diese Vorstellungen“, heißt es in der Stellungnahme weiter, „werden durch die Tatsache gestützt, daß man mit sehr kleinen Dosen Chromosomenaberrationen, d. h. mikroskopisch sichtbare Störungen des Erbmaterials erzeugen kann. (...) Die Dosis-Wirkungskurven für Chromosomenschäden weisen keine Schwellen auf.“

Mit ihren verharmlosenden Erklärungen fällt die SSK auch deutlich hinter internationale Standards zurück. Aufgrund der Ergebnisse von Untersuchungen an Überlebenden in Hiroshi-

Über die erhöhte Anzahl von Mißbildungen bei türkischen Kindern, die im November in der Schwarzmeer-region geboren wurden, sprach das türkische Nachrichtenmagazin „Nokta“ mit Dr. Faruk Tezer, Chefarzt einer Privatklinik in Düzce.

Faktoren fehlen“

ma und Nagasaki hatte die Internationale Strahlenschutzkommission bereits 1983 neue Empfehlungen für die Röntgendiagnostik im Schwangerschaftsfall herausgegeben. In der Studie konnte ein linearer Dosiswirkungszusammenhang zwischen radioaktiver Belastung während der Schwangerschaft und geistiger Retardierung des Kindes nachgewiesen werden. Als empfindlichste Phase wurde der Zeitraum von der 8. bis zur 15. Schwangerschaftswoche ermittelt; für diesen Abschnitt wird vermutet, daß eine Schwellendosis nicht vorliegt. Aufgrund der Empfehlung der Internationalen Strahlenschutzkommission soll deshalb in der 8. bis 15. Schwangerschaftswoche auf radiologische Untersuchungen mit Strahlenbelas-

stung des Embryos möglichst ganz verzichtet werden.

In der wissenschaftlichen Diskussion wird davon ausgegangen, daß etwa zehn Prozent aller Geburten von einer Erbkrankheit oder einer Mißbildung betroffen sind. Davon sind etwa ein Drittel bereits bei der Geburt erkennbar, hier liegen grobstrukturelle Abnormalitäten vor, Veränderungen, die gemeinhin als eigentliche Fehl- oder Mißbildungen angesehen werden. Auf 100 Lebendgeborene kommen zusätzlich 10 bis 15 Fehlgeburten, die als solche festgestellt werden können sowie ungefähr 30 Frühaborde durch Absterben des in der Gebärmutter eingenisteten Keimes, ohne daß es zu spürbaren

drei Monaten können also bei Kindern solche Mißbildungen entstehen.

Nokta: Warum haben die fünf Anenzephalus-Fälle Ihre Aufmerksamkeit auf sich gezogen?

Tezer: Der wichtigste Punkt war, daß innerhalb eines Monats fünf Fälle hintereinander aufgetreten sind; diese Häufigkeit ist für unser Gebiet viel zu hoch. Ein anderer Punkt ist, daß sich all diese anormalen Geburten bei Familien ereignet haben, die an der westlichen Schwarzmeerküste leben. Die Familien kommen aus dem Küstenbereich von Eregli, Akçakoca und Düzce. Gleiche Fälle wurden im staatlichen Krankenhaus festgestellt.

Nokta: Könnten Sie etwas über die Verursachung dieser Art von Geburten sagen und speziell die Wirkungen von Radioaktivität bewerten?

Tezer: Die Beeinträchtigung der Türkei, speziell unseres Gebietes, durch den Reaktorunfall von Tschernobyl fand im Mai statt. Dieser Unfall überschnitt sich mit der Entwicklung bestimmter Zellen im Utero der im 11. und 12. Monat dieses Jahres geborenen Kinder.

Nokta: Gibt es wissenschaftliche Untersuchungen über die Wirkungen von Strahlen auf Schwangere?

Tezer: Selbstverständlich, aber nicht im Zusammenhang mit Tschernobyl. Bei Kindern, die Röntgenstrahlen ausgesetzt werden, gibt es mit Sicherheit Anomalien. Röntgen-Strahlen sind auch schädliche Strahlen. In den ersten

Nokta: Kann man annehmen, daß einem Kind indirekt durch die Aufnahme verseuchter Nahrungsmittel durch die Mutter nach der Tschernobyl-Katastrophe schädliche Strahlung zugeführt wird?

Tezer: Bei dem Baby einer Mutter, die auf diesem Wege Strahlung zu sich genommen hat, entsteht eine Anomalität.

Nokta: Gibt es eine bestimmte Dosis an Strahlung, mit der man versucht sein muß, um diese Wirkung zu erzeugen?

Tezer: Die international anerkannten Strahlendosen (gemeint ist sicherlich: Strahlengrenzwerte, Anm. d. Red.) sind sehr niedrig. Die Kinder müssen für diese Anomalien wesentlich höheren Dosierungen ausgesetzt sein.

Nokta: Im Zusammenhang mit diesen fünf Fällen, die von Ihnen und anderen Ärzten untersucht worden sind, gibt es da Anomalien bei den Müttern und Vätern, die festgestellt worden sind?

Tezer: ... Nein, wir sind auf keine negativen Faktoren gestoßen. Es gibt weder eine Verwandtschaftsseite noch Anomalien im Blut der Eltern.

Nokta: Ist in diesem Rahmen der wichtigste zu untersuchende Faktor also die Strahlung?

Tezer: Natürlich, die große Zahl der Fälle und das Fehlen anderer Faktoren läßt auf die Wahrscheinlichkeit der Radioaktivität schließen.

In der Februar-Ausgabe der Zeitschrift „Psychologie heute“ wurden Teile des „Nokta“-Interviews veröffentlicht. Der Abdruck in dg erfolgt mit freundlicher Genehmigung der Redaktion von „Psychologie heute“.

Symptome kommt. Diese Verteilung wird allgemein als „Spontane Häufigkeit vorgeburtlicher Störungen“ bezeichnet. Dabei suggeriert der Begriff „spontan“ ein Gefühl des Ursachengefügs. Ein Trugschluß, denn in die spontane Rate gehen sämtliche Schadensmechanismen physikalischer, chemischer, ernährungsbedingter und anderer Art ein. Auch die natürliche Radioaktivität hat einen Teil dieser Fehl- und Mißbildungen zu verantworten.

Es ist wissenschaftliches Allgemeinwissen, daß radioaktive Strahlung bei allen lebenden Organismen Mutationen und damit genetische Effekte hervorrufen kann, daß sich die Mutationen, egal durch welchen Mechanismus verur-

sacht, nicht voneinander unterscheiden lassen, und daß im Falle der Strahlensource die Häufigkeit von Mutationen dosisproportional ist. So konnte für Badgastein in Österreich und die Region Kerala in Indien nachgewiesen werden, daß die Anzahl von Erbgutschäden, zum Beispiel in Form sichtbarer Chromosomenveränderungen, in Gegenden mit einer erhöhten natürlich vorkommenden Bodenstrahlung dosisproportional zunimmt.

Im Januar 1987 stellte der Kinderarzt Dr. Klaus Waldemeyer in seinem Labor für genetische Diagnostik in München eine zweifach erhöhte Rate von Trisomie 21 bei Neugeborenen fest, wie er gegenüber dem „Strahlenkreis“ erklärte. Die Trisomie 21, auch unter der Bezeichnung Down-Syndrom bekannt, ist ein genetischer Defekt, der infolge einer gestört verlaufenden Reifeteilung der Geschlechtszellen der Eltern vor der Befruchtung entsteht. Bei aller Vorsicht, die bei der Beurteilung solcher Einzelbeobachtungen geboten sei, so Dr. Waldemeyer, sei das vermehrte Auftreten der genetischen Defekte genau neun Monate nach Tschernobyl äußerst auffällig.

Die Abschätzung des Ausmaßes genetischer Schädigungen infolge der Reaktorkatastrophe wird durch mehrere Faktoren erschwert. Zehn Prozent der von einer Erbkrankheit oder einer Mißbildung betroffenen Geburten beruhen auf der Schädigung eines einzelnen Gens. Der Rest unterliegt komplizierteren Vererbungsgesetzen. Es müssen erst mehrere Gene geschädigt werden (polygenische Schädigungen), bevor sich das betreffende Merkmal, das durch diese gemeinsam vererbt wird, ändert. In den meisten Fällen müssen sich dabei Elternpaare finden, bei denen gleichartige Genschäden vorliegen. Unter genetischem Gesichtspunkt ist also eine Bestrahlung großer Bevölkerungsgruppen mit niedrigen Dosen gefährlicher, als die Bestrahlung kleiner Gruppen mit hohen Dosen.

Bekannteste Beispiele polygenisch vererbter Erkrankungen sind die angeborene Verengung des Magenausgangs (Pylorusstenose) sowie Spaltwirbel mit oder ohne freiliegendem Rückenmark (Spina bifida, Meningocele). Des Weiteren gehören hierzu Herzmißbildungen, Lippenspalte, Kopf- und Gehirnmißbildungen, Klumpfuß, die Hirschsprungkrankheit (Riesendickdarm), Penismißbildungen und angeborene Hüftgelenkschäden. G. Adam von der Universität Konstanz hat die verschiedenen polygenen bedingten Krankheiten für ein Symposium an der Universität Bremen aus der einschlägigen genetischen Literatur zusammengefaßt. Er sieht bei einer Fülle von Erbschäden mit kompliziertem irregulärem Erbgang fließende Übergänge bis zu dem, was man allgemein noch als

Norm auffaßt. Als solche Beispiele zählt er auf: bestimmte Formen des Diabetes mellitus (Zuckerstoffwechselkrankheit), nicht extreme Formen der Kurzsichtigkeit, Allergien, frühzeitige Arteriosklerose (Gefäßverkalkung), frühzeitiger Herzinfarkt, akuter Rheumatismus, bestimmte Schwachsinnssymptome, Bluthochdruck, bestimmte Formen der Epilepsie, Schielen, Schuppenflechte, Schwäche des Immunsystems.

Bevor es allerdings zu den eigentlichen Krankheiten tatsächlich kommt, müssen sich die Genschäden bis zur erforderlichen Gesamtzahl anhäufen. Meist bedarf es auch zusätzlicher Ursachen. Hier spielen Umwelteinflüsse, zum Beispiel in Form chemischer oder physikalischer Einwirkungen eine wichtige Rolle. Unter Umständen dauert dieser Prozeß mehrere Generationen.

Diese Annahme wird durch zahlreiche Tierversuche bestätigt. Hier nach sind die polygenisch schädigenden Mutationen zwar wesentlich häufiger als die nur ein Gen schädigenden Mutationen mit eventuell tödlichem Ausgang. Die gesundheitlichen Auswirkungen sind jedoch in der ersten Generation nach einem „mutagenen Ereignis“ sehr gering. Sie werden sich auch mit den aufwendigsten statistischen Erhebungen so gut wie nicht nachweisen lassen. Die Akkumulation der Genschäden erstreckt sich über viele Generationen, in den erwähnten Tierversuchen waren es über 60. Man wird zwar durch mehrere Generationen erfassende Langzeitun-

tersuchungen einen allgemeinen Anstieg verschiedener Krankheiten mit genetischer Teilursache feststellen können, den Anteil einer Teilursache, wie zum Beispiel das für nahezu die gesamte europäische Bevölkerung Mutationen auslösende Ereignis Tschernobyl, jedoch kaum isoliert in Zahlen feststellen können. Anders verhält es sich mit den monogenisch verursachten Schäden, also den Krankheiten, die nach Schädigung nur eines Gens entstehen können. Hier ist unter Umständen mit einer Zunahme in den unmittelbar folgenden Generationen zu rechnen.

Zum Problem der Übertragung der Tierversuchsergebnisse auf den Menschen – im Falle der polygenisch vererbten Erkrankungen waren es Forschungen an der Taufliege – meint Adam: „obwohl es ein Sprung in der Entwicklungshöhe ist, besteht kein Anlaß, an der Gleichheit der genetischen Mechanismen und der Mutationsauslösung bei Mensch und Taufliege zu unterscheiden. Eher ist die Taufliege strahlenresistenter als ein Säugetier. So muß man annehmen, daß das Äquivalent der an der Taufliege untersuchten polygenischen Mutationen auch für den Menschen existiert und einer ganzen Reihe von physiologischen und auch zentralnervösen Schädigungen entspricht, von denen jede nur einen kleinen Beitrag zur Schädigung der Lebensfähigkeit liefert, die jedoch über die Generationen hin akkumuliert.“

An der Bedeutung der polygenischen nachteiligen Mutationen kann heute nicht mehr gezweifelt werden, auch wenn ihr quantitatives Ausmaß beim Menschen nur indirekt über Tierversuchserkenntnisse abgeschätzt werden kann. In der Internationalen Strahlenschutzbereich sind sie allerdings noch wie vor völlig unberücksichtigt.

**Dr. Klaus Waldemeyer,
München**

**Das vermehrte
Auftreten
genetischer
Defekte
genau neun
Monate nach
Tschernobyl
ist äußerst
auffällig**

Auch eine weitere Klasse von Erbschäden hat bislang keinen Eingang in die Strahlenschutzrichtlinien und die offizielle Diskussion über gesundheitliche Langzeitschäden gefunden. Es handelt sich um genetisch bedingte Veränderungen der Tumorenempfindlichkeit bei Teilen der Bevölkerung. So gibt es zahlreiche Erbkrankheiten mit einem deutlich höheren Risiko für strahleninduzierte Tumoren. Diese höheren Tumorenempfindlichkeit haben offensichtlich auch solche Menschen, die nur Erbmerkmalsträger (heterozygote Träger) sind, an der Krankheit aber selbst nicht leiden.

Im Fall von Ataxia Teleangiectasia, einer seltenen Erbkrankheit mit kombinierter Schädigung von Kleinhirn, Blutgefäßen und Immunsystem, zeigt sich nicht nur bei den tatsächlich erkrankten (homozygoten) Patienten eine besondere Strahlenempfindlichkeit, sondern auch im Falle der heterozygoten Träger eine ausgeprägte Disposition für Tumore.



nicht einmal als solcher registriert wird oder zur ungeschädigten Weiterentwicklung.

Ab der 3. Woche, etwa bis zum Ende des 2. Monats (Embryonalperiode) werden sämtliche wichtigen Organe angelegt. Es ist eine Zeit intensiver Zellteilung und Differenzierung. Umweltgifte und besonders radioaktive Bestrahlung führen jetzt zu den gravierendsten Mißbildungen mit zum Teil schweren, äußerlich sichtbaren und häufig zum Tode führenden Defekten.

Zwischen der 9. Woche und der Geburt (Fetalperiode) sind sämtliche Organe weitgehend entwickelt. Im Vordergrund stehen Wachstum und Reifung. Schädigende Einflüsse führen nur noch zu geringeren, äußerlich erkennbaren Mißbildungen. Funktionsstörungen mit möglichen Auswirkungen für die zukünftige Entstehung von Krankheiten sind eher zu erwarten.

Außer für den Zusammenhang von radioaktiver Belastung und Schwachsinn zwischen der 8. und 15. Woche, der empfindlichsten Phase der Entwicklung des Zentralnervensystems, wird für die anderen Zeitabschnitte allgemein eine Schwellendosis angenommen. Dies unterscheidet das teratogene Risiko offenbar von der Krebsentstehung und den genetischen Schäden.

Die Beobachtungen in der Westtürkei könnten daher zum einen Folge einer Strahlenbelastung oberhalb einer gewissen Schwellendosis sein. Andererseits könnte jedoch auch ein Zusammenwirken mehrerer fruchtschädigender Ursachen vorliegen. Insbesondere die letztere Bedingung dürfte bei der Beurteilung des teratogenen Risikos in unserem Land von Bedeutung sein.

Mißbildungen und Radioaktivität

Bei der Beurteilung des Risikos einer Mißbildung durch radioaktive Strahlung muß berücksichtigt werden, daß die unterschiedlichen Organe je nach Entwicklungsphase erheblich unterschiedlich strahlenempfindlich sind.

Die größte Empfindlichkeit besteht in den ersten 14 Tagen nach der Befruchtung, dem sogenannten Blastozystenstadium, in einer Zeit also, in der in aller Regel die Tatsache der Schwangerschaft noch nicht bekannt ist. Die Schädigung wird nach dem Alles-oder-Nichts-Gesetz beantwortet. Es kommt entweder zum Abort, der in aller Regel

Strahlenschutzhaltung erheblich unterbewertet wird.

Strahlenschutzhaltung erheblich unterbewertet wäre, sei es an Arbeitsplätzen mit ungenügendem Strahlenschutz, sei es in der medizinischen Diagnostik, wo allzu häufig zu viel und falsch geröntgt wird. Auch die Unverlässigkeit der Überwachungsmessungen am Arbeitsplatz durch Dosimeter, die mangelhaft sind, oder in der Umgebung von Kernkraftwerken, wo die Überwachung den Betreibern obliegt, wird hierdurch eher verharmlost, die Kritik daran entschärft.

Es ist sicher nicht abwegig, die Funktion der gegenwärtigen Verharmlosung gesundheitlicher Langzeitschäden in einer politisch-ideologischen Zielsetzung zu sehen, die in der Verteidigung des gegenwärtigen Plutoniumkurses der Bundesregierung und einzelner Länder begründet ist. Hier steht insbesondere die Durchsetzung des Baues der Wiederaufbereitungsanlage in Wackersdorf zur Disposition. Bricht das mühsam aufgebaute Argumentationsgebäude der gesundheitlichen Unbedenklichkeit von Radioaktivität im Niedrigdosisbereich eines Tages zusammen, so läßt sich unschwer vorstellen, daß Projekte wie Wackersdorf am breiten Widerstand der Betroffenen scheitern werden. □

Foto: lat

Auch für andere Krankheiten mit genetischer Teilursache gilt dieses Zusammenwirken bei Strahlenexposition. In einer 1972 im „New England Journal“ veröffentlichten Studie von Bross und anderen Autoren wurde festgestellt, daß Asthmakinder ein etwa 300 bis 400 Prozent erhöhtes Leukämierisiko haben. Im Falle einer Strahlenexposition während der Schwangerschaft erhöht sich dieses Risiko nach der Studie auf 5000 Prozent. Kinder ohne Asthmaerkrankung hätten bei gleicher Strahlenbelastung während der Schwangerschaft lediglich ein um 40 bis 50 Prozent erhöhtes Risiko einer Leukämie gehabt.

Die genetisch bedingte Empfindlichkeit großer Teile der Gesamtbevölkerung für strahlenbedingte Tumoren ist deshalb von großer Wichtigkeit, weil die genetischen Schäden ihrerseits strahleninduziert sein können. „Dieses Vervielfachungspotential genetischer Strahlenschäden sollte heute nicht mehr übersehen werden,“ kommentiert Adam die wissenschaftliche Entwicklung der letzten Jahre. Auch in diesem Zusammenhang weist er darauf hin, daß das genetische Risiko in der

Auch wenn niemand eine einigermaßen sichere Abschätzung des Ausmaßes der genetischen Folgen der Reaktorkatastrophe machen kann, so gehört doch eine gehörige Portion Ignoranz dazu, ihr prinzipielles Vorhandensein weiterhin so hartnäckig zu leugnen, wie es in den diversen Stellungnahmen von Strahlenschutzausschüssen, Ärzteverbänden und führenden Politikern zum Ausdruck kommt. Angesichts der erheblichen Unsicherheiten der heute möglichen Risikoabschätzungen, insbesondere bezüglich der genetischen Strahlenschäden, gehört es zur wissenschaftlichen Redlichkeit, nicht nur das wahrscheinliche Ausmaß zu erwartender Strahlenschäden, sondern auch das maximal mögliche Ausmaß, also die obere Fehler schranke, zu benennen.

Der allerorten geübte professionelle Zweckoptimismus trägt auf jeden Fall dazu bei, Bedenkenlosigkeit auch dort zu schüren, wo Radioaktivitätsbelastungen kurzfristig und unmittelbar

„Nicht alles kaputt machen“

Im Februar legte der DGB eine neue Analyse mit dem Titel „Der solidarischen Gesundheitssicherung die Zukunft“ vor. dg-Redakteur Norbert Andersch sprach darüber mit Alfred Schmidt und Erich Standfest vom DGB-Bundesvorstand.

dg: Sie haben die ersten Arbeitsergebnisse der gesundheitspolitischen Strukturkommission beim DGB-Bundesvorstand vorgelegt. Es geht hauptsächlich um eine Absage an die Richtung „Mehr Markt im Gesundheitswesen“. Nun geht die Entwicklung der letzten Jahre aber gerade dorthin. Was glaubt der DGB, mit seinen Vorstellungen ändern zu können?

Schmidt: Die Studie ist zunächst ein Zwischenbericht. Exakte Vorstellungen, welche Reformen wir anstreben, gibt es noch nicht. Aber wenn wir sagen, daß wir die Richtung „Mehr Markt“ ablehnen, dann heißt das, wir wollen, daß die politisch Verantwortlichen die Prioritäten setzen. Wir wollen, daß man diskutiert, wo die Fehlentwicklungen liegen, und daß man sich Ziele setzt, wie sie zu beseitigen sind. Die Macht der Anbieter muß zurückgedrängt werden, und die Selbstverwaltungen und die Regierung sollen bestimmen, was im Gesundheitswesen geschieht. Sie sollen Gesamtverantwor-

tung übernehmen. Es geht uns also um eine Absage an die Selbstregulierungsthese der Marktwirtschaftsideologen.

dg: Die Selbstverwaltung ist aber in den letzten Jahren in ihrer Handlungsfreiheit eher eingeschränkt worden. Woher nehmen Sie den Optimismus, daß sich das in den nächsten Jahren ändert?

Standfest: So stark ist die Selbstverwaltung nicht eingeschränkt worden. Überall dort, wo sie Kompetenzen hat, etwa im Bereich der ärztlichen oder zahnärztlichen Versorgung gibt es Ergebnisse, die sich sehen lassen können. Ich wollte aber noch etwas anderes anfügen. Gesamtverantwortung bedeutet auch mehr Öffentlichkeit, mehr öffentliche Diskussion. Dadurch kann sich einiges verändern. Ich will nur ein Beispiel nennen: das Gutachten des Sachverständigenrats und die Reaktion der Zahnärzte darauf. Die Diskussion, die jetzt im Gange ist, stellt erstmals das, was die Zahnärzteorganisationen, vor allem der Freie Verband und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, seit Jahren behaupten, nämlich daß wir auf diesem Bereich Weltspitze wären, massiv in Frage. Die müssen sich jetzt der Diskussion stellen und ihre Behauptung belegen. Sie ist nämlich einfach nicht wahr. Daraus ergibt sich, so glaube ich, ein enormes Veränderungspotential.

dg: Läuft nicht bei der rasanten Entwicklung auf dem Gesundheitsmarkt die gewerkschaftliche Diskussion doch zu langsam? Haben Sie nicht Angst, binnen weniger Jahre vor einer Reihe von vollendeten Tatsachen zu stehen? Vor zunehmenden Markttdenzenzen, zunehmendem Einfluß eines medizintechnischen Industriekomplexes, der gewerkschaftliche Einflußnahme immer schwieriger macht.

Standfest: Das sage ich nicht so. Im Bereich der Medizintechnik gibt es natürlich eine gewisse Dynamik, aber das ist nichts Neues. Ich glaube auch nicht, daß die Entwicklung auf dem Arzneimittelmarkt schneller vorangeht als bisher. Im engeren Bereich des Gesundheitswesens ist bisher auch nicht privatisiert worden. Man darf zwar nicht übersehen, daß einige Marktwirtschaftsökonomen darüber diskutieren, aber es gibt keine konkreten Vorschläge für eine radikale Umgestaltung des Gesundheitswesens in Richtung der Marktwirtschaftsideologie. Es ist mehr oder weniger eine akademische Diskussion.

Schmidt: Nachdem das Thema Umwelt Furore gemacht hat, sehe ich eher mehr Chancen, daß wir die Themen Gesundheit und Arbeit in den Vordergrund rücken können, weil die Arbeitsumwelt noch größere Probleme und Gefahren für die Gesundheit der Arbeitnehmer mit sich bringt als die allgemeine Umwelt. Wir wollen uns also konzentrieren auf Prävention in der

Arbeitsumwelt. Und da ist auch Mobilisierungspotential vorhanden.

dg: Das hat der DGB, das ist unbestritten, schon immer gemacht. Aber wenn man überlegt, daß jährlich 250 Milliarden Mark auf dem Gesundheitsmarkt umgesetzt werden, von denen drei bis fünf Prozent für die Prävention ausgegeben werden, dann stellt sich doch die Frage, ob der DGB sich nicht an die restlichen 95 Prozent heranmachen sollte und auf deren Verteilung und Verteilungswege Einfluß nehmen sollte.

Schmidt: Man muß beides machen. Wenn man Geld für Prävention ausgeben und die Belastung der Versicherten einigermaßen im Rahmen halten will, dann muß man gleichzeitig die Wirtschaftlichkeitsreserven mobilisieren. Wirtschaftlichkeitsreserven sind vorhanden. Ich glaube auch, es ist zunehmend ins Bewußtsein gedrungen, daß man diesen Weg gehen kann. Das zeigen sowohl die offiziellen Äußerungen aus dem Bundesarbeitsministerium, teilweise der Bundesregierung in den Koalitionsverhandlungen und auch die Äußerungen des Sachverständigenrats im Gesundheitswesen. Der hat ganz deutlich alte DGB-Forderungen aufgenommen. Er sagt, daß es schichtenspezifische Belastungsprobleme gibt und daß Prävention auf diese Bevölkerungsgruppen ausgerichtet werden muß. Dort wird genau dieses Konzept der Verknüpfung einer Umorientierung im Gesundheitswesen, einer Verlagerung der Prioritäten und der Mobilisierung von Einsparreserven angesprochen.

dg: Das hört sich fast so an, als ginge die Gesamttdenz in eine von den Gewerkschaften gewünschte Richtung.

Standfest: Ja und nein. Man darf natürlich auch nicht überschreiten, daß die FDP als gestärkter Koalitionspartner aus den Wahlen hervorgegangen ist, der traditionell und auch in Zukunft einseitig die Interessen der Leistungsanbieter vertreten wird. Aber unsere Chance ist halt, daß man in stärkerem Maße die Öffentlichkeit und die Wissenschaft für eine andere Gesundheitspolitik mobilisiert.

dg: Ich entsinne mich, daß Anfang der siebziger Jahre der DGB die Kostendämpfungspläne der sozialdemokratischen Regierung zunächst positiv gesehen hat, zumindest sah man positive Teilspektre. Herausgekommen ist dabei eine Entwicklung, die im Nachhinein auch vom DGB negativ bewertet wurde. Haben Sie nicht Angst, daß Sie mit einer Einschätzung, die gesundheitspolitische Situation sei wenig bedrohlich, wieder falsch liegen könnten?

Standfest: Ich sage nur, daß es einige positive Ansätze gibt. Die Politik kann auch in eine ganz andere Richtung gehen. Aus den Koalitionsvereinbarungen geht zum Beispiel ganz deutlich

hervor, daß an der Selbstbeteiligung herummanipuliert werden wird, mit großer Wahrscheinlichkeit in Form einer Erhöhung. Auf der anderen Seite wird es sich die Koalition kaum leisten können, über den Gesetzgeber einseitig die Versicherten zu belasten. Auch das wird im Koalitionsprogramm ausgedrückt. Wenn man realistisch ist, muß man davon ausgehen, daß die Versicherten stärker belastet werden, aber auch, daß von den Anbietern einiges verlangt werden wird.

dg: Gehen wir davon aus, daß die eigentlichen Vorschläge des DGB Ende 1987 vorliegen. Welche Möglichkeiten der Durchsetzung hat der DGB dann effektiv?

Standfest: Meine Vorstellung wäre, daß es gelingt, im Gesetzgebungsverfahren durchzusetzen, daß die Selbstverwaltung mehr Einfluß gewinnt. Die Selbstverwaltung könnte ein sozialstaatliches Steuerungsinstrumentarium darstellen, das eine sinnvolle Alternative zur Steuerung über den Markt oder die Bürokratie bietet. Dazu müßte sie aber auch mehr Kompetenzen haben gegenüber den Leistungsanbietern.

dg: In den vergangenen 15 Jahren wurde in den Selbstverwaltungen aber, zumindest zum Teil, geschlafen.

Standfest: Das läßt sich nicht bestreiten. Zum Teil wurde geschlafen, aber man muß auch sehen, daß die Selbstverwaltung nicht konstruiert ist als ein demokratisches Mitbestimmungsorgan, sondern im Rahmen einer korporatistischen Interessenausprägung. Von daher



Alfred Schmidt:
Absage an Selbstregulierungsthese

wirken bestimmte strukturelle Mängel auf die Selbstverwaltung, ob das nun die Arbeitgeberbeteiligung ist oder die eingeschränkten Mitbestimmungsmöglichkeiten. Es liegt also nicht allein an den Personen, sondern auch an den

Strukturen, die man ihr aufgezwungen hat. Aber ich glaube, daß eine größere Öffentlichkeit der Probleme die hemmenden Strukturen überwinden helfen kann.

dg: Die Schuldzuweisungen in dem Papier der Strukturkommission sind meiner Meinung nach recht moderat formuliert. Haben Sie Angst vor einer Auseinandersetzung, wie 1972, mit den niedergelassenen Ärzten?

Standfest: Die Beobachtung ist durchaus richtig, auch das Motiv ist richtig beschrieben, wenn man mal den Begriff Angst wegläßt. Die Studie von 1971, 72 ging auf Konfrontationskurs und hat dadurch sehr wenig bewegt. Wir haben deshalb in dieser neuen Studie ein Angebot an die Leistungsanbieter formuliert. Da gibt es ja mittlerweile auch differenzierte Entwicklungen.

dg: Aber die wichtigen Leistungsanbieter wollen doch etwas völlig anderes.

Standfest: Das ist nicht ausgemacht. Ich glaube, daß es bei der Ärzteschaft eine große Differenzierung gibt. Den monolithischen Blick, den es Anfang der siebziger Jahre noch gab, gibt es nicht mehr. Es gibt Ärzteverbände, wenn ich an den Verband der niedergelassenen Ärzte denke oder andere Strömungen innerhalb der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, die nicht mehr die gleichen haben wie etwa der Hartmannbund. Oder wenn ich jetzt an den Verband demokratischer Ärztinnen und Ärzte denke und an die Entwicklung in einigen Ärztekammern, dann muß ich nicht unbedingt pessimistisch sein.

dg: Der Einfluß der Ärzteschaft auf die Anbieterseite ist aber selbst zurückgehend. Die Ärzte haben gar nicht mehr den Einfluß wie vor 15 Jahren. Heute spielt die Industrie eine viel wichtigere Rolle.

Standfest: Ich glaube nicht, daß es da eine Machtverschiebung gegeben hat. Der Einfluß der Industrie ist nicht gewachsen. Aber wenn man bei den Ärzten Bündnispartner gewinnen kann, dann kann das nur von Vorteil sein. Man wird dann gegenüber der pharmazeutischen Industrie oder den Anbietern von Medizintechnik einiges ausrichten können.

dg: Aber die Frage bleibt, ob der DGB nicht etwas forsch auftreten sollte. Es wird ein Finanzvolumen verhandelt, das die Leistungsanbieter zu härtesten Maßnahmen treibt. Der DGB könnte doch auch auf Aktionsorientierung der Mitglieder setzen, durch Druck mehr für die Versicherten rauszuholen versuchen.

Standfest: Man kann nicht sagen, daß für das Gesundheitswesen viel ausgegeben würde, ohne daß es etwas bringt. Was über die gesetzliche Krankenversicherung ausgegeben wird, ist sinnvoll.

dg: Aber die Effizienz hat nicht mit dem Kostenanstieg zugenommen.

Standfest: Das ist auch unsere These. Sonst müßten wir gar nicht diskutieren. Aber es kommt auch darauf an, nicht



Erich Standfest:
**Sozialstaatliche Steuerung
durch Selbstverwaltung**

alles kaputt zu machen. Es gibt eine Menge Positives, das wir bewahren müssen. Daher würde ich für mich und auch die gesundheitspolitische Strukturkommission radikale Alternativen ablehnen. Es gibt bestimmte strukturelle Probleme, die das System unwirtschaftlich machen und an einer größeren Wirksamkeit hindern. Da setzen wir an.

dg: In Ihrer Studie ist viel von Bürger Nähe, von der bisherigen Passivierung des Patienten, die Rede. Trotzdem ist es wieder eine klassische Expertenstudie. Außer über langjährige Funktionäre sind auch hier die Bürger nicht zu Wort gekommen. Wenn man nur einmal die Sprache nimmt: Es gibt da eine Menge von Fachchinesisch, das die Diskussion auf der normalen Gewerkschaftsebene nicht gerade fördert.

Standfest: Das trifft sicher zu, aber das ist ein Dilemma, in dem Experten immer stecken. Einerseits sollen sie etwas schreiben, was in der Fachwelt akzeptiert wird, auf der anderen Seite soll es auch der Laie verstehen.

dg: Aber Expertenpapiere hat es von Seiten des DGB doch schon genügend gegeben, warum wird nicht für das normale Gewerkschaftsmitglied verständlicher Klartext geschrieben?

Standfest: Das wird in einem zweiten Schritt geschehen. Man muß die Studie als einen Baustein betrachten. Wir planen eine breite Diskussion in den Gewerkschaften über sozialpolitische Themen.

Jedes Jahr legt der Bundesarbeitsminister einen Unfallverhütungsbericht vor, und jedesmal freut er sich öffentlich über die sinkenden Unfall- und Berufskrankheitszahlen. Ein Beweis, so meint der ranghöchste Arbeitsschützer der Republik und mit ihm die offiziellen Arbeitsschutzinstitutionen, wie wirkungsvoll Arbeits- und Gesundheitsschutz hierzulande funktionieren. Leider sieht die Realität ganz anders aus. Arbeitsbedingter Gesundheitsverschleiß – das sind nicht nur Unfälle und Berufskrankheiten. Sie bilden lediglich die Spitze des Eisbergs arbeitsbedingter Gesundheitsrisiken.

Um dem Massengeschehen arbeitsbedingter Gesundheitsgefährdung auf den Grund zu gehen, veranstaltete die Projektgruppe Humanisierung der Arbeit des Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Instituts des DGB (WSI) am 17. und 18. Februar in Gelsenkirchen eine Arbeitstagung mit rund 200 Wissenschaftlern, Betriebsärzten, Praktikern des Arbeitsschutzes, Betriebsräten und Gewerkschaftern.

Zwar sei der Stand der arbeitsweltbezogenen Gesundheitsforschung keineswegs zufriedenstellend, stellte die WSI-Projektgruppe einleitend fest, die vorliegenden Daten und Fakten belegen jedoch nicht nur das erhebliche Ausmaß traditioneller und neuerer Arbeitsbelastungen, sondern ließen auch eindeutige ursächliche Zusammenhänge mit bestimmten Krankheitsbildern erkennen. Die Analyse von Krankenkassen- und Rentenversicherungsdaten zeigen beispielsweise, daß bestimmte Berufsgruppen überdurchschnittlich von chronischen Verschleißkrankheiten, Magen-Darmkrankungen, psychischen Gesundheitsbeeinträchtigungen betroffen sind. Klare Einblicke in die arbeitsbedingte Verursachung von Gesundheitsstörungen liefern auch die zahlreichen Eigenuntersuchungen der Gewerkschaften, zum Beispiel zur Schichtarbeit (IG Chemie) oder zu Rationalisierungsfolgen (IG Metall).

Aus diesem Grund kann und darf der inhaltende Widerstand der konservativen Arbeitswissenschaft und Arbeitsmedizin gegen die ernsthafte Auseinandersetzung mit „arbeitsbedingten Erkrankungen“ nicht von ihrer schon heutigen möglichen wirksamen Bekämpfung abhalten. Nach Auffassung des WSI ist dazu eine Beeinflussung der komplexen belastenden Arbeitssituationen (und nicht nur einzelner Belastungsfaktoren) dringend erforderlich. Ernstzunehmen sind nicht nur manifeste Erkrankungen, sondern, als Frühindikatoren, auch gesundheitliche Befindlichkeitsstörungen der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. Diese müssen aus ihrer Rolle als „beforschte“ und „geschützte“ Beschäftigte herausgeholt und in ihren eigenen Aktivitäten gestärkt werden.

In vier Arbeitsgruppen wurden einzelne Probleme genauer diskutiert: Herz-Kreislauferkrankungen sind durch



Reinhart Bispinck ist wissenschaftlicher Referent beim Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Institut des DGB in Düsseldorf

Düsseldorf

Massen-ge-schehen

Unfälle und anerkannte Berufskrankheiten sind nur die Spitze des Eisbergs arbeitsbedingter Risiken. Reinhart Bispinck berichtet von der Tagung „Arbeit darf nicht krank machen“ des Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Instituts des DGB.

arbeitsbedingten psycho-sozialen Streß wesentlich mitverursacht. Verschiedene Untersuchungen belegen das zum Teil mehrfach erhöhte Risiko für verschiedene Metallberufe, für Meister und Vorarbeiter, Herz-Kreislauferkrankheiten, insbesondere einen Herzinfarkt zu erleiden. Verhaltensbezogene Präventionsansätze, die auf einzelne Risikofaktoren wie Rauchen, Trinken usw. abzielen, müssen versagen, weil die krankheits(erzeugende) belastende Arbeitssituation völlig außer Betracht bleibt. Notwendig sind verhältnisändernde Ansätze, vorrangig auf betrieblicher Ebene.

Degenerative Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates wurden über Jahrzehnte zu Unrecht vorwiegend der schwachen Konstitution der Betroffenen zugeschrieben. Bei den Frauen waren es die Hormone, die zur Erklärung herhalten mußten. Neuere Forschungsergebnisse belegen jedoch: Bei Krankenschwestern, Maurern, Schreiberkräften im Büro, Schweißern und vielen anderen Berufsgruppen haben rheumatische Erkrankungen eine wichtige Ursache in den Arbeitsbedingungen. Erforderlich ist neben einer Änderung der restriktiven Praxis der Anerkennung als Berufskrankheiten durch die Berufsgenossenschaften ein umfassendes Aktionsprogramm gegen arbeitsbedingten rheumatischen Verschleiß, das von der verstärkten Forschung bis zu flächendeckenden Risikoerfassungs- und Gestaltungsprogrammen in den Betrieben reicht.

Wenig beachtet, aber von großer Bedeutung sind die *psychischen Belastungen* und Gesundheitsbeeinträchtigungen, die ihre Ursache in den Arbeitsbedingungen haben. Eine Untersuchung in der Metallindustrie ergab, daß ein Fünftel der Beschäftigten täglich oder alle paar Tage unter Nervosität, Schlafstörungen und Zerschlagenheit und mehr als zehn Prozent unter Magenschmerzen, Kopf- und Herzschmerzen leiden. Da es keine „Stressstoffe“ gibt, die vorbeugend bekämpft werden könnten, liegen die wesentlichen Ansatzpunkte in der Schaffung von inhaltsreichen Arbeitsstrukturen und echten Möglichkeiten der Leistungsregulierung, einer auch die Rationalisierungsverlieren umfassenden Qualifizierungspolitik und – nicht zuletzt – in der umfassenden Beteiligung der Beschäftigten an arbeits- und produktionsbezogenen Entscheidungen.

Die besondere arbeitsbedingte *Gesundheitsgefährdung von Frauen* resultiert aus dem niedrigen Qualifikationsniveau und den hohen Belastungen an typischen Frauenarbeitsplätzen verbunden mit der Belastung durch Haus- und Familienarbeit. Der Erkenntnisstand über Ausmaß, Verteilung und Ursachen der Gesundheitsrisiken erwerbstätiger Frauen ist erschreckend niedrig. Notwendig ist daher ein eigener Förder schwerpunkt beim staatlichen Humanisierungsforschungsprogramm. Aktuell stellen sich insbesondere für die Gewerkschaften zahlreiche Aufgaben: Angefangen bei einer tarifpolitischen Neubewertung von „Frauentätigkeiten“ über betriebliche Frauenförderpläne bis hin zu familienfreundlichen, kürzeren Arbeitszeiten. Dringend ist auch eine Reform des teilweise frauendiskriminierenden Arbeitsschutzes.

Auf einer abschließenden Podiumsdiskussion wurden die Anforderungen des WSI an eine grundlegende Reform der Arbeits- und Gesundheitspolitik zusammengefaßt:

- Gesetzliche Verpflichtung aller Akteure und Institutionen des Arbeitsschutzes auf die Verhütung arbeitsbedingten Gesundheitsverschleißes.
- Reform des Arbeitssicherheitsgesetzes und Verpflichtung der Unternehmen zur Durchführung von betrieblichen Arbeitsschutz- und Gesundheitsprogrammen.
- Einführung eines Reklamationsrechts der Beschäftigten bei gesundheitsgefährdenden Arbeitsbedingungen und verbesserte Mitbestimmungsmöglichkeiten der Betriebs- und Personalräte.
- Verpflichtung aller Sozialversicherungseinrichtungen zur Durchführung von Präventions- und Rehabilitationsprogrammen zur Gefährdung durch arbeitsbedingten Gesundheitsverschleiß.

Die Ergebnisse dieser Tagung werden in Kürze als Tagungsband veröffentlicht. Er kann gegen Rechnung beim WSI des DGB, Projektgruppe HdA, Roßstraße 126–128, 4000 Düsseldorf 30, bestellt werden.

Vorbeugende Bekämpfung arbeitsbedingter Erkrankungen

Konzepte und Strategien der wissenschaftlichen und politischen Diskussion

Bruno Zwingmann, Mitarbeiter des Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Instituts des DGB (WSI) stellte das vorliegende Thesenpapier auf einer Tagung des WSI zum Thema „Arbeitsbedingungen und Gesundheitsverschleiß“ im Februar zur Diskussion.

1. Arbeitsbedingter Gesundheitsverschleiß und arbeitsbedingte Erkrankungen sind Realität und keine Fiktion. Sie prägen das Schicksal von Millionen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern. Sie stellen keineswegs eine Randgröße neben den anerkannten Berufskrankheiten dar, sondern umgekehrt machen die Berufskrankheiten nur einen kleinen Teil des Gesamtspektrums und der Gesamtmasse arbeitsbedingter Erkrankungen aus.

Diese Feststellungen sind banal. Trotzdem sind sie in der vorherrschenden wissenschaftlichen Bearbeitung dieses Themenfeldes und der gesundheitspolitischen Praxis nach wie vor nicht anerkannt. Seit der 1974 in das Arbeitssicherheitsgesetz aufgenommenen Verpflichtung zur Untersuchung der Ursachen „arbeitsbedingter Erkrankungen“ war die vorherrschende Reaktion in der sogenannten Fachdiskussion zunächst schlichte Leugnung des Vorhandenseins. Mittlerweile scheint diese Phase abgelöst worden zu sein durch die Strategie der Verharmlosung. Arbeitsbedingte Erkrankungen werden nunmehr als vergleichsweise kleiner Randbereich der anerkannten, harten Berufskrankheiten hingestellt. Völlig entgegen der Wirklichkeit erscheinen Staat und Wissenschaft auf diese Art und Weise als so „gütig“, sich auch noch um diese entlegenen Gebiete von „Schon-fast-nicht-mehr“-Erkrankungen zu kümmern.

2. Bei Betrachtung der wissenschaftlichen Diskussion über Zusammenhänge zwischen Arbeitsbedingungen und Erkrankungen kann man sich des Eindrucks nicht erwehren, als werde durch die vorherrschenden arbeitsmedizinischen Schulmeinungen gegenüber dieser brennenden Problematik eine Art methodisch versiertes „Kannitverstan“ gepflegt. Die Frage, ob das doch so offensichtlich arbeitsbedingte gesundheitliche Leid von Millionen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern nicht aufgrund der Vorentscheidungen der eigenen analytischen Sichtweise nicht auffällt, scheint bisher noch kaum ins Bewußtsein gedrungen zu sein.

3. Die wissenschaftliche Diskussion dreht sich in aller Regel um das Ausmaß der Verursachtheit der großen Volkskrankheiten (Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Rheumaerkrankungen, psychisch Erkrankungen usw.) durch die Arbeitsbedingungen. Den vehementen Verteidigern des am Entschädigungsmodell des Berufskrankheitenrechts orientierten Verständnisses von arbeitsbedingten Erkrankungen fällt dabei in aller Regel gar nicht auf, daß es genau genommen zweitrangig ist, ob der arbeitsbedingte Einfluß bei bestimmten Arbeiten und hierauf bezogenen Erkrankungen sich beispielsweise auf 35 Prozent oder 50 Prozent beläßt. Für die Aufgabe einer vorbeugenden Gesundheitspolitik bleibt, daß ein wichtiger Anteil arbeitsbedingt ist.

Im Übrigen schockt mir der vorherrschende eingeschlagene Weg, Erkenntnisse über den Zusammen-

hang von Arbeitsbedingungen und Erkrankungen abzusichern, vor allem dazu geeignet zu sein, sicherzustellen, daß nie feste Ergebnisse beispielsweise über den Zusammenhang von Arbeitsbedingungen und Herz-Kreislauf- bzw. psychischen Beeinträchtigungen erwartbar sind.

4. Die Modelldiskussion über die Zusammenhänge von Arbeitsbedingungen und Erkrankungen im politischen wie im wissenschaftlichen Raum stellen zu einem guten Teil eine Scheindiskussion dar, die verdeckt, daß keine politische Bereitschaft besteht, sich dieser Themenstellung ernsthaft anzunehmen. Einerseits wird mit dem Argument bisher nicht gesuchten arbeitsmedizinischen Wissens der reale gesundheitliche Verschleiß gewissermaßen als nicht existent erklärt. Zum anderen wird völlig entgegen der Wirklichkeit unterstellt, daß man eigentlich nur das Ende des wissenschaftlichen Diskussionsprozesses über die Zusammenhangsmodelle abwarten müsse und dann in breitem Umfang auch Präventionshandeln einsetzt.

5. Unabhängig von allen Differenzierungen und Forschungsnotwendigkeiten im einzelnen und unabhängig davon, welches Zusammenhangsmodell aus der wissenschaftlichen Diskussion zugrunde gelegt wird, kann auf Grundlage der bisherigen wissenschaftlichen Erkenntnisse und der Erfahrungen der Arbeitnehmer doch schon jetzt folgendes gesichert über die Verursachungsstrukturen und -faktoren festgehalten werden:

- Für Verursachung oder Begünstigung der hier zur Diskussion stehenden Erkrankungsgruppen müssen vornehmlich komplexe Belastungssituationen und Beanspruchungsverläufe insgesamt zugrunde gelegt werden. Dies gilt ungeteilt der Tatsache, daß insbesondere bei den Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates sehr wohl auch markante Einzelfaktoren eine wesentliche und prägende Rolle spielen. So hat denn auch diese Gruppe arbeitsbedingter Erkrankungen die größte Nähe zum Verursachungsmodell der Berufskrankheit. Aber selbst in bezug auf psychische Störungen muß immer überprüft werden, ob nicht einzelne Faktoren als klar ausmachbare Einzelsachen wirken, wie die jüngste Diskussion um Lösemitteldämpfe und psycho-vegetative Erkrankungen bei Malern zeigt.

- In den Verursachungsablauf müssen eine Reihe von für sich genommen niedrigen Belastungsfaktoren in ihrer langfristigen Zusammenwirkung einbezogen werden. Diese gelten für sich genommen in der arbeitsmedizinischen und arbeitswissenschaftlichen Diskussion als nicht mehr wichtig, da sie meist unterhalb eines Grenzwertes für eine Einzelbelastung liegen. Ähnliches gilt für die Festlegungen im Rahmen der Tarifpolitik bzw. nach Refa über die sogenannte Dauerleistungsgrenze.

- Als Verursachungsfaktoren müssen neben den Faktoren aus der Arbeitsumwelt auch solche des konkreten Arbeitsvollzuges und der Arbeitsorgani-

sation mit einbezogen werden. Darüber hinaus müssen selbst Fragen der Entlohnung, des jeweiligen betrieblichen Status und natürlich nicht zuletzt der Arbeitsplatzsicherheit mit gesehen werden.

- Bei allen drei hier zur Diskussion stehenden Erkrankungsgruppen spielt das sogenannte „persönliche Bewältigungsverhalten“ eine zentrale Rolle. Dies gilt schon für arbeitsbedingte rheumatische Erkrankungen, aber mehr noch für die Herz-Kreislauf-Erkrankungen und erst recht für psychische Beeinträchtigungen durch die Arbeitsbedingungen. Die vorherrschende Unterstellung der Arbeitsmedizin, daß damit entweder persönliches Verschulden vorliege oder nicht faßbare subjektive Dimensionen, verkennt völlig, daß das jeweilige persönliche Bewältigungsverhalten nur sehr begrenzt bis gar nicht zur freien Verfügung des einzelnen Arbeitnehmers und der einzelnen Arbeitnehmerin steht. Es ist durch die mehr oder weniger restriktive, also festgelegte und eingeengte, äußere Arbeitssituation vorgegeben. Die Arbeitsschutzpolitische Vorbeugediskussion müßte sich eigentlich konsequenterweise auf die Voraussetzungen persönlichen Bewältigungsverhaltens richten. Möglicherweise gibt es ja beseitigbare Ursachen dafür, daß Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer ihre miese Situation in Alkohol „ertränken“.

- Als letztes soll festgehalten werden, daß auch eine konsequente Politik zur Beseitigung schon anerkannter klassischer Verursachungsfaktoren für arbeitsbedingte Erkrankungen aussticht. Ausdrücklich gilt dies unter anderem für gefährliche Arbeitsstoffe, Lärm, Vibrationen und Heben und Tragen schwerer Lasten.

6. Im Umkehrschluß ergeben sich für eine ernsthaft ansetzende vorbeugende Politik gegenüber arbeitsbedingten Erkrankungen folgende prinzipielle Aufgaben:

- Eine entscheidende Verstärkung der Anstrengungen zur Lösung der sogenannten klassischen Aufgaben im Arbeitsschutz ist notwendig vor allem auch gegenüber Berufskrankheiten. Schon das geltende Recht eröffnet weite Spielräume des Vorbou gehandlens in das Vorfeld anerkannter Berufserkrankungen hinein.
- Neben den hörkömmlicherweise einbezogenen naturwissenschaftlich analysierbaren Belastungsfaktoren aus der Arbeitsumwelt müssen die sich aus dem konkreten Arbeitsvollzug und der Arbeitsorganisation ergebenden Belastungen nicht nur in die Sichtweise mit einbezogen werden, sondern es müssen auch Gestaltungsansätze hierzu entwickelt und realisiert werden.
- Es ist unabdingbar, über die bisher fast vollständig vorherrschende Konzentration auf einzelne Belastungsfaktoren hinaus die Gesamtgestaltung von Arbeitssituationen und Arbeitsstrukturen anzugehen. Dies fordert die in Einzeldisziplinen zugegliederte Wissenschaft ebenso wie die verschiedensten politischen Handlungsfelder von Arbeitsschutz als Kernbereich über die Rudifikations- bis zur Personalpolitik.
- Die Forderung, möglichst weit im Vorfeld echter Erkrankungen vorbeugend einzutreten, erfordert ein Ernstnehmen der subjektiven Befindlichkeitsbeeinträchtigungen der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer.
- Die Beeinflussung komplexer Arbeitssituationen, die Einbeziehung von Befindlichkeitsstörungen und

erst recht die Einbeziehung des jeweiligen Bewältigungsverhaltens in die vorbeugende Arbeits- und Gesundheitsschutzpolitik macht eine Überwindung der gewissermaßen „paternalistischen“ Sichtweise von Arbeitsschutz und Arbeitswissenschaft notwendig. Die Stellung der „beforschten“ und „geschützten“ Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer muß grundsätzlich in eine selbstverantwortliche, aktiv umgewandelt werden, was übrigens kein Aufruf zur Unterminierung von Schutzstandards ist!

7. Diese Aufgaben und Anforderungen stoßen nicht von der prinzipiellen Machbarkeit her auf unüberwindliche Probleme:

- Zunächst ist es offensichtlich möglich und auch absolut notwendig, in breit angelegten, systematischen Erfassungs- und Gestaltungsaktionen die herausragenden bekannten Einzelbelastungsfaktoren aus der Arbeitsumwelt und teilweise auch des Arbeitsvollzuges (insbesondere Heben und Tragen schwerer Lasten) im Laufe eines zeitlich gestaffelten Überschaubaren Programmes zu beseitigen. Dies ist grundsätzlich eine Frage des aktuellen politischen Wollens. Es müssen „lediglich“ die entsprechenden Kapazitäten bereitgestellt werden. Wie die wenigen Beispiele solch flächendeckender langfristiger Aktionen zeigen, (beispielsweise Arbeitsstoffprogramm der Berufsgenossenschaft der chemischen Industrie) tun sich die Arbeitsschutzinstitutionen hiermit denkbar schwer. Sie sind in aller Regel hiermit qualitativ und quantitativ völlig überfordert.

- Hinsichtlich der Beeinflussung von komplexen Arbeitssituationen und -abläufen kann zum guten Teil auf Diskussionen, Erfahrungen und Forschungsergebnisse aus der Arbeitsstrukturerfahrungsdiskussion zurückgegriffen werden. Beispielsweise zeigt die mittlerweile sehr reichhaltige Diskussion und Forschung über Mischarbeitskonzeptionen im Verwaltungsbereich auch Wege zur Verminderung des Aufkommens an arbeitsbedingten Gesundheitsbeeinträchtigungen und Gesundheitsverschleiß. Die Verbindungen zur Qualifizierungspolitik müssen hierbei unbedingt beachtet werden.

- In engem Zusammenhang mit dem letzten genannten Punkt ist die grundsätzliche Veränderung der Stellung des einzelnen Arbeitnehmers und die Erweiterung konkreter, individueller Arbeitnehmerrechte sicherlich kein Problem der Machbarkeit als vielmehr der Durchsetzbarkeit. Allerdings gibt es auch hier Spielräume, die erschlossen werden können, wenn man sich überhaupt auf die Fragen der Gestaltung der Arbeitsbedingungen insgesamt einläßt. Die Diskussion um die sogenannten „Qualitätszirkel“ zeigt, daß die Unternehmer aus ihrem Interesse heraus beispielsweise zur Verbesserung der Produktqualität daran interessiert sein können, vermehrt Selbstverantwortlichkeit und ein gewisses Maß an „Mitbestimmung am Arbeitsplatz“ in Kauf zu nehmen. Damit wird nicht für die Praxis dieser Qualitätszirkel plädiert, wohl aber zeigt sie hier eine Form der Behandlung solcher Themenstellungen, die auch gewerkschaftlicherseits aufgegriffen werden kann.

- Die genannten Anforderungen und auch die Durchführung schon vorhandener exemplarischer Möglichkeiten zur verbesserten Vorbeugung gegenüber arbeitsbedingten Verschleißerkrankungen stellen die politisch-institutionell in Frage kommenden Systeme und Bereiche vor erhebliche Probleme:

- Was die politisch verantwortlichen Institutionen angeht, gibt es keine, die zusammenfassend für die Gesamtproblematik politisch und handlungsmäßig umfassend verantwortlich wären. Hierzu müßte ein erweiterter Arbeits- und Gesundheitsschutz viele andere Politikbereiche durchdringen, von der Qualifikationspolitik bis zur Beschäftigungspolitik.

- Wie schon angedeutet, zerlegen die verschiedenen beteiligten Wissenschaften und innerhalb dieser die jeweiligen Schulmeinungen die einheitliche Gesamtproblematik des arbeitsbedingten Gesundheitsverschleißes in Teilsegmente. Dies kommt zu der völlig ungünstigen Flächendekoration in der Erforschung der Zusammenhänge von Arbeit und Gesundheit hinzu. Betriebliche Gestaltungsrelevanz

erhält so gut wie ausschließlich die Arbeitsmedizin von der Seite der Wirkungsforschung in Verbindung mit der Sicherheitstechnik auf der Seite der Arbeitsgestaltung. Schon diese beiden Disziplinen arbeiten höchst selten zusammen. Dagegen laufen sozialwissenschaftliche Erkenntnisse der Wirkungsforschung gewissermaßen auf der Gestaltungssseite ins Leere. Dies ist ein wesentlicher Grund für das Anwachsen von lediglich papieren Ergebnissen der Forschung. Im Bereich der psychischen Belastungen ist das letzte Ergebnis eines mehr als zehn Jahre währenden Diskussionsprozesses eine reine nichtssagende „Verständigungsnorm“ über Begriffe.

- Auf betrieblicher Ebene könnte die hier angesprochene Präventionsproblematik sicher systematischer durch die Institutionen des Arbeitssicherheitsgesetzes angegangen werden. Es muß aber einkalkuliert werden, daß die Widerstände seitens der Unternehmer ungleich größer sein dürfen, wenn es um die Gestaltung von Arbeitsorganisationen und Arbeitsabläufen geht, als sie es schon gegenüber den Forderungen nach Verbesserung der Arbeitsumweltbedingungen sind. Mit allen Forderungen, die die konkrete Verfügung über die Arbeitskraft der Arbeitnehmer betreffen, wird der Kern betrieblicher unternehmerischer Interessen berührt.

- 9. Auch die gewerkschaftliche Politik wird durch die Komplexität und Breite der zu beeinflussenden Faktoren vor erhebliche Probleme gestellt. Die auf gesundheitliche Vorbeugung in der Arbeitswelt ausgerichtete gewerkschaftliche Arbeitsschutzpolitik ist seit langer: als ausgegrenzter Politikbereich verselbstständigt worden. Eine Einbeziehung all der hier angesprochenen Fragen ist zwar immer gefordert worden, die Gestaltung der Arbeitsorganisation, des Lohnes und der Arbeitszeit ist aber seit eh und je die Domäne gewerkschaftlicher Tarif- und Betriebspolitik. Arbeitsbedingter Gesundheitsvorschluß spielt hierbei nur eine nachgeordnete Rolle, wenn auch immer als allgemeine Mitbegründung, beispielsweise bei Forderungen nach Arbeitszeitverkürzung. Die hier aufgeworfenen Fragen, beispielsweise nach vorbeugender Beeinflussung psychischer Beeinträchtigungen durch die Arbeitsbedingungen, reichen sogar noch hierüber hinaus und sprechen Fragen der gewerkschaftlichen Kultur und Gesamtkonzeption überhaupt an.

- 10. Gegenüber der gesamten so „verwissenschaftlichten“ Diskussion muß allerdings festgehalten werden, daß der vollständige Fragenkomplex des arbeitsbedingten Gesundheitsverschleißes einschließlich der verschiedenen Vorstufen, beginnend mit Fehlbarespruchungen und Befindlichkeitsbeeinträchtigungen der Arbeitnehmer ein eigenständiges gewerkschaftspolitisches Handlungsfeld darstellt. Dieses kann in vielen Bereichen durch wissenschaftliche Erkenntnisse ergänzt, nicht aber ersetzt werden. Echte, durchgreifende Fortschritte dürfen im übrigen auch für den Bereich der wissenschaftlichen und arbeitschutzpolitischen Durchdringung dieser Themenbereiche besonders dann zu erwarten sein, wenn es den Gewerkschaften gelingt, Themen des arbeitsbedingten Gesundheitsverschleißes stärker in ihre eigene Politik und Mobilisierung zu integrieren. Ansatzpunkte hierfür gibt es in den letzten Jahren immer häufiger, beispielsweise in den vielfältigen Aktivierungs- und Mobilisierungsaktionen auf betrieblicher und überbetrieblicher Ebene im Zusammenhang mit Problemen und Auswirkungen der Arbeitsbedingungen. Ausdrücklich herausgehoben werden soll hierbei das Aktionsprogramm „Arbeit und Technik“ der IG Metall. Hier liegen mittlerweile erste betriebliche Erhebungsboipise vor. Hierdurch und durch viele vorhergehende Projekte und Erfahrungen wird sehr nachhaltig belegt, daß zwar auf der einen Seite diese Erhebungen in vieler Hinsicht keineswegs so genau sein können wie in einigen Teilbereichen eine ärztliche Anamnese. Trotzdem war es in vielen Fällen möglich, aufbauend auf Angaben der Arbeitnehmer über ihre Befindlichkeit, durch diese selbst Zuordnungen zu bestimmten Arbeitsbedingungen zu treffen und schließlich hieraus wiederum

durch die Arbeitnehmer selbst konkrete Forderungen nach vorbeugender Gestaltung eben dieser Arbeitsbedingungen entwickeln zu lassen. Die herrschende wissenschaftliche Betrachtungsweise, wenn sie denn überhaupt zum Einsatz gekommen wäre, hätte erst einmal festgestellt, daß diese Befindlichkeitsäußerungen nicht signifikant höher sind als bei irgendwelchen Vergleichsgruppen, subjektiv sehr variabel usw. sind. In dem Maße, wie es der gewerkschaftlichen Politik gelingt, diese Ansätze zu einer echten betrieblichen Gesundheitsbewegung auszubauen, werden auch die Institutionen des Arbeitsschutzsystems auf betrieblicher und überbetrieblicher Ebene zu ganz erstaunlichen Fortschritten in der Lage sein.

11. Abschließend einige Forderungen und Schlußfolgerungen:

- Hinsichtlich der mittlerweile klar erkennbaren Vorursachefaktoren von arbeitsbedingten Verschleißerkrankungen müssen vor allem berufsge nossenschaftliche Erfassungs- und Gestaltungsprogramme initiiert werden. Hier sind zunächst und vor allem die verschiedenen, seit langem bekannten schweren Belastungen aus der Arbeitsumwelt, aber auch wesentliche bekannte Belastungen durch den Arbeitsvollzug, vor allem das Heben und Tragen schwerer Lasten zu nennen. Ein entsprechender Ausbau des berufsgenossenschaftlichen Potentials ist selbstverständlich hierzu unumgänglich. Hinzu kommen könnte beispielsweise eine Neudeinition und Erweiterung des Aufgaben- und Tätigkeitsbereiches der Gewerbeärzte.
- Die Berufsgenossenschaften müssen ihre restriktive Handhabung des Entschädigungsrechts zumindest für den kleinen Teil anerkannter Vorschleißerkrankungen aufgeben. Vor allem für die Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates ist schon die Anerkennung weiterer Berufskrankheiten nach geltenden Kriterien möglich. Darüber hinaus muß die enorm hohe Dunkolziffer erschlossen und ausgeräumt werden, wie auch im Sinne des § 3 Berufskrankheitenverordnung wirklich vorbeugend in deren Entstehungszusammenhänge eingegriffen werden.

- Die Institutionen des Arbeitssicherheitsgesetzes, insbesondere Betriebsärztinnen/ärzte müssen endlich dazu in die Lage versetzt werden, ihren Mindestaufgabenkatalog nach dem Arbeitssicherheitsgesetz zu erfüllen. Vor allen Dingen die Berufsgenossenschaften, Gewerbeärzte, aber auch zentrale Einrichtungen wie die Bundesanstalt für Arbeitsschutz, müssen diesen Prozeß flankieren durch die Verbreitung und Umsetzung verschiedenster mittlerweile bekanntgewordener Praxisbeispiele, insbesondere auch für kleinere und mittlere Unternehmen. Oft fehlt es in der betrieblichen Praxis der Betriebsärztinnen und -ärzten an den einfachsten Dingen, wie einfach handhabbare Unterlagen zur Erfassung von Belastungen und Beanspruchungen, wie auch Anleitungen zu deren Auswertung. Unabdingbar dürfte aber selbstverständlich die Einlösung der langjährigen Forderungen der Gewerkschaften zu diesem Bereich sein: Verbreiterung des Geltungsbereiches des Arbeitssicherheitsgesetzes auf alle Arbeitnehmer, drastische Ausweitung der Einsatzzeiten zur Ermöglichung solch komplexer Aufgaben wie der Vorbeugung gegenüber Verschleißerkrankungen usw. usf.

- Für den Fall, daß die betriebliche Praxis sich wirklich ernsthaft der Vorbeugung arbeitsbedingten Gesundheitsverschleißes verschreibt, müssen nicht nur neue oder erweiterte inhaltliche Konzeptionen entwickelt werden, sondern auch andere und erweiterte Handlungsformen und -zusammenhänge. Beispielsweise muß eine kontinuierliche, voll selbstverantwortliche Einbeziehung der unmittelbar betroffenen Arbeitnehmer zusätzlich zum nach wie vor zentralen Arbeitsschutzausschuß andere Strukturen zur Folge haben. Hier ist an Konzepte wie dem von der Pause als „sozialer Arbeitszeit“ zu denken, in diesem zeitlichen Rahmen müßten dann gewissermaßen

gewerkschaftliche Formen, vergleichbar auf unternehmerischer Seite den „Qualitätszirkeln“, entwickelt werden. Auch den vielfältigen Erfahrungen aus Diskussionen und Ansätzen im Umfeld der sogenannten „Arbeitermedizin“ muß Rechnung getragen werden. Dies gilt beispielsweise für belastungshomogene Gruppen.

- Außerhalb des Arbeitslebens stehende Institutionen des Gesundheitswesens können mittel- und längerfristig eine wichtige Rolle spielen. Die Betriebskrankenkassen haben hierzu wesentliche Perspektiven aufgezeigt. Änderungen müssen bis in den Bereich des vertrauensärztlichen Dienstes hineinreichen. Die Nachforschung, ob bestimmt Krankheitserscheinungen mit den Arbeitsbedingungen zu tun haben, muß auf lange Sicht bei jeder ärztlichen Untersuchung mit bedacht werden.
- Auch innerhalb der gewerkschaftlichen Politik muß eine Schwerpunktverlagerung stattfinden. Arbeits- und Gesundheitsschutz muß Teil der gewerkschaftlichen Betriebspolitik insgesamt werden. Dabei böte eine Einbeziehung der Gesundheitsproblematik auch verstärkte Chancen für die gewerkschaftliche Mobilisierung insgesamt.
- Von zentraler Bedeutung wird längerfristig vor allem im Bereich der Tarifpolitik die Durchsetzung erweiterter individueller Arbeitnehmerrechte sein. Besondere Bedeutung kommt hierbei unter anderem dem Boschwerde- und Arbeitsverweigerungsrecht der Arbeitnehmer im Hinblick auf eine nicht menschengerechte Gestaltung ihrer Arbeitsbedingungen zu. Die Realisierung dieser im Lohnrahmentarifvortragstentwurf für Südwürttemberg/Hohenzollern vorgeschlagenen Erweiterung der Arbeitneh-

merrechte würde den gesamten Arbeits- und betrieblichen Gesundheitsschutz qualitativ auf eine neue Stufe heben. Es würden nicht nur endlich die sogenannten klassischen Arbeitsschutzbestände rigoroser bekämpft, sondern endlich auch die sogenannten „weichen“ Belastungsformen einbezogen werden können. „Wissenschaftlich gesicherte Erkenntnisse“ werden dann zu einem Gutteil erst möglich!

- In der Forschungspolitik ist vor allem eine wesentliche Aktivierung der Forschungsförderung im Rahmen des Humanisierungsprogramms der Bundesregierung notwendig. Die Zufälligkeit in der Schwerpunktsetzung und die systematischen großen Lücken müssen durch langfristig angelegte Förderbereiche geschlossen werden. Wichtig ist darüber hinaus auch eine Flankierung dieser Forschung durch kontinuierliche Bilanzierung, Dokumentation und Aufbereitung und Verbreitung der entsprechenden Ergebnisse. Es kommt hier insgesamt auch darauf an, erst den fortgeschrittenen Stand des Auslandes einzuhören.
- Hinsichtlich der wissenschaftlichen Diskussion kommt es sicherlich auch darauf an, sich über Modelle gesicherter arbeitsmedizinischer und arbeitswissenschaftlicher Erkenntnisse zu verständigen. Allerdings dürfen beispielsweise auch epidemiologische Modelle wie das von Volkholz nicht absolut vorausgesetzt werden. Die Notwendigkeit, vorbeugend täglich zu werden gegenüber arbeitsbedingtem Gesundheitsverschleiß ist auch dann schon gegeben, wenn keine „Überhäufigkeiten“ statistisch gesicherter Art gegenüber einem irgendwie definierten Vergleichskollektiv nachgewiesen werden kön-

nen. Nachweisbare Fehlbeanspruchungen müssen Anlaß für entsprechendes Handeln sein!

- Auch wenn im Moment die politischen Rahmenbedingungen kaum so sind, daß hier Fortschritte erwartbar wären, muß doch eingefordert werden, daß die zentralen gewerkschaftlichen Grundsatzforderungen zur Reform des Arbeits- und Gesundheitsschutzes insgesamt eingelöst werden. Hier bleibt nach wie vor die Aufgabe eines einheitlichen neuen Arbeitsschutzgesetzes unabdingbar. Dieses muß nicht nur die bisherigen Teile des Arbeitsschutzes zusammenfassen und deren Gültigkeit für alle Arbeitnehmer sicherstellen, sondern auch ausdrücklich die umfassende Zielsetzung zur Bekämpfung von Fehlbeanspruchungen in der Arbeitswelt durch die Gestaltung aller Faktoren der Arbeitsbedingungen festlegen.

Eine weitere Grundsatzforderung ist die Reform des Berufskrankheitenrechts, wozu der Deutsche Gewerkschaftsbund schon 1976 seine Vorstellungen vorgelegt hat. Die Abwälzung der Kosten des arbeitsbedingten Gesundheitsverschleißes beispielsweise auf die Kranken- und Rentenversicherung oder die Individualisierung dieser Kosten und Abwälzung auf die Arbeitnehmer selbst kann nicht hingenommen werden. Andere Länder, wie beispielsweise jüngst Schweden, sind uns auch hier weit voraus, wie die Anerkennung stroßbedingter Überforderung als Berufskrankheit durch ein schwedisches Gericht belegte. Schließlich gehört auch die Forderung nach einer Reform des Betriebsverfassungsgesetzes entsprechend den gewerkschaftlichen Vorstellungen von einer erweiterten Mitbestimmung unmittelbar mit in den hier anzusprechenden Rahmen.

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. (Fortsetzung aus dg 3/87)

4. Wer ist der Gegner?

„Das bestehende Gesundheitssystem wird von den Anbietern: der Ärztekammer, der Großgeräte-Industrie, der Pharmaindustrie und den großen Wohlfahrtsverbänden bestimmt. Diese regeln ihre Beziehungen untereinander weitgehend über einen „Markt“, den staatlichen Stellen absichern. Hinzu kommt, daß die Krankenkassen aus ihrer Eingebundenheit in Verbandsinteressen das bestehende System durch vertragliche Regelungen stützen. Demokratisierung im Gesundheitssystem muß deshalb gegen ein Macht-Kartell aus Industrie- und Standesinteressen durchgesetzt werden.“ (S. 7) „Die Giffigkeit und das krebsverregende Potential schon geringster Mengen vieler Chemikalien und radioaktiver Stoffe sind bekannt... Überfällige Verbote giftiger Stoffe... werden weiter herausgezögert. Produktionsumstellungen und Stoffersatzprogramme unterbleiben. Zumeist findet noch nicht einmal eine wirksame Kontrolle der Einhaltung der Grenzwerte statt. Auf der anderen Seite floriert das Geschäft mit der Krankheit. Die Gesundheitsbranche ist eine der wichtigsten Wachstumsbranchen. Ein profiträchtiger medizinisch-industrieller Komplex hat sich entwickelt, in dem die ständischen Interessen von niedergelassenen Ärzten und Zahnärzten auf das Beste mit den

Geschäftsinteressen von Pharma- und Medizinindustrie harmonisieren.“ (S. 9)

Die Eigentümer der Produktionsmittel tauchen als Gesamtklasse nur auf als Produzenten des Gifts. In bezug auf die Kosten „explosion“ ist nur von der Pharma- und Großgeräteindustrie die Rede, die an der Ausweitung des Geschäfts Interesse haben. Damit aber wird der Umfang der Gesundheitskosten aus dem Umsatzstreben des Pharmakapitals erklärt. Die Cruz dabei ist, daß mit diesem Argument die Einsicht verbaut wird in die Tatsache, daß es sich bei den gegenwärtig konsumierten Gesundheitsleistungen um wirklich, objektive, unabsehbare, eher zu wenig als überbefriedigte Bedürfnisse der kranken Lohnabhängigen handelt. Überall der Versuch, den Verbrauch an derartigen Leistungen als „künstlich“ zu erweisen. Z. B.: „Das bestehende Vergütungssystem führt immer wieder zur Einbringung von „Leistungen“, die nur für den Umsatz des Arztes, nicht aber für die Gesundheit der Patienten wichtig sind.“ (S. 12) „Die Krankenhausfinanzierung orientiert sich an der Bettenzahl. Je mehr Betten im Krankenhaus aufgestellt sind, desto mehr Investitionsmittel fließen dem Krankenhaus zu. Gleichzeitig ist der Stellenplan von der Bettenzahl und der Bettenbeliegung abhängig, was dazu führt, daß die Beschäftigten wie die

Krankenhausleitung an einer „full-house“-Politik interessiert sind.“ (das.)

Die Grünen zeigen großen Eifer, die Organisationsform des Gesundheitswesens für die herrschenden Widersprüche verantwortlich zu machen, nicht den Widerspruch zwischen Lohnarbeit und Ausbeutung der Lohnarbeit. Nur so können sie ihre eigene Rolle als Verkörperung der gesellschaftlichen Gesamtwelt als die „besseren Organisatoren“, nach vorne spielen. Damit können sie aber das Interesse der kranken Lohnarbeiter (und das sind meist Handarbeiter) auf ausreichende Versorgung, wenn sie nun schon mal krank sind, nicht konsequent zu ihrem eigenen machen. Sie schießen sogar soweit über ihr eigenes Ziel hinaus, daß sie gar die Beschäftigten im Krankenhaus für die steigenden Patientenzahlen vorantreiblich machen. (Letzteres ist ein Ammenmärchen; die Patientenzahlen stiegen schon vor der Einführung der Krankenhausbedarfspläne und der Mindest-Auslastungsquoten; und diese Quoten selbst waren bekanntlich ein Mittel zur Bettenkürzung. Hebt die Quoten auf, und der beschworene Mechanismus ist aus der Welt! Bloß wird das zu mehr Betten führen und nicht zu weniger.)

Entsprechend halbherzig stellen sich die Grünen zur aktuellen Politik der Bettenstreichungen in den Krankenhäusern durch die Länder. Der Regierungspropaganda, diese Kürzungen müßten notwendig diktatorisch erfolgen, weil ja nur die Unvernunft der Träger wie der Beschäftigten eine Verständigung unmöglich mache, haben sie nichts entgegenzusetzen. Ihre Forderung ist halber Rückzug: „Bettenstreichungen dürfen nur stattfinden, wenn gleichzeitig alternative Angebote aufgebaut werden, beispielsweise die Einrichtung von Sozialstationen oder an-

Wolf Steinbrecher ist Programmierer an der Universitätsklinik in Freiburg

dorer ambulanter Pflegemöglichkeiten.“ (S. 21) Dern hat zum Beispiel die baden-württembergische Landesregierung bereits geantwortet, indem sie sagt: umgekehrt wird ein Schuh draus; erst kürzen wir die Betten, damit die Privatiniziative gezwungen ist, sich zu entfalten und ambulante Pflegemöglichkeiten zu schaffen. Und die Privatiniziative tut dies bereits, die privaten Pflegedienste für Zahlungskräftige schließen nur so aus dem Boden. – Auch das „Interesse“ des Pflegepersonals an so viel Betten wie möglich soll aus dem Wege geschafft werden: „Die Personalausstattung des Krankenhauses hat sich an den Erfordernissen einer humanen Krankenpflege und einer optimalen Behandlung auszurichten, nicht an der Bettentanzahl.“ (S. 22) Keineswegs vorbehaltlos werden also die Forderungen der Beschäftigten nach mehr Stellen zu ihrer eigenen Entlastung unverstübt; diese Forderung wird vielmehr dem allgemeinen Zweck des Krankenhauses, der „humanen Patientenversorgung“ untergeordnet, wie er von Dienstherrn und Kirchen propagiert wird zur Schaffung der Betriebsgemeinschaft Krankenhaus, in welcher alle an einem Strang ziehen. Mal ganz abgesehen von der Frage, wie eine „humane Krankenpflege“ beim gegenwärtigen Bettentzug dann wohl aussehen soll, wenn die Kranken im 48-Stunden-Takt durch-

geschleust werden. Schon jetzt weiß selbst das Ärzteblatt zu berichten, daß aufgrund der Bettenabbau-Politik in West-Berlin die Sterblichkeit bestimmter Altersgruppen wieder steigt und die Sterblichkeit infolge chirurgischer Eingriffe dort weit über dem Bundesdurchschnitt liegt (Heft 42/86, S. 2851) – ein Zeichen, daß die Krankenhausbetten ein objektives Bedürfnis darstellen.

Die Auffassungen der Grünen finden in der Wirklichkeit keine Bestätigung. Die steigenden Patientenzahlen in den Krankenhäusern kommen nicht durch irgendwelche falschen Organisationsformen zustande, sie sind Ergebnis im wesentlichen des schnelleren Verschleißes der Arbeitskraft in der Produktion. Dies ist beweisbar. Bei den meisten von den Grünen konstatierten „unsinnigen“ Gesundheitsleistungen, wie unnötige, zu stark dosierte Medikamente usw., handelt es sich meist, wenn man genauer hinschaut, um Verweigerung und Beschleunigung der Behandlung, zwecks schnellerer Wiedereingliederung der Arbeitskraft in den Arbeitsprozeß. Die Pharmaindustrie wirtschaftet hier durchaus nicht nur in die eigenen Taschen, sie handelt im Auftrag und Interesse der gesamten Klasse der Kapitaliigner und -verwalter.

„Längerfristig streben die Grünen in Verbindung mit ihren sozialpolitischen Forderungen einen einheitlichen prozentualen Krankenversicherungsbeitrag auf alle individuellen Einkommen an. Hierunter fallen Erwerbs- und Vermögenseinkommen ebenso wie Lohnersatzleinkommen.“ (S. 11)

Will man die Krankenversicherung durch einen einheitlichen prozentualen Einkommensanteil finanzieren, so zahlen die Arbeitgeber (als dann „Pflichtversicherte“ der Einheitsversicherung) erstmal erheblich weniger. Denn bis jetzt wird ihr Anteil auf die Lohnsumme der von Ihnen beschäftigten Lohnabhängigen bezogen, im Grünen-Modell würden sie (für ihre eigene persönliche Versicherung) auf ihr eigenes Einkommen (Profit und Grundrente) Beiträge entrichten, welches erheblich unter der Lohnsumme liegt. Um das Loch zu stopfen, müssen die Beiträge der Lohnabhängigen steigen. Auch wenn man davon ausgeht (wie Helga Burkert, Grünen-MdB, auf dem Gesundheitskongress mündlich erläuterte), daß die heutigen Arbeitgeber Beiträge erstmal auf die individuellen Löhne und Gehälter der Beschäftigten aufgeschlagen würden, so würde die lohnsenkende Wirkung dann weiter steigender Beiträge gegenüber dem heutigen System sogar vor- schärfen.

5. Wer soll die Versicherungen zahlen?

Die Sozialversicherungen sind entstanden aus dem Kampf der Arbeiterklasse um Sicherung ihrer Reproduktion auch in Zeiten, in welchen der individuelle Arbeiter arbeitsfähig ist oder höheren Bedarf hat, als sein Arbeitslohn hergibt. Um dieser Tatsache Rechnung zu tragen, ist seit längerem unter Teilen der Arbeiter- und Gewerkschaftsbewegung die Forderung verbreitet, daß die Kassen ausschließlich durch die Arbeitgeber zu bezahlen sind (weil sie es sind, die die Arbeitskraft vernutzen, also ihren Wert zahlen müssen) und durch die Lohnabhängigen selbstzuverwalten sind (weil der Lohn ihnen gehört und niemandem sonst).

Die Grünen wollen Gesundheit als „Menschenrecht“, in Abstraktion vom Lohnverhältnis, und kommen deswegen in Begründungsschwierigkeiten, warum die Arbeitgeber nichts zu sagen haben sollen in einer Institution, in die sie als „Arbeitgeberbeitrag“ soviel von ihrem schönen Geld reinzahlen: „Die Demokratisierung des Gesundheitswesens setzt entscheidend an der Selbstverwaltung der Krankenkassen an. Die Trennung von Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträgen ist künstlich. Tatsächlich werden die sog. Arbeitgeberanteile immer als direkte Kosten des Arbeitsplatzes abgerechnet. In Wirklichkeit bringen die Versicherten die gesamten Beiträge auf. Die Unterscheidung in verschiedene Beitragszahlungen dient lediglich als Vorwand zur Beteiligung der Arbeitgeber in der heutigen Selbstverwaltung. Diese Trennung der Beitragszahlungen wollen wir aufheben.“ (S. 11) „In Wirklichkeit“ zahlen die Lohnarbeiter sowieso „alles“, weil sie alles erzeugen, also auch die Yacht des Chefs. Ist deswegen die Trennung von Lohn und Profit „künstlich“? Klar wird der Unterschied vor allem dann, wenn die Scheidelinien zwischen Lohn und Profit in Bewegung geraten, wenn es heißt: Wer zahlt die gestiegenen Gesundheitskosten? Da läuft das gegenwärtige System auf „Teilung“ der Kosten hinaus: Der Kapitalist hat mehr Arbeitskraft flüssig gemacht, die Arbeitskräfte verschlissen, seinen Profit gesteigert. Von den damit verbundenen höheren kollektiven Reproduktionskosten in Form gestiegener Krankenkassenausgaben will er aber nichts hören; die Hälfte davon (oder mehr, über „Selbstbeteiligung“) zwackt er dem individuellen Konsumtionsfonds der Lohnabhängigen ab. Dieses System gefällt uns gar nicht.

Wir meinen, man kann die Selbstverwaltung der Versicherten auch fordern, ohne die Unternehmer finanziell zu entlasten, wie die Grünen vorschlagen:

**PSYCHOLOGIE &
GESELLSCHAFTS
KRITIK** 39/40
ISBN 3-925007-39-3
NEUERSCHEINUNG



Ordnung psychosozial

INHALT

THEMATISCHE BEITRÄGE

Helmut Hildebrandt

Offene Fürsorge und Psychische Hygiene in der Weimarer Republik: Die zwei Gesichter eines soziopsychiatrischen Versuchs

Werner Eberlein

Wenn die Schatten kommen dürfen...

Max M. Wambach

Zur Modifikation einiger Typen sozialer Kontrolle

Siegfried Piwowar

Aus dem Bauch der Familie

Wilhelm Bossmann

Warenhaus der Gefüge oder der schöne Schein der Humanistischen Psychologie

Ludwig Lugmeyer

Der Fall Stipe Roso

EINZELBEITRÄGE

Wolfgang Wehrstedt

Edward Abramowski und seine Konzeption des Unbewußten

Franz Ziegler-Tanner

Anmerkungen zur Kritik an der Teekritik

REZENSIONEN

AKTUALITÄTEN/DOKUMENTATION

Eine psychologiekritische Zeitschrift für Psychologen, Pädagogen, Sozialwissenschaftler in Theorie und Praxis.
Einzelheft 9,- DM / Doppelheft 15,- DM / Jahresabonnement 34,- DM / Studenten: Arbeitslose 28,- DM; jeweils zzgl. Porto.
Erhältlich in jeder guten Buchhandlung oder direkt bei der Redaktion der P & G, Bürgerbuschweg 47, D-2900 Oldenburg, Tel. (0441) 6 4126.

„Euthanasie“- Prozeß in Frankfurt

Memoiren eines älteren Herrn

Dr. Aquilin Ullrich auf dem Weg in den Gerichtssaal

In Frankfurt läuft seit Januar 1986 der wohl letzte Euthanasie-Prozeß in der Bundesrepublik. Vor Gericht stehen zwei alte Männer: Dr. med. Aquilin Ullrich aus Stuttgart und Dr. med. Heinrich Bunke aus Celle, beide 72 Jahre alt, beide angeklagt wegen Beihilfe zur Tötung von mehreren tausend Menschen während des nationalsozialistischen Terrorregimes.

Ich möchte im folgenden nur meinen persönlichen Eindruck von einem einzigen Prozeßtag wiedergeben, vom 4. Februar 1987. Ich wußte, daß die beiden Angeklagten seit Mitte Dezember plötzlich in aller Ausführlichkeit ihre Lebensgeschichte schildern, und wollte mir das einmal anhören. Da beide beschränkt verhandlungsfähig sind, finden die Gerichtstermine höchstens einmal in der Woche statt und dauern jeweils zwei Stunden.

An diesem 4. Februar war Herr Ullrich mit seiner Darstellung gerade im Frühjahr 1940. Damals war er in der Tötungsanstalt Brandenburg an der Havel. Der rundliche, weißhaarige Herr schilderte mit behäbig-sonoren, leicht schwäbischen Tonfall seine Zeit in der Tötungsanstalt und danach bis



Foto: dpa

zum Jahre 1945. Er las vielmehr von einem geschliffen formulierten Manuskript ab, drei mal dreißig Minuten, nach genau einer halben Stunde war jeweils Pause. Im Prinzip trug ein netter, alter Herr in monoton-freundlicher Stimme seine Memoiren vor. Nach dem Motto: „Ich war dabei“ ist so etwas heute bestsellerverdächtig.

Ullrich fragte sich, wie lange er im Frühjahr 1940 in Brandenburg gewesen sei. Wieviel Transporte er gesehen habe. Wieviel Kranke an ihm vorbeigekommen seien. Genaue Zahlen können er nicht nennen, ungenaue Zahlangaben würden nicht weiterhelfen, also versuchte er zu rekonstruieren. Und er rekonstruierte fein säuberlich zuerst einmal die Zeit, in der er keine Transporte mitbekommen hatte: März; April; Pfingsten; Urlaub in den Bergen; zwölf Tage Berlin im Juli; zwei Wochen Büroarbeiten. Als der Krematoriumssofen verlegt worden sei, wegen der Rauchentwicklung und der Geruchshärtigung, seien weniger Transporte gekommen. Durchschnittlich seien es vielleicht zwei bis drei Transporte pro Woche gewesen; drei Transporte aber die „absolute Ausnahme“, da die „Kapazität des Krematoriums“ für mehr nicht ausgereicht habe. Ein Transport bedeutet zwei bis drei Busse; in einem Bus waren 25 bis 40 Menschen.

Fünf bis sechs „Einschläferungen“ habe er selbst vorgenommen. Persönlich habe er auch – aber nur einmal – den „eintretenden Tod“ durch das Guckloch kontrolliert. Ein Todeskampf habe nicht stattgefunden. Öfter hätte er aber nicht zuschauen können, da er ja das Manometer habe beobachten müssen. Den Kranken habe er niemals Fragen gestellt, das sei völlig „sinnlos“ gewesen; außerdem habe er als junger Arzt schließlich seine fachliche Unkenntnis nicht durch Fragen verraten wollen.

Nahtlos, im gleichen altväterlichen Plauderton, folgt die ausführliche Schilderung seiner Hochzeit im Sommer 1940. Die Fahrt nach Bad Kissingen und Rosenheim; die Streitereien zwischen Eltern und Schwiegereltern, weil Braut und Bräutigam evangelisch und katholisch waren; die Hütte in den Bergen mit Telefonanschluß, weshalb er – „Hochzeitsreise adé“ – nach Besarabien abkommandiert werden konnte. Womit sich sein langer Wunsch erfüllte: er konnte jetzt endlich die idylle Gesinnung und tragende Kameradschaft des deutschen Heeres vor Ort kennenlernen, dort, vor den Toren Belgrads, wo auch Prinz Eugen schon seine Zelte aufgeschlagen hatte.

Im Dezember 1940 war er nochmals in Brandenburg, aber er wollte „zur Truppe“ zurück, schließlich: „Der Krieg war ja noch nicht aus“. In Bran-

denburg hat er jetzt an einem Fragebogen für alle Anstalten gearbeitet, zusammen mit einem „guten, keineswegs unkritischen Kameraden“ aus Günzburg. Der Fragebogen bekam Gesicht, sie wurden „ein gutes Team“. Gemeinsam sind sie durchs Reich gefahren, haben die Anstalten besucht, auch in Egling/Haar waren sie. Der Aufenthalt dort war „sehr produktiv“, weil er dort sehr viel über den Elektroschock gelernt hat. In Bethel war er auch, mit Brack und Heyde (zwei Hauptverantwortliche der Euthanasie-Aktion). Bei den Gesprächen hat er aber nicht zugehört, er fand den Inhalt nicht interessant, weil er ja selbst nicht mehr direkt mit der Euthanasie befaßt war. Hübsche Stickereien hat er in Bethel gesehen, gerade Epileptiker sind ja so geschickt in Feinmechanik und bei Gobelinf-Stickereien. Pausc. Die erste halbe Stunde ist vorbei.

In der zweiten halben Stunde geht es weiter: Heldenhafter Einsatz an der Rußlandfront. In Holland war er auch einquartiert. Die alte Dame, in deren Haus er lebte, so waren halt die Zeiten, war zum Schluß ganz freundlich. Nur das Bridge-Spielen wollte sie ihm nicht mehr beibringen, wegen der Sprach-schwierigkeiten und so.

Er schildert jeden Mist in zermürbenden Einzelheiten, er erinnert sich an jeden kaputten Wankelmotor, jede Hütte in den Bergen. Er redet und zerfasert das, um was es geht. Da sitzt ein netter, alter Herr, der gerne Bach und Beethoven hört, der heldenhaft deutschen Kameraden an allen Fronten geholfen hat. Ein bisschen böse ist er heute noch auf die katholische Kirche, weil die Predigt, die Bischof Galen im Sommer 1941 gehalten hat, die Euthanasie-Aktion, die bis dahin „geheime Reichssache“ gewesen war, offenkundig und damit „der Reichspropaganda zugänglich“ gemacht hat.

Ein feiner, weißhaariger Herr, akademisch gebildet. Ein Mensch wie Du und ich. Nur sehr jung war er damals noch und vor allem war seine Medizinausbildung ziemlich schlecht, Notexamens und so, die Zeiten holt – schließlich war ja Krieg. Er will ein ganz normales Bild von sich zeichnen und verrät sich doch mit der Sprache, mit jedem Satz. Er hat nichts dazugelernt in den letzten 47 Jahren: Kameradschaft, aufrechte Gesinnung, Vaterland, die alten, scheinbar unvergänglichen Werte. Keine Reue, keinerlei Grübchen, ob nicht vielleicht der mörderische Weltkrieg, an dem teilzunehmen bis zum bitteren Ende ständig sein allergrößter Wunsch war, nicht eng mit den Euthanasie-Morden, den Morden in den Konzentrationslagern, den weiteren Verbrechen des Hitler-Faschismus zusammenhing.

Irgendwann in diesem Endlosmonolog platzt dem Oberstaatsanwalt der Kragen: Das grenzt an Rechtsmissbrauch. „Vom Apfelstrudel zu Adolf“

Hitler“ habt eine Zeitung bereits den Prozeß überschrieben. Mutters bester Apfelstrudel und Heydes Lieblings-speise – „nein, von mir“ verbessert Ullrich schmunzelnd – der Angeklagte sol-le doch zu den Dingen sprechen, die wichtig seien und kein Panoptikum der damaligen Zeit bilden. Einige Zuhörer klatschen. „Lassen Sie das, das habe ich schon einmal gesagt“, fährt die Richterin dazwischen.

Der Verteidiger, ein smarter Mitvierziger, weist die Erklärung zurück. Der Oberstaatsanwalt habe eine Formulierung der Presse aufgegriffen und damit Öl ins Feuer gegossen, dem Angeklagten die Lage erschwert. Dieser zeige die Zusammenhänge der damaligen Zeit als Zeuge, und das Gericht könne einiges von ihm lernen: Ein bisschen mehr Gefühl entwickeln für diese Zeit, für die Menschen, die diese Zeit haben ertragen müssen (er meint den Angeklagten). Die Schilderungen könnten uns Dr. Ullrich näherbringen. Woran habe er damals geglaubt? Woran habe er nicht gezweifelt? Das nach 47 Jahren überhaupt noch festzustellen, sei schwierig.

Als der Prozeß schließlich auf Montag, 12. Februar 87, vorliegt wird, hat Ullrich 90 Minuten lang geredet. Drei bis fünf Minuten davon umfaßten die Zeit in der Tötungsanstalt Brandenburg, während der er „direkt“ an der Euthanasie beteiligt war. Als wäre er unbeteiligt, so hat sich der zweite Angeklagte, Heinrich Bunke, ein hagerer, alter Mann, den Monolog angehört. Hinterher verlassen beide zusammen als freie Menschen den – für die rund 60 Zuhörer viel zu kleinen – Gerichtsraum. Beide tragen nahezu identisch schwere Ledermäntel, sie unterhalten sich vertraulich, scherzen mit dem Anwalt, der lachend meint, der Oberstaatsanwalt habe heute halt wieder einmal etwas sagen müssen. Eine feine, alte Dame mit silbrigem Haar, elegant gekleidet, schüttelt dem Verteidiger für seine tapferen Worte die Hand, hängt sich bei Ullrich unter. Seine Frau?

Ich gehe hinter den beiden am Massenmord Beteiligten die Gerichtstreppe hinunter. Bunke geht direkt vor mir an der Plötnerloge vorbei, öffnet die schwere Gerichtstür, hält sie mir, Kavalier alter Schulc, auf. Mein Blick fällt auf ein Terroristenfahnungsplakat an der Wand. Wie üblich ist das eine oder andere Gesicht durchkreuzt. Danke, sage ich zu dem am Massenmord Beteiligten und gehe an ihm vorbei an die frische Luft. „Machst Du dich selbstständig?“ fragt Ullrich, und Bunke bejaht. Er läuft mit schnellen Schritten Richtung U-Bahn, verschwindet in der Menge. Ein Herr, nach dem in der Bundesrepublik niemals mit einem Fahnungsplakat an der Wand eines Gerichtsgebäudes, einer Bank oder einer anderen öffentlichen Einrichtung gesucht worden ist.



Foto: Medico International (3),
aufgenommen am 14. Februar 1987

Renate Jäckle
ist Ärztin und
Medizinjourna-
listin in
München

Renate Jäckle

Einfahrt des Lagers Burj al Braschnej: Lebensmittelkonvois der UN-Organisationen werden bestohlen und „umgeleitet“. Die Bewohner des Lagers sind von der Außenwelt abgeschlossen. Nur wenigen Frauen ist es erlaubt, das Lager zum Einkaufen an von den Amal-Milizen eingerichteten Verkaufsstellen zu verlassen. Die Preise sind unerschwinglich hoch; zu kaufen sind häufig die geraubten Hilfsgüter der Vereinten Nationen.



Schatila: Weder Medikamente noch Lebensmittel sind bislang in dieses Palästinenserlager gelangt. Die Flüchtlinge fürchten ihre Vertreibung durch Amal-Milizen und Syrer. Schatila soll, so die Aussage von Militärs, dem „Erboden gleichgemacht“ werden.



Schatila: Auf dem Schild steht in arabischer Schrift: „Ihr Kinder der Welt, das sind die ‚Geschenke‘, die für uns vom Himmel fallen. Die Kinder von Schatila.“

Appell aus dem Palästinenserlager Schatila

„Möge die Geschichte von unserem Tod berichten“

„An alle Muslime! An alle Gläubigen! An die gesamte Menschheit! Wir appellieren an Euer Gewissen und rufen Euch auf, uns vor dem Hungertode zu retten. Es gibt bis jetzt keine Lebensmittellieferung in unser Lager. Die wenigen verbliebenen Nahrungsmittel werden für die Kinder und Kleinkinder reserviert. Wir wissen nicht, ob wir morgen noch in der Lage sein werden, unsere Kinder zu füttern. Sie werden sterben! Wir werden alle sterben – an Hunger. Und mit uns wird das Gewissen der Welt sterben.

Wir haben in Geschichtsbüchern von Völkern und Nationen gelesen, die in Kriegen und Zerstörungen vernichtet wurden, aber niemals von einem Volk, das auf eine Weise verhungerte, wie wir es tun. Sie benutzen den Hunger als Waffe.

Wir haben in unseren Geschichtsbüchern von Völkern und Nationen gelesen, die an Naturkatastrophen, an Dürre oder Erdbeben zugrundegegangen sind. Und wir haben von menschlichen Anstrengungen gelesen, das Los der Hungernden zu lindern. Unsere traurige Lage wird von Menschen verursacht. Erlauben Religionen, Kulturen oder moralische Normen Tragödien wie die unsere? Die Verhungerten appellieren an Euer Gewissen.

Wir haben unsere religiösen Führer gebeten, uns die Erlaubnis zu erteilen, Menschenfleisch zu essen. Aber kann ein Mensch das Fleisch seines Bruders, seiner Mutter oder Schwester essen?

Wir haben beschlossen, an Hunger zu sterben. Möge die Geschichte von unserem Tod berichten und vom Tod des menschlichen Gewissens. Möge das Flüchtlingslager Schatila – das im Jahr 1982 bereits einmal einem Massaker ausgesetzt war – die Welt an den Verlust ihrer Werte und moralischen Normen im 20. Jahrhundert erinnern.

Unterzeichnet:
die Einwohner von Schatila
Schatila, 23. Februar 1987

Linke Mythen statt rechter Legenden?

Anmerkungen zur Kontroverse über die „Kostenexplosion“

In dg 2/87 veröffentlichten wir zwei Diskussionsbeiträge von Wolf Steinbrecher und Winfried Beck. Gibt es eine „Kostenexplosion“ im Gesundheitswesen, war die Frage. Hartmut Reiners kommentiert verärgert.

Um gleich einen Pflock einzuschlagen: Winfried Beck hat völlig recht mit seiner Bemerkung, die „Kostenexplosion“ sei eine Kampfparole und kein wissenschaftlich haltbarer Begriff. Der Trick, den alle – und leider auch Wolf Steinbrecher – anwenden, die eine „Kostenexplosion“ belegen wollen, besteht darin, mit Indizes reihen auf der Basis von 1970 zu operieren. Danach haben sich in der Tat die Gesundheitsausgaben bis 1984 mehr als verdreifacht und sind so gesunken erheblich stärker gestiegen als das Sozialprodukt. Nur verborgen sich hinter diesen scheinbar dramatischen Zahlen keine „ständig steigenden Kosten“, wie Wolf Steinbrecher behauptet, sondern eine in unterschiedlichen Etappen verlaufende Entwicklung:

– Eine überproportionale Ausgabensteigerung hat es im Gesundheitswesen nur zwischen 1970 und 1975 gegeben, als die jährlichen Zuwachsraten bei 14 Prozent lagen.

– Nach 1975 flachten die Zuwächse erheblich ab. Die durchschnittlichen jährlichen Veränderungen betragen zwischen 1975 und 1980 plus 7,7 Prozent und zwischen 1980 und 1984 nur noch plus 4,2 Prozent. Insgesamt stiegen die Gesundheitsausgaben zwischen 1970 und 1975 stärker (plus 91 Prozent) als in dem fast doppelt so großen Zeitraum von 1975 bis 1984 (plus 70 Prozent). Von 1980 bis 1984 stiegen sie sogar nur noch um 17 Prozent.

– Schaut man sich die inflationsbereinigten Gesundheitsausgaben (das heißt in Preisen von 1970) pro Kopf an, dann wird der abflachende Trend noch deutlicher. In den Preisen von 1970 gemessen stiegen sie von 1970 bis 1975 um 31 Prozent, von 1975 bis 1980 um 18 Pro-

zent und von 1980 bis 1984 um nicht mehr als ein Prozent.

Die volkswirtschaftlichen Daten lassen also keine Entwicklung erkennen, die die Bezeichnung „Kostenexplosion“ auch nur ansatzweise rechtfertigt. Wie so aber dann die ganze Aufregung?

Man kommt dem Kern der Auseinandersetzungen auf die Spur, wenn man sich fragt, weshalb die Ausgaben für medizinische Leistungen als „Kosten“ bezeichnet werden. Kein Mensch kommt doch auf die Idee, Umsatzerlöse der Autoindustrie als „Kostenexplosion“ werten. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (SVR) hat in dieser Frage dankenswerterweise für Klarheit gesorgt (vergleiche dg 5/86). Eigentlich, so der SVR, seien steigende Gesundheitsausgaben eine gute Sache, da sie wirtschaftliches Wachstum bedeuten. Als Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) seien das jedoch Lohnkosten, was sic in Widerspruch zu den Interessen von Unternehmen aus anderen Branchen bringe.

Das Kriterium dafür, ob es sich um wünschenswerte Wachstumseffekte oder um schädliche Kostensteigerungen handelt, ist demnach die ökonomische Form des Gesundheitswesens. Handelt es sich um eine soziale, das heißt über Umverteilung finanzierte Krankenversorgung, dann bedeuten steigende Ausgaben eine „Kostenexplosion“. Werden diese Ausgaben hingegen aus den privaten Haushaltssachen bestritten, dann mutiert die „Kostenexplosion“ zur „Wachstumsdynamik“.

In diesem verteilungspolitischen Zusammenhang ist der Begriff „Kostenexplosion“ zu sehen. Er ist ein Kampfbegriff zur Legitimierung von Sozialabbau, das sieht Winfried Beck völlig richtig. Nur geraten ihm die Feindbilder durcheinander, wenn er behauptet, es seien die Pharmaindustrie und die Ärztelobby, die sich dieses Begriffs zur Verteidigung ihrer Pfänden bedienen. Genau die verdienen doch an der „Kostenexplosion“! Sie sind in ihrer Öffentlichkeitsarbeit daher auch bemüht, den Wachstumseffekt ihrer blühenden Geschäfte zu betonen. Der Hartmannbund zum Beispiel wird nicht müde zu behaupten, die „Kostenexplo-

sion“ sei in Wahrheit ein die Volkswirtschaft voranbringender Wachstumsschub und sichere ztausend Arbeitsplätze. Das bestehende System einer umfassenden sozialen Krankenversicherung bewirkt einen Interessengensatz zwischen dem medizinisch-industriellen Komplex und den anderen Branchen. Was für die einen Umsätze, sind für die anderen Kosten.

Die Kostendämpfungsdebatte ist Bestandteil des Konfliktes zwischen Kapital und Arbeit – das ist klar. Diesen Zusammenhang kann man aber nicht in der grobschlächtigen, in einer schlechten linken Tradition stehenden Weise herstellen, wie es Wolf Steinbrecher praktiziert. Er meint, die „Kostenexplosion“ sei ein „Zeichen für die rapide Gesundheitsverschlechterung der Lohnabhängigen“. Die miserablen Arbeitsbedingungen schließen sich in entsprechend hohem „Gesundheitskonsum“ nieder. Daher sei die Reduzierung krankmachender Faktoren die einzige sinnvolle Kostendämpfungspolitik.

Ich kann in der hier gebotenen Kürze nicht alle Fehlschlüsse und Halbwahrheiten, die in dieser Argumentationskette stecken, herausarbeiten. Im Kern handelt es sich um vier Glaubenssätze, deren politische Sterilität sich in der Vergangenheit bereits mehrfach erwiesen hat:

Glaubenssatz Nr. 1: „Der Gesundheitszustand der Lohnabhängigen verschlechtert sich rapide.“

Ich weiß nicht, auf welche Informationen sich diese mutige These stützt. Fakt ist jedenfalls, daß die durchschnittliche Lebenserwartung gestiegen ist:

– 1970/72: 67,41(m) bzw. 73,83(w) Jahre
– 1981/83: 70,46(m) bzw. 77,09(w) Jahre

Auch die Morbiditätsstatistiken geben

für Wolf Steinbrechers Tartarenmeldung nichts her. Es hat zwar Verschiebungen in der Morbiditätsstruktur gegeben. So haben etwa Krankheiten des Bewegungsapparates deutlich zugenommen. Insgesamt aber haben die Veränderungen in der Krankheitsstruktur eher mit dem veränderten Altersaufbau der Bevölkerung zu tun als mit einer Erhöhung der Morbidität.

Glaubenssatz Nr. 2: „Der wesentliche Verursacher des Gesundheitsverschleißes ist das Kapital“.

Diese These ist entweder eine Trivialität oder eine unzulässige Vereinfachung. Trivial ist sie insofern, als die sozialen Determinanten der Morbidität in einer auf kapitalistischer Basis wirtschaftenden Gesellschaft automatisch etwas mit dem Kapitalismus zu tun haben.

Sollte damit allerdings gemeint sein, das Krankheitsgeschehen werde wesentlich durch die Arbeitsbedingungen bestimmt, dann ist dies eine Halbwahrheit. Einmal abgesehen davon, daß a) nicht die gesamte Bevölkerung im Erwerbsleben steht und b) das Leben nicht nur aus Arbeit besteht, sind auch die Arbeitsbedingungen viel zu differenziert, als daß man alle epidemiologischen Zusammenhänge mit diesem Dogma erfassen könnte. Zu beobachten ist in der Arbeitswelt weniger ein allgemein zunehmender Gesundheitsverschleiß als vielmehr eine Entwicklung, bei der eine relevante Minderheit buchstäblich auf der Strecke bleibt. Diese Gruppe ist einem Aufschaukelprozeß von Dequalifizierung, miserablen Arbeitsbedingungen, Krankheit und Arbeitslosigkeit ausgesetzt, der in Frühinvalidität und/oder frühem Tod endet, wie Volkholz und Schwarz in ihren Längsschnittanalysen von Mobilität und Krankenstand nachgewiesen haben. Aus diesem sicherlich dramatischen Vorgang läßt sich aber keine allgemeine Verelendungstheorie ableiten.

Glaubenssatz Nr. 3: „Schlechte Arbeits- und Umweltbedingungen sind für die hohen Gesundheitsausgaben verantwortlich.“

Diese These ist nicht nur – wie Glaubenssatz Nr. 2 – arg verkürzt, sie ist einfach falsch. Auswertungen von Krankenkassendaten haben ergeben, daß die Ereigniskette „hohe Arbeitsbelastung – hoher Krankenstand – hohe Behandlungskosten“ empirisch kaum relevant ist. Dafür gibt es mehrere Gründe:

- An vielen hochbelasteten Arbeitsplätzen kann man den „Olympiamannschaftseffekt“ beobachten. Dort arbeiten nur sehr robuste Personen, die einen niedrigen Krankenstand haben und selten zum Arzt gehen.
- Hinzu kommt – vor allem bei Minderqualifizierten – die Angst vor Entlassung. Obwohl ein Arztbesuch fällig wäre, gehen sie zur Arbeit.
- Schichtenspezifische Untersuchungen wie die von Haauß, Naschold und Rosenbrock, zeigen deutlich, daß gerade in gesundheitlich wie sozial benachteiligten Schichten eine medizinische Unterversorgung zu beobachten ist.

Daß Arbeits- und Umweltbedingungen wesentliche Krankheitsfaktoren sind, ist unstrittig. Sie sind aber nicht umstandslos für höhere Behandlungskosten verantwortlich zu machen. Diese ergeben sich aus zum Teil unsinnigen Mengenausweiterungen bei den medizinischen Leistungen.

Glaubenssatz Nr. 4: „Die Abschaffung krankmachender Faktoren ist die beste Kostendämpfungspolitik.“

Hier degeneriert ein richtiger gesundheitspolitischer Grundsatz – „Vorbeugen ist besser als Heilen“ – zur leider weit verbreiteten Milchmädchenrechnung. Unter volkswirtschaftlichen Gesichtspunkten ist nämlich Prävention keine billige Angelegenheit. Sie trägt zwar zur Senkung der Behandlungskosten bis zu einer bestimmten Altersstufe bei. Gleichzeitig nimmt aber die durchschnittliche Lebenserwartung und die Zahl der Rentner zu. Das bringt nicht nur für die Renten-, sondern auch für die Krankenversicherung Probleme, da die Behandlungskosten überproportional mit dem Alter steigen:

- 1970 stellten die Rentner 26,1 Prozent der Mitglieder der GKV und beanspruchten 27,6 Prozent der Ausgaben. 1985 betrug der Rentneranteil an den Mitgliedern 29,3 Prozent, an den Ausgaben jedoch 39,6 Prozent.
- Die Ausgaben pro Mitglied lagen in der allgemeinen Krankenversicherung (ohne Rentner) 1980 bei 2250 und 1985

bei 2560 Mark; unter Berücksichtigung der Preissteigerungen ist also eine konstante, wenn nicht rückläufige Entwicklung zu verzeichnen. In der Krankenversicherung der Rentner hingegen stiegen die Ausgaben je Mitglied von circa 2900 (1980) auf 4050 Mark (1985).

Es ist also unsinnig, eine vorbeugende Gesundheitspolitik damit begründen zu wollen, sie spare Kosten. Ganz abgesehen davon, daß auch Arbeits- und Umweltschutz nicht zum Nulltarif zu haben sind.

In einem Punkt muß ich Wolf Steinbrecher allerdings recht geben. Es macht keinen Sinn, die Kostendämpfungspolitik nur mit der Parole „Es gibt keine Kostenexplosion“ zu bekämpfen. Die GKV befindet sich in ernsten wirtschaftlichen Schwierigkeiten, auch wenn die nicht in überproportionalem Ausgabenanstieg bestehen. Vielmehr gibt es ein Nebeneinander von Verschwendungen und Mangel, von sozialen Benachteiligungen und Privilegien. Die Krise der GKV ist Ausdruck von sozialen und wirtschaftlichen Ungleichheiten einerseits, der Krise der Medizin andererseits. Während sich die sozioökonomischen Probleme auf der Einnahmenseite bemerkbar machen, wirkt sich die mangelnde Effektivität des Medizinsystems in hohen und überflüssigen Ausgaben aus. Gleichzeitig gibt es empfindliche Mängel, etwa in der psychosozialen Versorgung und der Pflege.

Die Kostendämpfungsdebatte bietet die Chance, in diese Richtung Fragen aufzuwerfen. Es muß verstärkt die Frage nach der Qualität der medizinischen Versorgung gestellt werden, welchen Nutzen all die teuren Geräte für die Patienten haben, oder welchen Sinn lange Krankenhausaufenthalte machen. Ganz zu schweigen von der abnormen Zahl der Arzneimittelverordnungen. Dann sollte man – das als Merkposten – auch in der ganz offenen darüber diskutieren, welche Arbeitsplätze von einer solchen „Qualitätsdebatte“ betroffen sind und wie mit dieser Frage umzugehen ist. Es wäre schon fatal, wenn die notwendige Diskussion über die Effektivität und Effizienz des Medizinsystems so geführt würde wie in einer süddeutschen Großstadt, wo sich der DGB-Vorsitzende – zugleich AOK-Vorstand – und der ÖTV-Geschäftsführer wechselseitig als „Jobkiller“ und „Kostentreiber“ beschimpfen.

Hartmut Reiners ist Diplom-Volkswirt und arbeitet beim Wissenschaftlichen Institut der Ortskrankenkassen. □



Foto: Schützen

Stationen in Afrika

**Till Bastian, Vertreter der
bundesdeutschen Sektion
der Ärzte gegen den
Atomkrieg (IPPNW) im
internationalen Rat
dieser Föderation,
besuchte im Dezember
1986 IPPNW-Mitglieder
in drei afrikanischen
Ländern.
Ein Bericht von seiner
Reise.**

Je mehr ich von Afrika lerne, die-
sem Kontinent, den ich jetzt zum
achten Mal besuche und der auf
unseren Weltkarten mit der Mercator-
Projektion immer zu klein abgebildet
ist, desto unbegreiflicher wird mir vie-
les. Ein Wunder ist, daß es dort, im
Armenhaus der Welt, Menschen gibt,
die die Atomkriegsgefahr als brennen-
des Problem empfinden und sich gegen
sie engagieren. Aber es gibt sie, gar
nicht so wenige, und sie verdienen uns-
re Achtung und Unterstützung.
Deutlich wurde mir auch, wie sehr die
IPPNW als Weltföderation, gebannt
vom Ost-West-Gegensatz, alle Nord-
Süd-Probleme verdrängt.

Kenia, das erste Land, das wir besu-
chen, ist nach afrikanischen Maßstäben
reich. Die Wirtschaft ist frühkapitali-
stisch organisiert. Es gibt ein Einpartei-
ensystem, eine sich bereichernde Oli-
garchie, einen Präsidenten, Daniel
Arap Moi, der zu den zehn reichsten
Männern der Welt gehört. Das öffentli-
che Klima ist diffus pro-westlich, das
politische Bewußtsein und Interesse
allgemein gering. Bezeichnend ist die
Begierde für den Motorsport: Ein-
der führenden Fahrer in der Rallye
Paris-Dakkar ist Kenianer.

Innerhalb der Kenia Medical Asso-
ciation, gibt es ein kleines Komitee mit
sechs Mitgliedern namens „Ärzte für
Soziale Verantwortung“. Aktivisten
sind Dr. Muigai vom Institut für Tropen-
krankheiten und Dr. Okko, ein Gy-
näkologe an der Universität in Nairobi.
Beim ersten Gespräch ist auch der Prä-
sident des kenianischen Ärzteverbands
dabei, ein Zeichen der Hochachtung
für die Gäste und auch Ausdruck des
Wunsches zu wissen, was vorgeht. Das

Gespräch kommt zögernd in Gang. Es
wird beklagt, daß es schwer sei, Inter-
esse für die Atomkriegsgefahr zu wek-
ken. Es gebe so viele dringliche medizi-
nische Probleme. Beim nächsten Mal
treffen wir Dr. Okko und Dr. Muigai
allein, und es wird schon lebendiger.
Dr. Okko zeigt uns seine Station in der
Klinik. Sie hat 96 Betten, ist aber mit
mehr als 200 Patientinnen belegt. Es
liegen also zwei bis drei Personen in
einem Bett. Es gibt 1000 Geburten pro
Monat, davon 20 Prozent durch Kaiser-
schnitt. Dazu 60 Ausschabungen pro
Tag, die meisten notfallmäßig bei jun-
gen Mädchen, 12 bis 14jährigen, die
mit starken Blutungen vom Kurpfus-
scher kommen.

Kenia ist etwa doppelt so groß wie
die Bundesrepublik, hat schätzungs-
weise 20 Millionen Einwohner und
rund 2000 Ärzte und 120 Medizinstu-
dents pro Jahr. Die künftigen Ärzte
wissen, daß sie zur Elite zählen, des-
halb wollen nur wenige in die einsa-
men, wüstenartigen Landesteile im
Norden, wo dann die Entwicklungshil-
fer arbeiten. In den staatlichen Kran-
kenhäusern ist die Behandlung kosten-
los, außer daß eine einmalige „Ein-
trittsgebühr“ von rund zehn Mark un-
abhängig von Art und Länge der Er-
krankung gezahlt werden muß. Oft
aber bezahlen die Patienten die Medi-
kamente, da es sie im Krankenhaus
nicht gibt, oder müssen sich von ihren
Familien die Verpflegung bringen
lassen.

Tanzania, eines der sechs ärmsten
Länder der Welt, steht vor dem Bank-
rott. Vom Experiment eines afrikani-
schen Sozialismus ist im wesentlichen
eine üppige und ineffiziente Bürokratie

geblieben. „Mwalimu“ Julius Nyerere, der ehrende Titel bedeutet „Lehrer“, ist immer noch sehr populär, denn er hat sich nie persönlich bereichert und auch durch seinen Rücktritt ein in Afrika unübliches Beispiel für andere Politiker gegeben. Da Nyerere international sehr engagiert war und ist, ist das weltpolitische Problembewußtsein höher. Professor Bernard Kirei, Chirurg am Muhimbili-Medical-Center (Universitätsklinik) in Dar Es Salaam, mit dem wir sprechen, meint, er habe keine Schwierigkeiten, Mitglieder für eine IPPNW-Sektion zu werben. Auf dem letzten Jahrestreffen der Tanzania Medical Association hat er eine Liste für Interessenten kursieren lassen und 24 Adressen gesammelt. Die will er jetzt anschreiben. Er nennt ein wichtiges Motiv seines politischen Engagements: „Wir Afrikaner wollen nicht schon wieder die hilflosen Opfer der Großmächte sein“.

Das Gesundheitswesen in Tanzania ist ähnlich organisiert wie in Kenia, bloß noch eine Stufe ärmer. In der Universitätsklinik liegen die Patienten in riesigen Sälen mit 40 Betten unter ihren Moskitonetzen. Es ist heiß, fast 40 Grad, und sehr schwül. Professor Kirei möchte die tanzanische IPPNW-Sektion, die ja erst entsteht, unabhängig von der medizinischen Gesellschaft des Landes (TMA) gründen, anders als in Kenia. Hauptproblem ist das Geld und die Kommunikationsstruktur, allerdings ist er zuversichtlich, Spenden erhalten zu können. Informationsmaterial jeder Art ist sehr erwünscht. Und natürlich möchten sie auch Beobachter zum Weltkongreß nach Moskau schicken, aber wer soll das bezahlen?

Er kommt dann, umgefragt, auch auf Aids zu sprechen. Er ist sehr gut informiert, verkennt nicht die Bedeutung des Problems. Sechs erkannte Aids-Todesfälle pro Monat im Muhimbili-Medical-Center, schätzt er. Die rasche Durchsuchung führt er auf mangelnde Hygiene zurück; oft wird eine Kanüle für 20 Impfungen verwendet. Gerade eben habe er einem Patienten operativ Nierensteine entfernt, der sich nach der Operation nicht erholt habe, gestorben und als HIV-positiv diagnostiziert worden sei. Ob er Angst habe, sich beim Operieren zu infizieren, wird er gefragt. Er lacht mit unwiderstehlichem afrikanischem Charme. Ja, sicher habe er Angst, aber es sei eben ein Berufsrisiko.

In Zambia, unsrer dritten Station, hängen die wirtschaftlichen Verhältnisse vom Kupfer ab. Bei hohen Kupferpreisen war das Land reich. Damals baute man neue Kliniken, stattete sie gut aus, holte Ärzte aus anderen Ländern ins Land, die man mit hohen Gehältern lockte. Jetzt ist der Kupferpreis ruiniert und die Wirtschaft des Landes auch. Infolgedessen haben rund 50 Prozent der Ärzte das Land verlassen, etwa 600 sind noch übrig (Hier ist, wie bei allen Zahlenangaben in Afrika, ei-

ne größere Schwankung möglich). Ein Arzt verdient etwa 1000 US-Dollar im Jahr.

Als wir nach Zambia kommen, gibt es in der Industrieregion, im „Copperbelt“ gerade blutige Zusammenstöße. Über Nacht hatte man den Preis für Maismehl (das Hauptnahrungsmittel der Armen) um 50 bis 100 Prozent erhöht. Protestdemonstrationen sind die Folge, Geschäfte werden geplündert, die Polizei schießt – man zählt 15 Tote. Jetzt sind die Straßen dorthin gesperrt, die Telefonleitungen blockiert.

In der Hauptstadt Lusaka treffen wir Dr. Nalumango, einen Allgemeinarzt, und Dr. Opio, einen Chirurgen. Ihre

der Welt gibt. Da war eines, was die Studenten in Lusaka kaum glauben konnten: Daß es 200 000 Ärzte in der Bundesrepublik gibt, mehr als in ganz Afrika. Was die alle tun, wen die behandeln? Ich denke an die Kurklinik, in der ich jahrelang gearbeitet habe, und drücke mich um eine Antwort . . .

Die Abfassung dieses Berichtes, bei der so viele Bilder auftauchen, macht mich nachdenklich. Mir fällt ein, daß ich diesmal größere „Wiedereingliederungsschwierigkeiten“ hatte als je zuvor . . . Das lag nicht nur an der Temperaturdifferenz von 40 Grad Celsius, das lag nicht daran, daß die Reise (mit fünf Ländern in 20 Tagen, mit immer wieder neuen Gesichtern, neuen Ge-

„Und man sieht nur die im Lichte, die im Dunkeln sieht man nicht!“

IPPNW-Sektion ist unabhängig als Privatverein konzipiert und nicht klein, sie hat 60 Mitglieder. Woran es mangelt, ist gutes Informationsmaterial. Sie haben sich eigene Buttons anfertigen lassen mit dem Text „Zambian Physicians for the Prevention of Nuclear War“ und sind zu recht sehr stolz darauf.

Nach dem Treffen fährt Dr. Nalumango auf seine Farm zur Feldarbeit, die Frau holt ihn im Datsun-Pick-Up in der Universität ab. Dr. Opio nimmt die Einladung zum Abendessen an, er wohnt in der Stadt. Beim Essen erzählt er, daß er aus Uganda stammt, von dort schon während der Amin-Ara geflüchtet ist. Seine Verwandtschaft wohnt im Norden des Landes, dort, wo immer noch Bürgerkrieg herrscht. Vor acht Monaten hat er das letzte Mal einen Brief von seinem Bruder erhalten, seither keine Nachrichten mehr. Davon träume ich nachts.

Am anderen Tag hat Dr. Opio ein Treffen mit Medizinstudenten arrangiert. Sie sind sehr interessiert, wissen ausgezeichnet Bescheid, und ich fürchte, ihre Fragen sind besser als meine Antworten, zumal die freie Diskussion in Englisch mir doch schwer fällt. Was die Kirchen in der Bundesrepublik gegen das Wettrüsten täten, was es mit dieser Katastrophenmedizin auf sich habe, die wir ablehnten (!) und so weiter. Nach einer Stunde müssen sie wieder an die Arbeit, es war ihre Mittagspause. Rasch noch ein Gruppenfoto, wir werden ihnen Abzüge schicken, und natürlich Informationsmaterial aller Art.

Dr. Opio ist sehr dankbar für das Penicillin, das ich mitgebracht habe. Auch hier fehlt es an allen Medikamenten. Wir sollten doch wiederkommen, Reden halten und Vorlesungen. Umgang bleibt: Wir sollen nicht vergessen, daß es nicht nur weiße Menschen auf

sprächspartnern) sehr anstrengend war, es ist etwas anderes. Sehr oft muß ich an Dr. Opio denken, wie er ruhig und völlig undramatisch erzählt, wie sehr ihn das Schicksal seiner Verwandten besorgt, die im Kriegsgebiet leben und von denen er kein Lebenszeichen mehr erhalten hat, seit acht Monaten schon . . . Ich muß an unsere Landkarten denken, auf denen Afrika zu klein ist und an unsere Nachrichtensendungen, in denen es kaum vorkommt, außer, wenn eine spektakuläre Hilfsaktion („Ein Tag für Afrika“) ein Gefühl wohliger Entlastung verschafft. Ich muß an den Wahnsinn des Wettrüstens denken, aber auch an die Arbeit unsrer IPPNW, die nach wie vor eine Organisation der reichen Industrienationen ist. „Und man sieht nur die im Lichte, die im Dunkeln sieht man nicht“.

Ich gehe an mein Bücherregal, krame ein Buch des weitberühmten Philosophen Hegel hervor, die „Philosophie der Geschichte“. Was steht da? Afrika, so meint Hegel, „ist das in sich gedrungene Goldland, das Kinderland, das jenseits des Tages der selbstbewußten Geschichte in die schwarze Farbe der Nacht gehüllt ist.“ (S. 153) Und weiter: „Der Neger stellt, wie schon gesagt worden ist, den natürlichen Menschen in seiner ganzen Wildheit und Unbändigkeit dar: von aller Ehrfurcht und Sittlichkeit, von dem, was Gefühle heißt, muß man abstrahieren, wenn man ihn richtig auffassen will; es ist nichts an das Menschliche Anklängende in diesem Charakter zu finden.“

So steht es in einem Buch, das vor genau 150 Jahren, 1837, erschienen ist, geschrieben von einem Philosophen, der im preußischen Staat das Wirken des Weltgeistes verkörpert wählte. – Und heute? Sind unsere Vorurteile so viel klüger?

Till Bastian

Die Waldsterbenlüge

Fanatischen Förstern, Umweltschützern und Grünen gefällt es nicht mehr in dem Deutschland der hohen, schlanken Kamine, der modernen AKW's, der faszinierenden Autobahnen und Hochhauslandschaften. Mit der Lüge vom Waldsterben manipulieren sie die Bevölkerung. Heiner Geißler, Generalsekretär der CDU, sagte am 20. 9. 1984, daß die Grünen mit ihren Forderungen die Grundlagen der Wirtschaft zerstören (Quelle Bad. Zeitung).

Aber der Wald stirbt nicht!

Deutschlands Natur ist grün. Grüner Zierrasen, grüne Vergnügungsparks, grüne gepflegte Wälder und Wiesen, auch der Wald ist grün. Wir sauberen Deutschen lassen nirgends ein Unkraut, nirgend einen kranken Baum stehen. Krankes wird ausgemerzt und kranke Bäume gefällt, so daß nie ein kranker Baum ein Auge beleidigt. Unser Wald ist sauber.

Unsere deutschen Kraftwerke, Autos und die Industrie sind absolut unschuldig!

Wenn vielleicht der eine oder andere Busch kränkt, so sind nach Angaben der Zeitschrift „natur“ doch immerhin noch acht Prozent der Weißtannen gesund. Am Kränkeln des kleinen Rests sind unsere Industrie und unsre Stromversorger aber absolut unschuldig.

Wer könnte im Ernst annehmen, daß 3,5 Millionen Tonnen Schwefel und 3 Millionen Tonnen Stickoxide, die jährlich in Deutschland in den Himmel geblasen werden (Quelle Umweltbundesamt), irgendwelchen Schaden anrichten könnten? Das entspricht ja schließlich nur einem Zentner Schwefel pro Einwohner im Jahr!

Der Wald ist selbst schuld!

Jedes Kind weiß, daß die herabfallenden Nadeln den Boden unter Fichte und Tannen versauern (Quelle „Blätter von Bäumen“, S. Fischer) und daß deshalb dort so wenig wächst.

Zur Zeit lassen immer mehr Nadelbäume ihre Nadeln fallen. Deshalb wird der Waldboden immer saurer, die Säure zerfrißt die Baumwurzeln, und noch mehr saure Nadeln fallen herunter. Dieser natürliche Vorgang beschleunigt sich immer stärker. Die Bäume begießen kollektiven Selbstmord, und die Umweltschützer versuchen, dies unserer Industrie in die Schuhe zu schieben.

Die Russen, Franzosen, Holländer und Schweizer sind schuld!

„Unsere Wälder wissen, woher der Wind weht. Unsere europäischen Nachbarn auch?“ fragte eine Großanzeige der deutschen Stromversorgungsunternehmen im Frühjahr 1984 (Quelle Bad. Zeitung). Auch der Bundesverband der Deutschen Industrie schreibt: „... die Schäden werden durch Immissionen aus dem Osten bewirkt.“ (Quelle BDI, Abt. Umweltpolitik).

Die anderen sind schuld. Der deutlichste Beweis dafür ist unser schönes, 1984 in Betrieb gegangenes Kohlekraftwerk Buschhaus. Obwohl den Schlot stündlich 18 Tonnen Schwefel verlassen (Quelle Umweltmagazin), wird dieser Schwefel niemals einen bundesdeutschen Baum gefährden. Nicht umsonst wurde das Werk mit seinem 300 Meter hohen Kamin an die Grenze zur DDR (Quelle Umweltmagazin) gebaut.

Wenn die Franzosen, Belgier oder gar die Kommunisten im Osten vergleichbare Kraftwerke an unsere Grenzen bauen, dann ist das ein internationaler Skandal und eine Schweinerei ohne Grenzen!

Brauchen wir überhaupt Wald?

Irgendwann kommt jede moderne Industriegesellschaft an den Punkt, wo sich für die Führungskräfte die Frage stellt: „Brauchen wir den Wald noch? Steht der Wald unserer Entwicklung hin zur schönen neuen Welt nicht im Wege? Können wir uns den Wald noch leisten?“

Wer ist zum Beispiel abends im Wald, wenn im Fernsehen „Dallas“ läuft? Niemand.

Bald haben wir in Deutschland Kabelfernsehen mit 30 Programmen. Dann wird immer für jeden etwas Interessantes gezeigt. Dann steht der Wald ungenutzt da. Oder das Beispiel Urlaub. Wohin fahren die Deutschen



am liebsten in Urlaub? Nach Spanien, Griechenland oder Italien. Gibt es dort viel Wald? Nein.

Dies alles beweist: In seiner schöpferischen Zeit, der Freizeit, meidet der moderne Mensch den Wald.

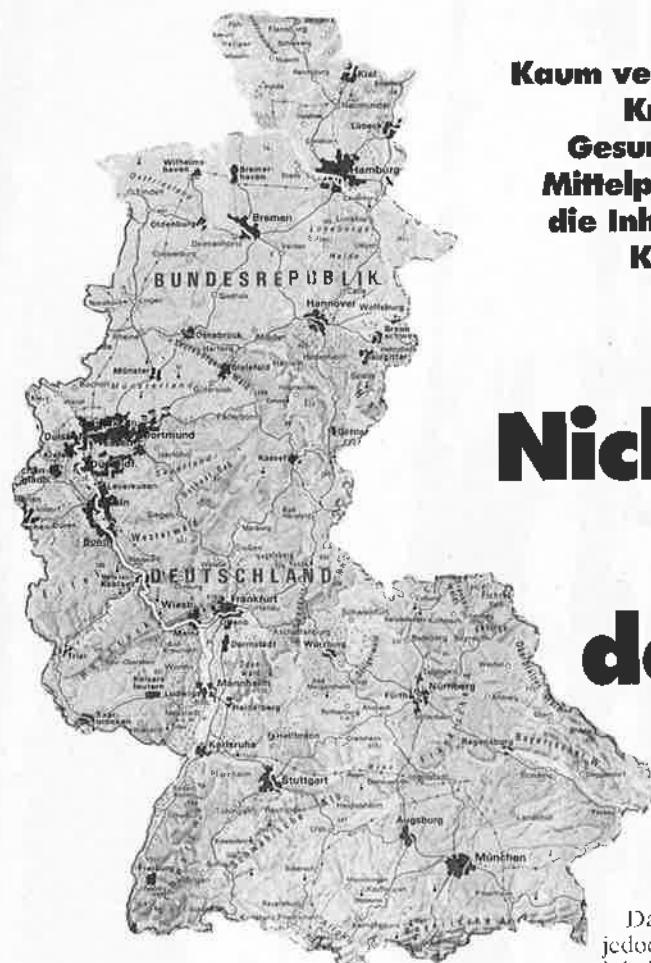
Zukunftsvisions

Gehen wir von einer realistischen Annahme aus. Bis im Jahr 2000 ist der Wald weg. Auf den brachliegenden, billigen ehemaligen Waldgrundstücken entstehen neue Fabriken, Vergnügungsparks, Kohle- und Atomkraftwerke. Nun endlich können die von der CDU geplanten zusätzlichen 3000 Kilometer Autobahn gebaut werden. Die Umweltschützer brauchen nicht zu schimpfen, denn es gibt nichts Schützenswertes mehr.

So bringt das Waldsterben die erschante totale Wende. Wirtschaft und Industrie können sich ungehemmt und frei zum Wohle des Menschen entfalten. Die ehemaligen Waldarbeiter brauchen nicht mehr draußen im Regen und Durchzug zu arbeiten. Sie stellen jetzt in den neuen neonhellen Fabriken synthetisches Holz und synthetische Nahrung her. Die Gesellschaft wird reich und glücklich.

*Initiative für Industrie und Wachstum,
Spitalstraße 9, 7839 Riegel*

Foto: Döhrn



**Kaum veröffentlicht, hagelte es
Kritik an dem Buch „Die
Gesundheit der Nation“. Im
Mittelpunkt scheinen weniger
die Inhalte, sondern eher die
Kompetenz der Autoren
zu stehen.**

Nicht jeder darf, der kann

Das frappierende an seiner Kritik ist jedoch, daß er sich in keinem Falle auf inhaltliche Diskussionen einläßt, sondern mit dem Versuch agiert, den Autoren Inkompotenz zu bescheinigen und das methodische Vorgehen als fehlerhaft zu bewerten.

In der Tat war allerdings ausgerechnet in Rheinland-Pfalz nach der Veröffentlichung der Daten aufgefallen, daß es durch einen Systemfehler, den ein rheinland-pfälzischer Programmierer beim Statistischen Landesamt in Bad Ems „eingebaut“ hatte, gegenüber den Bundesdaten in den Altersgruppen zu einer Verschiebung um ein Jahr gekommen war. Ergebnis dieses Verschens war, daß die Sterbeziffern in allen Altersklassen zu hoch ausfielen. Herr Jessen schließt daraus, daß den Autoren dies doch bitteschön hätte auffallen müssen. „Aber es wollte ihnen wohl nicht auffallen“.

Bei dem Ablauf der Geschichte drängt sich mir ein gewisser Vergleich zu einer Situation auf, die ich 1983 selber erlebt habe. Damals war ich als wissenschaftlicher Berater an dem Buch „Bittere Pillen“ beteiligt. Die Rezeption dieses Buches geschah damals in ähnlicher Weise, wie ich dies bei dem Buch „Die Gesundheit der Nation“ beobachtet habe: Nicht nur die in den „Bitteren Pillen“ betroffenen Hersteller reagierten gereizt bis zum Anzetteln von Klagen, auch die Ärzte fühlten sich massiv angegangen, weil sie zirka zwei Drittel ihrer liebsten the-

rapeutischen „Werkzeuge“, die Arzneimittel nämlich, mit dem schlichten Wort „abzuraten“ im Buch wiederaufanden.

Es hat eine ganze Weile gedauert, bis es zum Beispiel in der Rezension von Professor Habermann aus Gießen in dem unabhängigen Informationsblatt „Der Arzneimittelbrief“ hieß: „Das Buch macht betroffen, und zwar weniger wegen seines verbesserungswürdigen (und auch verbesserungsfähigen) Informationsgehalts, sondern schlicht wegen seiner Existenz. Sie ist die eigentliche „bittere Pille“ für uns Wissenschaftler. Warum brauchte es vier Journalisten mit medizinischem Hilfsvolk, um den Nutzen und die Risiken der Arzneimittel populärwissenschaftlich darzustellen? Waren sich die Fachleute zu sein, auf die Ebene des Volkes herabzusteigen? Hatten sie keine Zeit? Oder hatten sie nicht den Mut, öffentlich Farbe zu bekennen? Die „Bitteren Pillen“ beweisen, daß wir Fachleute eine große Chance vertan haben“.

Übertragen auf den hier geschilderten Fall des Buches „Die Gesundheit der Nation“ hieße das, wenigstens die Frage stellen zu dürfen, wann denn Ärzte oder Epidemiologen bisher deutlich und in aller Öffentlichkeit die Erstellung von Statistiken eingesordnet hätten, die sie in die Lage versetzen, ein genaueres Bild von der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung in der Bundesrepublik zu zeichnen.

Wann haben denn die Ärzte in Rheinland-Pfalz mit den Daten jemals gearbeitet, daß ihnen nicht auffiel, daß der bedauernswerte Programmierer durch einen Systemfehler alle Daten durcheinander gebracht hatte? Offensichtlich wird das Interesse für diesen Bereich erst wach, wenn mit der Beschreibung der gesundheitlichen Lage in Rheinland-Pfalz die Ärzte als Hüter der Gesundheit in die Diskussion geraten könnten.

Dr. Hannalore Löwel, zuständige Epidemiologin des Herzinfarktregisters in Augsburg, äußert sich anerkennend aber auch kritisch zu dem Buch: „An keiner Stelle des Buches ist zu übersehen, daß als Motor für „Die Gesundheit der Nation“ die Überzeugung der Autoren fungiert, soziale Benachteiligung bedeute weniger Gesundheit. Bei aller Anerkennung des Anliegens der Autoren, soziale Benachteiligungen, die mit einer schlechteren Gesundheitslage einhergehen, aufzudecken, muß der Wahrheitsgehalt der Aussagen an der Qualität der vorhandenen Daten und dem epidemiologisch-methodischen Kenntnisstand gemessen werden. So ist es nicht zulässig, aus krankheitsspezifischen Todesursachenziffern direkt auf die Gefährdung der Bevölkerung durch die jeweiligen Krankheiten zu schließen.“

In der Todesursachenstatistik wird aus den zum Zeitpunkt des Todes vor-

Im September letzten Jahres wurde im Magazin „Stern“ das Buch „Die Gesundheit der Nation“ vorgestellt, eine von Egmont R. Koch, Reinhard Klopffleisch und Armin Maywald erarbeitete Bestandsaufnahme zugänglicher Daten zu diesem Thema. Auch in dg 11/86 wurde es besprochen.

Relativ unbemerkt von der bald wieder ablaufenden Diskussion um die Ergebnisse dieses Buches gab es eine ziemlich heftige Rezension im „Deutschen Ärzteblatt“ vom 14. November 1986 („Wie tendenziös darf Wissenschaft sein?“), geschrieben vom Geschäftsführer der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz, Herrn Dr. Jens Jessen. Ihm war in der „Stern“-Darstellung offensichtlich aufgestoßen, daß die in seinem Zuständigkeitsbereich liegende Stadt Pirmasens relativ schlecht abschnitt: Unter dem Stichwort: „Wer arm ist, erkrankt häufiger und stirbt früher“ rangierte Pirmasens an letzter Stelle, ebenso bei der Dokumentation der Säuglingssterblichkeit. Auch die Ziffern für den Kreisstadt lagen in Pirmasens am höchsten. Die Wertung von Rheinland-Pfalz, die Herr Jessen in dem Buch mit: „Arm, doof und früh tot“ gefunden haben wollte, möchte er so nicht hinnehmen.

handenen Krankheiten diejenige ausgewählt, die den zum Tode führenden Prozeß ausgelöst hat (Grundleiden). Um die internationale Vergleichbarkeit der Todesursachenstatistik zu gewährleisten, sind im Zusammenhang mit den internationalen Klassifikationen von Krankheiten und Verletzungen

(ICD) der WHO Auswahlregeln verbindlich, die zur Festlegung der Todesursache für die offizielle Statistik anzuwenden sind.

Will man beispielsweise in der Bundesrepublik die Gefährdung (Risiko) der Bevölkerung am Herzinfarkt zu

sterben, aus der Todesursachenstatistik herauslesen, führen die Auswahlregeln dazu; dieses Risiko zu unterschätzen, weil zum Beispiel der Herzinfarkt auch als letale Komplikation einer Krebserkrankung angesehen werden kann und demzufolge der Krebs als Todesursache in die offizielle Statistik eingeht. Zum anderen wird das Risiko überschätzt, da der Herzinfarkt häufig als vermutliche Todesursache auf der Todesbescheinigung dokumentiert wird, obwohl eigentlich keine nachweisbaren Informationen für das Vorliegen eines Herzinfarktes gegeben sind. Trotzdem wird dieser Verstorbene dem Herzinfarkt zugeordnet, obwohl die wahre Todesursache durchaus eine bösartige Neubildung sein kann. Inwieweit Überschätzung und Unterschätzung des Herzinfarktsterberisikos sich gegenseitig aufheben, ist bisher noch nicht untersucht, da die Autopsieraten in der Bundesrepublik extrem niedrig sind. Daher müssen die Ungenauigkeiten der Todesursachenstatistik bei der Interpretation der Todesursachenziffern unbedingt beachtet werden.

„Das Gesamtbild bleibt negativ“

dg-Gespräch mit Egmont R. Koch



um-Schlampigkeit und Trivialspekulationen werden den Verfassern von „Die Gesundheit der Nation“ im Deutschen Ärzteblatt vorgeworfen. Über die Auseinandersetzungen um das Buch sprach dg mit Egmont R. Koch, einem der Autoren.

dg: Durch einen Fehler des Statistischen Landesamtes Rheinland-Pfalz erhielten Sie falsche Daten über die gesundheitliche Situation in diesem Bundesland, die Eingang in Ihr Buch gefunden haben. Hätte Ihnen dieser Fehler nicht auffallen müssen?

Koch: Einerseits haben wir uns ja nicht deshalb des Sachverstands der Statistiker bedient, um danach als Journalisten noch deren Ergebnisse überprüfen zu müssen. Andererseits konnte uns der Fehler schon deshalb nicht auffallen, weil auf den Computerausdrucken, die uns das Statistische Landesamt zur Verfügung gestellt hat, die richtigen Kategorien angegeben waren, obwohl mit den falschen gerechnet worden war.

dg: Die Kritik im Deutschen Ärzteblatt bezog sich ja vor allem auf die schlechte Bewertung des Landes Rheinland-Pfalz und speziell der Stadt Pirmasens. Ergeben die korrigierten Daten ein völlig neues Bild?

Koch: Die korrigierten Daten, die in der Neuauflage des Buches berücksichtigt wurden, lassen für Rheinland-Pfalz, insbesondere für die Stadt Pirmasens, keinesfalls eine bessere Gesundheitssituation erwarten. Die Stadt Pirmasens hat sich bei der Gesamtsterberate vom letzten auf den vorletzten Platz unter 328 Landkreisen verbessert. Auch das Gesamtbild des Landes bleibt negativ. Von den zehn Krei-

sen mit der höchsten Sterblichkeit an Herz-Kreislauferkrankungen liegen die Hälfte in Rheinland-Pfalz.

dg: Liegt nicht eine Schwäche Ihres Buches darin, daß Sie nur auf statistisches Material über die Sterblichkeit, nicht aber über die Erkrankungshäufigkeit zurückgreifen könnten?

Koch: Sicherlich ist es unbefriedigend, nur auf Sterbeziffern zurückzgreifen zu können. Die Unsicherheit bei der Veröffentlichung von Todesursachen ist ja allgemein bekannt. Andererseits läßt sich an der Zuverlässigkeit der Gesamtsterberate und der Säuglingssterblichkeit nicht zweifeln. Die gravierenden Unterschiede in der Bundesrepublik bei diesen beiden Faktoren illustrieren schon, daß die Lebenschancen in der Bundesrepublik keineswegs gleich groß sind.

dg: Ist der Anspruch des Titels, die Gesundheit der Nation darstellen zu wollen, nicht zu hoch gegriffen?

Koch: Es mag sein, daß der Titel des Buches dem Inhalt nicht gerecht wird – hier spielen sicherlich auch Vertriebsargumente des Verlags, gegenüber denen wir uns nicht völlig taub stellen können, eine Rolle. Andererseits ist es, glaube ich, das erste Mal überhaupt, daß solche Daten für die Bundesrepublik vergleichbar gemacht und in Kartenvorm veröffentlicht wurden.

Mit dem Buch „Die Gesundheit der Nation“ haben die Autoren den Epidemiologen eine Inventur der zugänglichen Daten abgenommen, die allerdings von unterschiedlichen Institutionen zu unterschiedlichen Zwecken erhoben werden. Ehe man die Autoren des Buches wegen nachweislicher Rechenfehler eines Statistischen Landesamtes der bewußten Manipulation bezichtigt, sollten die Epidemiologen sich aufgefordert fühlen, die Anforderungen an eine Morbiditätsstatistik auch inhaltlich zu definieren“.

Ich glaube, daß die Vorgänge um die beiden erwähnten Bücher sehr ähnlich liegen: Kritik wird offensichtlich schon deswegen geäußert, weil Fachfremde sich in einem Gebiet zu Wort gemeldet haben, die dies zwar möglicherweise können, aber offensichtlich nicht dürfen – Wissenschaftler und gerade auch Mediziner werden schnell zu Sensibelchen, wenn man sich in ihr Revier einschlägt.

Dr. Löwel: „Das Buch hat das Problem ‚Gesundheit der Nation‘ in die Öffentlichkeit gebracht. Es liegt nun an den Fachwissenschaftlern, die unbefriedigende Datenlage aktiv zu verändern. Die Politiker müssen auf der Basis epidemiologischer Sachargumente die datenschützrechtlichen Voraussetzungen zur Führung von Morbiditätsstatistiken klären. Auch so gesehen ist ‚Die Gesundheit der Nation‘ ein nützliches Buch noch zur richtigen Zeit.“

Auf dieser Basis sollten Epidemiologen und Ärzte weiterdenken. Herabsetzende und eben auch tendenziöse Interpretationen, wie die von Herrn Jessen im „Ärzteblatt“ sind dabei nicht nur völlig überflüssig, sondern auch zu leicht durchschaubar und damit kontraproduktiv.

Gerd Glaeske ist Leiter der Abteilung Arzneimittel-Epidemiologie am Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin

Gerd Glaeske

1937

beginnt in der Moskauer Exilzeitschrift „Das Wort“ eine große Debatte über die Bedeutung des literarischen Expressionismus. Anlaß der Diskussion: der „Fall Gottfried Benn“. Benn hatte sich 1933/34 als einziger deutscher Autor von Rang offen und unmißverständlich zum Nationalsozialismus bekannt und in mehreren Rundfunkvorträgen seinen emigrierten Kollegen die übelsten Schmähreden nachgerufen. Nun nahmen Alfred Kurella, Georg Lukács und einige andere den Fall Benn zum Anlaß, um mit dem Werk des Autors und mit der literarischen Moderne insgesamt abzurechnen. Der Weg Benns zum Faschismus sei geradlinig und konsequent, seine Gedichte und Novellen seien nichts anderes als die „Zersetzung einer Zersetzung . . ., in der auch noch das Wenige zerfressen wird, was hundert Jahre bürgerliche Geistesentwicklung neben allem Unfug an Wahrheits- und Kunsträumen doch noch zustandegebracht haben“ (Kurella).

Einige einflußreiche Autoren und Kunsthcorctiker – darunter Ernst Bloch, Hanns Eisler und Klaus Mann – traten dieser allzu vereinfachenden Sichtweise entgegen und versuchten, vor polemischen Kurzschlüssen zu warnen. Vor allem letzterer versuchte in seinem Beitrag für „Das Wort“ eine differenzierte Analyse von Benns Kunsterverständnis, ohne an der Ablehnung der politischen Position Benns den geringsten Zweifel aufkommen zu lassen. Benn, so die Diagnose Klaus Manns, habe zwar sein *literarisches* Werk von faschistischen Themen ganz rein gehalten, aber in seinen Essays eine konservative Zivilisationskritik nicht scharf genug von den reaktionären Mythen der Rasse, der Zucht und der Volksgemeinschaft abgegrenzt und sei so – im Selbstverrat an seinen eigenen Idealen – den Nazis verfallen, ohne zu bemerken, daß er gerade auf dieser Seite nicht mit Verständnis für sein Werk zu rechnen habe.

Schon 1933 hatte Klaus Mann in einem Brief an Benn, der zu den bedeutendsten Dokumenten der deutschen Exilliteratur zählt, mit ähnlichen Argumenten auf diese innere Gefährdung seines Denkens aufmerksam gemacht: „Was konnte Sie dahin bringen, Ihren Namen, der uns der Inbegriff des höch-



Ein zugleich kritisches und differenziertes Urteil hat es im „Fall Benn“ angesichts der eindeutigen Fakten schwer. Es erscheint viel leichter, Benns Entwicklung als Dichter und Politiker auf eine simple und griffige Formel zu bringen. So bestimmen die einfachen Fronten, die sich in den zwanziger und dreißiger Jahren herausgebildet haben, auch heute noch vielfach die Diskussion. Man reduziert das Werk einfach auf die politische Einstellung seines Autors, wobei man obendrein Benns Zustimmung zum Faschismus am Beginn der dreißiger Jahre, ohne sich genauer um die historischen Fakten zu kümmern, zur politischen Gesamtrendenz verallgemeinert.

Foto: dpa
Es fällt auf, daß in diesem Zusammenhang von den literarischen Werken – die bei der Bewertung eines Schriftstellers ja wohl nicht ganz ausgeklammert werden dürfen – oft gar nicht mehr die Rede ist, um so mehr aber von der Wirkung in konservativen Kreisen, die in einer Art Zirkelschluß dazu herhalten muß, die Zweifel an Werk und Autor weiter zu untermauern. Um die Fragwürdigkeit dieses Verfahrens zu verdeutlichen, genügt die Vorstellung, man würde bei allen Autoren mit konservativer Gesinnung – von Goethe bis Balzac, von Dostojewski bis Rilke – in derselben Weise verfahren. Die weißen Flecken einer Literaturgeschichte, die sich eines solch groben Rasters bediente, wären unüberschbar.

Würden Dichter nach ihrer politischen Gesinnung beurteilt, hätte die Literaturgeschichte große weiße Flecken. Ein Plädoyer für eine differenziertere Herangehensweise.

Der Fall Gottfried Benn

Politiker, Dichter, Arzt

sten Niveaus und einer geradezu fanatischen Reinheit gewesen ist, denen zur Verfügung zu stellen, deren Niveaulosigkeit absolut beispiellos in der europäischen Geschichte ist und von deren moralischer Unreinheit sich die Welt mit Abscheu abwendet? . . . Es scheint ja heute ein beinahe zwangsläufiges Gesetz, daß eine zu starke Sympathie mit dem Irrationalen zur politischen Reaktion führt, wenn man nicht höllisch genau achtigt. Erst die große Gebärde gegen die „Zivilisation“ – eine Gebärde, die, wie ich weiß, den geistigen Menschen nur zu stark anzieht –; plötzlich ist man beim Kultus der Gewalt, und dann schon beim Adolf Hitler.“ Daß selbst dieser kluge, eindrucksvolle Appell zur Umkehr im Jahr 1933 wirkungslos blieb, zeigt das Maß des Fanatismus und der Uneinsichtigkeit, in dem Benn damals festgehalten war. Doch immerhin gesticht er nach 1945: „Dieser Siebenundzwanzigjährige“ (Klaus Mann) hatte die Situation richtiger beurteilt, die Entwicklung der Dinge genau vorausgesehen, er war klarerdenkend als ich.“

ki bis Rilke – in derselben Weise verfahren. Die weißen Flecken einer Literaturgeschichte, die sich eines solch groben Rasters bediente, wären unüberschbar.

Doch nicht nur grundsätzliche Erwägungen dieser Art verpflichten zu einer differenzierten Auseinandersetzung mit Benn. Auch die politische Entwicklung Benns muß genauer betrachtet werden, wenn man zu seinem angemessenen kritischen Urteil gelangen will.

Zunächst: kein Zweifel, Benn hat sich in den Jahren 1933/34 unmißverständlich mit den Zielen des Nationalsozialismus identifiziert. Er hat die Emigranten, die vor der Verfolgung fliehen mußten, scharf attackiert und selbst nach den Bücherverbrennungen, dem Ermächtigungsgesetz und den ersten Verhaftungswellen zur Unterstützung des NS-Staates aufgerufen. Dieses Engagement für den Nationalsozialismus ist nicht zu verharmlosen, und es entspringt weder einem bloßen Irrtum noch einer vorübergehenden Bewußt-

seinstrübung. Der Schritt an die Seite der neuen Machthaber läßt sich vielmehr durchaus rational erklären, und gerade die literaturwissenschaftliche Benn-Forschung hat dazu in den letzten Jahren einige interessante – und keineswegs nur entschuldigende – Ansätze vorgelegt. Die prophetische Warnung Klaus Manns, daß die Grenze zwischen einem konservativen Antikapitalismus und reaktionären oder gar faschistoiden Mythen nicht immer einfach zu ziehen ist und leicht überschritten wird, wenn man – wie Benn – „nicht höllisch genau achtigt“, wird durch sie eindringlich bestätigt.

Genauso unmißverständlich ist aber festzuhalten, daß vor dem Ende der zwanziger Jahre von einer Hinwendung Benns zu faschistischen Ideologien keine Rede sein kann. Benn gilt seit seinen frühen expressionistischen „Morgue“-Gedichten (1912) bei Literaten und Kritikern als wichtiger literarischer Avantgardist, und seine Bewunderer finden sich dementsprechend gerade nicht im konservativen politischen Lager, sondern eher bei Künstlern, die nach 1933 den Weg in die Emigration antreten müssen. Nun ist Benn in den zwanziger Jahren, wenn er beispielsweise auch schon früh in einem Aufsatz mit dem Titel „Dein Körper gehört dir“ für die Abschaffung des Paragraphen 218 eintritt, gewiß kein politisch engagierter oder gar fortschrittlicher Künstler. Er vertritt ästhetisch die Position der autonomen hermetischen Kunst, die sich in der Mitte des neunzehnten Jahrhunderts in Frankreich bei Baudelaire und Rimbaud herausgebildet hat und sich als radikales Gegenbild zu jeder Form gesellschaftlicher Praxis begreift, und folgt in seinen theoretischen Einsichten weitgehend der Philosophie Nietzsches, der Umwertung der bestehenden Werte und dem Bekenntnis zu einem unabhängigen Künstlertum. Mit guten Gründen kann man diesen Gedanken eines zeitenthobenen, unabhängigen Dichtertums, den Benn mit vielen Autoren der Moderne teilt, als unzureichend oder gefährlich verwerten. Aber was man Rilke oder Hofmannsthal, unabhängig von ihrer politischen Position, ohne weiteres zubilligt, wird man auch Benn schwerlich versagen können: die Anerkennung, daß ihm einzelne Gedichte gelungen sind, die in ihrer Kühnheit und Radikalität zu den wichtigsten literarischen Zeugnissen ihrer Zeit gehören.

Es ist kein Zufall, daß die allmähliche Ablösung von faschistischen Positionen bei Benn nach 1934 mit der Rückbesinnung auf den Standpunkt einer „autonomen“ Dichtung einhergeht, den Benn in ähnlicher Weise schon einmal in der Weimarer Republik vertreten hatte. Schon 1936 werden im „Völkischen Beobachter“ und in der SS-Zeitschrift „Das schwarze Korps“ heftige Angriffe gegen den Künstler Benn inszeniert; er wird als „Schwein“ und „Kulturbolschewist“ bezeichnet, seine Gedichte werden „widernatürliche

Schweinereien“ genannt und an den Dichter wird schließlich die Forderung gerichtet: „Scher Dich doch dahin, wo Deine Genossen Kerr, Tucholsky, Kästner sitzen.“

1938 folgt dann der Ausschluß aus der Reichsschrifttumskammer und das Verbot der „Berufsausübung“ als Schriftsteller. Das „Doppel Leben“, zu dem Benn sich von nun an bekenn, in öffentlicher Funktion als Stabsarzt in der faschistischen Armee und zugleich privat als Schriftsteller, der in völliger Einsamkeit ohne Aussicht auf eine Publikation Gedichte verfaßt, hat, verglichen mit dem harten Existenzkampf der meisten Emigranten, gewiß manches Fragwürdige. Dem konservativen Offizier ist Pflichterfüllung selbstverständlich, er denkt nicht im entferntesten an politischen Widerstand oder an individuelle Verweigerung. Nur, die Gedichte, die in dieser Zeit entstehen, zersetzen kompromißlos die Normen, die Benn nach außen vertritt, und hätten, wären sie damals bekannt geworden, wohl tatsächlich seine Existenz gefährdet: ästhetische Verweigerung in der Poesie, aber eben auch *nur* als ästhetische, also im Gedicht. Benn bleibt Ästhetizist, und eben damit gerät er unweigerlich in Konflikt mit der nationalsozialistischen Kunstdoktrin.

Der Politiker Benn und der Literat – beide Aspekte gehören zusammen, und man kann nicht die eine Seite einfach unter die andere subsumieren. Sprechen wir also auch von der Dichtung, zumindest an einigen Beispielen. Gewiß sind nicht alle Gedichte glücklich, manches bleibt kunstgewerblich, eine beliebige Assoziation von Bildungsbruchstücken und Zitaten. Aber es gibt nicht ein einziges Gedicht von Benn – auch hier hat Klaus Mann richtig gesehen –, dessen Gehalt man als „faschistisch“ bezeichnen könnte, es sei denn, man unterstellt jedem literarischen Text, der nicht direkt politische Mißstände beim Namen nennt, von vornherein eine latente Neigung zu reaktionären Tendenzen.

Die schon erwähnten „Morgue“-Gedichte Benns, radikal und kühn wie nur wenige expressionistische Gedichte, zeichnen kurz vor dem Ersten Weltkrieg ein scharfes und zutiefst desillusionierendes Bild vom Zerfall der bürgerlichen Ordnung. Das Gedicht „Kleine Astern“ oder „Mann und Frau gehen durch die Krebsbaracke“ sind inzwischen als klassische Beispiele ihrer Epoche zum Schulstoff geworden. Radikal wird das gültige religiöse Wertesystem mit der brutalen Realität konfrontiert und in diesem Vergleich als leere Phrase entlarvt.

Aber auch später entstehen Gedichte, die schon von den Zeitgenossen mit den entlarvend-grotesken Zerbildern eines Otto Dix oder Georg Grosz verglichen worden sind. Das Gedicht „Nachtcafé“ wirft einen skeptischen Blick auf die Unterhaltungsindustrie der Großstadt Welt.

„824: Der Frauen Liebe und Leben. Das Cello trinkt rasch mal. Die Flöte rülps tief drei Takte lang: das schöne Abendbrot.

Die Trommel liest den Kriminalroman zu Ende.

Grüne Zähne, Pickel im Gesicht winkt einer Lidrandentzündung.

Fett im Haar spricht zu offenem Mund mit Rachendamel.

Glaube Liebe Hoffnung um den Hals. (. . .)“

Es ist eine düstere Welt, in der die Menschen voneinander entfremdet sind und die Dinge die Herrschaft über sie angetreten haben, ein böses Panoptikum aus dem Alltag des Spießers. Indem Benn nicht die Menschen, sondern ihre Attribute sprechen und handeln läßt, zeigt er die wirklichen Zustände, in denen es auf Humanität zuletzt kommt. Mit einem Röntgenblick durchdringt der Lyriker die Masken und Phrasen, legt hinter dem schönen Schein die brutale menschliche Wirklichkeit bloß: Elend, Verfall, Krankheit.

Auch die Abkehr vom Faschismus vollzieht sich zuerst im Medium des Gedichts. „Am Brückenwehr“, entstanden im Oktober 1934, reflektiert in einem langen Monolog die Aufgabe und Stellung des Künstlers angesichts der aktuellen Situation:

„Vor keiner Macht zu sinken,
vor keinem Rausch zur Ruh,
du selbst bist Trank und Trinken,
der Denker, du.“

„Du bist ja nicht der Hirte
und ziehst nicht mit Schalmei,
wenn der, wie du, sich irrte,
ist nie Verzeih.“

Benn zieht sich hier erneut auf die Verpflichtung des einsamen Künstlers zurück, der nur sich selbst verantwortlich und keiner anderen Gewalt untertan ist. Nicht Repräsentant der Macht hat der Künstler zu sein, sondern im Gedicht seine Gegenwelt zu entwerfen. Die Selbstkritik ist deutlich, ebenso die Position, von der aus die Abgrenzung erfolgt: das Credo eines radikalen Ästhetizismus.

„Doch dir bestimmt: kein Werden,
du bleibst gebannt und bist
der Himmel und der Erden
Formalist.“

Der Künstler als Formengestalter, als Sprachkonstruktur – manchem wird diese Bestimmung zu abstrakt und vage – und daher gefährlich – erscheinen. Im geschichtlichen Kontext aber greift die Bezeichnung „Formalist“ genau jenes Schimpfwort auf, mit dem die nationalsozialistische Kunstdoktrin Dichter wie Benn treffen wollte. Benn heftet sich dieses Kainszeichen freiwillig an und wendet die Heraussetzung ins Positive. Wo er diesem Bekenntnis treu bleibt, bezieht er hinfest als Autor Distanz zum politischen Geschichten.

Heinrich Kauder

Heinrich Kauder ist Literaturwissenschaftler und lebt in Bonn



Einstieger

Psychiatriekonferenz der ÖTV

Nach Jahren der Abstinenz
will die Gewerkschaft wieder
in die Diskussion um eine
Psychiatriereform
einstiegen.

Foto: dpa

Die Forderung nach schrittweiser Auflösung psychiatrischer Großkrankenhäuser zugunsten einer gemeindenahen Psychiatrie und nach Ausbau ambulanter und teilstationärer Angebote zur Versorgung betroffener Bürger sind auch in der Gewerkschaft ÖTV nicht neu. Sie finden sich bereits 1977 in ihren „Perspektiven zur Gesundheitspolitik“. Doch Papier ist bekanntlich geduldig. Häufig waren ÖTV-Kolleginnen und -Kollegen in Gewerkschaftsgremien, in Personalräten und Vertrauensleutekörpern von Großkrankenhäusern in den Ruf von Arbeitsplatzvernichtern geraten, wenn sie für eine Psychiatriereform mit obengenannten Zielen eintraten. Auch der Hinweis auf die „Perspektiven zur Gesundheitspolitik“ half da wenig.

Nachdem die Veränderungen in der Psychiatrie jahrelang an der ÖTV vorbeigelaufen waren, fand jetzt im Februar 1987 in Münster eine Psychiatriekonferenz der beiden ÖTV-Bezirke Nordrhein-Westfalen unter Beteiligung der Verantwortlichen der Landschaftsverbände Rheinland und Westfalen-Lippe sowie des für Gesundheitspolitik zu-

ständigen Mitglieds des geschäftsführenden Hauptvorstands der ÖTV, Wolfgang Warburg, statt. Die Veranstaltung sollte deutlich machen, daß die Gewerkschaft das Feld der Psychiatrie nicht mehr konservativen Wendepolitikern überlassen will. Unter den Etiketten „Psychiatriereform“ und „Selbsthilfe“ werde von diesen eine Verkleinerung oder Schließung von Krankenhäusern betrieben, erklärte Norbert Baziog von der ÖTV-Hauptverwaltung, allerdings ohne für Alternativen im ambulanten oder teilstationären Bereich zu sorgen.

Anstelle der bisher bestehenden Trägervielfalt und Zersplitterung der Angebote soll nach Vorstellung der ÖTV, so Baziog, ein sogenannter Basisdienst in kommunaler Trägerschaft den Sicherstellungsauftrag übernehmen.

Von dort soll auch der Bedarf stationärer Betten und teilstationärer Plätze bestimmt werden. Bestehende Institutsambulanzen und sozialpsychiatrische Dienste der Gesundheitsämter sollen diesem Basisdienst angeschlossen werden.

Auch wenn die Diskussionsteilnehmer dieses Modell befürworteten, wurden Zweifel laut, ob eine Veränderung in der Psychiatrie ohne „freie Träger“ überhaupt durchführbar sei. Gerade von nicht konfessionell gebundenen Trägern seien in den letzten Jahren Erneuerungen ausgegangen, während in großen öffentlichen psychiatrischen Krankenhäusern Reformbemühungen häufig nur langsam oder gar nicht in Gang gekommen seien.

Gegen die Auflösung der Großkrankenhäuser wandte sich Landesrat Pittrich vom Landschaftsverband Westfalen-Lippe, da nach seiner Auffassung ab 1990 wieder eine höhere Bettenanzahl benötigt werde, und verwies auf steigende Aufnahmzahlen seit 1983. Diese Steigerung verwundert allerdings nicht, denn der Anstieg ist zum größten Teil auf Suchterkrankungen zurückzuführen, die in engem Zusammenhang mit gesellschaftlichen Krisenerscheinungen wie der Arbeitslosigkeit stehen. Daß sich dieser Anstieg in den Aufnahmzahlen der Krankenhäuser niederschlägt, liegt nicht zuletzt daran, daß ambulante Dienste zur Zeit weder in genügendem Umfang noch in der notwendigen Differenzierung bestehen. Schwierigkeiten sah auch Landesrat Kukla, Landschaftsverband Rheinland, für die Durchsetzung einer Psychiatriereform. Ein Engagement von Städten und Gemeinden sei kaum zu erwarten, da diese infolge der Arbeitslosigkeit in Finanznot seien. Im Bereich der Sozialversicherungen sei im Augenblick auch nicht viel zu holen, da die Unternehmer ohnehin eine Senkung der Lohnnebenkosten forderten. Die „Politik der Beitragsstabilität“ mache es äußerst unwahrscheinlich, daß die Krankenkassen Neufinanzierungen übernehmen würden. Es stehe zu befürchten, so Kukla, daß die Psychiatrie im Rahmen der Umlverteilungen den Kürzeren ziehen werde.

Daß die Gewerkschaft ÖTV zur Durchsetzung der Psychiatriereform größere Aktivität entfalten muß, war für alle Diskussionsteilnehmer unbestritten, das Wie blieb allerdings blau. Daß man mit den Vertretern anderer DGB-Gewerkschaften, die in den Aufsichtsgremien der Krankenkassen sitzen, stärker zusammenarbeiten müsse, war noch die konkreteste Aussage.

Landesrat Kukla sah nur dann eine Chance für eine Fortführung der Psychiatriereform, wenn es zu einer engen Zusammenarbeit zwischen Angehörigen psychisch Kranken mit in der Psychiatrie Tätigen und interessierten Politikern komme.

Es bleibt zu hoffen, daß die ÖTV-Mitglieder und -Vorstände ihren Teil dazu beitragen. Die Psychiatriekonferenz in Münster kann dazu ein erster Schritt gewesen sein, wenn sie denn keine Eintagsfliege war.

Eckhard Kleinlützum

buchkritik

Jörg Heimbrecht, Jochen Molck, Rheinalarm – Die genehmigte Vergiftung, Köln 1987. Pahl-Rugenstein Verlag, 14,80 Mark.

„Im Mittelalter galt in vielen Städten für Brunnenvergiften die Todesstrafe.“ Heute gehen Trinkwasservergiften meist straffrei aus. Der Brand in einer Lagerhalle des Baseler Sandoz-Werkes am 1. November letzten Jahres machte es schlagartig deutlich: Unser Wasser geht den Bach herunter. Die mit dem Löschwasser seither in den Rhein gelangten Chemikalien führten nicht nur akut zu einem Fischsterben bislang nicht bekannten Ausmaßes, es ist anzunehmen, daß durch Quecksilber- und Phosphorsäureester-Verbindungen das Öko-System des Rheins auf Jahre hinaus zerstört ist.

Die Autoren listen die bei Sandoz in den Rhein gelangten Substanzen und ihre Giftpotenz auf, sie setzen sich ferner mit der Be- schwichtigungskampagne der Chemischen Industrie und der Minister Wallmann (Bonn) und Weiser (Stuttgart) auseinander.

Kernstück des Buches ist die Darlegung der seit Jahren betriebe- nen, behördlich und juristisch abgesegneten systematischen Rheinvergiftung am Beispiel der Chemiegiganten Bayer, Hoechst und BASF. Wenig tröstlich, aber doch bemerkenswert: in den – bisher – SPD-regierten Ländern Nordrhein-Westfalen und Hos-

sen ist nur ein Bruchteil der regelmäßigen Giftinleitung legalisiert, die im CDU-regierten Rheinland-Pfalz gang und gäbe ist. Kein Wunder, daß sich die dortige Landesregierung regelmäßig mit dem BASF-Vorstand trifft. Die Zahlen der täglich völlig legal ablaufenden Giftinleitungen lassen einem so richtig den Appetit auf Rheinwasser vergessen, etwa von Bayer 2880 Tonnen Sulfat täglich oder von Hoechst 40 Kilogramm Chloroform täglich. Für BASF gelten noch nicht einmal diese Höchstwerte, sondern nur: „Das Abwasser darf keine deutliche Färbung aufweisen.“

Heimbrecht und Molck zeigen anschaulich den Kampf der Bürgerinitiativen und des Vereins zum Schutze des Rheins und seiner Nebenflüsse gegen die Windmühlenflügel der Justiz auf. Zahlreiche Verfahren gegen die Einleiter von Giftstoffen wurden eingestellt, da diese mit behördlicher Genehmigung gehandelt hätten. Es darf nicht Unrecht sein, was die Verwaltung als Recht erkennt. Basta. Zitiert wird dazu Minister Wallmann: „Wir haben ein außergewöhnliches Umweltstraftat.“

Das Schlußkapitel über die politischen Forderungen und die Möglichkeiten, r(h)eines Wasser durchzusetzen, gerät zu dünn. Es werden lediglich Positionen der Parteien kurz skizziert und mit einigen Engels-Zitaten ein Rückgriff in die Klassiker-Kiste gelan.

Informativ ist der Anhang des Buches mit einer Zusammenstellung der 292 größten Abwasser-einleiter im Rheinzuflussgebiet, Adressen von Bürgerinitiativen, Parteien und Umweltgruppen, sowie Verweisen auf Filme zum Thema. Insgesamt ist das Buch ein Muß, nicht nur für alle Umweltbewußten.

um



Technologie und Medizin, Argument Sonderband AS 141 1986, Argument Verlag Berlin, 172 Seiten

Seit 1970 erscheinen die kritischen Argument-Medizin-Bände, der neueste zum Thema „Technologie und Medizin“. In der Übersicht von Stefan Kirchberger (Münster) wird die Bedeutung dieses Themas mit einigen Zahlen belegt: „Allein im Bereich der sogenannten bildgebenden Verfahren bieten etwa 25 000 Röntgengeräte, davon ungefähr 12 000 im ambulanten Bereich, mindestens 13 000 Ultraschallgeräte, 430 Computertomographen, 150 Geräte zur digitalen Subtraktionsangiographie und mehr als 30 Kernspintomographen ein einzigartiges Potential für die medizinische Diagnostik.“ Während die konventionelle Röntgendiagnostik bis zu ihrer vollen Ausprägung zirka 60 Jahre benötigte, entstanden alle modernen bildgebenden diagnostischen Verfahren in den letzten 15 Jahren, und das Eindringen der Mikroprozessoren-technologie steht zum Teil erst noch bevor. Der Aufsatz bietet wichtige Daten über die medizinisch-technologischen Entwicklungen und ihre Kosten, die Probleme der Investitions- und Folgekosten und die Steuerungsversuche bei medizinischen Großgeräten.

Vielfach bringen neue technologische Entwicklungen nicht die

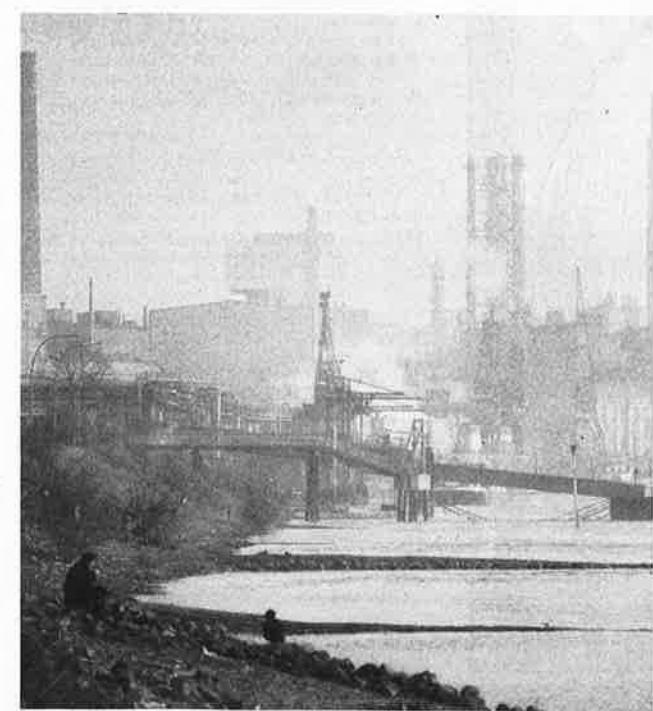
Einsparung bishöriger Verfahren, sondern sie werden zusätzlich eingesetzt: also Sonographie plus Röntgen plus CT.

Heinz-Harald Abholz (Berlin) spricht vom „Dilemma medizinisch-technischer Entwicklungen“. Er stellt die provozierende, aber gut begründete These auf, daß die medizinisch-technischen Erfolge sich im „volksgesundheitlich Irrelevanten“ abspielen, der Ausgang der großen Massen-krankheiten dadurch kaum beeinflußt wird. Er bietet eine recht gute Übersicht über die in den letzten 30 Jahren entwickelten diagnostischen Verfahren und bewertet sie. Interessant sind die Auseführungen über die theoretischen Probleme des diagnostischen Prozesses unter den Bedingungen des immer differenzierter werdenden Einsatzes technologischer Verfahren (z.B. Sonographie), die nicht nur gesuchte pathologische Befunde, sondern auch massenhaft normale und falsch-positive Befunde zutage fördern, die dann wiederum kontrolliert und widerlegt werden müssen.

Dieter Borgers setzt sich mit dem Anspruch der „ganzheitlichen Perspektive und der Anwendung medizinischer Technologien“ auseinander. Am Beispiel der Kopfschmerz-Diagnostik, des Ablaufs von Geburten unter Einsatz perfekter Technologien und der Risikofaktorenmedizin plädiert er für einen wissenschaftlich und ganzheitlich begründeten Einsatz moderner Technologien und warnt vor den negativen Folgen des weiteren ungehemmten Einsatzes.

Weitere Aufsätze beschäftigen sich mit psychosomatischen Fragen und Technologieentwicklung, dem EDV-Einsatz in der Krankenpflege, der Elektromedizinischen Industrie, der Einführung der Diagnoseverschlüsse in den Krankenhäusern aufgrund der Bundespflegesatzverordnung. Leo Locher von „medico international“ schließlich untersucht die Bedeutung der Arzneimittel für die Gesundheitsversorgung der Dritten Welt. Die Argument-Mitarbeiter haben mit dem vorliegenden Band recht aktuelle Fragen der Technologieentwicklung aufgegriffen und zum Teil versucht, deren medizinisch-theoretischen Hintergrund auszuleuchten. Das ist bitter nötig. Diese Diskussion sollte fortgesetzt werden.

ma



Herausgeber

Heinz-Harald Abholz (West-Berlin), Hans-Ulrich Deppe (Frankfurt), Sabine Drube (Heidelberg), Heiner Kopp (München), Brigitte Kluthe (Riedstadt), Hans Mausbach (Frankfurt), Wolfgang Münster (Hattingen), Christina Pöltl (Gießen), Michael Regus (Siegen), Annette Schwarzenau (Berlin), Hans See (Frankfurt), Harald Skrobles (Riedstadt), Peter Stössel (München), Alf Trojan (Hamburg), Erich Wülf (Hannover),

Anschrift der Redaktion: Demokratisches Gesundheitswesen, Siegburger Str. 26, 5300 Bonn 3, Tel. 0228 / 468208 (9.00 Uhr bis 17.00 Uhr).

Anzeigenleitung: Pahl-Rugenstein Verlag, Christina Steenbock, Gottesweg 54, 5000 Köln 51, Tel. (0221) 3600235.

Redaktion:

Chefredaktion: Ursula Daalmann (ud) (Vi.S.d.P.), Joachim Neuschäfer (yn)

Aktuelle Gesundheitspolitik: Walter Popp (wp); Gesundheitsversorgung: Gregor Weinrich (gw), Ulli Menges (um); Joachim Gill-Rode (jg); Renate Schepker (rs); Arbeits- und Lebensverhältnisse: Norbert Andersch (na); Pharma- und Geräteindustrie: Ulli Raupp (urp); Umwelt: Peter Walger (pw); Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen: Mathias Albrecht (ma); Edi Erken (ee); Ausbildung: Brigitte Mews (bmt); Eckard Müller (em); Internationales: Gunar Stempel (gst); Stephan Schödlzel (sts); Frauenprobleme: Ulla Funke-Verhassell (ufv); Karin Kieseyer (kk); Pflegeberufe: Kirsten Jung (kj); Historisches: Helmut Koch (hk); Peter Liebermann (pl); Kultur und Subkultur: Holmut Copal (hc)

Der für das jeweilige Ressort zuständig 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 GE- SUNDHEITWESEN“ erscheint monatlich bei:

Pahl-Rugenstein-Verlag GmbH, Gottesweg 54, 5000 Köln 51, Tel. 0221/360020, Kon- ten: Postgiroamt Köln 6514-503, Stadt- sparkasse Köln 10852238 (für Abo-Ge- bühren).

Abonnementsrechnungen sind innerhalb von zwei Wochen nach ihrer Aussichtung zu beglichen. 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 Anzeigenabschluß für das Maiheft: 9. April 1987

Graphik: Jutta Karres, Christian Paulsen

Titelblatt: Mathias Werth

Layout: Ursula Daalmann, Joachim Neuschäfer, Ulli Menges, Peter Walger

Satz und Druck: Druckerei Loher GmbH, Raderberger Str. 216-224, 5000 Köln 51

ISSN: 0172-7091



wir über uns

Streit

Etwas Gutes haben die leidenschaftlichen Polemiken der Sexualwissenschaftler. Sie wecken auch manchen Leser auf, der nach all den wohlgemeinten Aufklärungspredigten der vergangenen Jahre in süßem Halbschlaf versunken war.

Grund der Veröffentlichung des Beitrags von Ernest Borneman in dg 12/86 und des Essays von Volkmar Sigusch in 2/87 war gewesen, daß wir sowohl Verständnis für die patriarchale Besorgtheit des wackeren Idealisten Borneman wie für die erschreckenden Visionen über das Unding Liebe von Volkmar Sigusch hatten.

Erstaunlich war es jedenfalls für die Redaktionsrunde von dg, den Schlaf der Leser gestört zu haben. Wir rieben uns dann selbst die Augen und fragten uns, wo wir eigentlich stehen. Eher im Lager der Sex-Schlaraffen oder der bellenden Hofhunde.

Die Sehnsüchte nach Ruhe und Aufregung lebten auch in uns auf und sprudelten an diesem Abend in nicht enden wollenden Beiträgen aus uns heraus. Wir haben uns gerne aufwecken lassen und hoffen, unsere Leser auch. Nach wie vor sind wir der Meinung, daß auch unter Linken hart gestritten werden darf.

dg-Kontakte

Aachen: Erhard Knauer, Maria-Theresia-Allee 59, 5100 Aachen, Tel. (0211) 75449; **Ansbach:** Brigitte Eschenbacher, Am Holzweg 17, 8800 Ansbach, Tel. (0981) 14444; **Berlin:** Hermann Drittrich, Grunewaldstr. 28, 1000 Berlin 41, Tel. (030) 8226326; **Bonn:** Edi Eiken, Eckenerstr. 28, 5202 St. Augustin 2 (Hangefar), Tel. (02241) 29178; Stefan Schötzle, Bergstr. 8, 5300 Bonn 1, Tel. (0228) 233526; Kurt Straif, Reuterstr. 121, 53/1, Tel. 212096; Gregor Weinrich, Schumannstr. 30, 53/1 Tel. 219778; **Bremen:** Cornelia Selke, Clausewitzstr. 25, 2800 Bremen 1, Tel. (0421) 234371; **Bremenhaven:** Günter Stempel, Vierhöwarth 34, 2850 Bremerhaven Gostenförde, Tel. (0471) 200211; **Darmstadt:** Jürgen Frohript, Neutscher Weg 3, 6101 Mordautal-Limsthofen; **Dortmund:** Matthias Albrecht, Am Kuhlenweg 22, 4800 Dortmund 50, Tel. (0231) 753880; Delley Uhlenbrock, Drostehütte-Str. 1, 461/1, Tel. 421768; **Düsseldorf:** Joachim Gill-Rode, Fruchtstr. 2, 4000 Düsseldorf, Tel. (0211) 349204; **Duisburg:** Thomas Wettig, Prinz-Albert-Str. 42, 4100 Duisburg 1, Tel. (0203) 342188; **Essen:** Christian Paulsen, Overbeckstr. 18, 4300 Essen 1, Tel. (0201) 747371; Norbert Andersch, Pollerbergstr. 22, Tel. 747131; Walter Popp, Sundernholz 32, 43/1, Tel. 441630; **Flensburg:** Ralf Cipper, Apenrader Str. 3, 2390 Flensburg, Tel. (0461) 17263; **Frankfurt:** Klaus Priester, Schloßstr. 96, 6000 Frankfurt 90, Tel. (069) 705449; **Gießen:** Claudia Göthmann, Bismarckstr. 6, 6300 Gießen, Tel. (0641) 75245; **Göttingen:** Barbara Wille, Ostlandweg 23, 3400 Göttingen, Tel. (0551) 33710; **Hamburg:** Robert Pleißer, Kurfürstenstr. 45, 2000 Hamburg 70, Tel. (040) 6584845; **Hanau/Maintal:** Hans Sce, Südring 12, 6457 Maintal 1, Tel. (06181) 47231; **Hannover:** Martin Walz, Tiegestr. 19, 3000 Hannover 1, Tel. d. (05132) 906557/ p.: (0511) 818868; **Hattingen:** Wolfgang Münster, Marxstr. 19, 4320 Hattingen, Tel. (02324) 6/410; **Heidelberg:** Michael Gerstner, Burgstr. 44, 6900 Heidelberg, Tel. (06221) 474101; **Karlsruhe:** Claudia Lehner, Schillerstr. 54, 7500 Karlsruhe 1, Tel. (0721) 849918; **Kassel:** Matthias Dippel, Walzstr. 2d, 3500 Kassel, Tel. (0561) 54925; **Kleve:** Ulla Funke-Verhassolt, Steinbergen 33, 4182 Uedem, Tel. (02825) 8494; **Köln:** Peter Liebemann, Garthestr. 16, 5000 Köln 60, Tel. (0221) 763844; Helmut Schaaf, Derrenrather Str. 35a, 5/41, Tel. 443818; **Lübeck:** Angela Schürmann, Stadtweide 99, 2400 Lübeck, Tel. (0451) 503355; **Mannheim:** Werner Weindorf, Frindrichstr. 57, 6800 Mannheim, Tel. (0621) 855405; **Marburg:** Hanna Koch, Alter Ebsdorfer Weg 18, 3550 Marburg; **Mönchengladbach:** Eckhard Klostützum, Wilhelm-Strauß-Str. 127, 4050 Mönchengladbach 2, Tel. (02163) 44157; **Mühlacker:** Helmut Jäger, Hermann Hosse-Str. 43, 7103 Mühlacker, Tel. (07041) 15399; **München:** Margret Lambardt, Bilkstr. 7, 8000 München 70, Tel. (089) 781504; **Mindelheim:** Thomas Melcher, Beethovenstr. 4, 8918 Mindelheim, Tel. (08261) 9733; **Münster:** Helmut Copak, Geiststr. 67a, 4400 Münster, Tel. (0251) 794688; Barbara Halbeisen-Lehnert, Ioyerstr. 11, Tel. 287431; Uli Menges, Davonbücher-Str. 10a, Tel. 788399; Uli Raupp, Peter Walger, Willi-Hölscher-Weg 7, Tel. 7801437; **Oldenburg:** Helmut Koch, Ofendieker Str. 64, 2900 Oldenburg, Tel. (0441) 60366; **Recklinghausen:** Petra Voss, Am Lohitor 4, 4350 Recklinghausen, Tel. (02361) 15453; **Riedstadt:** Harald Skoblics, Frei- v. Stein-Str. 9, 6086 Riedstadt, Tel. (06158) 6161; **Sieburg:** Richard Beltzen, Hagebuttenweg 24, 5200 Sieburg-Kaldauen, Tel. (02241) 363590; **Siegen:** Michael Regus, Zur Zinsenbach 9, 5900 Siegen, Tel. (0271) 76880; **Solingen:** Heinrich Kocken, Ratsallweg 15, 5650 Solingen 1, Tel. (02121) 47885; **Tübingen:** Elke Schön, Jacobgasse 19, 7400 Tübingen, Tel. (07071) 52793; **Ulm:** Wolf Schmidz, Reichsweg 12, 7900 Ulm-Lehr, Tel. (0731) 66088; **Viersen:** Sebastian Stierl, Gladbacher Str. 94, 4056 Schwalmtal 1, Tel. (02163) 4191; **Wuppertal:** Michael Sünder, Nordenstr. 20, 5600 Wuppertal 2, Tel. (0202) 503845.



Zivilschutz für

KARL BOEKER
WERTHERSTR. 89

Einladur 4800 BIELEFELD 1

zu einer Fachtagung gegen ein

am 9. Mai 1987 in Köln

Im Sommer 1984 wurde der Entwurf eines Zivilschutzgesetzes aus dem Bonner Innenministerium bekannt. Das geplante Gesetz, das die Folgen eines Krieges – gleich mit welchen Waffen – organisatorisch bewältigen soll, durchdringt viele gesellschaftliche Bereiche:

- Betriebe und Behörden sollen für den Verteidigungsfall proben.
- Der Bunkerbau in Neubauten soll Pflicht werden.
- Dienstverpflichtungen, Aufenthaltsregelungen, Evakuierungspläne und Sperrgebiete werden vorbereitet.
- Grundrechte wie das Recht auf Freiheit und auf Unverletzlichkeit der Wohnung sollen außer Kraft gesetzt werden. Die arbeitsfähige Bevölkerung soll restlos erfaßt werden.
- Alle Einrichtungen des Gesundheitswesens sollen für den Kriegsfall erfaßt werden.
- Krankenhäuser sollen für diesen Fall ausgebaut, zusätzliche Hilfskrankenhäuser bereitgestellt werden.

Mit der baldigen Verabschiedung eines Zivilschutzgesetzes ist nach Äußerungen führender Politiker der Bundesregierung zu rechnen. Auch wenn von ihrer Seite meist mit humanitären Gründen argumentiert wird, bleibt festzuhalten:

Zivilschutz ist Teil der Zivilen Verteidigung und damit der Gesamtverteidigung. Zivilschutz hat wenig zu tun mit Katastrophenschutz, der Ländereigenheit ist; Zivilschutz ergänzt vielmehr Aufrüstungspläne, die die Möglichkeit kriegerischer Auseinandersetzung einschließen.

In unserem Land, in dem Tausende Atomsprengköpfe lagern, kann es in einem Atomkrieg aber kein Überleben geben. Schutz der Zivilbevölkerung kann in der Bundesrepublik nur durch die Verhinderung jedes Krieges, durch drastische Abrüstung erreicht werden. Ein sofortiger Atomteststopp wäre dazu ein erster Schritt.

Auch ein konventioneller Krieg – der ohnehin nach NATO-Plänen unwahrscheinlich ist – dürfte in unserem Land mit seiner Bevölkerungsdichte und der hohen Militärdichte, mit den Atomkraftwerken und der Ansammlung gefahrbringender Industrien in seinen furchtbaren Auswirkungen kaum hinter einem atomaren Krieg zurückstehen.

Betont werden muß deshalb immer wieder: Krieg in Europa im Nuklearzeitalter bedeutet den Tod von Millionen Menschen und die Vernichtung unseres kulturellen Erbes und damit unserer kulturellen Identität.

Zivilschutz vor diesem Hintergrund heißt deshalb

- die Möglichkeit vorzutäuschen, daß es in einem Krieg in Mitteleuropa Sieger und Überlebende gäbe;
- die Schwelle für einen Krieg zu senken;
- noch mehr Geld für die Aufrüstung zu verschleudern; die immensen Kosten werden zu weiteren Kürzungen im sozialen Bereich führen;
- die „innere Militarisierung“ durch weiteren Abbau von Grundrechten zu verstärken.

Um zur Aufklärung gegen das geplante Zivilschutzgesetz beizutragen und Informationen zu verbreiten, laden wir ein zu einer

Fachtagung am 9. Mai 1987 nach Köln.

Essen, im Februar 1987

Aufrufkreis:

Dr. Till **Bastian**, Mainz · Dr. Winfried **Beck**, Offenbach · Prof. Dr. Herbert **Begemann**, München · Norbert **Beier-Xanke**, Karlsruhe · Dr. Ulrike **Beisiegel**, Hamburg · Peter **Dippoldsmann**, Köln · Helga **Genrich**, Königswinter · Petra **Grüner**, Dortmund · Dr. Hans-Jürgen **Häßler**, Hannover · Bernd **Hahnfeld**, Hamburg · Dr. Werner **Holfort**, Hannover · Horst **Isola**, Bremen · Michael **Kasten**, Stuttgart · Dr. Odette **Klepper**, Aachen · Wilfried **Kühle**, Bochum · Christa **Nickels**, Bonn · Dr. Robert **Pfeiffer**, Hamburg · Dr. Walter **Popp**, Essen · Dr. Edith **Schäferstein**, Tübingen · Dr. Wolfgang **Send**, Göttingen · Prof. Dr. Gert **Sommer**, Marburg · Prof. Dr. Peter **Starlinger**, Köln · Dr. Ulrich C. **Vieth**, Heidesheim · Regine **Wittmann**, Köln

Anmeldungen an:

Dr. Walter Popp, Sundernholz 32, 4300 Essen 1

Postgiro Essen, Kto-Nr. 230067-433, Stichwort „Zivilschutz“

Bitte den **Unkostenbeitrag von 15 Mark (Berufstätige) oder 5 Mark (Arbeitslose, Studenten, Schüler)**
auf das obengenannte Postscheckkonto überweisen.