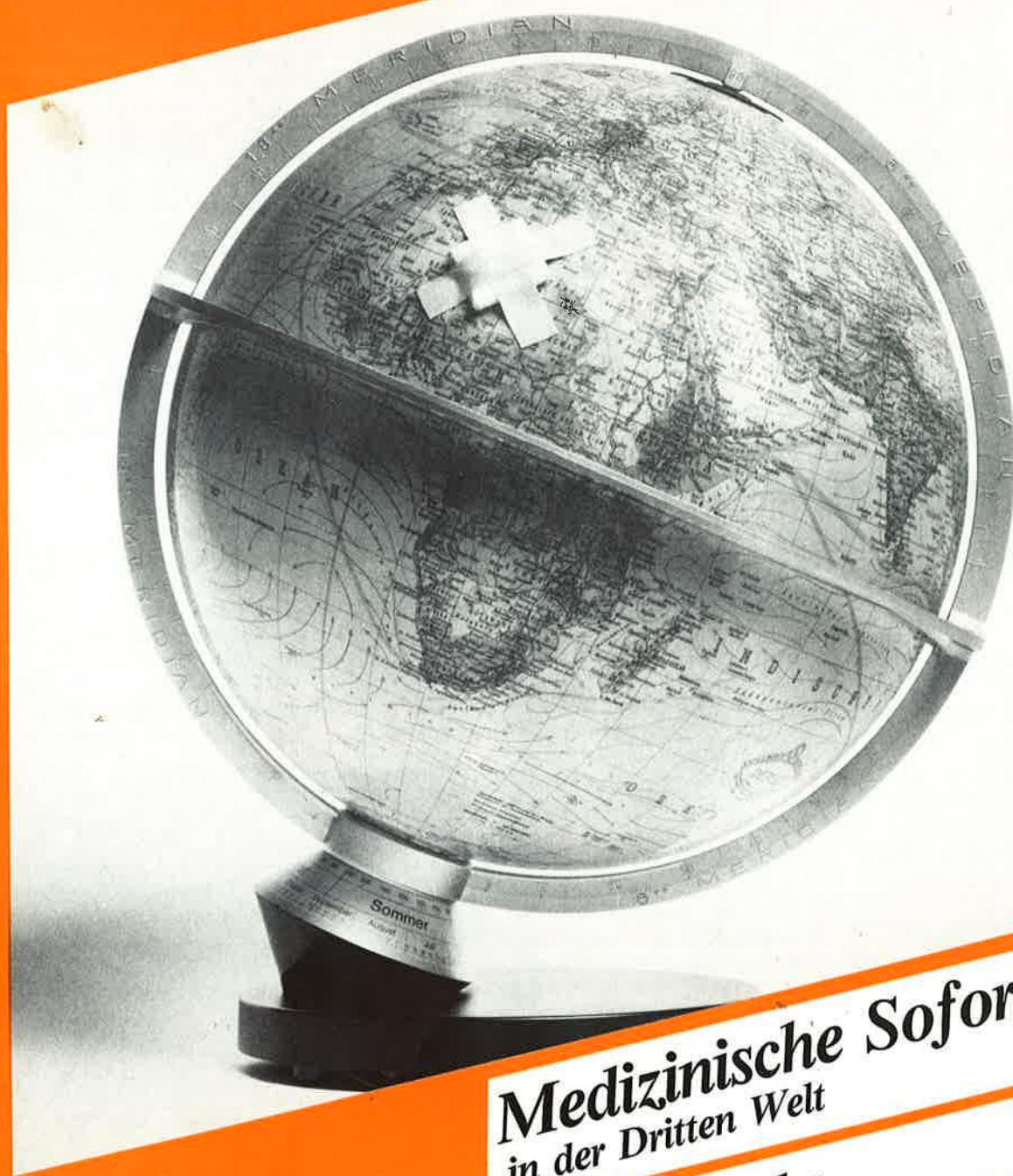


Nr. 7 und 8/85 · Doppelheft 7 Mark · G 1961 E

dg

**DEMOKRATISCHES
GESUNDHEITSWESEN**
ZEITSCHRIFT FÜR GESUNDHEITS-
UND SOZIALBERUFE



Medizinische Soforthilfe
in der Dritten Welt

Elektroschocks

Aidshilfe
dg-Gespräch

der kommentar



Ursula Daalmann
arbeitet als haupt-
amtliche
Redakteurin für dg.

Herren der Schöpfung

231 Herren und 19 Damen halten eine Tagung ab. Sie beraten über ein klassisches Frauenthema, das Kinderkriegen, und sie beschließen, bei wem Sterilität mit Hilfe einer neuen Methode behandelt werden darf, bei wem nicht. Schauplatz: der 88. Deutsche Ärztetag. Ort: Travemünde. Thema: die Verabschiedung der Richtlinien über In-vitro-Fertilisation und Embryo-Transfer. Eine der alltäglichen gespenstischen Szenen, die wir eigentlich aus allen Schaltstellen des gesellschaftlichen Lebens kennen. Und doch, die Anmaßung der Herren empört.

In-vitro-Fertilisation und Embryo-Transfer, so die Richtlinien, die die Ärzte nach der Absegnung durch die Landesärztekammern binden werden, kommen nur Verheirateten zugute. Unverheiratete Paare, alleinstehende Frauen und Lesbierinnen haben Pech gehabt. Der Ärztetag hat die besondere Verantwortung beschworen, die der einzelne Arzt bei der Anwendung der neuen Reproduktionsmethoden, vor allem gegenüber dem Kind, trägt. In der Tat trägt er sie, da Ärzte jetzt direkt in den Zeugungsvorgang einzugreifen vermögen, was bislang, wie man es vornehm ausdrückte, dem Handeln Dritter entzogen war. Es ist gut, wenn die Delegierten sich dessen bewußt sind. Die Ärzteschaft hat in der Vergangenheit genug angerichtet, ohne einen Gedanken an die Moral zu verschwenden.

Als wichtiges Argument für die Beschränkung der In-vitro-Fertilisation und des Embryo-Transfers auf Ehepartner wurde angeführt, daß uneheliche

Kinder sozial benachteiligt seien. Inwiefern sind sie eigentlich benachteiligt? Sie sind es, weil 84 Prozent bei ihren Müttern leben und weil denen nicht die gleichen Möglichkeiten wie den Männern offen stehen. Frauen haben die schlechtere Qualifikation, und wenn sie die gleiche haben, werden sie nicht entsprechend eingestellt oder bezahlt. Ein Drittel der alleinerziehenden Mütter ist gezwungen, von der Sozialhilfe zu leben.

Die fast naiv anmutende Frage, warum sich der Deutsche Ärztetag eigentlich nicht gegen die soziale Benachteiligung unehelicher Kinder einsetzt, mag man ja noch mit der Entschuldigung beiseiteschieben, das dies nicht in dessen Einflußbereich liegt. Einfluß nehmen könnten die Ärzte aber auf eine nicht weniger gewichtige Ursache für die soziale Benachteiligung, nämlich auf das zähe Vorurteil gegenüber alleinerziehenden Frauen und deren Kindern. Dort kann ja gar nicht alles in Ordnung sein. Eine Frau, die ihren Mann nicht halten oder zur Ehe überzeugen kann, ist eine schlechte Frau, und die kann auch ihr Kind nicht richtig erziehen. Genau dieses Vorurteil aber verstetigen die Herren vom Ärzkongress, wenn sie es als unveränderbare Größe in ihrer Argumentation benutzen.

Wenn sich hier und da, wie in den Ausführungen von Ingeborg Wetzlaff, Präsidentin der Landesärztekammer Schleswig-Holstein, ein wenig Scham vor der Kompetenzüberschreitung der Ärzte offenbart, so half doch das Grundgesetz schnell über den Notstand hinweg. Das Grundgesetz stellt Familie und Ehe unter den besonderen Schutz des Staates. Daraus folgt der Ärztetag, nur bei Ehepartnern sei die Vermutung berechtigt, daß es sich um eine auf Dauer angelegte Partnerschaft handele. Dann wäre auch für das Wohl der Kinder gesorgt. Leider sprechen die Scheidungsraten in der Bundesrepublik gegen die Vermutung, die rechtliche Absicherung einer Beziehung garantiere deren Dauer. Abgesehen davon, wer mag entscheiden, welchem Kind es schlechter geht, dem, das von vorneherein bei nur einem Elternteil lebt, oder dem, das die Trennung der Eltern miterleben muß.

Weniger besorgt um das Wohlergehen der Kinder zeigte sich Karsten Vilmann, der Präsident des Deutschen Ärztetages in der Diskussion um den Paragraphen 218, als er den Frauen, die wegen einer sozialen Notlage die Indikation zum Schwangerschaftsabbruch verlangen, Egoismus und Vortäuschung falscher Tatsachen vorwarf. In einer Wohlstandsgesellschaft wie der unseren könne es keiner Frau so schlecht gehen, daß sie nicht ein Kind ernähren könne.

Es scheint, als verständen die Herren nicht, was es bedeutet, sozial benachteiligt zu sein. Und es scheint, als ginge es ihnen um etwas ganz anderes als das Wohl der Kinder, nämlich um die Bestätigung der eigenen Anschaugung, daß Frauen gefälligst zu heiraten haben, daß sie erst durch die Bindung an einem Mann zu einem vollwertigen Menschen werden. Es scheint, als ginge es darum, Frauen ihre Lebensführung zu diktieren, wenn sie die Gnade ärztlicher Dienstleistung in Anspruch nehmen wollen.

Das ist zwar alltäglich, aber darum noch lange nicht stillschweigend hinzunehmen.

DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN

ZEITSCHRIFT FÜR GESUNDHEITS-
UND SOZIALBEREFE

7/8/85

Foto: dpa



*Medizinische Soforthilfe in der Dritten Welt —
trotz des humanitären Anspruchs geschieht oft
Nutzloses, ja Schädliches. Ein dg-Report von
Stephan Schölzel*

Seite 12



*Soll man Antikörper gegen das Aids-Virus
testen? Enthaltsamkeit üben? Die Verun-
sicherung bei den Aids-Risikogruppen, Homo-
sexuellen und Drogenabhängigen, ist groß.
Ein dg-Gespräch auf*

Seite 24



*Der Elektroschock, brutalste unter den
psychiatrischen Methoden, ist wieder im
Kommen. Norbert Andersch beschreibt die
Geschichte.*

Seite 28

Inhalt

dg-Report

- | | |
|--|----|
| Hilfe, die Helfer kommen! | 12 |
| Medizinische Soforthilfe in der Dritten Welt | 12 |
| Internationales Rotes Kreuz | 14 |
| »Soforthilfe wenig effizient« | 18 |
| Interview mit Leo Locher von »Medico« | 18 |

Pharma

- | | |
|---|----|
| Berliner Telegramm-Stil | 20 |
| dg besuchte »arznei-telegramm« | 20 |
| Der Laie ist an der Reihe | 20 |
| Pharmaindustrie entdeckt Laufkundschaft | 32 |

Standespolitik

- | | |
|--|----|
| Einlassungen zur Niederlassung | 22 |
| Notizen von Felix Richter-Hebel | 22 |
| Harte Bandagen | 23 |
| Niedergelassene contra Krankenhausärzte | 23 |
| Sie drohen mit den Pfoten —
doch Farthmann hat's verboten | 43 |
| Zahnärzte mobilisieren Patienten | 43 |
| Gütezeichen: Ehering | 44 |
| Ärztetag zu Retortenbabies | 44 |
| Selbstentmahnung | 45 |
| Ärztetag und Katastrophenmedizin | 45 |

Gesundheitsversorgung

- | | |
|-------------------------------|----|
| Angst ist das Schlimmere | 24 |
| dg-Gespräch mit der Aidshilfe | 24 |

Internationales

- | | |
|---|----|
| Über Nacht verschwinden die Medikamente | 27 |
| Argentinien gegen Pharma-Multis | 27 |

Psychiatrie

- | | |
|---|----|
| Die Schlachthofmethode | 28 |
| Norbert Andersch über Elektroschocks | 28 |
| Nicht human — bloß humanitär | 28 |
| Prof. W. Jantzen zu Zwangssterilisation | 38 |
| bei Behinderten und psychisch Kranken | 38 |

Kultur

- | | |
|--------------------------------|----|
| Honoré Daumier und die Medizin | 33 |
|--------------------------------|----|

Frauen

- | | |
|--|----|
| Denn sie wissen nicht, wie ihnen geschieht | 36 |
| Frauen im Krankenhaus | 36 |

Ausbildung

- | | |
|---------------------------|----|
| Ende offen | 42 |
| Medizinstudenten streiken | 42 |

Dokumente

- | | |
|--|----|
| Gesundheit muß in Gegenwehr | I |
| durchgesetzt werden. | I |
| Thesen von Klaus Stahl | I |
| Denkchrift über die Rechte und Pflichten | II |
| des Arztes ... (Fortsetzung) | II |
| Versorgung krebskranker Kinder | II |
| in der Bundesrepublik Deutschland | II |
| Bundesregierung zu einer Anfrage | II |
| von Petra Kelly | II |

Rubriken

- | | |
|-----------------------|----|
| Leserbriefe | 4 |
| Aktuelles | 5 |
| Termine/Kleinanzeigen | 11 |
| Buchkritik | 48 |
| Comix | 50 |
| Wir über uns | 51 |

Leser-Briefe

An:
dg, Siegburger Str. 26,
5300 Bonn 3

Fäulnis

dg 6/85: »Alles ganz normal / Berufsverbote in Recklinghausen«

Politische Willkürmaßnahmen wie die von der Leitung des Knapschaftskrankenhauses in Recklinghausen gegen Ingrid Kumpernaß, Annegret Peters, Petra Voss und Hermann Dieckmann betriebenen Berufsverbote machen betroffen. Bei aller Betroffenheit schärfen sie aber auch den Blick dafür, wie es in »diesem unserem Lande« tatsächlich um die Demokratie bestellt ist. Dazu habe ich folgenden kurzen Text geschrieben:

Berufsverbote

In der Natur beginnt
Die Fäulnis nach dem Tode
In unserem Land dagegen
Fault die Demokratie zuerst
Dann stirbt sie

GEORG DIEDERICHS
Gießen

Einseitig

dg-Report 6/85: »Früher Tod ist kosten-dämpfend«

Über die Einseitigkeit Ihres Artikels bin ich entsetzt, er fordert die Kritik geradezu heraus. Ich meine, so einfach kann man es sich bei der Bearbeitung so lebenswichtiger Entscheidungen nicht machen. Drei Themenkomplexe gehören noch unbedingt hierher:

1) Profit und Einkommen der Mediziner

Bei der aktuellen Kostendämpfungsdiskussion dürfte jedem aufgefallen sein, daß es den Ärzten und Zahnärzten primär um die Sicherung ihres überdurchschnittlich hohen Einkommens geht. In meiner Krankenhaus erfahrung habe ich gesehen, daß sehr oft eine meist noch überflüssige, invasive und teure Diagnostik und Therapie durchgeführt wird, die den Patienten objektiv schadet und wohl mehr dem Profit der Ärzte, Krankenhäuser und Pharmaindustrie dient. Ich könnte an vielen Beispielen belegen, daß gerade Privatpa-

tienten durch unsinnige Untersuchungen und Operationen den Tod gefunden haben. Nur werden solche Skandale in der Öffentlichkeit natürlich nicht erwähnt. Bei der sicher notwendigen Kostendämpfung, im Sinne der Dämpfung einer noch weiteren Expansion, darf es bestimmt nicht um Lebensverkürzung gehen, sondern es sollen zuerst den Großverdienern in der Medizin Beschränkungen auferlegt werden, mit der Forderung der Beschränkung der ärztlichen Leistungen auf das, was dem Patienten nützt, was er wünscht und akzeptiert.

2) Tabuthema Tod

Die Verdrängung des Todes aus dem öffentlichen Bewußtsein und die scheinbare Omnipotenz der Mediziner haben dazu geführt, daß immer mehr Menschen im Krankenhaus sterben und mit Appara-

Jahren meiner Arbeit auf der Intensivstation habe ich Patienten gesehen, die nach erfolgreicher Suizidbehandlung endlich doch Mittel und Wege gefunden haben, den ersehnten Tod zu finden; nur letztlich auf grausame Art. Ich lehne es auch ab, die Tötung auf Verlangen zu legalisieren, aus Angst vor Mißbrauch, nur finde ich es unerlässlich, darüber nachzudenken, wie wir, mit dem Ziel einer Humanisierung des Gesundheitswesens und der Gesellschaft, den Schwerkranken ihr Los erleichtern und ihnen ihr selbstverständliches Selbstbestimmungsrecht zurückgeben können. Ich hoffe, noch viel darüber in dg zu lesen.

Ich möchte noch an die Überlegung Professor Lawins, eines führenden Intensivmediziners erinnern, der fragt, ob es angesichts von Millionen verhungerten Kin-

Arzneimitteln und Patientenbetrug unterscheiden können. Aberglauben gibt es bekanntermaßen in mancherlei Form.

Mir gefällt diese Art der einseitigen Zuweisung von Aberglauben an die dargestellten Betschwestern nicht. »Glaube und Verheißung«, das kommt dazu, erscheint mir als Kraft und Fähigkeit des Menschen, während es hier mit Aberglauben verwechselt wird und außerdem noch einer mutigen Minderheitsgruppe zugeschrieben wird.

DR. MARIA RAVE-SCHWANK
Riedstadt



ten am Leben erhalten werden, auch wenn die Prognose aussichtslos ist und der Hirntod bereits eingetreten. Ich finde es nach wie vor wichtig für Arzt, Patient und Angehörige zu überlegen, ob eine Untersuchung oder Therapie sich lohnt, im Sinne der Gesundung selbstverständlich. Da uns die Schwerkranken ihren Willen nicht mitteilen können, müssen wir alles tun, was zu ihrem Besten dient, und das kann in manchen Fällen auch Verzicht auf eingreifende Maßnahmen sein.

3) Psychische Situation der Patienten

Aus Ihrem Artikel hatte ich nicht den Eindruck, daß Sie sich in die Lage eines hoffnungslos kranken Menschen hineinversetzt haben und dessen Depression, Abhängigkeit und Todessehnsucht, die bei einigen Menschen trotz guter Pflege da sein kann, verstehen. In den

dern noch verantwortlich sei, eine derart kostenintensive Perinatalintensivmedizin zu betreiben, die immer kleinere Feten großzieht.

G. WINDHÖVEL
Münster

Aberglaube?

dg 6/85: »Geriatrika: Glaube und Verheißung«

Im Juniheft der dg 1985 haben Sie Ihren Artikel über die wahrhaft fragwürdigen Geriatrika mit einer Zeichnung von drei Nonnen zieren lassen: »Geriatrika: Glaube und Verheißung«.

Mich hat diese Zeichnung geärgert. Es sind heute sehr eigenständige und kluge Frauen, die Nonnen werden, die auch ihre persönliche Hoffnung auf »Glaube und Verheißung« durchaus von schlechten

Erschrecken

dg 6/85: »Den Käfig nicht vergolden« — Interview mit Marita Wagner

Mit Erschrecken habe ich Euer Interview mit Grünen-MdB Marita Wagner gelesen. Erschrecken vor allem wegen der offenbar völlig fehlenden Sachkenntnis, die in den Aussagen der verantwortlichen Politikerin zum Ausdruck kommt. Wer könnte bei gründlicher Kenntnis der Sachlage ernsthaft empfehlen, die Entscheidung über die Verordnung eines Medikaments in die Hand des Apothekers zu legen? Neben vielen anderen Gegenargumenten sei hier nur erwähnt, daß der Apotheker als Selbständiger an einem hohen Umsatz interessiert sein muß und daher dazu neigen würde, zu viele und zu teure Medikamente zu verordnen. Auch ist er aufgrund seiner Ausbildung nicht in der Lage, alle Konsequenzen einer Verordnung zu übersehen.

Sehr fragwürdig scheint mir auch die Entscheidung zum Modellprogramm Psychiatrie. Zwar ist es richtig, daß wir nicht nur Modelle, sondern eine Reform der gesamten Psychiatrie brauchen, jedoch ist das kein Grund, vorhandene Reformen auch noch zu streichen. Und das Argument, daß eine Zustimmung sowieso an den Gegenstimmen der CDU gescheitert wäre, dürfte für fast alle Anträge der Grünen im Bundestag gelten.

Insgesamt scheint Frau Wagner das Interview völlig unvorbereitet gegeben zu haben. Ich hoffe, es gibt nicht tatsächlich die politischen Positionen der Grünen wieder. Oder wenn Frau Wagner auf die Formulierung eigener Positionen verzichtet, dann muß sie sich wenigstens besser über die Meinung der veltzitierten Betroffenen informieren und diese vorbringen, zum Beispiel bei den Seelotsen. Das ist das Minlmum, was man von den Grünen erwarten kann.

Im Übrigen mein Kompliment zur Entwicklung des dg. Es ist wirklich besser, d.h. lesbarer und aktueller geworden.

MARTIN MIKOЛЕIT
Düsseldorf

Weniger Geld für Schwesternschülerinnen

Die Bezahlung von Auszubildenden in der Krankenpflege ist Gegenstand von Tarifgesprächen am 10. und 11. Juni gewesen. Die öffentlichen Arbeitgeber haben unter Befürufung auf das neue Krankenpflegegesetz angekündigt, den Tarifvertrag zu kündigen. Die Ausbildungsvergütung der Lernschwestern und -pfleger, die zur Zeit zwischen 880 und 1150 Mark beträgt, solle vom 1. Oktober an der der anderen Auszubildenden im öffentlichen Dienst angepaßt werden. Dies würde einer Senkung um 40 Prozent entsprechen.

Darüber hinaus wird von den Arbeitgebern eine Änderungskündigung des Tarifvertrages erwogen, was zur Folge hätte, daß auch die Schwestern und Pfleger, die bereits in der Ausbildung sind, weniger Geld erhalten.

Für den Fall, daß die ÖTV ihre Zustimmung verweigert, drohte man, die Zahl der Ausbildungsplätze zu verringern.

Ansbacher Ärzte verurteilt

Zu Geldstrafen in Höhe von 2000 bis 9000 Mark hat das Amtsgericht im fränkischen Ansbach vier Ärzte des dortigen psychiatrischen Be-

zirkskrankenhauses verurteilt. Der Leiter der Klinik erhielt einen Bußgeldbescheid über 12.000 Mark. Die Ärzte hatten gesetzwidrig Medikamente an ahnungslosen psychisch kranken Patienten ausprobiert.

Die Menschenversuche waren durch Enthüllungen eines Pflegers bekanntgeworden und durch die Fernsehsendung »Report« an die Öffentlichkeit gekommen. Die Behörden hatten sich zunächst gegen eine Abberufung des mittlerweile suspendierten Klinikleiters gesperrt.

Bund will Arzneimuster begrenzen

Die Bundesregierung plant, die Abgabe von Arzneimittelmustern einzuschränken. So sollen pro Jahr nicht mehr als sechs Muster pro Medikament, insgesamt nicht mehr als 20 Muster pro Jahr an einen Arzt abgegeben werden dürfen.

Ein Vorschlag der SPD-regierten Bundesländer zielt dagegen darauf ab, die Abgabe der kostenlosen Muster an Erprobungszwecke zu binden. So sollen die Ärzte verpflichtet werden, ihre Erfahrungen mit den abgegebenen Medikamenten an die Firmen weiterzuleiten. Die abgebenden Pharmahersteller sollen nach den Vorstellungen der SPD-Länder Nachweise über Zeitpunkt und Umfang der Abgabe füh-



ren und diese auf Verlangen den Behörden vorlegen.

Rundbrief für Umwelttag

In einem regelmäßigen Rundbrief, dessen erste Ausgabe bereits erschienen ist, wollen die Veranstalter des für Juni 1986 in Würzburg geplanten »Umwelttages« über den Stand der Vorbereitungen informieren.

Der Umwelttag, der unter dem Motto »Ja zum Leben — Mut zum Handeln« der Ökologiebewegung ein ähnliches Forum schaffen soll, wie der Gesundheitstag es für die in diesem Bereich aktiven Gruppen und Personen bietet, wird gemeinsam von den Umweltverbänden Deutscher Naturschutzbund (DNR), Bundesverband Bürgerinitiativen Umweltschutz (BBU), Deutscher Bund für Vogelschutz (DBV),

Bund für Umwelt- und Naturschutz (BUND), World Wildlife Fund, von der Katholischen Landjugendbewegung (KLJB) und den Verbraucherzentralen organisiert.

Arzt im Praktikum

Erste Tarifverhandlungen für den Arzt-im-Praktikum haben am 21. Mai in München stattgefunden.

Die Arbeitgebervertreter wollen den Ärzten im Praktikum im ersten Jahr 1000 Mark und im zweiten 1150 Mark brutto zubilligen. Es könne aber keine Garantie dafür gegeben werden, daß jeder eine Stelle erhalte, noch dafür, daß die Ausbildung bei einem Träger absolviert werden könne.

Die ÖTV vertrat die Auffassung, Ärzte im Praktikum müßten wie Assistenzärzte bezahlt werden, da sie ihre Hochschulausbildung abgeschlossen haben.



Pflegesatz-Verordnung:

Ein Ungeheuer namens BPfIV

ma - Seit 1. Januar 1985 ist das novellierte Krankenhausfinanzierungsgesetz in Kraft (vgl. Thesen zur Krankenhausfinanzierung DG 4/85 und 5/85). Die Novellierung der Bundespflegesatzverordnung — als Kürzel im Bürokratendeutsch »BPfIV« — setzt jedoch die Entscheidungen erst in die Wirklichkeit um. Seit 7. Mai 1985 liegt der Kabinettsentwurf vor. Die Verordnung soll die seit 1973 geltende Bundespflegesatzverordnung ablösen und »verstärkte Anreize für eine eigenständige, wirtschaftliche und leistungsfähige Betriebsführung« geben. Was ist neu für die Krankenhauslandschaft?

1. »Die Vergütung der Krankenhausleistungen durch ein im voraus vereinbartes Budget mit ‚prospektiven‘ Pflegesätzen« — statt der bisherigen nachträglichen Kostenerstattung;
2. Verhandlung von Budget und Pflegesätzen durch Krankenhäuser und Kassen; bei Nichtein-

gung entscheidet eine Schiedsstelle;

3. Einführung neuer Vergütungsformen (besondere Pflegesätze, Sonderentgelte);
4. »Eröffnung von Gewinn- und Verlustmöglichkeiten.«

Besonders die Einführung des »prospektiven Budgets« auf der »Grundlage der vorauskalkulierten Selbstkosten des Krankenhauses unter Berücksichtigung der voraussichtlichen Belegung für den künftigen Zeitraum« gibt die Bundesregierung als Ei des Kolumbus aus. Bei näherem Hinsehen schwinden die Unterschiede zur jetzigen Situation: um das Risiko für die Krankenhäuser halbwegs in Grenzen zu halten, werden Änderungen der Personalkosten (z.B. Tarifabschlüsse) nachträglich ausgeglichen und Belegungsabweichungen zu 75 Prozent nach oben und unten ausgeglichen. Neben einem allgemeinen Pflegesatz werden

»besondere Pflegesätze« ermöglicht: für Querschnittsabteilungen, Verbrennungsstationen, neonatologische Intensivstationen, onkologische Kinderabteilungen und Dialyseeinrichtungen. »Sonderentgelte« werden für große Operationen (Herzoperationen, Transplantationen) ermöglicht.

Die Pflegesatzverordnung soll natürlich auch der Kostendämpfung dienen. Es wird das Geheimnis der Bundesregierung bleiben, warum dann zusätzlich Belastungen auf die Pflegesätze gepackt werden: durch Kosten von Wirtschaftlichkeitsprüfungen, Ausbildungskosten für Pflegeberufe und den Arzt im Praktikum, Kosten für Instandhaltung von Wirtschaftsgütern, Zinsen für Kredite und Kosten für Versicherungen.

Folgerichtig hat die ÖTV in ihrer Stellungnahme die Pflegesatzverordnung abgelehnt, weil durch sie der Druck auf die Beschäftigten des Krankenhauses verstärkt wird. Der Rationalisierungsdruck werde zunehmen und Wirtschaftlichkeitsprüfungen zu neuer Blüte gelangen. Daß diese Einschätzung nicht aus der Luft gegriffen ist, zeigt die Begründung des Kabinettsentwurfs. Im Zusammenhang mit der Verwendung von erzielten Überschüssen heißt es: »Solche Anreize können auch davon ausgehen, daß Mitarbeitern, die z.B. durch Rationalisierungsvorschläge maßgeblichen Einfluß auf die Kostenentwicklung des Krankenhauses genommen haben, vom Träger eine Beteiligung an Überschüssen eingeräumt wird. Damit wird den Krankenhausträgern die Möglichkeit gegeben, auch im Bereich der Überschußverwendung marktwirtschaftliche Elemente einzuführen.«

BUCHTWESEL

Fettes Jahr für die Privaten

Einem Anstieg der Gesamtausgaben der Privaten Krankenversicherer um 5,7 Prozent im Jahr 1984 steht ein Anstieg des Beitragsaufkommens von 3,1 Prozent auf 13 Milliarden Mark gegenüber. Dies teilt die Dachorganisation der privaten Krankenversicherer mit.

Obwohl somit der Ausgabenanstieg über dem der Einkommen liegt, ergibt sich unter dem Strich ein Plus von 700 000 Mark. Der Zuwachs der privat Versicherten liegt mit 64 000 im Jahr 1984 um 8000 über dem des Vorjahres. Insgesamt sind 9,5 Millionen Bundesbürger privat versichert, 5,14 Millionen davon voll.

Zivilschutzgesetz erst 1987?

Das Zivilschutzgesetz soll nun in dieser Legislaturperiode nicht mehr verabschiedet werden. Dies wird offen vom Bundesverband für den Selbstschutz erklärt. Der Widerstand der FDP gegen Teile des Gesetzes und die frühe Gegenwehr der Friedensbewegung dürften die ohnehin zerstrittene Koalition veranlaßt haben, vorläufig auf diese begleitende Maßnahme zu verzichten.

einiger anderer Forscher versammelt, die aus dreijähriger Zusammenarbeit der Autoren mit den Berliner Selbsthilfegruppen Krebskranker im Rahmen des Projekts »Selbsthilfe im Krebsnachsorgebereich« hervorgegangen sind.

Das Themenspektrum reicht von konzeptionellen Überlegungen zur »Koordinations- und Vernetzungsarbeit« über die Schilderung der Arbeit einiger professioneller Stellen und der Aktivitäten von Selbsthilfegruppen bis zur vorsichtigen Analyse von Gruppenstrukturen und Prozessen der »Expertisierung«.

Der Band, dem eine Bibliographie und ein informatives Adressenverzeichnis angefügt sind, ist zum Preis von 12 Mark zu beziehen beim Institut für Soziale Medizin, Fachbereich 1 (Medizinische Grundlagenfächer) der Freien Universität Berlin, Thielallee 47, 1000 Berlin 33.

Buch zur Krebshilfe

Eine kritische Auseinandersetzung mit der Arbeit der Selbsthilfegruppen in der Krebsnachsorge haben die beiden Berliner Sozialwissen-



schaftlerinnen Doris Schaeffer und Monique Kriescher-Fauchs vorgelegt. Auf 217 Seiten sind zehn Beiträge der Herausgeberinnen und

Babynahrung:

Nach besten Kräften

ud — Milupa-Werbung hält Mütter vom Stillen ab. Eine Aktionsgruppe will das ändern.

ud — Mit überdimensionalen Babylaschen, Transparenten, Kinderwagen und Babysärgen ist am 21. Mai eine kleine Gruppe von Demonstranten zum Verwaltungsgebäude von Milupa in Friedrichsdorf gezogen. Sie übergeben der Firmenleitung einen offenen Brief, indem 17 Unterzeichnerorganisationen — darunter Terre des Hommes, die Aktionsgemeinschaft freier Stillgruppen, Pro familia, Medico International, der BBU — die Firma Milupa auffordern, den Kodex der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zur Vermarktung von Muttermilchersatzprodukten einzuhalten. Die Protestaktion war von der Aktionsgruppe Babynahrung e.V. ins Leben gerufen worden, die bereits die Firma Nestlé durch beständige Boykottaufrufe zur Abänderung ihrer aggressiven Werbemethoden gezwungen hatte.

Der Kodex der WHO, 1981 von 118 Ländern einschließlich der Bundesrepublik verabschiedet, empfiehlt unter anderem:

- keine allgemeine Werbung für Muttermilchprodukte in der Öffentlichkeit,
- keine Abgaben von Gratisproben an Mütter und Gesundheitspersonal,

- keine Bilder von Babies auf den Etiketten,
- eindeutige Hinweise über die Vorteile der Muttermilch und die Gefahren der Flaschenmilchernährung auf den Packungen,
- kein Kontakt zwischen Firmenpersonal und Müttern oder Schwangeren,
- keine Geschenke an Gesundheitspersonal.

Vor allem in Ländern der Dritten Welt machen mangelnde hygienische Voraussetzungen die Flaschenernährung zur Gefahr für Gesundheit und Leben von Babies. Aber auch in den Industriestaaten ist mittlerweile umstritten, daß die Muttermilch den Ersatzprodukten vorzuziehen ist. Selbst das für schnelle Entscheidungen nicht gerade berühmte Europäische Parlament forderte 1981, den WHO-Kodex in allen Ländern als Minimalforderung einzuführen.

Milupa-Vertreter haben versichert, man sei sich der »großen Verantwortung für das Wohl der



Babies voll bewußt«. Das Unternehmen werde alles tun, seine »Aufgabe nach besten Kräften zu erfüllen«. Anscheinend besteht die Aufgabe vor allem darin, die Umsätze zu erhöhen: Milupa, der größte deutsche Babynahrungs-Hersteller mit Alleinvertretungen in über 40 Ländern, steigerte den Gesamtumsatz zwischen 1981 und 1984 von 541 auf 631 Millionen Mark.

Daß der WHO-Kodex dabei in der hintersten Schublade gelassen wurde, hat die Aktionsgruppe Babynahrung in einer detaillierten Dokumentation über die Werbepraktiken von Milupa gezeigt: In der Universitätsstadt Göttingen etwa erhielten im März 1985 alle Mütter unabhängig davon, ob sie stillen oder nicht, ein Päckchen. Es enthielt drei Gratisproben Babynahrung, nämlich Pre-Aptamil, Aptamil, Milmil, einen Milupa-Aufkleber, zwei Teeproben, eine Flasche mit Sauger, einen Trichter, einen Wertgutschein für weitere Gratisproben, Werbebro-

schüren und Geschenke, eine Dose Creme, einen Kugelschreiber.

In Malaysia wird ein Kamillteegetränk der Firma Milupa verkauft, dessen Verwendung von der ersten Lebenswoche an empfohlen wird, um »dem Säugling zu einem friedlichen Schlaf zu verhelfen.« Der Tee besteht zu 94 Prozent aus Zucker, schadet der Zahnbildung und behindert das Stillen. Das Etikett zeigt einen Säugling und enthält keinen Hinweis auf die möglichen gesundheitlichen Gefahren und die negative Auswirkung auf das Stillen. Der Tee kostet etwa 26 mal soviel wie normaler Zucker.

Aus der Stellungnahme von Milupa zu den Vorwürfen: »Milupa berücksichtigt überall in der Welt die WHO-Empfehlungen zur Vermarktung von Muttermilch-Ersatzprodukten. Woher wohl die Unmengen von Gratisproben, die Demonstranten vor dem Verwaltungsgebäude ausgeschüttet haben, kommen mögen?«

Ablehnung für Arzneimittelinstitut

Auf einhellige Ablehnung bei den anderen Fraktionen stieß bei der ersten Lesung im Bundestag ein Entwurf der SPD zur Einrichtung eines unabhängigen Instituts zur Kontrolle des Arzneimittelmarkts. Nach den Vorstellungen der SPD soll ein solches Institut gemeinsam von den Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen betrieben werden und aus dem

Arzneiangebot Präparate auswählen, die für die Versorgung durch Kassenärzte geeignet sind. Die Preise für die Medikamente sollen zwischen den Kassen und der Pharmaindustrie ausgehandelt werden.

Als »skandalös« bezeichnete in der Debatte der SPD-Abgeordnete Karl Weinhofer die Tatsache, daß es nicht möglich sei, mit der Pharma-industrie Vereinbarungen über kostenwirksame Maßnahmen abzuschließen. Demgegenüber warn-



Weinhofer,
SPD:
Pharma-
industrie
zu Verein-
barungen
zwingen



Becker,
CDU:
Therapie-
freiheit ge-
ährdet



Cronen-
berg, FDP:
»Mehr Dirigismus«



Marita
Wagner,
Grüne:
Andere
Strukturen
nutzen

Kirchenaustritt ist Kündigungsgrund

Konfessionelle Krankenhäuser können von ihren Ärzten die Kirchenzugehörigkeit verlangen. Das geht aus einer Grundsatzentscheidung des Bundesarbeitsgerichts hervor. Das Gericht stimmte mit seiner Entscheidung der Entlassung eines Arztes zu, dem aufgrund seines Austritts aus der katholischen Kirche nach mehrjähriger Tätigkeit in einem Berliner Krankenhaus gekündigt worden war.

In der Urteilsbegründung verweist das Bundesarbeitsgericht darauf, daß der Arzt in einem konfessionellen Krankenhaus nicht nur therapeutisch, sondern auch karitative tätig sei. Diese Aufgabe könne ein Arzt nur dann erfüllen, wenn er sich zu der entsprechenden Konfession bekenne.

Bisher hatte das Bundesarbeitsgericht Kündigungen konfessionsloser Angestellter in kirchlichen Einrichtungen nur dann zugestimmt, wenn die Vermittlung des Glaubens direkt zu dem Aufgabengebiet zählte wie etwa in der Kindererziehung.

Arztwahl

te der FDP-Abgeordnete Cronenberg vor »mehr Dirigismus«, während der CDU-Abgeordnete Becker die Therapiefreiheit der Ärzte als gefährdet sah. Die Grünen sprachen sich dafür aus, vorhandene Strukturen wie das Bundesgesundheitsamt und die Apotheken stärker zu nutzen.

einsetzen müssen, entsprechend dem Grundsatz der gesellschaftlichen Solidarität. Die Sozialhilfe, die zahlreiche Betroffene in Anspruch nehmen müssen, sei nicht als Auffangnetz für Massennotstände konzipiert, erklärte die Arbeiterwohlfahrt. Sie werde dadurch finanziell überfordert.

Die Kosten sollen über eine Form der Mischfinanzierung gedeckt werden, unter Beteiligung der Kranken- bzw. Pflegeversicherung, der Pflegebedürftigen und der örtlichen Sozialhilfeträger.

Gleichzeitig fordert die Arbeiterwohlfahrt ein ausreichendes Angebot an ambulanten und teilstationären Pflegeeinrichtungen sowie an Heim-Kurzzeitpflege zur Entlastung versorgernder Angehöriger.

Arbeiterwohlfahrt fordert Pflegeversicherung

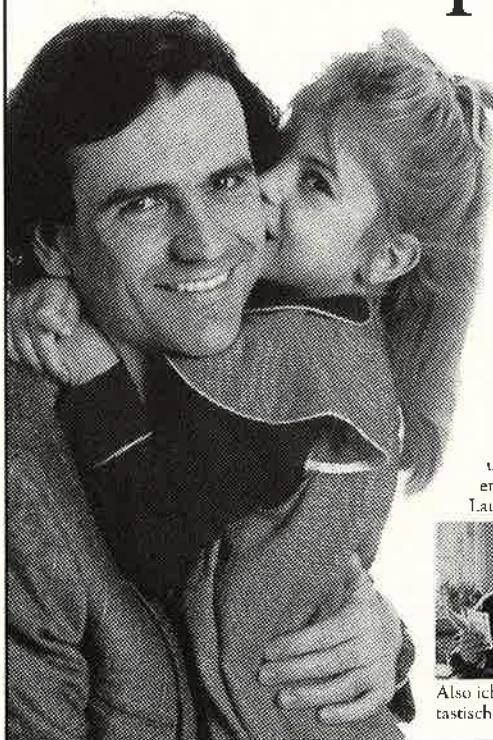
Für die Einführung einer Pflegeversicherung, die organisatorisch an die Gesetzliche Krankenversicherung angebunden sein soll, hat sich der Bundesverband der Arbeiterwohlfahrt ausgesprochen.

Die bisherige Regelung, daß Pflegebedürftige ihr gesamtes Einkommen und Vermögen wie das ihrer unterhaltpflichtigen Angehörigen

Weniger Krankenhausbetten

Die Zahl der Krankenhausbetten in der Bundesrepublik hat abgenommen. Wie das Statistische Bundesamt Ende Mai in Wiesbaden mitteilte, konnten 1983 682 700 planmäßige Betten in den rund 3100 Krankenhäusern des Bundesgebiets belegt werden, 7800 Betten weniger als im Vorjahr.

BHW 2000. Die neue Freiheit beim Sparen und Bauen.



Eindlich habe ich die Art von Bausparen gefunden, die ich immer gesucht habe: BHW 2000. Da kann ich mir eine Menge Freiheiten herausnehmen. Ich brauche nicht bis zur Zuteilung der vollen Bausparsumme zu warten:

Ich kann schon vorher, wenn die Mindestwartzeit abgelaufen und die erforderliche Bewertungszahl erreicht ist, eine Teilbausparsumme zugelassen bekommen, um schnell auf gute Gelegenheiten zu reagieren. Beispielsweise wenn ich ein passendes Grundstück finde. Oder wenn ich in meine Wohnung ein neues Bad einbauen will.

Auch die Höhe der Tilgungsrate kann ich jetzt beeinflussen: Ich brauche mich nicht schon beim Vertragsabschluß auf einen bestimmten Tilgungsbeitrag festzulegen. Vielmehr kann ich durch längeres oder schnelleres Sparen auf meinen monatlichen Tilgungsbeitrag und die Tilgungsdauer Einfluß nehmen.

Statt 3% Zinsen kann ich sogar rückwirkend 4% wählen: Das ist ganz neu beim BHW-Bausparen. Und für mich besonders interessant: Ich kann nachträglich hohe Guthabenzinsen bekommen und zusammen mit der Wohnungsauftrümme eine beachtliche Rendite erzielen. (Bei Inanspruchnahme eines Darlehens: 3 - 5% Agio, je nach Laufzeit.) Doch das Beste ist: Jetzt kann ich auch mal an mein Geld ran, ohne den Vertrag kündigen zu müssen:

Wenn ich mal Geld brauche, kann ich monatlich 2.000,- DM bekommen, höhere Beläge nach sechs Monaten. Natürlich ohne die staatlichen und steuerlichen Vorteile. Nur 1.000,- DM müssen stehenbleiben.

Also ich finde, BHW 2000 ist eine phantastische Sache.



BHW
Bausparkasse
für den öffentlichen Dienst.

BHW
FREIHEIT
2000

Zwei Chefinnen bei der Bundeszentrale

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in Köln hat seit Anfang Juni zwei Leiterinnen. Nach einer Entscheidung des Arbeitsgerichts ist die Versetzung der bisherigen Leiterin, der Erziehungswissenschaftlerin Dr. Ute Canaris, nach Bonn rechtsunwirksam. In der Zwischenzeit hatte das Ministerium eine Medizinerin aus dem niedersächsischen Sozialministerium zur neuen Leiterin bestellt.

Bundesgesundheitsminister Heiner Geißler hatte die Versetzung von Frau Canaris damit begründet, daß die Zentrale von einem Mediziner geleitet werden müsse. In der Verhandlung vor dem Arbeitsgericht konnte Frau Canaris darauf hinweisen, daß die Stelle seit zehn Jahren von Nichtmedizinern geleitet wird. Ein Sachverständigengutachten belegte zudem, daß die Leitung durch eine Sozialwissenschaftlerin den Aufgaben der Behörde dienlicher sei.

Ausschlaggebend für die Entscheidung des Arbeitsgerichts war jedoch der Umstand, daß Frau Canaris nicht an eine gleichwertige Stelle versetzt wurde. Während sie in Köln eine Behörde mit über hundert Mitarbeitern leitete, sollte sie in Bonn einem kleinen Referat mit drei Untergebenen voranstehen, das zudem noch gleichberechtigt von einem anderen Beamten mit geführt wird. Als Hintergrund für die Versetzung von Ute Canaris werden in Bonn politische Motive vermutet.

AOK und ÖTV: Selbstbeteiligung ohne Wirkung

Nach Ansicht des geschäftsführenden Mitglieds des ÖTV-Hauptvorstands Warburg und des Geschäftsführers des AOK-Bundesverbands, Franz Josef Oldiges, haben die Kostenverschiebungen im Gesundheitswesen durch die Ausweitung der Selbstbeteiligung keine nachhaltige kostendämpfende Wirkung erzielt. Dessen ungeachtet habe sich die Selbstbeteiligung der Versicherten an den Kosten zwischen 1975 und 1984 von 1,6 Milliarden auf 5,15 Milliarden mehr als verdreifacht.

Der Einnahmenzuwachs der gesetzlichen Versicherung von 2,5 bis 3 Milliarden Mark reicht, so AOK und ÖTV, aus, um die gegenwärtige Qualität des Gesundheitswesens zu erhalten. Eine Beitragserhöhung sei daher überflüssig.

Darüber hinaus wandten sich beide Vertreter gegen die weitere Belastung der Beitragszahler durch die Neufassung der Pflegesatzverordnung und forderten stattdessen Initiativen zur Begrenzung der Arzneimittelausgaben, zu denen auch der Einfluß der Kassen auf die Preise gehören könne.

Verbraucher gegen Vitamin-E-Werbung

In einem offenen Brief an die Apothekerkammern Nordrhein und Westfalen-Lippe haben die Bonner Arbeitsgemeinschaft der Verbraucher und die Verbraucherzentrale

Nordrhein-Westfalen an die Apotheker appelliert, die Werbung für rezeptfreie Vitamin-E-Präparate einzustellen. Die Verbraucherorganisationen begründen ihren Wunsch damit, daß die Versorgung mit dem Vitamin ohnehin sichergestellt sei, eine Überdosis dagegen nach Meinung von Ernährungswissenschaftlern Embolien, Bluthochdruck und Thrombosen zur Folge haben könnte. Vitamin-E-Präparate seien nur in seltenen Fällen (Behandlung von Frühgeborenen, gestörter Fettstoffwechsel, Durchblutungsstörungen infolge Sauerstoffmangel) wirklich indiziert.

Weiter heißt es in dem Schreiben, die Werbung für die Präparate arbeite mit »unhaltbaren und zum Teil sogar unseriösen Versprechungen«.

Vitamin E ist in jüngster Zeit intensiv beworben worden und fand auch häufig den Weg an bevorzugte Stellen in den Schaufenstern der Apotheken. Der tägliche Vitamin E-Bedarf liegt bei 12 bis 20 Milligramm. Die Hersteller der Vitaminpräparate empfehlen dagegen Tagesdosen von 200 bis 1000 Milligramm und mehr.

Ärztekammer will in den Rundfunkrat

Einen Sitz für die Ärzte im Rundfunkrat, dem Kontrollgremium für die öffentlich-rechtlichen Rundfunkanstalten, hat der Geschäftsführer der Ärztekammer Nordrhein, Vogt, gefordert. Nach einem Bericht der in Neu-Isenburg erschei-

nenden »Ärzte Zeitung« sei die nach Vogt »nicht immer faire Behandlung von Sachthemen aus dem Gesundheitswesen« Anlaß für die Forderung. Die Ärztevertretung erhofft sich von einer Beteiligung an dem Kontrollgremium die Möglichkeit, Beiträge »korrigieren« zu können, »die auf ungenügender Information beruhen«.

Gegen Pharmaexport

Den Export gefährlicher, überflüssiger oder zu teurer Medikamente in die Dritte Welt haben Entwicklungspolitische und Verbrauchergruppen aus Europa wie Experten aus Peru, Ruanda, Indien und den Philippinen auf einer Tagung »Gesundheit und Arzneimittel in der Dritten Welt« kritisiert. Das Treffen war von der Pharmakampagne des Bundeskongresses entwicklungs-politischer Aktionsgruppen (BUKO) gemeinsam mit dem Internationa- len Gesundheitsnetzwerk HAL Anfang Juni in Iserlohn veranstaltet worden.

Die Beteiligten warfen den Pharmakonzernen vor, zweierlei Maß bei Sicherheit und Wirksamkeit von Medikamenten in den Industriestaaten und der Dritten Welt anzulegen. Dem Bundesgesundheitsamt hielten HAL und BUKO vor, Arzneimittel weiter zu registrieren, auch wenn sie in der Bundesrepublik verboten oder nicht mehr absetzbar seien. Damit unterstützte man die Hersteller, die »therapeutischen Schrott« in der Dritten Welt abladen.

Pharma-Umsätze: Aufschwung

nm - Noch einmal kräftig aufgeschwungen haben sich die bundesdeutschen Chemie- und Pharmagianten. Die größten der Branche, BASF, Bayer und Hoechst, legten im Umsatz alle noch einmal mit zweistelligen Prozentzahlen zu.

An der Spitze liegt Bayer mit einem Plus von 15 Prozent zu einem Gesamtumsatz für das Jahr 1984 von 43,5 Milliarden Mark. Dicht hinter dem Ersten folgt Bayer mit ebenfalls 15 Prozent Plus auf 43 Milliarden. »Nur« elf Prozent konnte Hoechst zulegen, wo 41,3 Milliarden umgesetzt wurden.

Alle drei Umsatzriesen haben vor allem im Ausland kräftig expandiert. Alle drei haben vor allem in den USA mit hohem Kapitaleinsatz Produktionsanlagen aufgekauft. BASF, Bayer und Hoechst liegen international hinter dem US-Multi Dupont auf den Plätzen zwei bis vier.

Auch kleinere Pharmafirmen konnten 1984 die Kassen reichlich füllen. So machte die Medikamentensparte der Beiersdorf AG 1984 629 Millionen Mark Umsatz gegenüber 554 Millionen im Vorjahr. Boehringer Ingelheim hat den Dioxin-Skandal in Hamburg locker weggesteckt: die Fir-

ma legte 12 Prozent zu und erzielte insgesamt einen Umsatz von 4,1 Milliarden Mark.

Den Beweis dafür, daß der Aufschwung Arbeitsplätze sichert, blieben die Multis freilich schul-

dig. BASF und Hoechst steigerten die Belegschaft um 1,5 bzw. 0,36 Prozent. Bei Bayer arbeiteten in der Bundesrepublik 1984 900 Mitarbeiter weniger als im Vorjahr ...



Freisprüche im Seveso-Prozeß

Das Berufungsgericht, das mit dem Strafverfahren gegen die Verursacher der Giftkatastrophe von Seveso befaßt ist, hat drei Angeklagte freigesprochen und zwei weitere zu erheblich niedrigeren Gefängnisstrafen verurteilt, als in der ersten Instanz ausgesprochen wurden. Rechtsanwalt Riccardo Benetti, einer der Vertreter der Nebenklage, äußerte Empörung darüber, daß jetzt jeder in Italien das Recht habe, die Umwelt zu verseuchen.

Das Schwurgericht von Monza hatte fünf leitende Angestellte des Icmesa-Werkes und der Muttergesellschaft Givaudan für schuldig befunden, die Umweltkatastrophe fahrlässig ausgelöst zu haben. Die Umgebung der in der Nähe von Mailand gelegenen Industriestadt Seveso war nach dem Giftgasaustritt im Juli 1976 jahrelang verseucht gewesen. Zahlreiche Kinder wurden von Chlorakne befallen. Der Zusammenhang zwischen der Umweltkatastrophe und anderen Krankheiten oder Mißbildungen war gerichtlich jedoch niemals anerkannt worden.

SPD-Kritik an Stiftung »Mutter und Kind«

Scharfe Kritik an der im vergangenen Jahr eingerichteten Bundesstiftung »Mutter und Kind« hat die SPD-Bundestagsabgeordnete Herta Däubler-Gmelin geübt. Zugleich forderte die Politikerin gemeinsam

mit ihrer Fraktion von der Bundesregierung einen Bericht über die bisherige Tätigkeit der Stiftung.

Da auf die Zahlung von Geldern aus der Stiftung kein Rechtsanspruch bestehe, sei die Höhe der vergebenen Mittel regional starken Schwankungen unterworfen. So bekomme eine schwangere Frau, die sich an die Stiftung wende, im



SPD-MdB
Herta
Däubler-
Gmelin

rheinland-pfälzischen Ludwigshafen durchschnittlich 1730 Mark ausgezahlt, am anderen Rheinufer dagegen, im baden-württembergischen Mannheim, 7110 Mark. Jeder zehnte Antrag auf Zuwendung werde erst nach über zwei Monaten entschieden.

Die Stiftung war mit dem erklärten Ziel eingerichtet worden, die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche in der Bundesrepublik zu senken. Schon bei der Gründung war das Vorhaben, für dessen Finanzierung jährlich 50 Millionen Mark vorgesehen sind, auf heftige Kritik bei der SPD und den Grünen, aber auch Pro familia und der Arbeiterwohlfahrt gestoßen.

Dioxin-Kongress:

Fonds gefordert

pw — Für einen wirksamen Schutz der Bevölkerung vor den Gefahren, die von Dioxinen und chemisch verwandten Chemikalien ausgehen, sprachen sich die über 200 Teilnehmer eines bundesweiten Dioxin-Kongresses in Ludwigshafen aus. Der Kongreß, auf dem zahlreiche Experten gemeinsam mit Bürgerinitiativen und Betroffenen über die Dioxin-Gefahren berieten, setzte sich für ein umfassendes Programm gegen das Supergift ein.

Das bizarre Panorama der BASF-Industrieanlagen und der über allem schwelende penetrante Chemiegeruch sorgten für eine gespenstische Kulisse — zumindest für die auswärtigen Teilnehmer, denen der Tagungsort bis dahin unbekannt war. Ludwigshafen war nicht umsonst gewählt worden, stehen doch die leidvol-

len Erfahrungen gerade der BASF-Arbeiter, die Opfer des Dioxin-Unfalls 1953 wurden, als Beispiel für viele Menschen, die durch Dioxine oder andere Gifte zu Schaden gekommen sind. Professor Wassermann, einer der Hauptredner des Kongresses und Leiter des Instituts für Toxikologie der Universität Kiel, wertete dann auch die Teilnahme ehemaliger BASF-Arbeiter und geschädigter Dioxin-Opfer als »historische Einmaligkeit«. Statt einen gigantischen Meßaufwand zu betreiben, forderte er, das Vorsorgeprinzip in den Mittelpunkt einer humanen Chemiepolitik zu stellen.

Über die große Gruppe der Dioxine, Dibenzofurane und Biphenyle, von denen das sogenannte Seveso-Gift TCDD nur ein spektakulärer Vertreter ist, lägen

MARTHA L. BORG

Haben Kinder Kriegsangst?

Eine bundesweite Befragung von Kindern und Jugendlichen im Alter von 9 bis 18 Jahren hat eine Projektgruppe Berliner Ärzte und Psychologen gestartet. Mit einem vierseitigen Fragebogen soll geprüft werden, ob es einen Zusammenhang zwischen den Ängsten und Zukunftserwartungen der Kinder und ihrer Einstellung zum atomaren Wettrüsten gibt.

Die Ärzte und Psychologen wollen von den Jugendlichen wissen, welche Hoffnungen und Erwartungen sie für die Zukunft haben, was ihnen Angst macht und wie sie die Gefahr eines Atomkriegs beurteilen.

Fragebögen und Begleitschreiben sind zu beziehen bei Dr. Horst Petri, Kunzendorfstraße 26, 1000 Berlin 37.

Haedenkampstraße in Köln umbenannt

Einstimmig angenommen wurde in der Kölner Bezirksversammlung ein Antrag, die Haedenkampstraße, in der die Bundesärztekammer ihren Sitz hat, umzubenennen.

Wie berichtet, war der Antrag mit der Beratungstätigkeit Haedenkamps bei der Entfernung jüdi-

scher und sozialistischer Ärzte aus dem Dienst begründet worden. Haedenkamp hatte auch nach 1945 wieder leitende Funktionen in der Ärztevertretung innegehabt. Die Straße war auf Wunsch der Bundesärztekammer nach ihm benannt worden.

Der neue Name steht bislang noch nicht fest. Die Straße soll entweder nach Otto Veit, einem Kölner Anatom jüdischer Abstammung, oder nach Herbert Levin, dem früheren Leiter der gynäkologischen Abteilung des jüdischen Hospitals in Köln, benannt werden.

Kassenärzte für Studienbegrenzungen

Über die bekannte Forderung nach einer Neufassung der Kapazitätsverordnung (KapVo) zur Festsetzung der Medizin-Studienplätze an den Hochschulen hat sich der Hauptgeschäftsführer der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Dr. Eckart Fiedler, für eine generelle Begrenzung der Anzahl der Studienanfänger auf jährlich 10.000 ausgesprochen.

Darüber hinaus schlug Fiedler in einer Rede vor der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung und dem versicherungswissenschaftlichen Institut Köln vor, die Qualifikationszeit für die Zulassung zum Kassenarzt auszudehnen und die Wahl des Orts für die Niederlassung weiter einzuschränken.

Überwiegend keine Erkenntnisse vor. Hier erst die weiteren Forschungsergebnisse abzuwarten, käme einem nicht zu verantwortenden Nachgehen vor reinen Industrieinteressen gleich.

In diesem Zusammenhang ist die konstante Weigerung hiesiger »Experten« bezeichnend, die Forschungsergebnisse aus Vietnam zur Kenntnis zu nehmen. Karl-Rainer Fabig, niedergelassener Arzt aus Hamburg und Vietnam-Kenner, stellte die einzelnen Studien zusammen. Hierach bestehen kein Zweifel, daß die Sprühaktionen der US-Armee mit dem Dioxin-verunreinigten Entlauftungsmittel »Agent Orange« zu einer statistisch signifikanten Zunahme von Krebs-, Mißhandlungen und Fehlgeburten bei der betroffenen Bevölkerung Vietnams genauso wie bei den beteiligten US-Soldaten geführt haben.

Die Teilnehmer des Kongresses sahen es als unbedingt erforderlich an, daß alle medizinischen

und epidemiologischen Daten, die über die Gefährdung durch Dioxine und chemisch verwandte Chemikalien bei Behörden und in der Industrie bekannt sind, unverzüglich veröffentlicht werden.

Nur durch ein umfassendes und schnell greifendes Verbot für Herstellung und Vertrieb halogenierter Kohlenwasserstoffe könne eine weitere Gefährdung von Arbeitern der chemischen Industrie und der Bevölkerung verhindert werden.

Um die Not derjenigen zu lindern, die unter Dioxin-Vergiftungen leiden, forderten die Teilnehmer in Ludwigshafen die Einrichtung eines 100-Millionen-Fonds. Dieser Fonds, der von den Betroffenen selbst verwaltet werden soll, muß von der chemischen Industrie finanziert werden.

Insbesondere die Firmen BASF, Dynamit Nobel und Boehringer stehen in der moralischen Verantwortung für die Schäden, die sie verursacht haben.

Helft Nikaragua!

Wir, Ärzte, Schwestern und Pfleger der deutschen Gesundheitsbrigaden in Nikaragua, rufen angesichts der von der Reagan-Regierung ausgerufenen Wirtschaftsblockade zur Soforthilfe in der Bundesrepublik auf.

- Die für Nikaragua notwendige Entwicklung wird durch den Terror der Contras in allen Lebensbereichen gelähmt.
- Durch unsere tägliche Arbeit haben wir die Folgen auch im Gesundheitswesen eindringlich zu spüren bekommen: die steigende Zahl der Verwundeten, Patienten, die nicht rechtzeitig zur medizinischen Versorgung kommen können, das Flüchtlings-

elend, Zerstörung von Gesundheitseinrichtungen und Anschläge auf Impfkampagnen.

Durch die Wirtschaftsblockade der USA wird die Versorgung mit medizinischem Basismaterial, das bislang aus den USA importiert wurde, akut gefährdet. Dadurch fehlt es dringend an:

- Infusionsbestecken,
- Verweilkanülen,
- Sonden und Tuben aller Art,
- chirurgischem Nahtmaterial,
- Anästhesiebedarf,
- Laborreagenzien,
- Transfusionsbeuteln und Systemen,
- Einmalspritzen und -kanülen,
- Röntgenplatten.

Constance Jacobowsky, Ärztin; **Walter Doll**, Arzt; **Josefine Immler**, Schwester; **Angela Kinscher**, Kinderkrankenschwester; **Hannelore Doll**, Schwester; **Heinz-P. Romberg**, Arzt; **Jochen Killing**, Pfleger; **Petra Fenske**, Schwester; **Lothar Gote**, Pfleger; **Wolfgang Nicolai**, Arzt; **Gerd Bonnütter**, Arzt; **Martina Heber**, Schwester; **Alfred Hoyer**, Zahnarzt.

Bitte schicken Sie Ihre Spende an:

Medico international, Hanauer Landstraße 147-149, 6000 Frankfurt am Main 1.

IPPNW-Versammlung:

Vorstand wiedergewählt

Gut 80 Ärzte hatten sich zur jährlichen Mitgliederversammlung der IPPNW in Berlin eingefunden. Es ging um die weitere Arbeit und personelle Fragen. Der alte Vorstand wurde bestätigt; ihm gehören weiter an Prof. Eberhard Richter, Prof. Ulrich Gottstein, Dr. Barbara Hövener und Dr. Till Bastian. Eine Fülle von Aufgaben steht vor der IPPNW, deren Mitgliedschaft inzwischen auf über 3.000 gewachsen ist: so wird im Herbst in Mainz der fünfte Medizinische Kongreß zur Verhinderung eines Atomkriegs stattfinden. Vom 29. Mai bis 1. Juni 1986 wird dann in Köln der Weltkongreß der IPPNW folgen, eine gigantische Mammutveranstal-

tung, die auch einen sehr interessanten zweitägigen Teil für nationale Besucher und Interessierte umfassen wird. Weiter überlegt man, ein Symposium zu »Medizin und Nationalsozialismus« durchzuführen, wobei man eventuell auch die scheinbar verbesserten Kontakte zur IPPNW in der DDR nutzen kann. (Gleichwohl scheinen weiter wesentliche Teile der bundesdeutschen IPPNW an der Idee festzuhalten, eine Art autonome Gruppe in der DDR aufzubauen.)

Der Gesprächsfaden zur Bundesärztekammer ist abgerissen; hier rechnet man mit erneuten scharfen Auseinandersetzungen.

Nordrhein-Westfalen:

Registrierung nach altem Gesetz

Die SPD-Alleinregierung in NRW plant eine Änderung des Meldegesetzes. Aus Datenschutzgründen, vor allem aufgrund des Volkszählungsurteils des Bundesverfassungsgerichtes, soll die allgemeine Erfassung des Berufes aus den Meldebögen genommen werden. Allerdings soll weiterhin die Berufsausübung im Gesundheitswesen registriert werden. Der Kanzlerkandidat Rau begründet dies mit dem Vereinheitlichungsgesetz der Nazis von 1935 (dg berichtete mehrfach), das »als Landesrecht« fortgelte. Auf der Basis dieses Gesetzes

werden schon jetzt in NRW alle Gesundheitsarbeiter von den Meldeämtern an die Gesundheitsämter weitergemeldet. Dies ist noch einmal ausdrücklich in der »Verordnung über die Zulassung der regelmäßigen Datenübermittlung von Meldebehörden an andere Behörden und sonstige öffentliche Stellen« von 1983 geregelt. Von allen Gesundheitsarbeitern werden demnach »mindestens monatlich folgende Daten übermittelt«: Vor- und Familienname, akademischer Grad, Tag der Geburt, Anschrift, Beruf.

Gießener Werbeagentur Beilken

Werbung

Werberatung
Werbekonzeption
Gestaltung

Textverarbeitung

wissenschaftliche Arbeiten
Korrespondenz
Druckvorlagen
Manuskripte

Bewerbungen

Beratung für
- individuelle Bewerbung
- Ihre Bewerbungsunterlagen
- Ihr Vorstellungsgespräch
- die Anfertigung Ihrer Bewerbungsunterlagen

Prospekt mit Preisliste anfordern bei **GWAB**
Dipl.-Psych. W. Beilken
Steinstraße 73,
6300 Gießen
Tel. (06 41) 3 60 02

26./27. Juli Phytotherapie

Tübingen

Jahresmitgliederversammlung der Gesellschaft für Phytotherapie mit Symposium: »Phytotherapie — eine moderne Wissenschaft«

Kontakt: Gesellschaft für Phytotherapie e.V., Agrippinenstr. 2, 5300 Bonn 1

9.—11. August Seminar: Bayer

Solingen

Stichwort: Bayer — Probleme mit dem Umwelt- und Menschen- schutz bei einem multinationa- len Konzern

Seminar der Internationalen Koordinationsstelle Aktiv gegen Bayer-Umweltgefährdung e.V.

Anmeldung: Christiane Schnura, Jägerstr. 78, 4000 Düsseldorf

10. August DGSP-Seminar

Langenfeld (Rheinland) Zwangseinweisung — Zwangs- behandlung

Fachtagung der Rheinischen Ge- sellschaft für Soziale Psychiatrie
Ort: Rheinische Landesklinik, Köl-

Kleinanzeigen

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

Dr. med. Mabuse wieder in Frankfurt. Nach dreijährigem Intermezzo in Köln ist das Büro der Zeitschrift im Gesundheitswesen »Dr. med. Mabuse« wieder in die Mainmetropole zurückgekehrt. Die neuen Räumlichkeiten befinden sich in der Mainzer Landstraße 147, 6000 Frankfurt 1. Telefonisch ist die alternative Medizinzeitschrift unter der Nummer 7381724 zu erreichen.

(Gesundheits-)Zentrum In Norddeutschland (Allgemeinmedizin/Apotheke/Frauenarzt/Kinderarzt /Krankengymnastik) sucht längerfristig **Ärztin/Arzt** für 4. Praxis (z.B. Orthopädie, Neurologie/Psychiatrie, Urologie). Anfragen unter Chiffre 010785 an die dg-Redaktion, Siegburger Straße 26, 5300 Bonn 3.

Allgemeinarzt, naturheilkundlich orientiert, ist aus seinem Traum von einer Gruppenpraxis bescheiden aufgewacht und sucht Einstiegsmöglichkeit in bestehende Praxis bzw. Compan(on?)era/o zwecks Übernahme einer Praxis in Bonn/Köln/Aachen.
Tel. 02222/1268

Vertreter gesucht für 1-3 Monate in kleiner/mittlerer Allgemeinpraxis im Saarland. Französischkenntnisse von Vorteil. Kontaktaufnahme unter Chiffre 020785 an die dg-Redaktion, Siegburger Straße 26, 5300 Bonn 3.

Gesundheitsbrigaden für Nicaragua

Wir suchen auch in diesem Jahr

DRINGEND

für einen mindestens 6 monatigen Einsatz im Rahmen unserer Projekte in Nicaragua

- ÄRZTE/INNEN

vor allem mit Erfahrung in Chirurgie, Pädiatrie, Allgemeinmedizin

Kontakt: Gesundheitsladen Berlin, Greifswalder Str. 2, 1000 Berlin 61 - Tel. 030/692 20 90

Termine

ner Str. 82, 4018 Langenfeld
Anmeldung: Rheinische Gesellschaft für Soziale Psychiatrie, Elchenstr. 105-109, 5650 Solingen 1

pflege, Steinbacher Hohl 2-26, 6000 Frankfurt 90

1./2. September Kinderkrankenpflege

19./21. September Hausärztetag

Tagung der Kinderkrankenschwestern und -pfleger
Themen: Chronisch kranke und behinderte Kinder / Kindesmißhandlung / Impfungen / Datenschutz
Auskunft: Sekretariat Kinderklinik Krefeld, Tel. (021 51) 82823301

Landshut

8. Deutscher Hausärztetag
Kontakt: Susanne Ackermann, c/o BPA, Belfortstr. 9/IX, 5000 Köln 1

2. bis 6. September Seminar: Tod und Sterben

20.—24. September Geschichte der Medizin

Petershagen/Westfalen
Seminar: Tod und Sterben — ein Tabuthema unserer Gesellschaft

Bochum

68. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Geschichte der Medizin, Naturwissenschaft und Technik
Auskunft: Dr. K. D. Fischer, Institut für Geschichte der Medizin, Augustastr. 37, 1000 Berlin 45, Tel. (030) 7983466

27. September Sicherheit im Krankenhaus

Hannover
Sicherheitsfachtagung Krankenhaus '85

Auskunft: Dipl.-Ing. G. Seetzen, Tel. (0511) 5 32 33 52

23.—28. September Arzneipflanzen- Forschung

Regensburg
33. Jahrestagung der Gesellschaft für Arzneipflanzenforschung, Regensburg
Kontakt: Prof. Dr. G. Franz, Pharmazeutisches Institut der Universität Regensburg, 8400 Regensburg

1.—4. Oktober Arbeitsmedizin

Düsseldorf

19. Deutscher Kongreß für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
Auskunft: Bundesarbeitsgemeinschaft für Arbeitssicherheit (BAS), Stresemannstr. 43, 4000 Düsseldorf 1, Tel. (0211) 36 08 19

16.—21. September Krankenpflege

25.—27. September Sozialmedizin

Aachen
Nationaler Kongreß für Krankenpflege
Auskunft: Fachverband Kranken-

Bad Bramstedt
Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin
Thema: Sozialmedizinische Bedeutung rheumatischer Erkrankungen

Auskunft: Dr. Krasemann, Gesundheitsbehörde Hamburg, Seewartenstr. 7, 2000 Hamburg 11

Hilfe, die Helfer

Medizinische Soforthilfe in der Dritten Welt

Medizinische Hilfe bei Katastrophen in der Dritten Welt: das scheint schon durch die edle Absicht geadelt.

Aber oft kommt mit der Hilfe eine neue Katastrophe: unter dem Schutzschild des guten Zwecks geschieht nicht nur Nutzloses, sondern auch Schädliches. Und sogar die Absichten sind nicht immer so edel, wie es scheint.

dg-Redakteur Stephan Schölzel plädiert für politisch verantwortliche Hilfe.

Südostasien, Herbst 1979. Tausende von Menschen fliehen Monat für Monat auf dem Seeweg über das Südchinesische Meer in Richtung Malaysia und Thailand. Viele der Boote werden von thailändischen Piraten bedroht und überfallen, die Insassen ausgeraubt und mißhandelt; zahlreiche Schiffe erreichen ihr Ziel nicht und kentern. Die Menschen, die die Küste Malaysias erreichen, werden in großen Camps untergebracht.

Zum gleichen Zeitpunkt flüchtet auf dem Landweg ein großer Teil des Khmer-Volkes vor den gefürchteten Vietnamesen in Richtung Thailand. An der thailändisch-kamputsheanischen Grenze entstehen zahllose Flüchtlingslager.

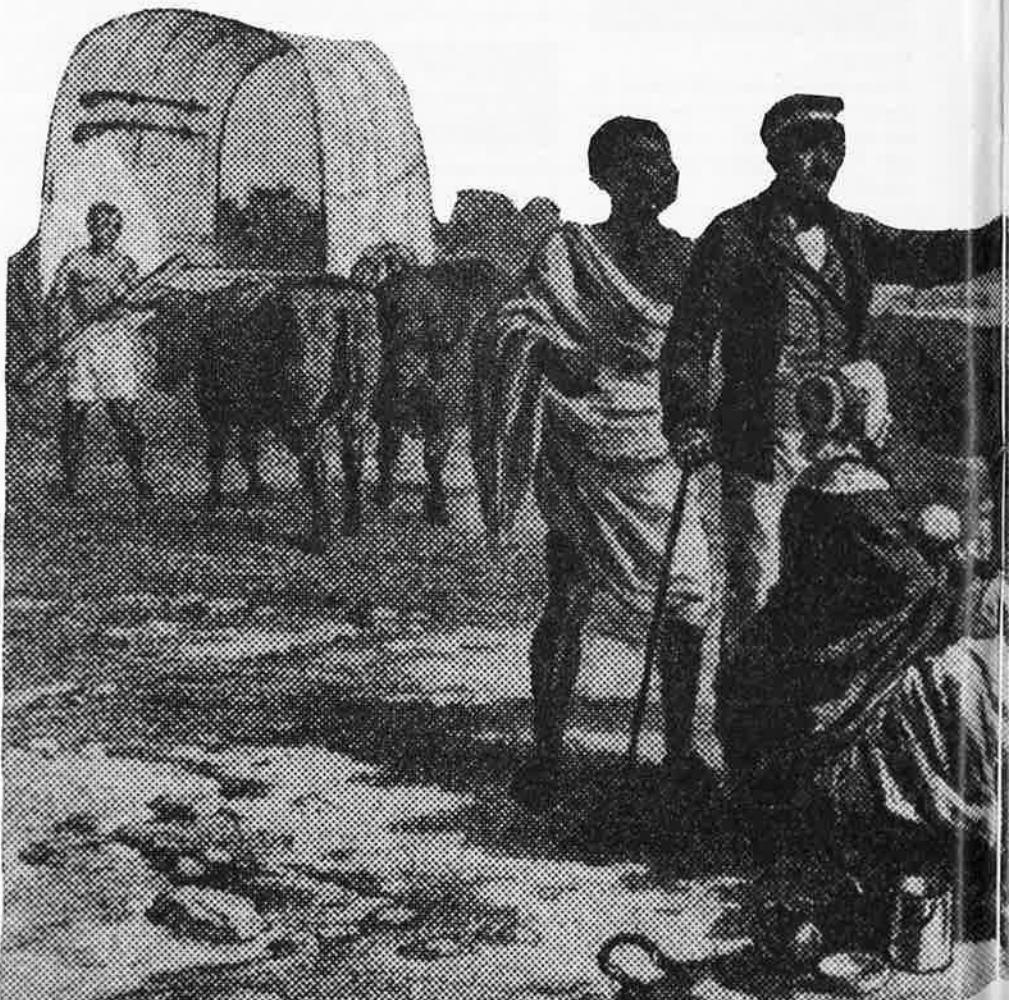
Rupert Neudeck, Journalist beim Deutschlandfunk, ist von diesen Vorgängen so erschüttert, daß er sich entschließt, etwas zur Rettung der Menschen zu tun. Er gründet das Komitee Cap Anamur/Notärzte e.V., das später durch die spektakulären Rettungsaktionen des Schiffes Cap Anamur bekannt wird. Parallel zu der Schiffsaktion werden auch Hilfsgüter und Hilfspersonen

in die Flüchtlingslager nach Kamputshea entsandt.

Als Hans Klinger, Arzt in einer Kinderklinik im Rheinland, von den Aktionen des Komitees hört, fühlt er sich spontan ansprochen. »Die Notärzte boten genau das, was ich mir vorgestellt hatte. Einen regelrechten Entwicklungsdienst antreten, das war mir eigentlich zu viel, aber mal rauszukommen, um in einem Flüchtlingslager eine gewisse Zeit mitzuarbeiten, das war für mich eine Möglichkeit, in der Dritten Welt Hilfe zu leisten.«

Er fliegt nach Thailand und arbeitet einen Monat lang an der Grenze zu Kamputshea im Lager Nong Sarnet. Vor Ort stellt er jedoch fest, daß die Verhältnisse anders sind, als er sie sich vorgestellt hatte. Zwar gibt es viele Kinder, die schwer an Masern oder an Tuberkulose erkrankt sich. »Im Grunde genommen traten die einzelnen Hilfsorganisationen sich jedoch gegenseitig auf den Füßen herum. Ungelöst waren eigentlich weniger die medizinischen Probleme als die hygienischen Verhältnisse im Lager.«

Mit den Medikamenten, die die Hilfsorganisationen an Kranke ausgeben, wird ein schwunghafter Handel betrieben, teilweise unter Kontrolle einer paramilitärischen Miliz.



kommen!

Aber nicht nur im Lager entstehen Probleme. Abends um fünf Uhr werden alle Ausländer in eine nahegelegene thailändische Kleinstadt gefahren. Dort verbringen sie ihre Freizeit. Nicht nur, daß die Bevölkerung dieser Stadt neidisch ist, weil offensichtlich die medizinische Versorgung der Lagerbewohner besser ist als ihre eigene, zusätzlich steigen im Rahmen des Helfertourismus auch noch die Preise kräftig an. Die Landeswährung ist nicht mehr viel wert, soziale und ökonomische Strukturen der Stadt werden schwer geschädigt.

Der Helfertourismus läßt die Preise steigen. Soziale und ökonomische Struktur werden schwer geschädigt.

Ähnliche Dinge ereignen sich den Flüchtlingslagern Malaysias. Josef Ingermann, damals Mitarbeiter im Büro des Hochkommissa-

sars der Vereinten Nationen für Flüchtlingsfragen (UNHCR) in Kuala Lumpur: »Die Ernährungssituation in den Camps war häufig besser als diejenige der Malaien, so daß teilweise Unmut und Verärgerung über die gute Versorgung der Flüchtlinge aufkam.«

Soforthilfe ist häufig zunächst eine Hungerhilfe. Tausende von Menschen werden täglich in sogenannten »feeding camps« gespeist — wunderbare Brotvermehrung 1985. Eine derartige Notversorgung der Bevölkerung ist akut erforderlich, führt aber, bleibt sie länger bestehen, zu gefährlicher Abhängigkeit, falls eine Strukturhilfe sie nicht überflüssig macht. Im Laufe der letzten Jahrzehnte sind in sehr vielen Ländern der Dritten Welt Verteilstellen für Nahrungsmittel entstanden, die viel länger bestehen geblieben sind als notwendig. Mittlerweile leben ganze Völker von Lebensmittellieferungen aus den Industrieländern, da sie es versäumt haben, Acker und Feld noch zu bestellen. Im Ruanda in Ostafrika kursieren Speiseölkannister mit der Aufschrift: Spende des Volkes der Vereinigten Staaten von Amerika. Kollektive Gewissensentlastung für ein ganzes Volk?

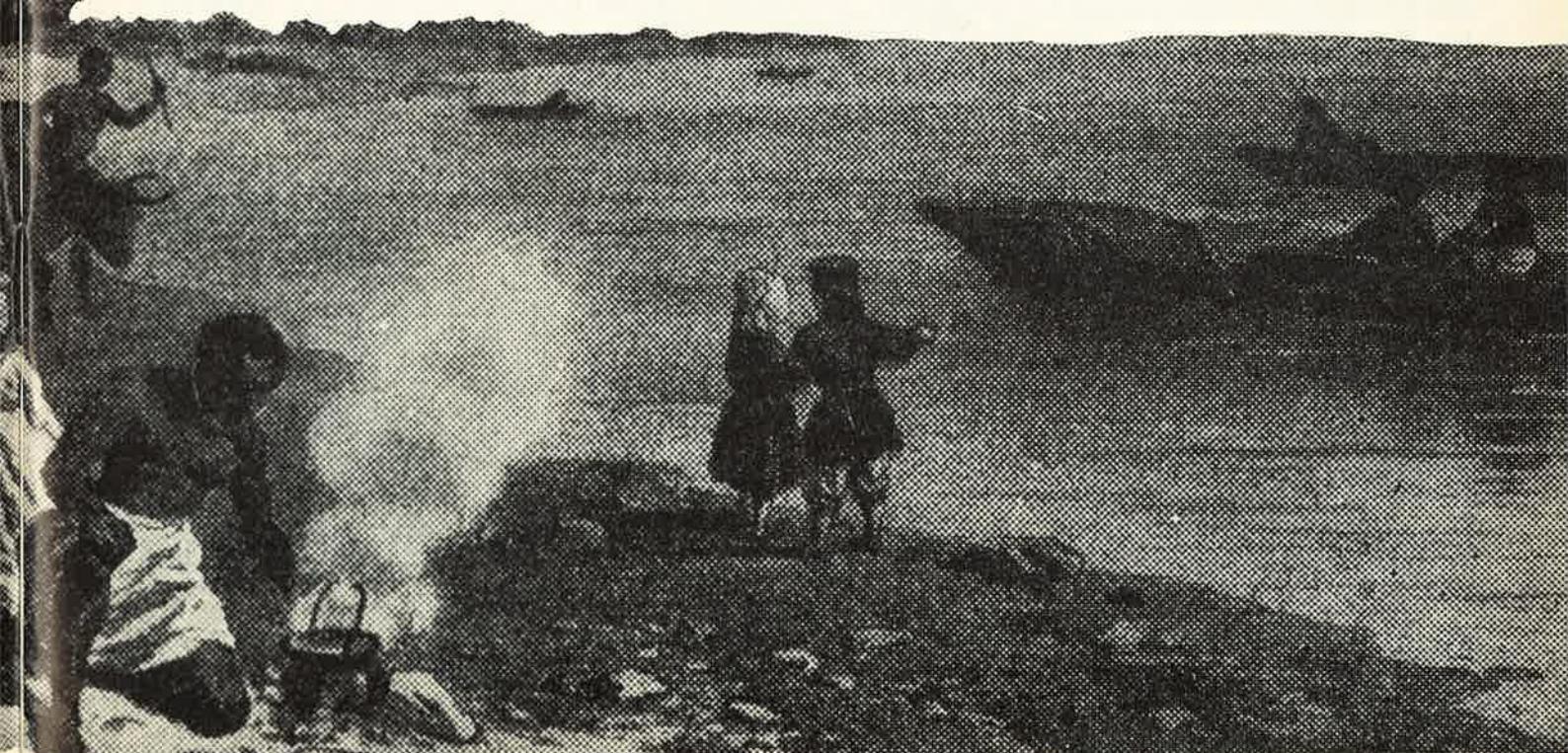
Die äthiopische Regierung ist nicht länger bereit, die 39 im Lande tätigen Hilfsorganisationen unkoordiniert wirken zu lassen. Außerdem will sie die finanziellen Angelegenheiten der Organisationen jährlich von Finanzbeamten überwachen lassen. Rupert Neudeck vom Notärztekomitee: »Ein einmaliger Vorgang: Die Hilfsorganisationen

von regierungsunabhängigen Organisationen, die stolz sind auf die Unabhängigkeit ihrer Finanzierung, die zum Teil keine Gelder der hiesigen Bundesregierung annehmen, um weiter unabhängig operieren zu können, müssen sich eine Regierungskontrolle durch einen Prüfer, den sie auch noch bezahlen müssen, gefallen lassen ...«

Vor Ort sehen die Tatsachen anders aus. Gabriele Eiche und Peter Posche, selbst bis Ende 1984 drei Jahre als Entwicklungshelfer in Äthiopien tätig, äußern in einem Brief an die »Tageszeitung« vom 7. Februar 1985 die Befürchtung, daß Anschuldigungen wie die oben von Neudeck zitierten »die krampfhaftete Suche nach einem Schuldigen angesichts einer schwierigen bis hoffnungslosen Situation« sind. Obwohl sie anerkennen, daß »Hilfmultis« sein müssen, glauben sie nicht an eine radikale Lösung des Problems durch diese Organisationen. »Wir setzen mehr Hoffnung in die langatmige äthiopische Bürokratie und Dritte-Welt-Aktive in den Industrieländern als in die schnellen Helfer.«

Ein Arzt: »Jede Nacht Messerstechereien und Schießereien. Da kann man noch echt was lernen.«

Wie sähe denn der umgekehrte Fall aus? Die Bundesrepublik wird von einer Katastrophe unvorstellbaren Ausmaßes heimgesucht, unzählige ausländische Hilfsorganisationen eilen herbei. Selbstverständlich behält die Bundesregierung die Fäden in der Hand. Die Dritte Welt aber soll als Experimentierfeld für ganze Scharen von Hilfswilligen herhalten.



Nächsterliebe und Hilfsbereitschaft sind nicht nur ehrenwerte Motive. Häufig genug verbergen sich hinter ihnen Eigennutz und die Hoffnung auf berufliche Möglichkeiten, die hier nicht existieren. Beispielsweise können auch Krankenschwestern und Krankenpfleger bei Nothilfeprojekten unabhängig arbeiten, und das zieht sie verständlicherweise an.

Aber wie sieht es mit den Bemühungen um eine größere Selbständigkeit des Pflegeberufs bei uns aus?

Ein Arzt, der den chirurgischen Teil seines praktischen Jahres in Soweto in Johannesburg absolviert hatte: »Also, was da nachts kam, Messerstechereien, Schießereien, jede zweite Nacht schwere Thoraxverletzungen,

da kannst du noch echt was lernen, das gibt's hier gar nicht.« Über die Hintergründe, Apartheid, Ghettosierung, Homelands, die politischen Bedingungen, die zu den Auseinandersetzungen führen, da kann nicht mehr viel: »Ja, ja, das gibt's schon, aber ...«

Ein Ghanaer, der in Zürich lebt, beklagt das Spektakel um den Tag für Afrika als ei-

Internationales Rotes Kreuz

Das internationale Rote Kreuz in Genf (IKRK) wird bei Katastrophenfällen, die sich zu über neunzig Prozent in Ländern der Dritten Welt ereignen, unterschiedlich tätig.

Sind die Ursachen des Notstands nicht von Gewalttätigkeiten oder kriegerischen Auseinandersetzungen überschattet, sondern Folgen von Naturkatastrophen wie beispielsweise bei der großen Überschwemmung in Bangla Desh im Mai dieses Jahres, erfolgt der Einsatz der Hilfsgüter und des Hilfspersonals über die sogenannte Liga der Rotkreuzgesellschaften, einen Zusammenschluß aller nationalen Rotkreuzgesellschaften. Die Liga ergreift Hilfsmaßnahmen nur in Absprache mit der Rotkreuzgesellschaft und der Regierung des betroffenen Landes. In den meisten moslemischen Ländern werden die entsprechenden Tätigkeiten durch nationale Organisationen des Roten Halbmondes koordiniert; auch diese gehören zur Genfer Liga.

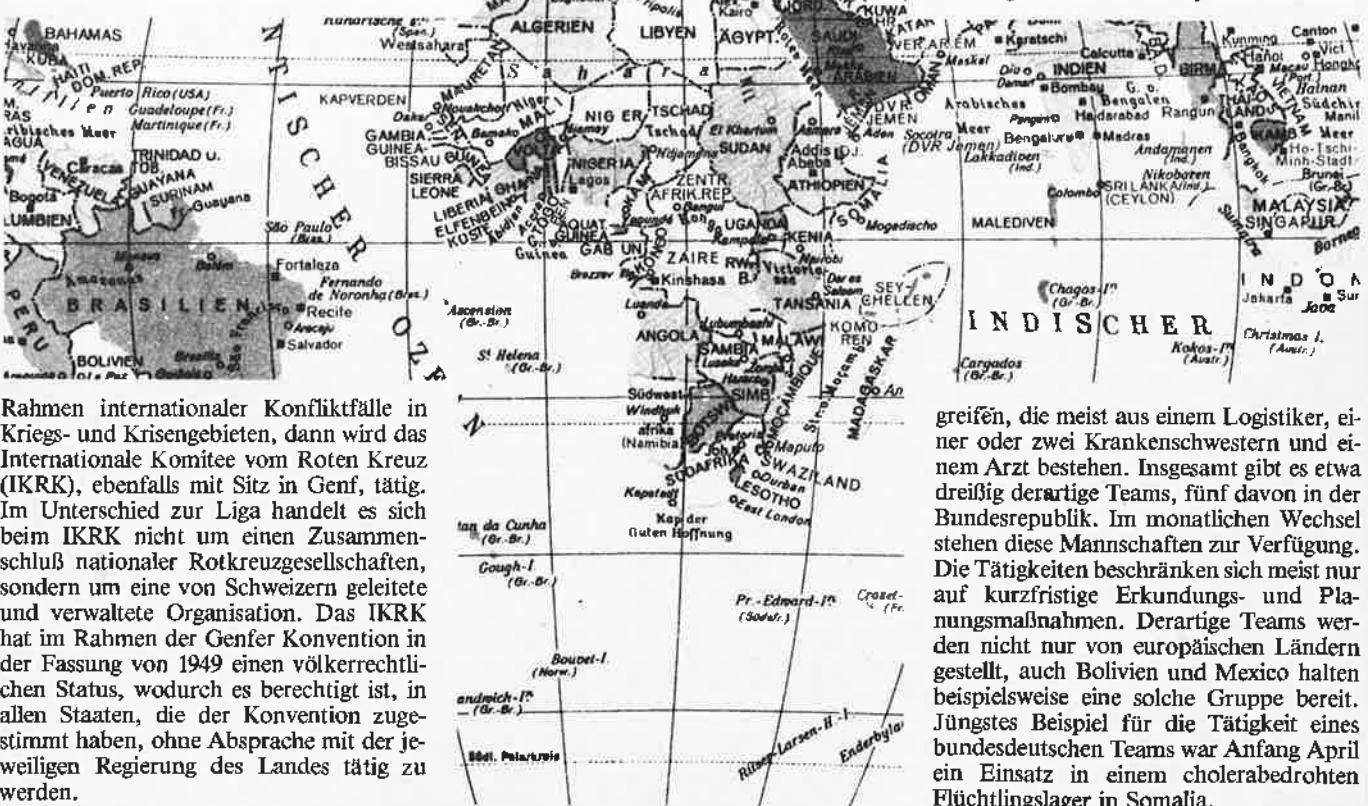
Handelt es sich um Hilfsmaßnahmen im

Zu den Aufgaben des Komitees gehören so unterschiedliche Bereiche wie Gefangenentreibung, Kriegsgefangenaustausch oder die medizinische Betreuung von Flüchtlingen und bedrohten Minderheiten. Seit 1977 stehen auch Guerilleros und be-

waffnete Befreiungskämpfer unter dem Schutzh der Genfer Konvention, so daß das IKRK auch für sie aktiv werden kann.

Die Hilfspersonen, die das IKRK vor Ort beschäftigt, werden jedoch ebenso wie bei der Liga durch die nationale Rotkreuzgesellschaften rekruiniert. Bei medizinischen Tätigkeiten der Liga wird der Einsatz dieser Helfer durch das Rote Kreuz des betroffenen Landes koordiniert, in Konfliktfällen übernimmt das IKRK die Koordination. So kann es vorkommen, daß die Rotkreuzmitarbeiter zunächst im Rahmen der Liga arbeiten, aufgrund eines aufkeimenden Konflikts jedoch kurzfristig vom IKRK übernommen werden müssen, wodurch sich ihr diplomatischer Status ändert.

Falls es durch eine plötzlich auftretende oder sich abzeichnende Katastrophe erforderlich wird, kurzfristig medizinische Hilfe zu leisten, kann die Liga in Genf auf nationale sogenannte »Stand-by-Tems« zurück-



Rahmen internationaler Konfliktfälle in Kriegs- und Krisengebieten, dann wird das Internationale Komitee vom Roten Kreuz (IKRK), ebenfalls mit Sitz in Genf, tätig. Im Unterschied zur Liga handelt es sich beim IKRK nicht um einen Zusammenschluß nationaler Rotkreuzgesellschaften, sondern um eine von Schweizern geleitete und verwaltete Organisation. Das IKRK hat im Rahmen der Genfer Konvention in der Fassung von 1949 einen völkerrechtlichen Status, wodurch es berechtigt ist, in allen Staaten, die der Konvention zugesummt haben, ohne Absprache mit der jeweiligen Regierung des Landes tätig zu werden.

greifen, die meist aus einem Logistiker, einer oder zwei Krankenschwestern und einem Arzt bestehen. Insgesamt gibt es etwa dreißig derartige Teams, fünf davon in der Bundesrepublik. Im monatlichen Wechsel stehen diese Mannschaften zur Verfügung. Die Tätigkeiten beschränken sich meist nur auf kurzfristige Erkundungs- und Planungsmaßnahmen. Derartige Teams werden nicht nur von europäischen Ländern gestellt, auch Bolivien und Mexico halten beispielsweise eine solche Gruppe bereit. Jüngstes Beispiel für die Tätigkeit eines bundesdeutschen Teams war Anfang April ein Einsatz in einem cholerabedrohten Flüchtlingslager in Somalia.

nen Vorgang, bei dem »eine Welle des Mitleids aus einem langsam ernstgenommenen Schwarzen wieder den armen Neger macht.« Mitleid allein und naive Hilfsbereitschaft sind nicht nur überflüssig, sondern schädlich. Sie nützen allenfalls dem eigenen Gewissen.

Hilfsmaßnahmen, die westliche Standards wie Meteoriten von einem anderen Gestirn in die Länder der Dritten Welt einschlagen lassen, richten meist Übles an. Therapiemethoden, die vor dem Hintergrund hochentwickelter Möglichkeiten der Nachsorge ihren Sinn haben, können, wo diese Nachsorge fehlt, zur gefährlichen Körperverletzung werden. Blinde Helferwollen kann auch dann ins Gegenteil umschlagen, wenn durch das Eingreifen des »Großen Bruders« aus Übersee ein korruptes System gestützt wird, das durch die Hilfe aus dem fernen Europa erst in die Lage versetzt wird, die Zustände aufrechtzuerhalten, die diese Hilfe immer wieder erforderlich machen. Auch medizinische Hilfe, scheinbar über jeden Verdacht erhaben, kann so zu einem Instrument der Ausbeutungspolitik gegenüber der Dritten Welt werden — auch wenn die, die sie ausführen, jeden Argwohn, sie betrieben eine neokolonialistische Politik, entrüstet abweisen würden.

Krasses Beispiel ist Südafrika, wo sich die Lebenserwartung der reichen Weißen und der Schwarzen um Jahrzehnte unterscheidet. Interessant ist in diesem Zusammenhang, daß im gleichen Lande bei der ärmeren Bevölkerung immer noch Infektionskrankheiten zu den Haupttodesursachen zählen, während die wohlhabenden Bevölkerungsschichten durch Kreislauferkrankungen und Herzinfarkt, also typische Zivilisationskrankheiten, zu Tode kommen.

Ein großer Teil der Hilfsmaßnahmen, die nichtstaatliche Organisationen, im Fachjargon NGO's (non governmental organizations) genannt, leisten, wird nicht allein durch Spenden finanziert, sondern durch die Bundesregierung mitbezahlt. Die hierfür zuständige Abteilung ist das sogenannte Referat 301, das Referat »Humanitäre Hilfe« im Auswärtigen Amt. Über dieses Referat werden sowohl regelmäßige Beiträge, die die Bundesregierung an internationale Hilfsorganisationen wie das Hochkommissariat der



Nach Thailand geflohene Kampf-
tscheaner bei der Reisausgabe

Foto: dpa

Vereinten Nationen für Flüchtlingsfragen oder an das Kinderhilfswerk UNICEF der Vereinten Nationen leistet, als auch akute Hilfsmaßnahmen verbucht. Die Bundesregierung finanziert beispielsweise 35 Prozent des Betrages, den das Deutsche Rote Kreuz an die Liga der Rotkreuzgesellschaften in Genf regelmäßig zahlen muß. Das Haushaltsbudget des Referates schwankt zwischen 40 und 100 Millionen Mark jährlich.

Im Mai dieses Jahres ereignete sich in Bangladesch die letzte große Überschwemmungskatastrophe, bei der Zehntausende von Menschen zu Tode kamen. In einem solchen Fall wird von der Liga der Rotkreuzgesellschaften ein Akutbudget veranschlagt. Hier handelt es sich um fünf Millionen Schweizer Franken, die unverzüglich aufgebracht werden müssen. Der Anteil des Deutschen Roten Kreuzes betrug 300 000 Franken. Etwa 25 Prozent dieses Betrages hat das Rote Kreuz selbst aufgebracht, der Rest wird durch Spenden und durch Gelder des Referates finanziert. Zusätzlich werden wahrscheinlich noch einmal 600 000 Mark als Überbrückungshilfe bis zur nächsten Ernte aus dem Auswärtigen Amt über das Rote Kreuz nach Bangladesch fließen.

Daß das Referat »Humanitäre Hilfe« auch eine politische Rolle spielt, wurde besonders bei den Vorgängen um das Rettungsschiff Cap Anamur des Notärztekomitees deutlich. An allen Verhandlungen über die Aufnahme oder Nichtaufnahme der »boat people« in der Bundesrepublik waren nicht nur Vertreter des Inneministeriums, sondern ständig auch Vertreter des Außenministeriums beteiligt, die gemeinsam die sehr wechselhaften Entscheidungen der eigentlich für Asylanten zuständigen Ministerpräsidenten gegenüber dem Komitee Cap Anamur vertreten mußten.

Daß mit den Notärzten nicht nur hier Politik gemacht wird, sondern auch vor Ort in Südostasien, bestätigt Nicolaus Bora, zur Zeit der Cap Anamur Südostasienkorrespondent des NDR und des WDR in Singa-

pur, der Stadt, die das Schiff regelmäßig zur Aufnahme von Proviant und Benzin anlaufen mußte: »Es war mühelos möglich, den Funkkontakt des Schiffes mit Reederei und Hafenverwaltung mitanzuhören. Dadurch konnten beispielsweise amerikanische Sender, die die Frequenzen abhören, die jeweilige Cap Anamur-Position nach Vietnam hinein übertragen.«

Daß mancher Vietnamese aufgrund dieser Meldungen die Flucht angetreten hat, ist nicht zu leugnen. Wenn er sich dabei auf die Angabe von Schiffspositionen verlassen hat, die Stunden später schon nicht mehr stimmen, muß man sich fragen, wie viele Menschen durch die Schuld von verantwortungslosen Journalisten umkamen.

Nicht nur, daß Politik mit den Notärzten gemacht würde. Sie machen auch selber welche.

Daß teilweise auch die Hilfsorganisationen selbst regelrecht neokolonialistische Politik machen, wird am Beispiel der französischen Organisation »Médecins sans frontières«, zu deutsch »Ärzte ohne Grenzen«, deutlich. Ziel dieses Vereins ist zunächst die medizinische Betreuung von Flüchtlingen und der Opfer von Konflikten in der Dritten Welt. Die »Médecins« haben aber nicht nur dem Hunger und dem Massenelend den Kampf angesagt, auch zu Hause wollen sie nicht länger Opfer von forschrittlchen Ideologien und Utopien sein. Zu diesem Zweck haben sie eine Parallelorganisation, »Liberté sans frontières« (»Freiheit ohne Grenzen«) geschaffen, in deren Gründungsaufgriff es



Rupert
Neudeck,
Organisa-
tor des
Notärzte-
Komitees

»Stolz auf unsere
Unabhängigkeit«

wörtlich heißt: »Langsam, aber sicher breitet sich der Totalitarismus über die ganze Welt aus. Nachdem Vietnam, Kampuchea, Laos, Äthiopien, Angola, der Südjemen und zuletzt Afghanistan unterworfen sind, wird die Bedrohung von Ländern wie El Salvador, Argentinien und Thailand durch den sowjetischen Imperialismus von Tag zu Tag größer.

Wie die Politik dieser Organisation vor Ort in der Dritten Welt aussieht, beschreibt der Arzt Vincent Jeannerod in einem Beitrag für die Maiausgabe des französischen Mo-

haben kleine Ambulanzen aufgebaut, führen Gesundheitskampagnen durch und betreuen ein Krankenhaus. Aus einem Projekt, das zunächst als akute Hilfsmaßnahme gedacht war, wird allmählich eine Daueraufgabe. Die Flüchtlinge haben sich an die zwölf Franzosen gewöhnt, man kommt gut miteinander aus.

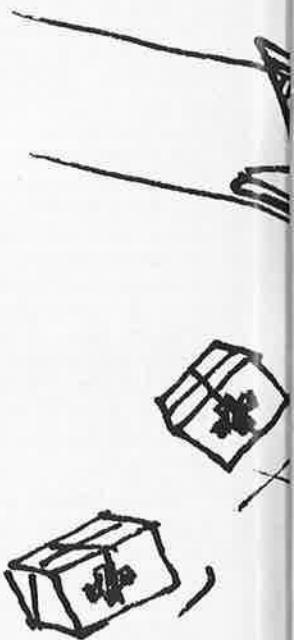
Weltbank, die den Regierungen Afrikas einfach vorschreibt, sie hätten Privatinvestitionen zu erleichtern, sind die Probleme nicht zu lösen. Daß diese einfachen Rezepte nicht greifen, zeigt sich in Ländern wie Kenia, das zwar nach marktwirtschaftlichen Kriterien arbeitet, wo aber dennoch das Volk der Turkmena im Norden des Landes seit fast zehn Jahren in einem völlig ausgetrockneten Gebiet als Almosenempfänger westlicher Getreidelieferungen in Apathie versinkt.

Katastrophenhilfe allein führt häufig dazu, daß mit der Hilfe die Katastrophe erst kommt.

natsmagazins »Le Monde diplomatique«. Seit Oktober 1980 betreuen die »Médecins sans frontières« in Honduras Flüchtlinge, die aus El Salvador fliehen, zumeist aus Angst, in die Kämpfe zwischen der salvadorianischen Armee und der Befreiungssarmee FMLN verwickelt zu werden. In Zusammenarbeit mit dem UNHCR versorgen sie etwa fünfzigtausend Menschen medizinisch. Sie

Im Laufe des Jahres 1983 tauchen in der europäischen Presse Meldungen über die aus Nikaragua ebenfalls nach Honduras flüchtenden Miskito-Indianer auf, die sich weigern, die Umsiedlungsprojekte der nikaraguanischen Regierung mitzutragen. Sie sind notwendig geworden, da das gesamte Gebiet der Indianer zum Kriegsschauplatz geworden ist. Ihre Zahl dürfte in Honduras zu jedem Zeitpunkt die 2000 nicht überschritten haben. Schritt für Schritt werden von der Pariser Zentrale der »Médecins« alle verdächtigen Mitarbeiter vor Ort zurückgezogen und durch »politisch einwandfreie Personen« ersetzt. Wie sich später herausstellt, ist das Ziel dieser Austauschkampagne eine Verlagerung der Hilfsaktionen an die nikaraguanische Grenze. Dort hat man zwar eine geringere Anzahl von Flüchtlingen zu versorgen, die Not dieser Menschen läßt sich jedoch durch das Interesse einer Weltpresse, die nur darauf wartet, jeden Schwachpunkt der Regierung in Nikaragua aufzuzeigen, sehr viel besser politisch verwerten.

Katastrophenhilfe allein führt häufig dazu, daß mit der Hilfe die eigentliche Katastrophe erst kommt. Aber auch mit solch schlichten Rezepten wie etwa denen der



Angesichts der Dürrekatastrophe in Zentralafrika gesteht selbst das Notärztekomitee seine Hilflosigkeit ein. In einer Informationsschrift vom April heißt es: »Unsere Mitarbeiter sind immer wieder erstaunt, wie gut man helfen kann. Dennoch verbessert sich die Situation besonders in den Dürregebieten kaum, weil zuviele Flüchtlinge nachkommen, die in ihren Wohngebieten keine Nahrung mehr finden.«

Konsequenz: gar keine Hilfe mehr? Das wäre die einfachste Lösung, sicher. Morali-

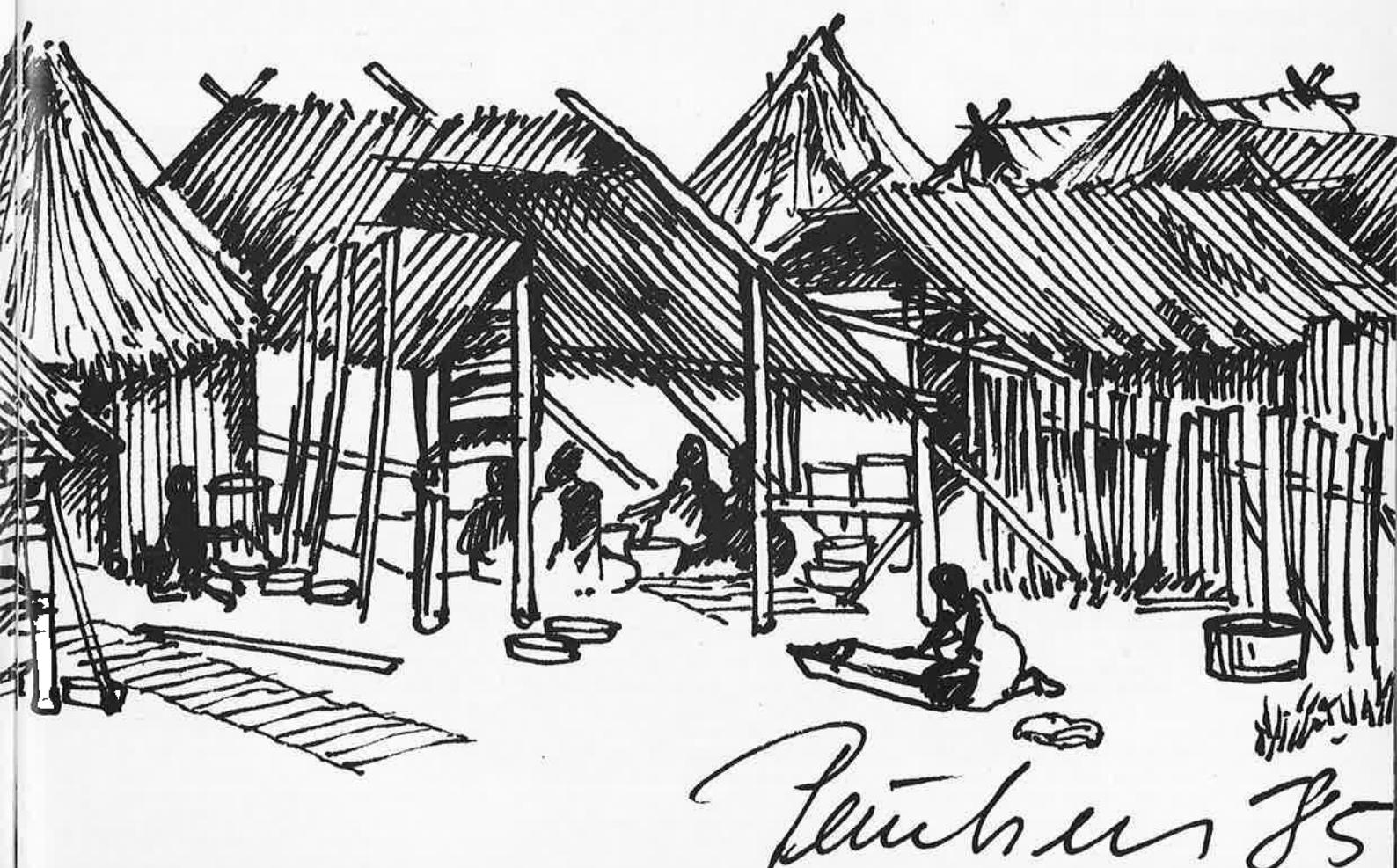
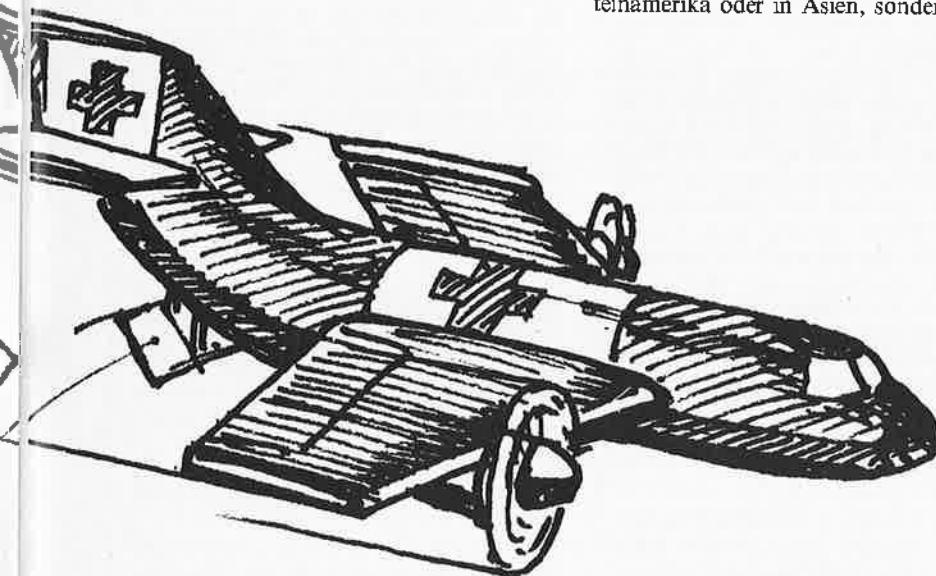
isch zwar nicht vertretbar, aber wenigstens nicht teuer, und teuer ist die Dritte Welt den Industrienationen doch noch nie gewesen. Wem es darum geht, nicht nur preiswert und schnell Gewissensberuhigung zu betreiben, der muß Hilfe zur Selbsthilfe leisten, die die ärmeren Länder nicht erneut von den Industrieländern abhängig macht, die im Gesundheitsbereich den Kreislauf von Krankheit und Unterernährung erfolgreich durchbricht, Befreiungshilfe also.

Aber Befreiungshilfe beginnt nicht in Lateinamerika oder in Asien, sondern bei uns

hier. Internationale Solidarität ist eine Hausaufgabe. Deshalb liegt der Schwerpunkt der Arbeit von »Medico international« in Frankfurt auf der Öffentlichkeitsarbeit in der Bundesrepublik. »Neben den materiellen Projekthilfe halten wir es für fast noch wichtiger, in der Bundesrepublik über die Probleme der Länder der Dritten Welt, über den Kampf der dort lebenden Menschen für ihre Befreiung, aber auch über die konkreten internationalen wirtschaftlichen und politischen Strukturen zu informieren, die seit der Kolonialisierung der Dritten Welt deren Abhängigkeit produziert und bis heute aufrechterhalten haben.«

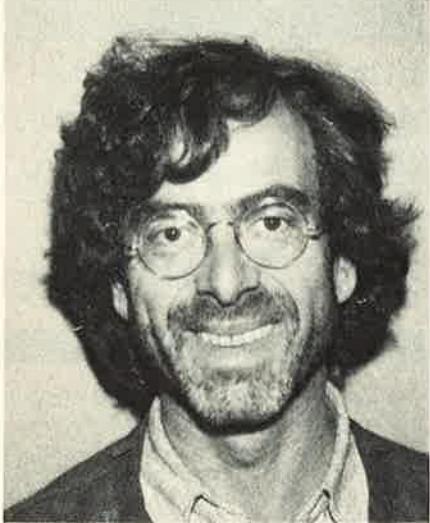
Internationale Solidarität ist eine Hausaufgabe. »Medico«, BUKO und OXFAM leisten wertvolle Arbeit.

»Medico« veröffentlicht nicht nur Informationen über Projekte und Projektländer sowie deren Probleme, sondern auch über Entwicklungspolitik im Allgemeinen und die der Bundesrepublik im Besonderen. Eigenständige lokale Initiativen wie Dritte-Welt-Gruppen, Gewerkschaftsgruppen und Gesundheitsläden sind an der Arbeit beteiligt.



»Soforthilfe wenig effizient«

dg sprach mit Leo Locher von »Medico«



Seit 1968 ist »Medico international« mit Hilfsaktionen in der Dritten Welt tätig. Leo Locher, seit 1978 Arzt bei Medico, erläutert in Gespräch mit dg Schwerpunktverschiebungen und Perspektiven der Frankfurter Organisation.

dg: Nach der Satzung von Medico gehört es zum Ziel Ihrer Organisation, »eine öffentliche soziale Gesundheitsfürsorge in Katastrophenfällen, mittel- und langfristig aber auch durch das Bereitstellen von Medikamenten, medizinischen Geräten und medizinischen Fachkenntnissen zu unterstützen und aufzubauen«. Welche Erfahrungen haben Sie bei ihren Einsätzen gemacht?

Locher: Unsere Erfahrungen mit kurzfristiger personeller und materieller Hilfe zeigten uns, daß diese Form von Hilfe wenig effizient und zudem problematisch ist. Eine kleine Organisation wie die unsere kann bedarfsbezogene Hilfe, also nicht nur kurativ-medizinische Leistungen, nur sehr eingeschränkt leisten. Je mehr Organisationen vor Ort arbeiten, meist nach dem Motto: wo können wir helfen?, um so größer wird das Chaos. Ein Journalist beschrieb die Situation im Jemen nach einem Erdbeben vor einigen Jahren mit dem treffenden Satz: »Mit der Hilfe kam die Katastrophe.«

Kurzfristige Einsätze schaffen bei der Bevölkerung zusätzliche Bedürfnisse, die vorher nicht existierten. Wenn die Helfer wieder abreisen, ist die Enttäuschung groß.

dg: Warum verschicken Sie seit 1977 keine sortierten Medikamente mehr?

Locher: Das hat mehrere Gründe. Zunächst einmal kann ein langfristiger Nachschub nicht garantiert werden. Weiterhin sind die meisten Mittel nur deutsch beschriftet. Häufig müßten wir Ärztemuster verschicken, also wenig erprobte Präparate anstelle bewährter und lang eingeführter Mittel. Da wir fast nur Markenmedikamente verschickt haben, fand indirekt auch noch Gratiswerbung für Pharmakonzern statt.

Falls wir an Medikamenten nicht vorbeikommen, kaufen wir auf dem internationalen Markt markenlose »Generics«, das sind Präparate, die den gleichen Wirkstoff wie die Markenpräparate enthalten, jedoch nicht von Großkonzernen hergestellt und vertrieben werden und daher erheblich billiger sind.

dg: Die medizinische Entwicklungshilfe hat in den letzten zwanzig Jahren keine entscheidende Verbesserung der Gesundheitssituation der Menschen in der Dritten Welt bewirken können. In den letzten Jahren hat das Geburtsgewicht eher abgenommen, laut UNICEF wird die Situation der Kinder in der Dritten Welt ständig bedrohlicher, das WHO-Ziel, Gesundheit für alle im Jahre 2000, wird immer unwahrscheinlicher. Warum macht Medico dennoch diese Arbeit?

Locher: Es gibt Länder, in denen die Gesundheitsbedürfnisse der Menschen befriedigt werden und wo eine Verbesserung des Gesundheitszustandes erreicht worden ist. Als historische Beispiele möchte ich nur China und auch Kuba nennen.

Aktuell findet eine wirkliche Veränderung der Gesundheitspolitik auch in Nicaragua statt. Durch eine Landreform und eine Politik, die sich an den Bedürfnissen der Bevölkerung, das heißt am Bedürfnis der Ärmsten, orientiert, ist bereits eine kontinuierliche Verbesserung der Gesundheitsversorgung erreicht worden. Auch eher bescheidene Ressourcen und Grundvoraussetzungen müssen nicht verhindern, daß die absolute Armut beseitigt wird. Menschenwürdiges Leben ist auch ohne finanziellen Reichtum möglich.

Dieser jetzt erzielte Fortschritt ist leider durch die Politik der Vereinigten Staaten gefährdet, die dazu führt, daß es auch in der Zivilbevölkerung eine steigende Anzahl von Verwundeten und Toten gibt.

dg: Welches sind die Kriterien, nach denen Sie die Projektpartner aussuchen?

Locher: Es gibt drei verschiedene Formen der Kooperation. Zunächst einmal gibt es Projekte, die wir in Zusammenarbeit mit staatlichen Organisationen (zum Beispiel Gesundheitsministerium) oder mit Organisationen, die in staatlichen Strukturen mitarbeiten (zum Beispiel regionale Gesundheitskomitees), in Ländern der Dritten

Welt unterstützen, die nach Ihrer Befreiung oder Unabhängigkeit eine eigenständige, demokratische und an den Bedürfnissen der Unterprivilegierten orientierte Entwicklung anstreben. Zu diesen Ländern gehören beispielsweise Nikaragua und die Kapverdischen Inseln an der afrikanischen Westküste. Wir unterstützen dort den Aufbau einer Infrastruktur im Gesundheitswesen im Bereich der Primärversorgung, fördern präventivmedizinische Programme und Kampagnen zur Gesundheitserziehung.

Zum zweiten arbeiten wir mit Befreiungsbewegungen zusammen, zum Beispiel mit der Frente Polisario in der Westsahara, der SWAPO in Namibia und der FDR/FMLN in El Salvador. Hier leisten wir sowohl Überlebenshilfe im Sinne von Erste-Hilfe-Ausrüstungen, Decken oder Zelten als auch Strukturhilfe durch Unterstützung von Ernährungs- und Basisgesundheitsprojekten.

Drittens gibt es Projekte in Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen und Organisationen, die sozialen Bewegungen angehören (zum Beispiel in Chile, Peru, Libanon, Südafrika, Philippinen), welche an der Basis Widerstand gegen die strukturelle Gewalt aus Armut, Hunger, Krankheit, Analphabetismus, Arbeitslosigkeit und so weiter organisieren und gleichzeitig autonome Selbsthilfestrukturen zur Lösung dringender Alltagsprobleme zum Beispiel in den Bereichen Gesundheit und Ernährung aufbauen.

»Das Bedürfnis der Ärmsten muß Maßstab für die Gesundheitsversorgung sein.«

dg: Arbeiten Sie auch mit Organisationen in der Bundesrepublik zusammen?

Locher: In Abstimmung mit einer einheimischen Partnerorganisation in Südalgerien fördern wir dort ein Projekt, das zur Hälfte von uns und zur Hälfte von Terre des Hommes finanziert wird.

dg: Gibt es Ihres Erachtens Situationen, in denen zunächst eine reine Sofort- und Katastrophenhilfe erforderlich ist?

Locher: Von Zeit zu Zeit gibt es diese Situationen sicherlich. Beispielsweise ist in Äthiopien angesichts des Elends aus spontaner Solidarität heraus Soforthilfe erforderlich. Aber auch hier sollte sich die Hilfe an den Basisbedürfnissen der Bevölkerung orientieren und keine medizinischen Standards einführen, die später das Land alleine nicht wird aufrechterhalten können. □

Neben zahlreichen anderen Initiativen ist im Gesundheitsbereich besonders der Bundeskongress entwicklungspolitischer Aktionsgruppen (BUKO) durch seine Pharmakampagne bekannt geworden, der in vielen Städten der Bundesrepublik über die Praktiken der Pharmamultis in Übersee informierte.

Einen etwas anderen Ansatzpunkt als die bekannten Dritte-Welt-Läden haben die Filialen der britischen OXFAM-Gruppe, die mit einem Jahresbudget von 90 Millionen Mark arbeitet.

Der erste von mittlerweile über fünfhundert Läden wurde 1948 in Oxford eröffnet. Die Aufwendungen von OXFAM gingen zu 100 Prozent in Soforthilfeprojekte; inzwischen werden 80 Prozent des Budgets für Basisgesundheitsprojekte und für die Förderung landwirtschaftlicher Entwicklung ausgegeben, nur noch ein kleiner Teil der Gelder wird für Katastrophen- und Flüchtlingshilfe verwandt. Cathy Hall, ehrenamtliche Mitarbeiterin von OXFAM in Southampton: »Wir bemühen uns, unsere Hilfgelder auf direktem Wege den Projektpartnern zukommen zu lassen, größtenteils als materielle Hilfe, die Initiativen zukommt, die aus Eigenantrieb ihre Gesundheitssituation verbessern wollen. Wir haben nur einen kleinen Teil unserer Mitarbeiter in den betroffenen Ländern selbst, die den Kontakt zu den Initiativen und den Behörden aufrechterhalten.«

»Den Konquistadoren zogen die Missionare voran. Wer heute mit dem Rotkreuzkoffer in die armen Länder zieht, sollte sich umschauen, wer hinter ihm geht.«

Auch OXFAM legt großen Wert auf eine umfangreiche Aufklärungsarbeit hier bei uns. Im Unterschied zu vielen anderen Organisationen vertreibt OXFAM in seinen Gesundheitsprojekten nur noch solche Medikamente aus den Industrieländern, die von der WHO zu den Basismedikamenten gezählt werden. Zusätzlich unterstützt die Vereinigung nationale Kampagnen, beispielsweise in Bangladesch, die überflüssige Pharmaka von ihren Märkten verbannen wollen.

Die Auseinandersetzung mit den internationalen Pharmakonzernen hat auch auf den Kapverdischen Inseln vor der Küste Westafrikas begonnen, wo mit finanzieller Unterstützung von »Medico international« eine pharmazeutische Fabrik entstanden ist, die die von der Bevölkerung benötigten Basismedikamente preisgünstig herstellt und vertreibt.

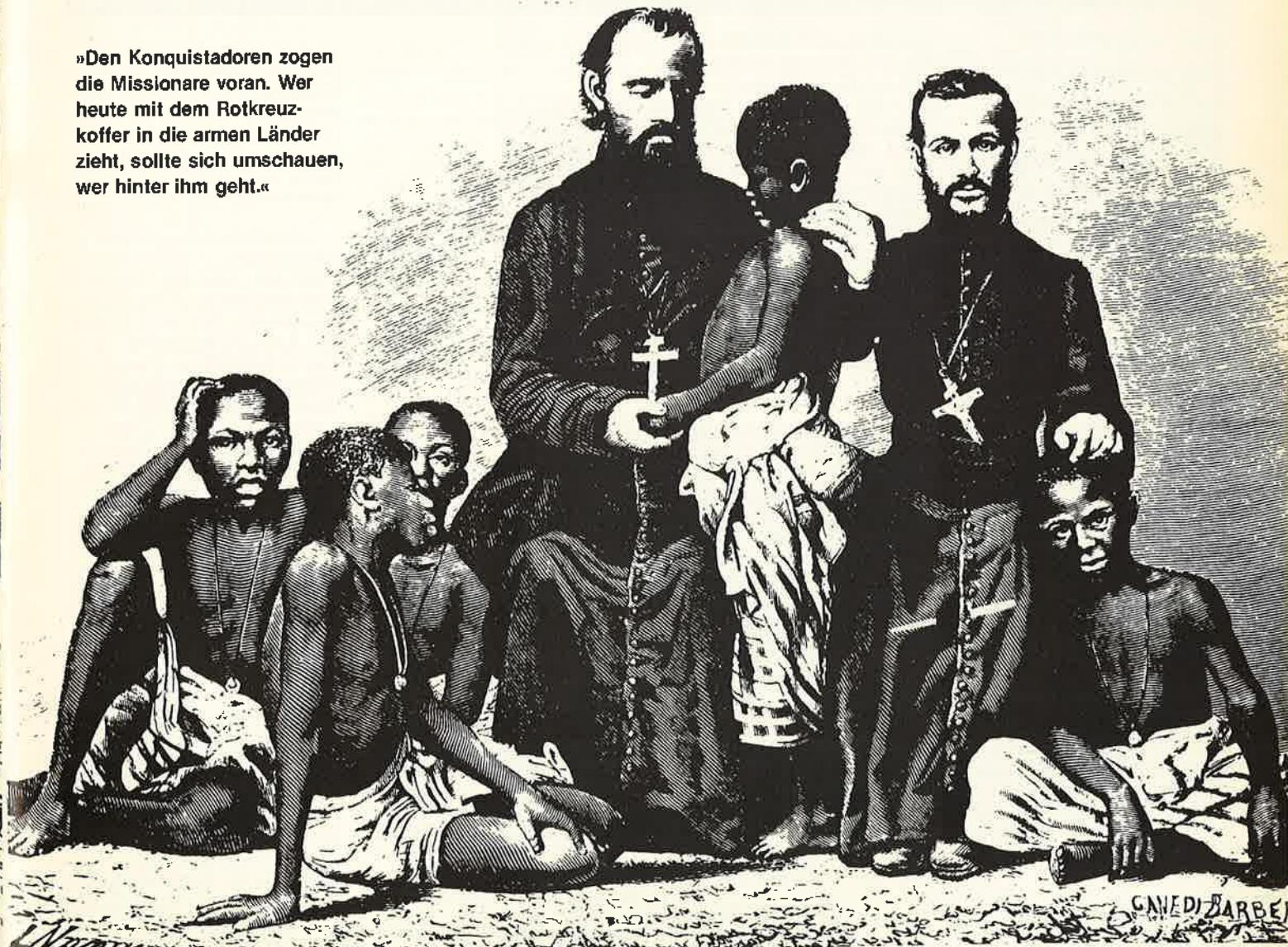
Medico und auch OXFAM arbeiten in vielen Ländern nicht mit den Regierungen zusammen. Ihr Schwerpunkt liegt bei der Unterstützung von lokalen Initiativen oder Befreiungsbewegungen wie der Frente Polisario in der Westsahara, der SWAPO in Namibia, der FMLN in El Salvador und der Bewegung um den African National Congress in Südafrika. Daß diese Projekte trotz ihrer Begrenztheit die wirkliche Chance zu einer Verbesserung der Gesundheitsversorgung bieten, zeigt das Beispiel des indischen Kerala, am Südwestzipfel des Subkontinents gelegen und mit 24 Millionen Einwohnern

einer der kleineren indischen Bundesstaaten. Das Pro-Kopf-Einkommen von 135 Dollar jährlich ist weit geringer als das des durchschnittlichen Inders. Sterblichkeitsrate und Geburtenrate sind jedoch nur halb so hoch wie im restlichen Indien. Die Lebenserwartung liegt mit 64 Jahren zehn Jahre über dem indischen Durchschnitt.

Von 1956 bis 1959 war eine Landesregierung an der Macht, die zunächst eine tief in die Strukturen eingreifende Landreform durchführte. Dadurch kam es auch gegen den Widerstand von Großgrundbesitzern zu einer gerechteren Einkommensverteilung. Gleichzeitig wurden im Bildungsbereich 90 Prozent der Aufwendungen für das Schulwesen verwandt, während in den übrigen Bundesstaaten Indien über die Hälfte des Bildungsbudgets an die Universitäten ging.

Solche Details bleiben den Helfern aus Europa meist verschlossen: die nationalen Begebenheiten dienen, soweit sie überhaupt bekannt sind, als interessante Beigabe zu den packenden Erzählungen bei den Lieben daheim.

Koloniale Streifzüge haben sich von jeher mit unverdächtigen Idealisten getarnt: Den Konquistadoren der frühen Neuzeit gingen mit Kreuz und Weihwasser die Missionare voran — von ihrer Mission überzeugt und mit bester Absicht. Wer heute mit dem Rotkreuzkoffer in die armen Länder zieht, sollte sich umschauen, wer hinter ihm geht. □



5 Nifedipin	RADLAT 10 mg	30 Kps	ZU	10 mg	26.35	2.63	18
6 30 mg	A Bayer	50 Kps	ZU	10 mg	42.50	2.43	16
7		100 Kps	ZU	10 mg	72.90	2.19	33
8 RADLAT 10 mg	A EURIN PHARM	50 Kps	ZU	10 mg	34.60	2.88	16
9	Eurin Pharm	100 Kps	ZU	10 mg	55.24	1.96	33

PROMLAT 20		30 Kps	ZU	20 mg	41.85	2.85	20
10 A Bayer		50 Kps	ZU	20 mg	64.95	1.95	33
11 RADLAT 5		100 Kps	ZU	20 mg	17.90	1.77	66
12 A Bayer		30 Kps	ZU	5 mg	15.00	3.00	5
13		50 Kps	ZU	5 mg	24.75	2.97	8

Berliner Telegramm-Stil

dg besuchte das »arznei-telegramm«

urp — Die meist-abonnierte Mediziner-Zeitschrift enthält keine Pharmawerbung. Im Gegenteil: sie informiert kritisch über Medikamente.

In Berlins feinem Stadtteil Wannsee wohnt es sich besonders schick. Eher würde man eine Industrieresidenz in dem ruhigen Villenviertel vermuten, als die Arbeitsstelle derer, die sich vorgenommen haben, den Pharmaherstellern kritisch auf die Finger zu gucken. Das unscheinbare Schild A.T.I. am schmiedeeisernen Gattertor weist den Weg zu den schön renovierten ehemaligen Fachwerkställungen, in denen monatlich das »Arznei-Telegramm« produziert wird. Während die Hühnerschar im Hintergarten noch die Idylle komplettiert, riecht es schon beim ersten Schritt durch die Eingangstür erheblich nach Arbeit.

Wolfgang Becker-Brüser, neben A.T.I.-Gründer Ulrich Möbius dienstältester Mitarbeiter, sitzt hinter einem jener papierüberladenen Doppelschreibtische, deren Unordnung System zu haben scheint. Apotheker war er schon, als er bei Möbius einstieg. Dann hat er Medizin studiert, neben seiner A.T.I.-Tätigkeit, um noch effektiver arbeiten zu können. Er bezeichnet

sich selbst als »Überzeugungsteller«. Die Rolle der Pharma-industrie in unserem Gesundheitswesen sieht er besonders kritisch. Deshalb arbeitete er gerne beim A.T.I., und das nicht nur innerhalb einer 40-Stunden-Woche. »Die reicht gerade mal zum Organisieren, Schreiben, Redigieren, Layouten des Arznei-Telegrams. 25 Stunden pro Woche kommen im Schnitt noch dazu für das Lesen und Durcharbeiten der wesentlichen Fachpublikationen.« Ähnliches gilt auch für die anderen drei, die ihren täglichen Arbeitsplatz in der Petzowerstraße haben.

Die Zeiten, als das Arznei-Telegramm noch Feierabendjournalismus war, sind endgültig vorbei. Als Uli Möbius 1970, anlässlich des damaligen Ärztages, Arznei-informationen ohne Industrie-einflussnahme anbot, war das Interesse groß. Noch sechs Jahre lang gelang es ihm, sein Arznei-Telegramm »nebenbei«, neben seiner Tätigkeit als Krankenhausarzt, herauszubringen — immerhin schon in einer Auflage von mehreren Tausend. Seit 1976 macht er es hauptberuflich, und seither hat sich das Arznei-Telegramm zur meist-abonnierten deutschen Medizinzeitschrift entwickelt, zur Zeit gut 20.000 Abos. Seit 1976 erscheint auch das »Transparenz-Telegramm« mit ähnlicher Auflage und von Anfang an der Pharmaindustrie — wohl wegen der übersichtlichen Preisverglei-

che und kritischen Arznei-infor-mationen — ein Dorn im Auge.

Erfolgreich ließ der Bundes-verband der Pharmazeutischen Industrie den Gründungsnamen »Weiße Liste« beklagen. Zu groß sei die Namensähnlichkeit zur hauseigenen Ausgabe, der »Roten Liste«, bescheinigte auch die Richter. Dem Erfolg des Transparenz-Telegrams tat dies keinen Abbruch. Trotz der anerkannt schwierigen Materie und argwöhnisch beäugt durch einen in finanziellen und juristi-schen Mitteln sicher weit überle-genen »Gegner«, hat das A.T.I. sich kaum einmal gerichtsver-wertbare Blößen gegeben. Die letzte Gerichtsauseinandersetzung mit einem Pharmaherstel-ler ist schon so lange her (1979 gegen Ratiopharm), daß auch Wolfgang Becker-Brüser in den alten Akten nachblättern muß.

Zum einen ist das der peniblen Lektüre und Recherchearbeit der »Hauptamtlichen« zu ver-danken. Möbius, Becker-Brüser, die Biologin Barbara Wirth und der Medizininformatiker Johannes Loerbroks studieren und archivieren hauptsächlich Literaturstellen aus den skandinavi-schen Ländern — Schweden und Norwegen —, den USA und den Niederlanden. Außerdem Behördenstellungnahmen dieser Länder, die, im Vergleich, we-sentlich bessere Arzneigesetze haben als die BRD. »Außer-dem«, so Becker-Brüser, »rich-

ten wir unser Augenmerk auf Berichte über unerwünschte Wirkungen, die hier noch nicht veröffentlicht sind. Die Gefälligkeitsgutachten, die in vielen deutschen Stellungnahmen enthalten sind, können uns nicht interessieren.«

Viel Anteil am Renommee ha-ben aber auch die, die nicht, wie außer den ständigen Berlinern noch der Bremer Pharmakolo-gieprofessor Schönhofer und der Kasseler Apotheker Hans Walter Schmidt, im Impressum stehen: über hundert anerkannte Wissenschaftler aus dem In- und Ausland. »Sämtliche Übersichts-artikel lassen wir von mehreren Experten verfassen, meist noch von Leuten mit gegensätzlicher Meinung redigieren, damit wir sicher sein können, auch wirk-lich stichfeste Informationen weiterzugeben. Deshalb sind unsre Artikel auch nicht namentlich gekennzeichnet. Aber dafür werden unsere Autoren auch besser honoriert als bei den an-deren Zeitschriften. Die Themen richten sich oft nach den Leser-wünschen, und hier haben wir durch viele Kontakte und eine Menge Leserfragen den Finger am Puls.«

Der Kontakt zu den Herstel-lerfirmen ist naturgemäß nicht ganz unproblematisch. Wenn ein bestimmtes Präparat oder ei-ne Gruppe von Arzneimitteln kritisch beleuchtet werden soll, sendet das A.T.I. schon mal vor

dem Druck eine Stellungnahme zu den betreffenden Firmen. »Das ist nicht nur des „guten Stils“ wegen; es ist ja auch wichtig, die firmeneigene Argumentation, die die Pharmavertreter täglich verbreiten, zu kennen und darauf einzugehen.« Es gibt Firmen, die grundsätzlich nicht auf A.T.I.-Anfragen antworten, andere, die auch mal einen Sonderdruck bestellen oder einen Vertreter vorbeischicken, der die Schreiber eines Besseren belehren soll.

Irritationen hat bei etlichen Lesern ausgelöst, daß das »Chemotherapie-Telegramm« aus dem Hause A.T.I. auch Werbung enthält. »Das ist nur eine Firma«, erklärt Becker, »die Berliner Lokalfirma Sanorania, die jetzt von Beiersdorf übernommen ist. Für die gehörte es zum guten Ton, auch Geld in eine Medizinzeitschrift zu investieren. Irgendwelche Abhängigkeiten sind aber dadurch nicht entstanden. Trotzdem werden wir sicherlich Ähnliches nicht noch-mal machen.«

Auch beim A.T.I. hat der Computer Einzug gehalten. Unter den Dachschrägen sitzen Johannes Loerbros und — zur Aushilfe — Gertrud Kirchenberg und tippen fleißig Programme. Ziel: eine Datenbank über alle gängigen Arzneimittel mit unerwünschten Wirkungen, Therapiekostenvergleich und Indikationskritik. Das nächste Transparenz-Telegramm, bisher bei stetig gewachsenem Umfang Ergebnis vieler Überstunden und durchgemachter Wochenenden, soll vom Computer hergestellt werden. Was man sonst kann und will, darüber will sich Wolfgang Becker-Brüser noch nicht so genau auslassen. »Zunächst müssen wir sehen, daß wir unsere gewaltigen Investitionen wieder reinkriegen. Wichtiges Ziel ist schließlich auch, daß wir unsere Unabhängigkeit in jeder Hinsicht bewahren.«

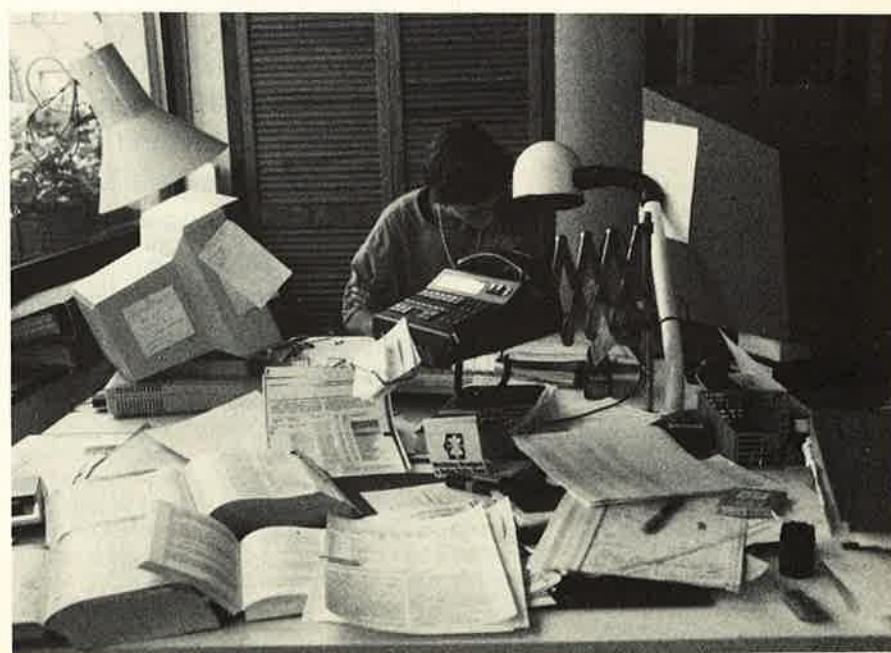
Auch für einen Zusammenschluß mit öffentlichen Institutionen, mit denen oft genug Interessengleichheit besteht, etwa dem dem Wissenschaftlichen Institut der Ortskrankenkassen, können sich die A.T.I.-Macher nicht erwärmen. Bürokratisierung und Sachzwänge, die nicht mehr nachvollziehbar sind, befürchtet Becker: »Der Mechanismus der Abhängigkeit läuft dann doch, aber sehr viel subtiler.« Auch ein gutes Gehalt gehört zur Unabhängigkeit. Über Geld allerdings wollte Becker-Brüser nicht reden. Aber auch im Vergleich mit dem, was man im Krankenhaus oder in einer durchschnittlichen Praxis verdienen könnte, sind er und die anderen zufrieden. □



ATI im feinen
Stadtteil
Wannsee



25 Stunden
pro Woche
für Lesen
und Durch-
arbeiten der
Fachliteratur



Unordnung
mit System

**nie|der|las|sen ; sich auf dem od.
auf den Stuhl - ; der Vorhang
wurde niedergelassen ; Nie|der-
las|sung ; Nie|der|las|sungs|frei-
heit**

Einlassungen zur Niederlassung

Nieder!
Nieder mit!
Nieder mit dem
niederen Heilgewerbe!
vom Niederrhein
zur Grenze nach Niedersachsen.
... dort laß dich ruhig n i e d e r
Niederlassen oder Aufstehen?
Aufstehen, wieder setzen
widersetzen?
Freiheit!(Niederlassungsfreiheit)
auf und nieder.
Aus den Höhen der Klinik
haben wir uns niedergelassen in den
Niederungen der Basismedizin.
Ihre Niederkunft geben bekannt:
Wir haben uns niedergelassen,
manche wollten uns nicht lassen,
wir bleiben gelassen,
es läßt sich gut an.
Jetzt sind wir eine Niederlassung.

Harte Bandagen

Niedergelassene contra Krankenhausärzte

du — Unter ihrem neuen Präsidenten legen sich die Kassenärzte kräftiger als bisher mit dem unerwünschten Nachwuchs an.

74 ordentliche Delegierte waren es, die für rund 72 000 Kassenärzte auf der diesjährigen Jahresversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sprechen durften. Nicht gerade viele. Das hinderte sie aber nicht, weitreichende Entscheidungen zu treffen: Sie läuteten — mehr oder weniger bewußt — eine neue Runde im Kampf Ärzte gegen Ärzte ein.

Eine Personalentscheidung gab es, die noch große Folgen nach sich ziehen wird. Am 2. März wählten die niedergelassenen Ärzte Professor Siegfried Häußler zum Nachfolger des langjährigen Vorsitzenden der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Hans Wolf Mußchallik, der aus Altersgründen ausschied. Mit Häußler wählten sie zugleich eine neue Politik.

Häußler ist kein Unbekannter. Seit Jahren ist er der konsequenterste und exponierteste Vertreter einer Abschottungspolitik der Kassenärzte gegenüber dem Nachwuchs. Schon einige Male hat der Professor mit seinen vehement vorgetragenen Thesen zur Weiterbildungspflicht der Kassenärzte den Ablauf von Ärztetagen ins Wanken gebracht. Bisher blieben ihm Mehrheiten immer versagt. Jetzt siegte er um so überzeugender: nahezu einstimmig. Wenn das kein Sinneswandel ist!

Häußler, dem es nie gegeben war, mit seiner Meinung hinter dem Berg zu halten, hat gleich tüchtig losgelegt. Als Problem Nummer 1, dem er sich mit besonderem Engagement widmen wolle, nannte er den »übergroßen Nachwuchs an jungen Kollegen«. Seine Vorstellungen zur Lösung dieses Problems versuchte er denn auch sehr schnell umzusetzen.

Montage: U. Thaden
unter Verwendung eines dpa-Fotos

Im Vorfeld der Frühjahrssitzung der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen einigte er sich mit der Gesetzlichen Krankenversicherung darauf, die Entwicklung der Honorare an den Grundlohnsteigerungen der Versicherten zu orientieren. Im Gegenzug wollte er von Minister Blüm Maßnahmen zur Eindämmung des Nachwuchses. Der KBV-Chef verlangte eine Neuregelung der Zulassung zum Medizinstudium und eine mindestens dreijährige ärztliche Tätigkeit vor der Kassenarzt-Zulassung — und das nach zweijähriger Praktikumsphase.



Dem Entsetzen des Marburger Bundes ob dieser »Erpressungsaktion« folgten beruhigendere Worte von Blüm, der das Ansinnen zurückwies, wie zufällig aber zehn Thesen zum Thema aus der Tasche zog, die in verklausulierter Form alles das sagten, was Häußler ungeschminkt vorbrachte. Darin heißt es: »Zur Sicherung der Qualität bei steigenden Arzttälern sollten die Kapazitätsverordnungen geändert und Prüfungsbedingungen den Qualitätsanforderungen angepaßt werden.« Vorgesehen sind Vergütungsformen mit bedarfsgerechter Steue-

rung. »Die Selbstverwaltung der Krankenkassen und Kassenärzte soll ermächtigt werden, bei der Niederlassung auf eine gleichmäßige Versorgung hinzuwirken.«

Krankenhausärzte gegen Kassenärzte: der alte Streit gewinnt an Schärfe. Dem Bulldozer Häußler dürfte ein Herr Hoppe (Marburger Bund) kaum gewachsen sein. Ende offen? Wohl kaum noch! Häußler scheint sich schon sehr sicher zu sein. Die Einladung zur Frühjahrsversammlung des Marburger Bundes dankend annehmend, blieb er ihr gleichwohl fern. Wenn das keine Provokation sein sollte! □

ANGST IST DAS SCHLIMMERE

V.l.n.r.: Bernd,
Gerd Paul, Dieter
Sawalles, Hans-
Jakob Trost



dg-Gespräch über Aidshilfe

Homosexuelle und Drogenabhängige sind am meisten Aidsgefährdet. Können sie zusammenarbeiten? Welchen Sinn hat der umstrittene HTLV III-Test?

dg: Wie planen Sie die Öffentlichkeitsarbeit und die Vernetzung der Aidshilfegruppen? Was steht dabei im Vordergrund?

Paul: Da ist zunächst mal die Angst vor Aids bei vielen Schwulen und Drogenabhängigen — wie können die Betroffenen lernen, damit anders umzugehen? Wie gelingt es einem, sich mit Schwerkranken zu konfrontieren?

Wir versuchen, diese Ängste abzubauen, das Wissen zu verbreiten, daß über alltägliche persönliche Kontakte keine Gefahr droht, und zur Unterstützung von bereits an Aids Erkrankten zu ermutigen. Zweiter Schwerpunkt ist der Zusammenschluß aller Aidshilfe-Gruppen auf Bundesebene.

In der Regel sind Schwule viel eher gruppenfähig als Drogenabhängige. Für Schwule ist es von großer Bedeutung, nicht abzutauchen, sondern gemeinsam eine Atmosphäre zu schaffen, in der es möglich ist, die zur Zeit einzige wirksame Prophylaxe dieser Krankheit zu diskutieren, die mit dem amerikanischen Begriff »Safer Sex« zu umschreiben ist.

dg: Was steckt hinter diesem Begriff?

Paul: Es geht um das Erlernen von sexuellen Verhaltensweisen, bei denen eine Infektionsgefahr

ausgeschlossen ist. Aids wird bekanntlich über Schleimhautkontakte durch Blut und Sperma übertragen.

Sawalles: Die Information der Mitarbeiter von Drogenberatungsstellen und Langzeittherapieeinrichtungen ist sehr wichtig, weil zeitweise die allgemeine Panikmache unter diesen Mitarbeitern enorme Verunsicherungen bis zur Aufgabe des Arbeitsplatzes ausgelöst hat.

Wir wollen spezielles Informationsmaterial für Drogenabhängige herausgeben, ähnlich dem der Kampagne um »Safer Sex«. Die meisten Drogenabhängigen infizieren sich ja über den gemeinsamen Gebrauch von Spritzbestecken. In die Therapieeinrichtungen wollen wir die Diskussion über die Konsequenzen einer Aids-Erkrankung sowohl für den Erkrankten selber als auch für die Einrichtung hineinragen. Etwa die Frage, ob in einem solchen Falle die Arbeit an der Drogenabhängigkeit oder an der Erkrankung im Vordergrund stehen. Nicht minder wichtig ist in diesem Zusammenhang die politische Arbeit. Wir haben da zum Beispiel einen Fall gehabt, wo die Kostenübernahmeverklärung der BfA (Bundesversicherungsanstalt für Angestellte) mit einem roten Aufdruck »Aids« versehen war, ob-

Im dg- Ge- spräch

Bernd ist gelernter Kaufmann und studiert über den zweiten Bildungsweg Psychologie. Er ist über eine Fernsehsendung zur Aidshilfe gestoßen, hat schon Erfahrungen in der Betreuung von Krebskranken gesammelt und will später als Psychotherapeut

arbeiten. **Gerd Paul** ist Politologe und leitet die Bibliothek eines sozialwissenschaftlichen Forschungsinstituts in Berlin. Er hat sich als Homosexueller früh mit Aids auseinandergesetzt — ein Bekannter ist an der Krankheit gestorben. Seit Februar ist er im Vorstand des überregionalen Dachverbands der Aidshilfegruppen. Der Diplom-Psychologe **Dieter Sawalles** ist den dg-Lesern als Leiter der zentralen Drogenentgiftungsstelle für

wohl in diesem Falle einzig ein positiver »Aids-Test« vorlag. Auf unseren Protest ist das geändert worden.

In einem anderen Fall hat die Landesversicherungsanstalt Rheinland die Kostenübernahme für eine Langzeittherapie mit der Begründung abgelehnt, man sei nicht dafür da, Sterbehilfe für Drogenabhängige mit positivem Testergebnis zu leisten. In bestimmten Kreisen wird laut über die Isolierung von Erkrankten in Aids-Kliniken nachgedacht. Dort soll dann in einer

Art medizinischem Hochsicherheitstrakt nur der Tod abgewartet werden, bei möglichst geringem therapeutischem Aufwand. In Nordrhein-Westfalen sind die verschiedenen Ordnungsbehörden in einen Streit verwickelt. Das Innenministerium fordert vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales die Einführung einer gesetzlichen Meldepflicht für alle, bei denen der Test auf HTLV III-Antikörper positiv ausgefallen ist. Der Innenminister begründet das unter anderem mit der Notwendig-



Nordrhein-Westfalen in Elsey bei Hohenlimburg schon bekannt (dg 4/84). Bei einer Stichprobe im November 1984 erfuhren die Drogentherapeuten in Elsey, daß fast alle ihre Klienten mit dem Aids-Virus Bekanntschaft gemacht hatten. Sawalies hat die Düsseldorfer Aidshilfe mitgegründet. Ebenfalls zu den Mitgründern der Düsseldorfer Gruppe gehört der Kaufmann **Hans-Jakob Trost**. Die Düsseldorfer Aidshilfe arbeitet im

Dachverband mit. Sie bietet ständige Beratung und Betreuung für Aidskranke an und arbeitet vor allem mit Homosexuellen und Drogenabhängigen. Betreut wird auch, wer am sogenannten »Aids-related complex«, einem verwandten Krankheitsbild, leidet oder wer einen positiven HTLV III-Antikörpertest hinter sich hat. Mit den Aidshelfern sprach dg-Redakteur **Joachim Gill**.

keit, die Polizei vor einer Infektion durch Personen zu schützen.

Im Falle der Behandlung strafälliger Drogenabhängiger fordern im übrigen Gesundheits- und Innerministerium von den Landschaftsverbänden die Mitteilung über Patienten mit positivem Testergebnis. Der Landschaftsverband Westfalen-Lippe wehrt sich dagegen.

Die Zusammenarbeit mit den Behörden hat schon erste Früchte getragen. Wir von der Drogentherapie haben erreicht, daß

der Gesundheitsminister mit Erlass vom 7. Januar 1985 die kostenlose Abgabe von Injektionsbestecken durch Apotheken an Drogenabhängige verfügt hat. Trotz des Widerspruchs anderer Ministerien ist dieser Erlass nicht wieder aufgehoben worden!

Trost: Vor der Gründung unserer Gruppe gab es in Düsseldorf unseres Wissens fünf Aids-Fälle. Zur Zeit liegt niemand in einer Klinik. Gegenwärtig stellt die Aufklärungsarbeit unter denjenigen, die ein positives Tester-

gebnis haben, im Vordergrund.

Paul: Hauptproblem ist das Erreichen eines einheitlichen sachlichen Informationsstandes. Aber noch schwieriger ist es, die Leute, die diese Informationen dringend benötigen, überhaupt zu erreichen. Sehr viele Schwule wollen sich mit diesem Problem überhaupt nicht auseinandersetzen. Sie versuchen, es völlig zu verdrängen.

dg: Herr Trost, Sie haben ein Aufklärungsplakat aus New York mitgebracht. Dort werden vier Situationen des alltäglichen persönlichen Kontakts gezeigt, die mit Sicherheit Aids nicht übertragen können. Die Aidshilfe ist in den USA offensichtlich schon ein gutes Stück weiter als bei uns.

Trost: Das hat unter anderem etwas damit zu tun, daß dort die Krankheit auch viel früher auftrat. (z.Zt. ca. 10 000 Aids-Patienten in den USA/d. Red.). Drüber gibt es bereits eine große Menge von sehr gutem Informationsmaterial. Radio, Fernsehen und Zeitungen greifen das Thema mittlerweile so auf, daß große Teile der Bevölkerung über einen hohen Informationsstand verfügen.

dg: Es droht also keine moderne Pest?

Trost: Genau das ist der sprudelnde Punkt. Im vergangenen Winter hat die Boulevardpresse eine üble Panikmache betrieben.

Sawalies: Für die Arbeit im Bereich der Selbsthilfe von Drogenabhängigen stellt sich vor allem das Problem, wie man sie zu einer selbständigen aktiven Interessenvertretung anleiten kann. Die Organisierung der Drogenabhängigen stößt auf Hindernisse. Wir müssen aus der politischen Stellvertreterposition herauskommen. Das Prinzip der Selbsthilfe müssen wir bei den Drogenabhängigen von der therapeutischen auf die politische Ebene heben. Die Leute sollen uns nicht als eine Beratungsstelle benutzen, sondern selber in Aidshilfegruppen aktiv werden.

dg: Wie gehen Sie mit denjenigen um, denen der Tod durch Aids droht?

Bernd: Ich sehe meine Aufgabe darin, solchen Menschen, die sich in einer mit Karzinomkranken vergleichbaren Situation befinden, zu helfen. Dies geschieht durch Begleitung und Unterstützung.

Sawalies: Ihre Frage zielt auch darauf ab, was wir mit all denen machen, die an Aids erkranken können. Von Epidemiologen wird vermutet, daß etwa fünf bis 20 Prozent derjenigen, die ein positives Testergebnis haben, ir-

gendwann an Aids erkanken. Dabei darf es nicht unsere Aufgabe sein, diejenigen rauszukriegen, die an Aids erkranken werden. Es ist unsere Aufgabe, allen unsere Hilfe anzubieten. Wir dürfen auf keine Fall diejenigen sein, die an der Rampe stehen und aussitzen.

dg: Soll man den Test auf HTLV III-Antikörper eigentlich empfehlen oder soll man davor eher warnen?

Paul: Gerade bei den ordnungsgesetzlichen Maßnahmen halte ich es für äußerst wichtig, mit dem Test sehr zurückhaltend umzugehen. Für statistische und wissenschaftliche Zwecke ist er okay. Die pädagogischen und psychologischen Gesichtspunkte sprechen geradezu gegen den Test, mal ganz zu schweigen von den Mängeln im Bereich des Datenschutzes.

Sawalies: In den letztgenannten Punkten stimme ich zu. Was jedoch die psychotherapeutische Arbeit mit Drogenabhängigen angeht, bin ich für den Test als wichtigen Ausgangspunkt der Behandlung. Von da aus geht es darum, über die psychologische Ebene schließlich mit den Betroffenen auf die politische Ebene zu kommen.

dg: Wie bringt man Schwule und Drogenabhängige unter einen Hut?

Paul: In den meisten Punkten ist das überhaupt kein Problem. Da bewegen wir uns Schulter an Schulter. Ich will auch überhaupt keine Faustregel aufstellen, was den Test angeht, sondern auf Schwierigkeiten aufmerksam machen. Die Zweifel an dem Test bzw. am möglichen Mißbrauch der Testergebnisse und der psychologischen Unterschätzung der möglichen Auswirkungen sind unbedingt angebracht. Die Entscheidung über eine Durchführung des Tests sollte jeweils sehr genau abgewogen werden und stets mit einer Nachbetreuung einhergehen. Als Standardregel für alle Schwulen würde ich es nicht verkünden wollen — sowas ist völlig unakzeptabel und kann sowohl politisch als auch psychisch verheerende Folgen nach sich ziehen.

Sawalies: Diese Position kann ich so durchaus teilen. Auch deine Befürchtungen teile ich. Für mich und meine Mitarbeiter komme ich hingegen zu dem Schluß, daß wir, gerade weil dieser Mißbrauch droht, eben nicht in die Defensive gehen dürfen! Allein aus der Angst vor einem drohenden Mißbrauch verzichte ich nicht auf den Test als ein Mittel, das ich in der Therapie durchaus sinnvoll einsetzen kann.

Die Durchführung des Tests organisiere ich gleichzeitig so, daß eine zuverlässige Anonymisierung gewährleistet ist.

Paul: Einverstanden — Anonymisierung ist möglich. Aber für uns Schwule ist die Situation trotzdem anders als für die Drogenabhängigen. Nicht umsonst warnen die größten Aidshilfeorganisationen in den USA vor dem Test. Sie behaupten, daß er allen schadet und niemandem nützt.

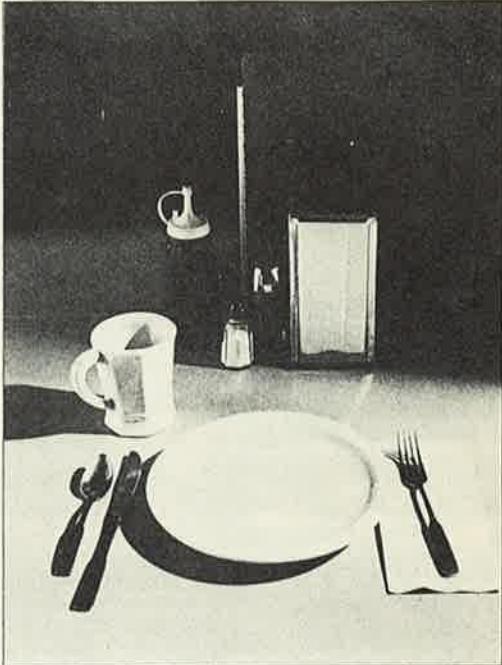
Denen mit positivem Testergebnis beschert er vor allem immense psychische Irritationen. Wer von uns kann ausschließen, daß so ein Testergebnis die körperliche Abwehrkraft eines Menschen nicht derart beeinträchtigt, daß die Krankheit viel eher ausbrechen kann oder eine bestehende Erkrankung sehr viel schlimmer verlaufen wird, als wenn der Test unterblieben wäre? Kein kritisch denkender Mediziner kann heute sowas ausschließen. Selbst Ärzte kommen da zu der Ansicht, daß es falsch ist, mit einer Schocktherapie zu arbeiten.

Sawalies: Aber das Nichtwissen um eine tödliche Gefahr kann doch kein Hebel für eine Veränderung und die Mobilisierung von Gegenkräften sein! Indem ich dem Krebskranken verschweige, daß er Krebs hat, komme ich doch zu überhaupt keiner Lösung.

Paul: Selbst der amerikanische Forscher Gallo, der an der Identifizierung des HTLV III Virus beteiligt war, warnt vor der routinemäßigen Anwendung des Tests. Dieser Virus kann — aber muß nicht — Aids auslösen. Es kann auch zu keinerlei Erkrankung führen oder verschiedene Varianten nicht tödlicher Krankheitsverläufe bewirken. Es ist also kein spezifisches Aids-Virus!

Sawalies: Das ist aber in der Medizin überhaupt nichts Neues. An Masern erkrankt nur jeder Tausendste, der sich infiziert hat. Vielleicht hilft der Vergleich mit der Tuberkulose. Seit langem sind sowohl der Erreger als auch wirksame Medikamente, die Tuberkulostatika, bekannt. Trotzdem ist selbst in hochindustrialisierten Ländern wie der Bundesrepublik die Tuberkulose nicht ausgerottet. Es muß vermutet werden, daß die Gründe hierfür in den auch bei uns sehr unterschiedlichen Lebens- und Arbeitsbedingungen der Bevölkerung zu suchen sind. Die bedingen unterschiedliche psychosomatische Konstitutionen. Daß solchen Gegebenheiten nicht auf ordnungspolitischem und medizinisch-hygienischem Wege beizukommen ist, versteht sich von selbst. □

None of these will give you AIDS.



There is no evidence that a person can get AIDS from handshakes, dishes, toilet seats, door knobs or from daily contact with a person who has AIDS.

For the facts about AIDS, call the New York State AIDS Hotline:

1-800-462-1884

It's toll-free and confidential.

Plakat aus den USA:

»Nichts davon überträgt Aids. Es gibt keinen Beweis dafür, daß man Aids über Händeschütteln, Bestecke, Tollettsitze, Türklinken oder über den täglichen Kontakt mit Aidskranken bekommen kann.«

DOKUMENTE

Gesundheit muß in Gegenwehr durchgesetzt werden

»Thesen zur Reform des Krankenhauses und seiner Finanzierung« veröffentlichten wir im Dokumententeil von dg 4/85 und 5/85. dg-Leser Klaus Stahl machte sich im folgenden Gedanken über die Chancen der Durchsetzung einer Alternative zur herrschenden Gesundheitspolitik.

Die Neuordnung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes Ende 1984 wurde von der Bundesregierung als Maßnahme zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen verkauft. Nicht nur die Kritiker der Gesetzesänderungen haben in der Zwischenzeit herausgefunden, daß die Neuordnung die Ausgaben der Krankenkassen u.U. gar nicht verringert. In der Hauptsache wollte das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung die Krankenhausversorgung denn auch qualitativ mit der Zielsetzung verändern, sie auf marktwirtschaftlichere Beine zu stellen. Krankenhausdienstleistungen sollen in Zukunft nach gewinnorientierten Kriterien angeboten werden. Das heißt zum einen unter kostensparenden Arbeits- und »Produktionsbedingungen« und zum anderen tendenziell nur in solchen medizinischen Bereichen und geographischen Gebieten, wo seitens der Krankenkassen zahlungskräftige Nachfrage besteht.

Aber zugleich werden auch die Bestrebungen fortgesetzt, die Nachfrage — besser die Gesundheitskosten — zu privatisieren und Belastungen auf den einzelnen abzuwälzen. Das geforderte Mehr an Selbstbeteiligung der Sozialversicherten und die Einschränkung der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherungen markieren wie die Neuordnung der Krankenhausfinanzierung den politischen Willen der Konservativ-Liberalen. Auf der einen Seite sollen die Sozialversicherungsbeiträge der Arbeitnehmer den »Stoff« darstellen, aus dem nun auch die Gewinne der Krankenhausträger gemacht werden, und auf der anderen Seite soll in Zukunft in Kauf genommen werden, daß sich die Qualität der Gesundheitsversorgung nach den finanziellen Möglichkeiten des einzelnen richtet. Eine umfassende kurative Gesundheitsversorgung aller Arbeitskräfte erscheint, vom Standpunkt der Arbeitgeber und ihrer politischen Vertreter aus betrachtet, zu Zeiten hoher Arbeitslosigkeit denn auch nicht mehr als zwingend, ja eher als eine sich nicht rentierende Kostenbelastung.

Neben den Folgen für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung werden die vollzogenen und zukünftigen Gesetzesänderungen, soweit sie die konservativ-liberalen Ziele verfolgen, sich zugleich auch negativ auf die Situation der Beschäftigten in den Krankenhäusern auswirken.

Intensivierung der Arbeit und Rationalisierung erhalten nun auch die gleiche Triebkraft wie in der Privatwirtschaft. Hinzu kommt das verschärfte Bestreben nach Privatisierung öffentlicher Einrichtungen.

In den privatisierten Bereichen oder in den privaten Krankenhäusern fehlen die Tarifverträge, wie sie im öffentlichen Dienst bestehen. Die weitere Aufsplitterung der Arbeitnehmer im Krankenhauswesen in klei-

ne Gruppen, die unter verschiedensten Tarifbedingungen arbeiten, dürfte es noch schwieriger als bisher machen, günstige Tarife auszuhandeln. Mit der Abgabe von Dienstleistungen an spezielle private Unternehmen wird die Praxis ausgeweitet werden, hierfür Personal einzusetzen, dessen Verdienst unter der Sozialversicherungsgrenze liegt. Wenn auch für die meisten übrigen zukünftig privat Voll- oder Teilzeitbeschäftigte sich die Tarifbedingungen verschlechtern werden, schließt dies nicht aus, daß einzelne private Krankenhausträger das Personal zu öffentlichen Tarifen übernehmen. Dadurch kann in der Privatisierungsphase die Akzeptanz der Beschäftigten gefördert werden, um dann später Gehälter u.a. zu drücken. Sollten, was absehbar ist, Privunternehmen nur die lukrativen Krankenhaussektoren abkaufen, so werden sie wegen der zu erwartenden Überdurchschnittlichen Gewinne auch in der Lage sein, dem Personal Überdurchschnittliche Gehälter zu zahlen. Die Folge wäre nicht nur eine Aufteilung der Krankenhausversorgung in hochspezialisierte, teure und deshalb gewinnbringende Spezialbereiche und in einen großen, billigen und konkursgefährdeten Bereich, sondern eine zusätzliche Aufspaltung und Konkurrenz zwischen den jeweiligen Krankenhausbeschäftigten.

All dies verdeutlicht, was marktorientierte Krankenhausversorgung bedeutet, nämlich die Betreuung der Patienten in erster Linie als Mittel zu verstehen, um Gewinne zu erwirtschaften. Obwohl dieses Prinzip bestrebt ist, auf dem Rücken von Patienten und Beschäftigten die Betriebs- und Arbeitskosten möglichst gering zu halten, werden dadurch die Ausgaben der Krankenkassen kaum gedämpft, wie z.B. auch die Pharmaproduktion zeigt. Eher wird eine Umverteilung zu Gunsten der Gewinner innerhalb der Krankenhauskonkurrenz stattfinden.

Nun wurden von Gewerkschaften, Gesundheitsgruppen und Wissenschaftlern durchaus Alternativen zur konservativ-liberalen Krankenhaus- und Gesundheitspolitik aufgezeigt. Obwohl sie nicht einheitlich sind, lassen sich die Stoßrichtungen wie folgt formulieren:

- Krankenhausversorgung soll öffentliche Aufgabe bleiben bzw. andere Bereiche des Gesundheitswesens sollen zu solchen werden.
- Die Krankenhausplanung bzw. Gesundheitsversorgung soll nach dem Bedarf und nach den Bedürfnissen der Patienten gestaltet werden.
- Gesundheitspolitik soll präventiv ausgerichtet sein.
- In den entsprechenden Einrichtungen, Institutionen und Gremien sollen Beschäftigte und Patienten (faktisch) mitbestimmen.

Diese Vorstellungen stehen den konservativ-liberalen gesundheitspolitischen Zielsetzungen konträr gegenüber. Sollen sie verwirklicht werden, müssen sie gegen marktwirtschaftlich orientierte Interessen durchgesetzt werden. Auf dem Hintergrund des derzeitigen Kräfteverhältnisses zwischen Unternehmen und Gewerkschaften und der momentanen politischen Machtverhältnisse stellen sich die Konzeptionen einer arbeitnehmer- und patientenorientierten Gesundheitsversorgung als eher »theoretisch« dar. Nicht etwa, weil sie an sich illusionär sind, sondern weil sie immer weniger verwirklichbar im Sinne von durchsetzbar erscheinen.

Krankenhaus- und Gesundheitspolitik sind Bestandteil der allgemeinen Wirtschafts- und Sozialpolitik, in der sich in letzter Zeit kapital- und marktorientierte Kräfte stärker durchsetzen konnten. Befindet sich die Durchsetzungskraft der Arbeitnehmerorganisationen allgemein auf dem absteigenden Ast, so kommt es

auch im Teilbereich Gesundheit zu arbeitnehmerfeindlichen Entwicklungen.

Um eine soziale Krankenhaus- und Gesundheitsversorgung zu schaffen, bedarf es zwar auch konkreter inhaltlicher Zielvorstellungen, die ja vorhanden sind, aber die gesellschaftliche Situation erfordert besondere Strategien und Ansatzpunkte zu ihrer Durchsetzung. Daß sich kaum aktiver Widerstand gegen konservative Gesundheitspolitik regt und entwickelt, hängt also nicht nur mit ungünstigen politischen Machtverhältnissen, der Defensive, in der sich die Gewerkschaften befinden, oder mit der Existenzangst unter den Beschäftigten zusammen. Vielmehr besteht speziell ein Mangel an erfolgversprechenden Durchsetzungsstrategien, die die Betroffenen als Aktive miteinbeziehen.

Unter der Voraussetzung, daß eine Umsetzung arbeitnehmer- und patientenorientierter Gesundheitspolitik nur auf dem Boden einer allgemeinen Erstärkung der Gewerkschaften stattfinden kann, können die im folgenden diskutierten Ansatzpunkte für Aktivitäten im Gesundheitsbereich nur auf diesem Hintergrund betrachtet werden.

1. Informations- und Öffentlichkeitsarbeit der Krankenhausbeschäftigen

Die Informationsarbeit unter dem Personal sollte u.a. folgendes anstreben:

- Konkrete Beschreibung der Auswirkungen marktorientierter Gesundheitspolitik vor allem auf die Beschäftigten, wenn man sich nicht dagegen wehrt;
- Herausarbeitung der gemeinsamen Betroffenheit und gemeinsamen Interessen aller Personalgruppen;
- Benennung der Zielgruppen von Gegenwehr.

Die Öffentlichkeitsarbeit zur Aufklärung der Bevölkerung bzw. der Kollegen in anderen Wirtschaftszweigen sollte sowohl auf gewerkschaftliche Solidarität als auch auf die Betroffenheit als »potentiell« Kranken abzielen. Dabei müßte der Verdrängungsmechanismus des »Gesunden« aufgebrochen werden, nach dem Krankheit ein Pech ist, das einen hoffentlich nicht ereilen möge, und mit dem man sich ungern auseinandersetzt. Das Gegenteil zu bewirken, wäre auch Aufgabe der Gesundheitsbeschäftigten; Krankheit nicht als »gottgegenes Unglück« aufzufassen und aus seinem Leben auszugrenzen, sondern als etwas, auf dessen gesellschaftlich bedingten Ursachen und Heilungsformen man aktiv Einfluß nehmen kann, müßte Ziel von Öffentlichkeitsarbeit sein. Dadurch könnten die Forderungen der Gesundheitsbeschäftigen von anderen Arbeitnehmern als auch in ihrem Interesse liegend erkannt und eventuell unterstützt werden.

Voraussetzung für einen auch gesellschaftlich durchschlagenden Erfolg von Informations- und Öffentlichkeitsarbeit ist die übergreifende gewerkschaftliche Organisation solcher Aktivitäten. Ohne diese bleiben sie bestenfalls sporadische Einzelaktionen.

2. Mitbestimmung der Arbeitnehmer

Die Möglichkeiten, im Rahmen der Personalvertretung an öffentlichen Krankenhäusern oder der Selbstverwaltung der Sozialversicherungen arbeitnehmerorientierte Gesundheitspolitik durchzusetzen, sind begrenzt. In den ansonsten nicht vergleichbaren jeweiligen rechtlichen Regelungen kommt zum Ausdruck, daß die Arbeitnehmervertreter nicht nur diese »Rolle« spielen sollen, sondern zugleich auch gehalten sind, das »Wohle der gesamten Institution Im Auge zu haben. Letzteres wirkt sich als objektive Grenze bei der

Durchsetzung von Arbeitnehmerinteressen innerhalb der genannten Gremien aus.

So werden beispielsweise nach dem neuen nordrheinwestfälischen Landespersonalvertretungsgesetz Privatisierungen zwar mitbestimmungspflichtig, im Falle der Nichteinigung kann die Einigungsstelle dem Arbeitgeber aber nur eine Empfehlung aussprechen.

Ein anderes Beispiel: Im Hinblick auf die Krankenkassen sah sich die ÖTV in ihrer Stellungnahme zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung veranlaßt, sich gegen die völlige Vertragsfreiheit zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen auszusprechen. Anders als zunächst der DGB war man wohl der Ansicht, daß sich bei Vertragsfreiheit die finanziell-institutionellen Interessen der Krankenkassen eher durchsetzen würden, als arbeitnehmerorientierte Gesundheitspolitik, die ja durch die Versichertenvertreter in die Krankenkassen hätte eingebracht werden können.

Um die vorhandenen Spielräume in den Gremien zu nutzen, müssen die Vertretenen mit entsprechendem Nachdruck ihre Anliegen an die Arbeitnehmervertreter herantragen. Umgekehrt können die Gewählten aber auch initiativ werden, indem sie Informationen, die ihnen in ihrer Position bekannt werden, an Ihre Wähler weitergeben.

3. Vertretung von Patienteninteressen

Patienten sind hautnah von den Resultaten der herrschenden Gesundheitspolitik betroffen und ha-

ben daher ein spezifisches Interesse im Hinblick auf ihrer optimale medizinische Betreuung und Pflege. Interessen von Krankenhauspatienten könnten nicht nur allgemein einer markt- oder »sparorientierten« Krankenhauspolitik entgegenstehen, sondern sich auch gegen das Personal richten, wenn dieses seine Arbeit, aufgrund hingenommener Entscheidungen des Arbeitgebers, z.B. nur noch nach einem bloß arbeitsökonomischen Kalkül verrichten kann.

Allerdings ist der scheinbare Gegensatz von Personal- und Patienteninteressen aufhebbar. Die Folgen verfehlter Gesundheitspolitik, wie Personalmangel, Ausbildungsmängel oder Krankenhaus hierarchie, erzwingen quasi ein Verhalten und Bewußtsein der Beschäftigten, das Patientenbedürfnissen nicht genügend entgegenkommt. Diesem »Sachzwang« entgegengesetzt ist die Grundlage, auf der Beschäftigte und Patienten ihre durchaus verschiedenen Interessen gemeinsam verfolgen können, anstatt sich unter Hinnahme sogenannter wirtschaftlicher Notwendigkeiten gegenseitig zu blockieren.

Zudem bedeutet »Patientensein« ja nichts anderes, als den eingetretenen »Ernstfall«, mit dessen Risiko jeder Arbeitnehmer lebt. Patienteninteressen sind deshalb auch immer Bestandteil übergreifender Arbeitnehmerinteressen. Anstatt diese Interessen in diverse Sonderinteressen aufzusplitten, sollte die gemeinsame Lage und gesundheitspolitische Zielsetzung herausgestellt werden, um gemeinsam die Hindernisse zu überwinden.

4. Prävention — nicht nur eine medizinische Disziplin

Nicht nur gegen eine Verschlechterung bzw. Privatisierung der kurativen medizinischen Versorgung, sondern auch gegen die sozialen Verhältnisse, die für die Entstehung von Krankheiten verantwortlich sind, muß sich arbeitnehmerorientierte Gesundheitspolitik richten. Aus Arbeitnehmersicht kann die Bekämpfung von Krankheitsursachen z.B. in der Arbeitswelt nicht nur in der Forderung nach sozialmedizinischer Forschung und präventiv ausgerichteter Medizin bestehen. Selbst die besten Vorschläge der Arbeitswissenschaften zur Humanisierung der Arbeit müssen innerhalb des Interessenkonfliktes zwischen Unternehmer und Arbeitnehmer auf betrieblicher oder überbetrieblicher Ebene durchgesetzt werden. »Prävention« ist daher zu einem guten Stück nichts anderes als der allgemeine Kampf um bessere Arbeits- und Lebensbedingungen. Erfolgreiche Auseinandersetzungen von Belegschaften oder Gewerkschaften auf diesem Feld sind deshalb notwendige Schritte zur Um- und Durchsetzung präventiver Gesundheitsziele.

Nur einige Ansatzpunkte zur Abwehr konservativ-liberaler Gesundheitsstrategien bzw. zur Durchsetzung arbeitnehmer- und patientenorientierter Alternativen konnten hier skizziert werden. Zusammengefaßt gilt, daß Arbeitnehmer bzw. Ihrer Organisationen auf der Grundlage gemeinsamer Interessen und gesundheitspolitischer Zielsetzungen den Konflikt im Betrieb, im Krankenhaus und im politischen Bereich solidarisch aufnehmen und sich nicht noch mehr auseinanderdividieren lassen.

Klaus Stahl

Denkschrift über die Rechte und Pflichten des Arztes in der Bundesrepublik Deutschland im Rahmen der medizinischen Versorgung bei Katastrophen im Frieden und ihre Berücksichtigung in den Katastrophenschutzgesetzen (Auszüge)

Bei Katastrophen werden nicht selten Situationen eintreten oder von Helfern vorgefundene werden, die es auch dem erfahreneren nichtärztlichen Helfer schwer machen, eine von ihm mehrfach geübte und nach ärztlichem Urteil beherrschte Maßnahme, z.B. Venenpunkt zum Anlegen einer Infusion, vorzunehmen. Hier ist das Eingreifen des Arztes zwingend geboten oder muß die Maßnahme unterlassen werden, um dem Hilfesuchenden nicht zusätzlichen Schaden zuzufügen. Ganz besonders gilt dies für alle Handlungen, bei denen durch den Einsatz mechanischer Hilfsmittel zusätzliche Verletzungen dadurch zugefügt werden können, daß der nichtärztliche Helfer nicht die zutreffende Indikation für den Eingriff stellen kann. Dies kommt z.B. in Frage, wenn eine Inhalationsverbrennung oder eine Kehlkopfverletzung dem Gelingen einer Intubation im Wege stehen. So ist auch bei der Befreiung eines z.B. unter Trümmern eingeklemmten Menschen aktive Mitwirkung eines Arztes erforderlich. (, ,)

III. Zusammenfassung

Es gibt keine Bestimmung, nach der die berufsrechtlichen Pflichten bei der Mitwirkung eines Arztes in der Katastrophenhilfe eine Abschwächung oder Einschränkung erfahren. Ebensowenig ist eine prinzipielle Befreiung von den straf- und zivilrechtlichen Pflichten im Hinblick auf das Tätigwerden von Ärzten und nichtärztlichen Helfern in der Katastrophenmedizin erkennbar.

Es stellt sich daher die Frage, ob es nicht einer eindeutigeren Regelung der Verantwortung für die katastrophenmedizinischen Aufgaben in der Planung, Vorbereitung und Durchführung des Katastrophenschutzes unter Beachtung der grundsätzlichen Pflichten und Rechte des Arztes bedarf, als dies bisher in den auf den Katastrophenschutz bezogenen Gesetzen, Verordnungen, Richtlinien oder Weisungen geschehen ist.

Die Gesamtverantwortung des Hauperverwaltungsbeamten für Katastrophenschutzmaßnahmen jeglicher Art in seinem Verantwortungsbereich ist nicht in Zweifel zu ziehen. Es hieße aber, ihn zu überfordern, wenn er in allen Detailfragen Grundlagenarbeit zu leisten und Einzelentscheidungen zu treffen hätte. Dies ist weder in Fragen des Feuerschutzes und der technischen Hilfe noch des Gesundheitswesens zu erwarten.

Aus der im Grundsatz verständlichen Übertragung der Verantwortung für sanitätsdienstliche Erstmaßnahmen an die Hilfsorganisationen mit dem Ziel, möglichst frühzeitig viele Helfer für den Einsatz in einem Schadensbereich zu gewinnen, hat sich vielfach eine erhebliche Fehleinschätzung der Funktions- und Verantwortungsfähigkeit dieser Hilfsorganisationen für den gesamten Gesundheitssektor im Katastrophenschutz entwickelt. Es wurde und wird zum Nachteil für die von einer Katastrophe betroffene Bevölkerung aber auch für die Struktur und das Ansehen der Hilfsorganisationen übersehen, daß es sich bei ihnen um freiwillige Hilfsorganisationen handelt, die sich nur teilweise ihrer sanitätsdienstlichen Samariteraufgabe im Sinne Henry Dunants widmen und im übrigen Aufgaben im Pflegehilfsdienst, Berg- und Wasserrettungsdienst, Rettungs- und Transportdienst, Fernmelddienst, Technischen Dienst, ABC-Schutzdienst, Verpflegungs-, Unterkunfts- und Sozialdienst wahrnehmen.

Die in den Hilfsorganisationen freiwillig mitwirkenden Ärzte haben vorwiegend auf Aus- und Fortbildung begrenzte Aufgaben, zumal viele von ihnen wegen ihrer hauptberuflichen Pflichten ihren Hilfsorganisationen im Einsatz nicht zur Verfügung stehen können. In den Hilfsorganisationen mitwirkende, nicht mehr berufstätige Ärzte können nach Anzahl, Alter und Qualifikation nur ausnahmsweise zum Einsatz in einem Schadensgebiet kommen. Die den Hilfsorganisationen ge-

mäß § 8 Abs. 2 KatSG (2, Nr. 12) zur Verfügung stehenden Ärzte sind überwiegend aufgrund ihres Fortbildungsstandes nicht in der Lage, die Gesamtheit ärztlicher Aufgaben — vor allem verantwortliche Tätigkeiten — im Katastrophenschutz zu übernehmen. Schließlich kann de facto kein Arzt einer Hilfsorganisation den Gesamtbereich der im Gesundheitswesen mitwirkenden Einrichtungen so weit übersehen, daß er mit annähernder Gewißheit zu erfolgreicher Lenkung des Zusammenwirkens aller Kräfte und Mittel befähigt wäre.

Das gleiche gilt für die nichtärztlichen Führungskräfte der Hilfsorganisationen, ohne deren berufliche, organisatorische oder didaktische Fähigkeiten in Zweifel ziehen zu wollen. Weist man ihnen jedoch, wie dies nach den Grundregeln der Hilfsorganisationen vorgesehen ist, Führungsaufgaben und Verantwortung zu, geraten sie nur zu leicht in Konflikt mit den Pflicht- und Rechtspositionen des Arztes.

Die Zuständigkeit und Tätigkeit des Arztes ist nicht allein auf die Untersuchung und Behandlung von Patienten sowie die Auswahl und Beaufsichtigung seltener ärztlichen und nichtärztlichen Mitarbeiter beschränkt. Gerade bei Katastrophen kommt es im Interesse des Überlebens und der Wiederherstellbarkeit der Gesundheit der zu Schaden gekommenen Menschen wesentlich darauf an, daß der Arzt nach dem Grundsatz handelt, möglichst vielen Menschen innerhalb möglichst kurzer Zeit so gut wie möglich zu helfen. Der Einsatz der verfügbaren ärztlichen und nichtärztlichen Kräfte und des verfügbaren Materials hat ausschließlich nach dieser Maxime zu erfolgen, um Lebensrettung, Soforthilfe, gezielten Abtransport und Krankenhausbehandlung nahtlos ineinander greifen zu lassen. Von nicht minderer Bedeutung ist die Entscheidung über Art, Umfang und Verteilung zusätzlich angeforderter Hilfskräfte, Medikamente, Verbandmittel und Sanitätsgeräte sowie über die Eig-

nung und den Einsatz von plan- und behelfsmäßigen Krankentransportmitteln. All diese äußerst verantwortungsvollen Aufgaben können einem nichtärztlichen Helfer und ebenso auch einem weniger erfahrenen Arzt weder überlassen noch zugemutet werden. Die hilfbedürftigen Menschen müßten unnötig unter dem Versagen des Verantwortlichen leiden, und er selbst sähe sich überfordert.

IV. Gesundheits- und rechtspolitische Schlußfolgerungen

1. In den Katastrophenschutzgesetzen sollte in allen Regelungen und Auftragsbereichen, die das Gesundheitswesen betreffen, zwischen Ärzten und nichtärztlichen Helfern unterschieden werden.
2. Die für die Erhaltung von Leben und Gesundheit von Menschen notwendigen Grundsätze bedürfen in den Gesetzen oder in besonderen Verordnungen einer detaillierteren Aufgabenfestlegung.
3. Auf jeder Verwaltungsebene muß der Katastrophenschutzbehörde ein dem Hauptverwaltungsbeamten für die Fragen des Gesundheitswesens verantwortlicher Arzt zugeteilt werden, der in seinem Auftrag gegenüber den mitwirkenden Institutionen, Organisationen usw. des Gesundheitswesens weisungsbelechtigt ist. Dieser Arzt sollte, wie es bereits vielerorts vorgesehen ist, grundsätzlich ein Medizinalbeamter des öffentlichen Gesundheitsdienstes (Leiter des Gesundheitsamtes oder dessen Stellvertreter) sein, da die Gesundheitsbehörde den umfassendsten Überblick über alle Einrichtungen und Institutionen des Gesundheitswesens hat. Ohnehin sind gemäß Bundesseuchengesetz der Gesundheitsbehörde zentrale Aufgaben zugewiesen, die an ihrer Zuständigkeit im Falle des Eintretens außergewöhnlich zahlreicher Gesundheitsschäden keinen Zweifel lassen. Landesärztekammern, Bezirksärztekammern und Kassenärztliche Vereinigungen sollten bei den Gesundheitsbehörden ihrer Verwaltungsebene in ärztlichen Fragen beratend mitwirken.
4. Der Arzt in der Katastrophenschutzbehörde ist bereits bei der Planung und Vorbereitung von Katastro-

phenschutzmaßnahmen verantwortlich einzuschalten, soweit das Gesundheitswesen betroffen oder berührt ist. Ihm hat es zu obliegen, erforderlichenfalls Vertreter der im Gesundheitswesen tätigen Institutionen, Organisationen, Einrichtungen usw. zu seiner und des Hauptverwaltungsbeamten Beratung heranzuziehen. Der Arzt in der Katastrophenschutzbehörde ist für die Erarbeitung und Fortschreibung des gesundheitsdienstlichen Teils der Alarmpläne und für die Überwachung der Alarmpläne der mitwirkenden Institutionen usw. verantwortlich zu machen.

5. Der Arzt in der Katastrophenschutzbehörde hat die Leiter und Führungskräfte der im Katastrophenschutz mitwirkenden Institutionen, Organisationen usw. in ihre Aufgaben einzuteilen, ihre Zusammenarbeit zu regeln und zu überwachen, die Zusammenarbeit mit anderen Aufgabenträgern und Fachdiensten im Katastrophenschutz zu fördern, die Aus- und Fortbildung der im medizinischen Katastrophenschutz Mitwirkenden zu steuern und zu überwachen.

Er hat weiterhin den Überblick über das seiner Katastrophenschutzbehörde zur Verfügung stehende Material des Gesundheitswesens, d.h. Medikamente, Verbandmittel, medizinische Geräte sowie Nichtsanitätsmaterial zu bewahren, die Einsatzfähigkeit und Zweckmäßigkeit des vorhandenen Materials zu überwachen, Möglichkeiten zu kurzfristiger Materialergänzung aus Apotheken, Großhandel und Industrie festzustellen sowie Verbindung zu Ärzten in Nachbarbehörden des Katastrophenschutzes zu halten.

6. Für die Katastrophenschutzstäbe und Technische Einsatzleitungen sind erfahrene Ärzte einzuteilen, die bei Katastrophen im Auftrag des Leiters des jeweiligen Katastrophenschutzstabes bzw. der Technischen Einsatzleitung die Verantwortung für die Maßnahmen des Gesundheitswesens und die Aufrechterhaltung seiner Leistungs- und Funktionsfähigkeit haben. Für die Aufgaben in den Technischen Einsatzleitungen eignen sich besonders erfahrene und entsprechend fortgebildete Ärzte aus nichtärztlichen Bereichen. Sie sollten im Katastrophenfall zur Technischen Einsatzleitung treten, auch wenn kein Zwang zur Anwen-

dung katastrophemedizinischer Verfahren zu bestehen scheint, da jederzeit ihre Einschaltung notwendig werden kann.

7. Behandlungsplätze sind planmäßig mit erfahrenen Ärzten zu besetzen, die
 - den Einsatzort ihrer Einrichtungen nach medizinischen Erfordernissen bestimmen,
 - beim Massenanfall die Anwendung des Sichtungsverfahrens zur Einordnung der Patienten in Dringlichkeitskategorien und Dringlichkeitsreihenfolge beherrschen,
 - lebensrettende Maßnahmen durchführen können,
 - eine Vielzahl verschiedenartiger Gesundheitsschäden, z.B. Verletzungen, Verbrennungen, Vergiftungen, Erkrankungen und anderes, ohne wesentliche Hilfsmittel erkennen und notwendige Indikationen für Behandlung oder Abtransport stellen können,
 - das vorhandene Sanitätsmaterial zum Vorteil möglichst vieler Patienten einsetzen, darüber hinaus improvisieren können,
 - über Abtransportzeit, -art, -begleitung und -ziel der krankenhauspflichtigen Patienten und den weiteren Behandlungsweg der nicht in ein Krankenhaus einzuliefernden Patienten entscheiden können.

8. Zur Deckung des großen Bedarfs an Ärzten sind alle berufstätigen niedergelassenen Ärzte zu erfassen; so weit wie möglich sind ihnen bereits vorsorglich bestimmte Aufgaben zuzuweisen und sind sie zu entsprechender Fortbildung zu veranlassen.

Es ist angesichts der Tatsache, daß Ort, Zeit, Art und Auswirkung einer Katastrophe unvorhersehbar sind, vorzusehen, daß die niedergelassenen Ärzte entweder in ihren Praxisräumen zur Sammlung und Erstbehandlung von Katastrophenopfern bleiben oder die ihnen zugewiesenen Rettungs- und Erstbehandlungsaufgaben am Schadensort bzw. im Schadensgebiet übernehmen.

Überall dort, wo ein Arzt tätig wird, übernimmt er die Verantwortung für alle Hilfemaßnahmen. Die nichtärztlichen Helfer einschließlich der Führungskräfte der Hilfsorganisationen sind seinen Weisungen zu unterwerfen.

Versorgung krebskranker Kinder in der Bundesrepublik Deutschland

Antwort der Bundesregierung auf die Große Anfrage der Abgeordneten Frau Kelly und der Fraktion Die Grünen (Auszüge)

Der Parlamentarische Staatssekretär beim Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit hat mit Schreiben vom 31. Januar 1985 namens der Bundesregierung die Große Anfrage wie folgt beantwortet:

Vorbemerkung

Die Bundesregierung hat bereits bei der Beantwortung der Kleinen Anfrage »Behandlung krebskranker Kinder in der Bundesrepublik Deutschland« (Drucksache 10/942) darauf aufmerksam gemacht, daß die Behandlung bzw. Nachsorge von Patienten, auch von krebskranken Kindern, für den stationären wie den ambulanten Bereich in die Zuständigkeit der Bundesländer fällt.

Die Bundesregierung betont jedoch erneut ihre grundsätzliche Bereitschaft, zur Verbesserung der Situation in der pädiatrischen Onkologie unter Ausschöpfung der gegebenen Möglichkeiten beizutragen, wie dies auch gegenwärtig insbesondere durch die Förderung einer Reihe von Modellmaßnahmen geschieht.

1. Erkennt die Bundesregierung an, daß hochspezialisierte medizinische Versorgung für spezifische Patientengruppen manchmal nur an Universitätskliniken möglich ist und diese deshalb auch außerhalb des Sektors Forschung und Lehre, also der Kulturohle der Länder, gesehen werden muß?

Eine hochspezialisierte Versorgung für spezifische Patientengruppen ist in der Tat manchmal nur an Universitätskliniken möglich, zumal dann, wenn ein notwendiger enger Zusammenhang zwischen Versorgung und Forschung besteht. Daß dies insbesondere auch für die pädiatrische Onkologie zutrifft, hat die

Bundesregierung durch ihre modellhafte Förderung von elf Abteilungen für pädiatrische Onkologie, die ausschließlich an Universitätskliniken angesiedelt sind, zum Ausdruck gebracht.

Auch die Länder sehen diesen Bereich nicht nur unter dem Aspekt Forschung und Lehre, wie sich u.a. darin zeigt, daß in den Betterbedarfsplänen der meisten Bundesländer die Universitätskliniken miteinbezogen sind.

2. Die letzte Große Anfrage im Deutschen Bundestag zur Krebsforschung und Behandlung war 1979 bzw. der Krebsbericht 1980. Welche konkreten Ergebnisse für die betroffenen Kinder haben diese Beratungen ergeben, und wann wird die Bundesregierung einen neuen Krebsbericht erstellen, in dem auch detaillierter auf Kinderkrebs eingegangen wird?

Im Krebsbericht der Bundesregierung vom 16. Januar 1980 (Drucksache 8/3556) wurde das damals initiierte »Gesamtprogramm zur Krebsbekämpfung« ausführlich dargestellt, einschließlich der unter dem Schwerpunkt »Versorgung« ausführlich dargestellten, vorrangig aufzugreifenden Punkte. In diesem Rahmen sind im Hinblick auf krebskrank Kinder Aktivitäten auf verschiedenen Gebieten auf den Weg gebracht oder fortgeführt worden. So werden nicht nur seit 1981 pädiatrisch-onkologische Abteilungen an zehn bzw. elf Universitätskinderkliniken modellhaft gefördert, sondern es konnte auch die Therapieforschung zur Verbesserung der Behandlung krebskranker Kinder im Rahmen des Programms »Forschung und Entwicklung im Dienste der Gesundheit« intensiviert werden. Schließlich hat die Bundesregierung — insbesondere

aus epidemiologischen Gesichtspunkten — die Förderung der »Kooperativen Dokumentation von Malignomen im Kindesalter« in Mainz zusammen mit dem Land Rheinland-Pfalz ab 1985 übernommen.

Die Ergebnisse, die im Rahmen des »Gesamtprogramms zur Krebsbekämpfung« erzielt werden, wird die Bundesregierung — wie bereits einmal 1982 — in einem weiteren Zwischenbericht als Grundlage für die nächste Große Krebskonferenz Ende 1985 darlegen. Darin soll auch auf die pädiatrische Onkologie an den geeigneten Stellen eingegangen werden.

3. In der Vergangenheit wurde die Versorgung krebskranker Patienten durch einzelne Projekte verschiedener Ministerien, der Krebshilfe und der Landeskultusministerien gefördert. Gibt es Pläne der Koordinierung oder der Aufgabenverteilung der verschiedenen Einrichtungen in der Zukunft?

Neben dem Modellprogramm der Bundesregierung zur besseren Versorgung von Krebspatienten, das Einrichtungen der pädiatrischen Onkologie jährlich mit ca. 1,3 bis 1,5 Mio. DM unterstützt, fördert die Deutsche Krebshilfe zur Zeit zwölf Projekte im Bereich der Behandlung krebskranker Kinder. Spezielle, eigene Förderprogramme auf Landesebene sind der Bundesregierung nicht bekannt.

Die Bundesregierung steht hinsichtlich der Koordinierung der einzelnen Projekte in einem ständigen Dialog mit der Gesellschaft für pädiatrische Onkologie, der Deutschen Krebshilfe und den Bundesländern. Vorschläge und Empfehlungen zur Verbesserung der Behandlung junger Krebspatienten werden im Rahmen des Gesamtprogramms zur Krebsbekämpfung in

den Arbeitsgruppen »Verbesserung der Krebsbehandlung« und »Nachsorge und Rehabilitation« der Fachbereichskommission »Versorgung von Krebspatienten« erarbeitet. Dieser Weg der Koordinierung hat sich bewährt.

4. Die stationäre und ambulante Behandlung von krebskranken Kindern ist aus vielen Gründen äußerst personalaufwendig (entspricht einer Intensivpflege). Das Personal auf den onkologischen Abteilungen ist zusätzlich zu den ohnehin gegebenen psychischen Belastungen überfordert und kann den Betrieb nur durch ein übermäßiges persönliches Engagement aufrechterhalten. Eltern werden während des stationären Aufenthaltes ihrer Kinder in vielfach nicht mehr zu vertretender Weise in die Pflege und Überwachung der Patienten mit eingeschaltet.

Wird von der Bundesregierung der Personalbedarf für die pädiatrisch-onkologischen Funktionsseinheiten, der von der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren 1979 nach sorgfältigen Erhebungen erstellt wurde, anerkannt, oder berücksichtigt die Bundesregierung für Ihre Planung die Richtwerte von 1969, auf die sich die Krankenhausträger berufen, obwohl es zu dem Zeitpunkt das Spezialgebiet der pädiatrischen Onkologie noch nicht gab?

Es trifft zu, daß die stationäre und ambulante Behandlung von krebskranken Kindern sehr personalaufwendig ist. Daher fördert die Bundesregierung im Rahmen des Modellprogramms zur besseren Versorgung von Krebspatienten zusätzliche Stellen für die stationäre und ambulante Versorgung krebskranker Kinder.

Um einen Überblick über die Personalbemessungsgrundlage in den einzelnen Bundesländern, die für die Versorgung der Krebspatienten zuständig sind, zu erhalten, wurde eine Umfrage durchgeführt.

Diese ergab:

Baden-Württemberg:

Bayern:

Bremen:

Niedersachsen:

Schleswig-Holstein:

Hamburg:

Hessen:

Nordrhein-Westfalen:

Rheinland-Pfalz:

Saarland:

Tatsächlich liegt der Schlüssel für Pflegekräfte in den zehn geförderten Einrichtungen aufgrund der Förderung des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung, des Bundesministers für Forschung und Technologie und seitens Dritter im Durchschnitt bei einer Pflegeperson für ein belegtes Bett (die Schwankungsbreite liegt zwischen 0,5 und 2,4).

7. Hat die Bundesregierung Pläne, für die spezielle Ausbildung der Pflegekräfte, die in anderen Staaten schon lange durchgeführt wird, Mittel bereitzustellen?

Eine spezielle Ausbildung der Pflegekräfte für die Versorgung krebskranker Kinder gibt es in der Bundesre-

publik Deutschland nicht. Sie ist auch in Zukunft nicht vorgesehen. Die Ausbildung der Pflegekräfte für die Kinderkrankenpflege, speziell der Kinderkrankenschwestern und Kinderkrankenpfleger, berücksichtigt jeweils im theoretischen und praktischen Ausbildungsteil onkologische Fragen. Mittel können vom Bund nicht bereitgestellt werden, weil die Durchführung des Krankenpflegegesetzes und der Ausbildungs- und Prüfungsordnung, die die Ausbildungen der Berufe in der Krankenpflege regeln, eigene Angelegenheiten der Länder sind.

Zur Fortbildung auf dem Gebiet der Onkologie gibt es für die Angehörigen der Krankenpflegeberufe vereinzelt Angebote. Im Rahmen des Modellprogramms zur besseren Versorgung von Krebspatienten fördert der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung spezielle Fortbildungmaßnahmen für Krankenpflegepersonal, das im Bereich der Onkologie tätig ist. Angebote zur Fort- oder Weiterbildung dieser Berufe fallen im übrigen im wesentlichen in die Zuständigkeit der Länder und der Verbände.

8. Psychosoziale Betreuung kann wegen Mangel an Zeit und Arbeitskräften nicht in dem erforderlichen Maße gewährleistet werden. Es ist ausreichend bekannt, daß für onkologische Funktionsseinheiten in der Pädiatrie Fachkräfte wie Psychologen, Spieltherapeuten und Sozialarbeiter dringend benötigt werden. Gibt es im Rahmen des ABM-Gesetzes Möglichkeiten, diese Personalweiterungen vorzunehmen?

Die Bestimmungen des Arbeitsförderungsgesetzes über die Förderung von allgemeinen Maßnahmen zur Arbeitsbeschaffung (ABM) schließen grundsätzlich nicht aus, die Beschäftigung arbeitsloser Arbeitnehmer zur psychosozialen Betreuung krebskranker Kinder aus Mitteln der Bundesanstalt für Arbeit über die ABM-Vorschriften zu fördern.

Die ABM-Förderung ist Personen- und nicht Objektförderung, und darüber hinaus müssen diese Personen zusätzliche Arbeiten verrichten, d.h. solche Arbeiten, die nicht dauerhaft anfallen.

Aus diesen beiden Gründen kommen nur vereinzelt geeignete arbeitslose Arbeitnehmer für diese Arbeitssozialen Dienste in Frage.

9. Die Krankenversorgungseinheiten sind bisher auf die freiwillige Mitarbeit von Bürgern angewiesen. Gibt es Möglichkeiten, die dadurch anfallenden Kosten dieser Freiwilligen steuerlich zu begünstigen?

Aufwendungen, die Bürger durch eine ehrenamtliche Tätigkeit für ein nach der Abgabenordnung steuerbegünstigtes Krankenhaus oder für eine andere gemeinnützige, mildtätige oder kirchliche Körperschaft entstehen, können unter bestimmten Voraussetzungen als Sonderausgaben (Spenden) steuerlich abgezogen werden. Nach der Rechtfertigung des Bundesfinanzhofs (Urteil vom 28. April 1979 — VI R 147/75, BStBl 1979 II S. 297) müssen für den Spendenabzug solcher Aufwendungen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

— Der Bürger muß gegenüber der steuerbegünstigten Körperschaft einen Rechtsanspruch auf Erstattung seiner Kosten haben. Der Anspruch muß ihn dazu berechtigen, jederzeit von der Körperschaft den Ersatz der entstandenen Kosten zu verlangen.

— Der Bürger muß auf diesen Anspruch verzichten.

— Die Körperschaft, für die der Bürger Aufwendungen leistet, muß zum Empfang steuerbegünstigter Spenden berechtigt sein und muß eine Spendenebscheinigung ausstellen.

10. Die soziale Eingliederung der Patienten während und nach der Behandlung stellt weiterhin ein besonderes Problem dar. Da diese Kinder ohnehin viele Tage des Schulunterrichts vermissen, müßten auch in den Ferien neben den üblichen Lehrern an Kinderkliniken Lehrkräfte zur Verfügung stehen. Gibt es Möglichkeiten, die durch die Krankheit unterbrochenen Ausbildungsvorlesungen der Jugendlichen nach Abschluß der Behandlung ohne Nachteile für diese fortzusetzen?

Hinsichtlich des unterbrochenen Schulunterrichts wäre es aus Sicht der Behindertenpädagogik zweifellos wünschenswert, wenn für die krebskranken Kinder auch in den Ferien Lehrkräfte zur Verfügung ständen, jedoch fällt der hier in Betracht kommende Regelungskomplex »Einstellung von Lehrkräften« in die alleinige Verantwortung und Zuständigkeit der Bundesländer.

Was eine unterbrochene berufliche Ausbildung angeht, so ist folgendes festzustellen: Ausbildungsvorlesungen im Sinne des Berufsbildungsgesetzes (BBIG) sind zeitlich befristete Vertragsverhältnisse,

die, je nach Ausbildungsberuf, in der Regel zwischen zwei und drei Jahren dauern (vgl. §25 Abs. 1 Nr. 2 BBIG).

Die zuständige Stelle (das sind für den Bereich der gewerblichen Wirtschaft die Industrie- und Handelskammern und die Handwerkskammern, §§74, 75 BBIG) kann in Ausnahmefällen — wozu langdauernde Erkrankung zu zählen ist — die Ausbildungszeit verlängern, wenn die Verlängerung erforderlich ist, um das Ausbildungsziel zu erreichen. Die zuständige Stelle kann nur auf Antrag des Auszubildenden tätig werden. Vor der Entscheidung über die Verlängerung ist auch der Auszubildende von der Kammer zu hören (§29 BBIG, §27 a HwO).

Die Abschlußprüfung wird in diesen Verlängerungsfällen entsprechend hinausgeschoben.

11. Seit April 1984 gelten die neuen Regelungen zur Beförderung von Schwerbehinderten. Kindern mit Krebs wird meist der Buchstabe »G« auf ihren Behindertenausweis zugestellt. Das heißt, sie müssen sich mit einem Selbstkostenanteil von 120 DM an den Fahrtkosten beteiligen. Glaubt die Bundesregierung, daß es gerechtfertigt ist, den schwerkranken Patienten und deren Familien während der Behandlungszeit eine derartige zusätzliche Belastung zuzumuten?

Im Rahmen der Neuordnung des Rechts der unentgeltlichen Beförderung Schwerbehinderter im öffentlichen Personennahverkehr durch das Haushaltsbegleitgesetz 1984 wurde eine Eigenbeteiligung in Höhe von 120 DM jährlich eingeführt. Dieser Eigenbeteiligung liegt der Gedanke zugrunde, daß die Betroffenen auch ohne ihre Behinderung in gewissem Umfang auf die Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel angewiesen wären und hierfür Beförderungsentgelte zu entrichten hätten. Dieser Grundgedanke gilt auch für schwerbehinderte Kinder, die die Voraussetzungen für eine unentgeltliche Beförderung erfüllen. Eine Ausnahme für krebskrank Kinder ist aus Gründen der Gleichbehandlung nicht vertretbar.

Um den Belangen der Bezieher niedriger Einkommen Rechnung zu tragen, sind typische Gruppen einkommensschwacher Schwerbehinderter von der Eigenbeteiligung befreit. Sie erhalten die erforderliche Wertmarke unentgeltlich. Es ist sichergestellt, daß auch schwerbehinderte Kinder die Wertmarke unentgeltlich erhalten, wenn die Eltern Arbeitslosenhilfe oder laufende Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundessozialhilfegesetz erhalten und diese Leistungen auch für den Unterhalt der Kinder bestimmt sind.

Im übrigen werden Kinder, die das 6. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, nach den allgemeinen Beförderungsbedingungen der Nahverkehrsunternnehmen ohnehin unentgeltlich und ältere Kinder zum halben Fahrpreis befördert.

13. Das Bundesarbeitsministerium fördert seit 1981 zehn Zentren in der Bundesrepublik Deutschland mit zusätzlich einer Arztstelle und zwei Schwesternstellen. Nach welchen Kriterien wurden diese Mittel vergaben?

Wie stellt sich die Bundesregierung die Weiterführung dieser unbedingt erforderlichen Maßnahme nach 1984, dem Ende des Programmes, vor?

Die Förderung von zehn (zeitweise elf) Einrichtungen der Kinderonkologie aufgrund des Modellprogramms zur besseren Versorgung von Krebspatienten erfolgte in Abstimmung mit der Gesellschaft für pädiatrische Onkologie. Bei der Konzeption der Förderung und der Auswahl der Kliniken stand der Aspekt der Versorgung im Vordergrund, deshalb sollte der Personalmangel behoben werden.

Es ist beabsichtigt, für die bisher im Rahmen des Modellprogramms geförderten Stellen eine Anschlußfinanzierung zu erreichen. Deshalb werden Gespräche mit den Kostenträgern über Fragen der Anschlußfinanzierung geführt. Die Bundesregierung geht davon aus, daß die Krankenkassen, die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Bundesländer sich über die Anschlußfinanzierung der medizinisch notwendigen Stellen einigen werden.

Die Bundesregierung wird die Förderung bis Ende 1985 fortsetzen.

Mit Pressionen versuchen Pharmakonzerne, Argentiniens neue Gesundheitspolitik zu behindern

Als im Dezember 1983 eine demokratisch gewählte Zivilregierung unter Präsident Raúl Alfonsín in Argentinien die Macht von den Militärs übernahm, ging sie bald daran, die Situation auf dem Medikamentenmarkt zu verbessern. Bei den Pharmamultis stieß sie dabei auf wenig Gegenliebe. »Unser Überleben ist gefährdet« war in von der Industrie bezahlten Zeitungsanzeigen zu lesen. Als die Regierung ankündigte, arme Kranke kostenlos mit Medikamenten zu versorgen, hatte die Industrie plötzlich »Lieferschwierigkeiten«. In den Apotheken wurden praktisch über Nacht lebenswichtige Medikamente knapp. Multinationale Konzerne dachten laut über die Schließung von Zweigwerken in Argentinien nach.

Nach dem Ende der Diktatur waren die 40 Angestellten ausländischer Pharmakonzerne, die unter den Militärs die Planungsaufgaben für den Gesundheitssektor übernommen hatten, durch unabhängige Experten, die teilweise als Kritiker der Pharma-industrie international bekannt sind, ersetzt worden. Die neuen Mitarbeiter widerriefen in den letzten Tagen der Diktatur im Schnellverfahren erteilte Medikamentenzulassungen, überprüften die Bilanzen, wenn Preiserhöhungen beantragt wurden, und versuchten, versteckte Gewinntransfers an Muttergesellschaften zu unterbinden.

Dies alles empfand die Pharma-industrie schon als Bedrohung ihrer Privilegien, an die sie sich unter achtjähriger Militärherrschaft gewöhnt hatte. Der Plan der Regierung, jedes verkaufte Medikament mit einer Sondersteuer von sechs Prozent zu beladen und mit diesem Geld einen Fonds zur Versorgung der Bevölkerung in Elendsvierteln und Katastrophengebieten zu bilden, rief den offenen Widerstand der Industrie hervor.

Nach der Schließung einiger Zweigwerke ausländischer Firmen — wie z.B. des amerikanischen Konzerns Squibb — und offensichtlich manipulierten Lieferschwierigkeiten gab die Regierung klein bei. Der Fonds wurde zwar noch per Gesetz eingerichtet, die Steuer aber beträgt nur zwei Prozent. Das Fondskapital wird so nicht einmal für die Soforthilfe in Katastrophengebieten reichen.

Die Kampagne der Pharmakonzerne gegen die Regierung Alfonsín weckt Erinnerungen an den Arzt Dr. Illia, der in den sechziger Jahren argentinischer Präsident war. Er stellte erstmals Ein- und Ausfuhr, die Herstellung und Lagerung sowie die Verpackung und Verbreitung von Medikamenten unter eine behördliche Kontrolle, und der Staat konnte die Preisgestaltung überwachen. Illia schrieb die staatliche Registrierung von Medikamenten vor und gründete das Nationale Pharmakologische Institut als Arzneimittel-Aufsichtsbehörde. Als Präsident Illia die Medikamentenpreise für volle zwei Jahre auf Eis legte, wurde geputzt — mit finanzieller Unter-



Über Nacht verschwinden die Medikamente

Argentinien gegen Pharmamultis

stützung ausländischer Pharmakonzerne. Der Putschistengeneral Onganía nahm innerhalb eines Jahres die fortschrittenen Gesetze zurück.

Die Generäle wirtschafteten das Land zugrunde. Zunehmende Arbeitslosigkeit und Unterbeschäftigung ließen weite Bevölkerungskreise verarmen. Selbst den Argentinern, die noch einen Arbeitsplatz hatten, fraß die Inflation von zuletzt über 400 Prozent die Löhne weg.

Die Pharma-industrie konnte sich allerdings nicht beklagen. Die Inflationsrate betrug in den acht Diktaturjahren zwar 2.100 Prozent, aber die Preissteigerung für Medikamente erreichte mit 10.700 Prozent das Fünffache.

Die Militärs ließen zu, daß internationale Konzerne durch Transferpreismanipulationen Riesengewinne ins Ausland überweisen. Nicht existierende Geistermedikamente wurden als »verkauft« geführt, und für diese verkauften Waren wurden dann Lizenz- und Patentgebühren in großem Umfang ins Ausland gebracht. Diese Gebühren liegen — bezogen auf den Verkaufspreis — in Argentinien mehr als doppelt so hoch wie in der BRD und fast viermal so hoch wie in der USA.

Kein Wunder also, daß sich die Pharma-industrie durch die neue Politik der gewählten Regierung bedrängt fühlt. Weitere Maßnahmen waren noch geplant: ein neues Preisbindungsgesetz und die Erarbeitung einer Liste unentbehrlicher Medikamente auf der Grundlage der Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation für den öffentlichen Sektor. Außerdem sollten die unentbehrlichen Medikamente nicht mehr teuer importiert, sondern nach und nach im Lande selbst billiger hergestellt

werden. So sollte allen Argentinern wieder der Zugang zu unentbehrlichen Medikamenten ermöglicht werden. In der Vergangenheit war etwa ein Fünftel der Bevölkerung von der Arzneimittelversorgung praktisch ausgeschlossen.

Ob diese Pläne allerdings jemals von der jetzigen Regierung verwirklicht werden können, ist ungewiß. Die Lehren aus der eigenen Geschichte machen die Regierung vorsichtig. Die Auslandsverschuldung, die Abhängigkeit von Gläubigerbanken in den Industrienationen ist groß. Schon die Regierung Illia wurde bei Umschuldungsverhandlungen unter Druck gesetzt, ihre Gesundheitspolitik zugunsten der Pharma-konzerne zu verändern.

Die Auslandsschulden Argentiniens sind noch gewachsen, und Verhandlungen über Rückzahlungen stehen ständig auf der Tagesordnung. Für den Journalisten und Politikwissenschaftler Rogelio García Lupo ist das Zusammenspiel von ausländischen Pharmakonzernen und ausländischen Gläubigerbanken auch heute eine »ausgesprochen bewiesene Tatsache«. »Denn wenn sich die Banken zu eventuellen Umschuldungsverhandlungen bereitfinden, dann erwähnen sie immer das Thema Medikamentenindustrie«. Der Schweizer Außenminister habe bei einem kürzlichen Besuch Alfonsín wissen lassen, daß »Argentinien sich keine Hoffnung auf eine bessere Behandlung durch die Schweizer Banken machen solle, wenn er nicht weiterhin eine Politik der Toleranz gegenüber der jetzigen Tätigkeit der Schweizer Pharma-industrie walten läßt.«

Rüdiger Kettler

Rüdiger Kettler arbeitet bei der BUKO-Pharmakampagne.

Die Schlachthofmethode

Elektroschocks wieder im Kommen

»Elektrokampsbehandlung, auch Konvulsionstherapie genannt: künstliche Auslösung generalisierter Krampfanfälle durch elektrische Stromstoße von 200 bis 600 Milliampère bei 80 bis 120 Volt und 0,2 bis 1 Sekunde Dauer. Eine besondere Apparatur ermöglicht die Dosierung des pulsierenden Gleichstroms, wobei die Elektroden an beiden Schläfen oder nur einseitig angesetzt werden... Nach dem üblichen Schema werden zwei Krämpfe wöchentlich gesetzt, bei einer »Kure« im ganzen sechs bis zwölf. Bei starker katatoner Erregung dürfen ausnahmsweise auch zwei bis drei Krämpfe an einem Tag erzeugt werden... Zur Vermeidung von Komplikationen (z.B. Wirbelkompressionen, -fraktur, Schulter-, Kiefluxation) durch eine zu starke initiale Krampfentwicklung werden heute im allgemeinen Muskelrelaxantien ... injiziert. Die Elektrokampsbehandlung ist besonders bei hochgradig erregten und ängstlichen, aber auch stuporösen und gehemmt-depressiven Kranken angezeigt.« (Lernke/Rennert 1979)

Eingeführt wurde das E-Schock-Verfahren von den Italienern Bini und Cerletti 1938. Künstliche Krampfanfälle waren bis dahin durch die Injektion des Medikaments »Cardiazol« ausgelöst worden. Der Krampftherapie lag die falsche Annahme zugrunde, Epilepsie und Schizophrenie traten niemals gleichzeitig auf. Mithin sollte durch künstliche Anfälle die Symptomatik der Geisteskrankheit bekämpft und beseitigt werden.

Die Entdeckung der elektrischen Krampfauslösung wurde von den Ärzten in den Verwahr- und Irrenanstalten enthusiastisch begrüßt, glaubten sie doch, nunmehr den vielfach als unheilbar eingeschätzten Geisteskrankheiten zu Leibe rücken zu können.

Seine Entdeckung — der Öffentlichkeit bewußt lange vorenthalten — schildert Cerletti in einem ausführlichen Bericht: »Ich fuhr zum Schlachthof, um diese sogenannte elektrische Schlachtung zu beobachten. Ich sah, daß den Schweinen große metallene, elektrisch geladene Zangen (125 Volt) an den Schläfen befestigt wurden. Sobald die Schweine mit den Zangen in Berührung kamen, fielen sie bewußtlos um, erstarrten und wurden nach einigen Sekunden von denselben Krämpfen geschüttelt, wie unsere Versuchshunde. Während dieser Zeit der Bewußtlosigkeit (dem epileptischen Koma) stach der Schlachter die Tiere ohne Schwierigkeiten ab und ließ sie ausbluten... Mir schien, daß die Schweine im Schlachthof das wertvollste Material für meine Versuche bildeten könnten... Die Tiere (seiner Versuchs-

Man wundert sich, daß es das noch gibt: die Elektroschocks, in den dreißiger und vierziger Jahren »Therapie« der Wahl, haben noch immer einen festen Platz im Gruselkabinett der Anstaltspsychiatrie.

Schlimmer noch: Mit der Kritik an Pharmakotherapie und der Krise der Sozialpsychiatrie werden die Schocker wieder rege.

dg-Redakteur Norbert Andersch hat sich in der Geschichte der »Durchflutungstherapie«, wie sie sich heute schamhaft nennt, umsehen.

serie, Red.), die die stärkste (Strom-)Dosis empfingen, erstarrten während des Stromstoßes, blieben nach einem heftigen Krampfanfall manchmal minutenlang auf der Seite liegen und versuchten schließlich, sich aufzurichten. Nach vielen, zunehmend verstärkten Anstrengungen gelang es ihnen aufzustehen, einige zögernde Schritte zu machen und schließlich davonzulaufen.«

Diese erbarmungswürdige Prozedur lieferte Cerletti »den überzeugenden Beweis der Harmlosigkeit« eines Stromstoßes durch den Kopf. Er folgerte: »... schien es mir, daß wir unsere Experimente auf Menschen ausdehnen könnten...«

Ein 39 Jahre alter Mailänder Maschinist (verhaftet, weil er ohne Fahrkarte kurz vor der Abfahrt in Zügen umherließ) wird eingefangen und gegen seinen Willen dem Stromexperiment unterworfen. Trotz panischer Angst des Hilflosen wird die Prozedur mit erhöhter Voltzahl wiederholt. Cerletti: »Plötzlich sagte der Patient, der unserer Un-

terhaltung offensichtlich gefolgt war, ohne das bisher von ihm gewohnte Kauderwelsch: „Nicht noch einmal! Es ist tödlich!« Umsonst. Cerletti: »Die Elektroden wurden wieder angesetzt und ein 110 Volt starker Strom angewandt.«

Die Menschenversuche bei der Einführung der Schocktherapie sind bezeichnend für das Vorgehen der Therapeuten, die in den folgenden Jahren Hundertausende dieser Prozedur unterzogen. Die theoretisch erhoffte Wirkung hatte der Elektrokrampf nicht. Stattdessen verursachte er neben dem Krampfanfall mit seinen (damals massiven) Nebenwirkungen ein sogenanntes Psycho-Syndrom: eine diffuse Hirnschädigung, die neben Störungen des Gedächtnisses, der Auffassung, der Orientierung, des Denkens, der Kritik- und Urteilsfähigkeit auch zur Folge hatte, daß es zu (meist kurzfristigen) Änderungen der Krankheitssymptome kam, ohne daß der eigentliche Krankheitsverlauf wesentlich beeinflußt worden wäre.

Insbesondere die dem Psycho-Syndrom eigene hypomane (unnatürlich gehobene, unkritische) Grundstimmung der sonst eher teilnahmslosen Geisteskranken versetzte die Krampfschocker in eine geradezu euphorische Verfassung. »Man kann behaupten«, so jubelt 1939 Professor Küppers auf einer Tagung für Nerven- und Irrenärzte, »daß das Gebiet der Psychiatrie heute zu den ärztlich dankbarsten zählt, während es früher zu den undankbarsten gehörte.« »Die Erfolge in der Behandlung des manisch-depressiven Irreseins werden vielleicht überall 100 Prozent werden«, prophezeit ein Dr. von Braumühl aus der Irrenanstalt München-Haar in der Zeitschrift »Der Nervenarzt«.

»Das Gebiet der Psychiatrie zählt heute zu den ärztlich dankbarsten«

Prof. Küppers 1939

Therapieversagen, Verschlimmerung von vor den Schocks bestehenden Erkrankungen und Todesfälle durch die Schokeinwirkung wurden heruntergespielt. Die in den ersten zwei Jahren (1938 bis 1940) noch durchaus kritische Diskussion verschwand völlig aus den Fachblättern. Die Tatsache, daß es neben erstaunlichen Symptomänderungen auch zu erstaunlichen Schädigungen der normalen Hirnsubstanz und der Leistung kam, störte die wenigsten Ärzte. Verärgert stellte Meggendorfer 1942 fest, daß etliche von ihm als geheilt nach Hause Entlassene von den Angehörigen für schlechter beurteilt wurden als vor der Einlieferung. Über kurzfristige Symptomänderungen um den Preis schwerer, zum Teil blinder Hirnleistungsstörungen hatten 1939 bereits die Engländer Tooth und Blackburn berichtet. Langzeit-nachuntersuchungen an 14 nach E-Schock-Behandlung angeblich geheilt Entlassenen ergaben, daß neun davon noch viele Monate über erhebliche Gedächtnisstörungen klagten. Bei acht Patienten wurden Formen von Schwachsinn festgestellt.

Derartige Arbeiten blieben in der Regel unbeachtet. Wie rücksichtslos mit den Gehirnen und insgesamt der Gesundheit der Ge-schockten umgegangen wurde, dokumentiert eine Arbeit von Schmieder von 1942. Obwohl bei seinen Versuchspatienten bei 25 Prozent aller geschockten Männer Brüche (zumeist mehrerer Brustwirbel) auftraten, kam er zu dem Schluß, daß das Frakturrisiko als »durchaus tragbar« angesehen werden könne und keinerlei Hindernisgrund gegen das Schockverfahren darstelle.

Die panische Angst der Patienten vor den Schockbehandlungen wurde als krankhaft abgetan. Wer sich wehrte, bedurfte besonders vieler Anwendungen. Ein Dr. Büchner gab seine »Erfahrungen bei über 1500 Elektroschockfällen« in der „Psychiatrischen Neuen Wochenschrift“ Nr. 57 (1942) zum besten: »Schocks bei musikalischen Vorträgen durchzuführen, um das Stöhnen und Ächzen der Patienten zu übertönen und eine Irri-

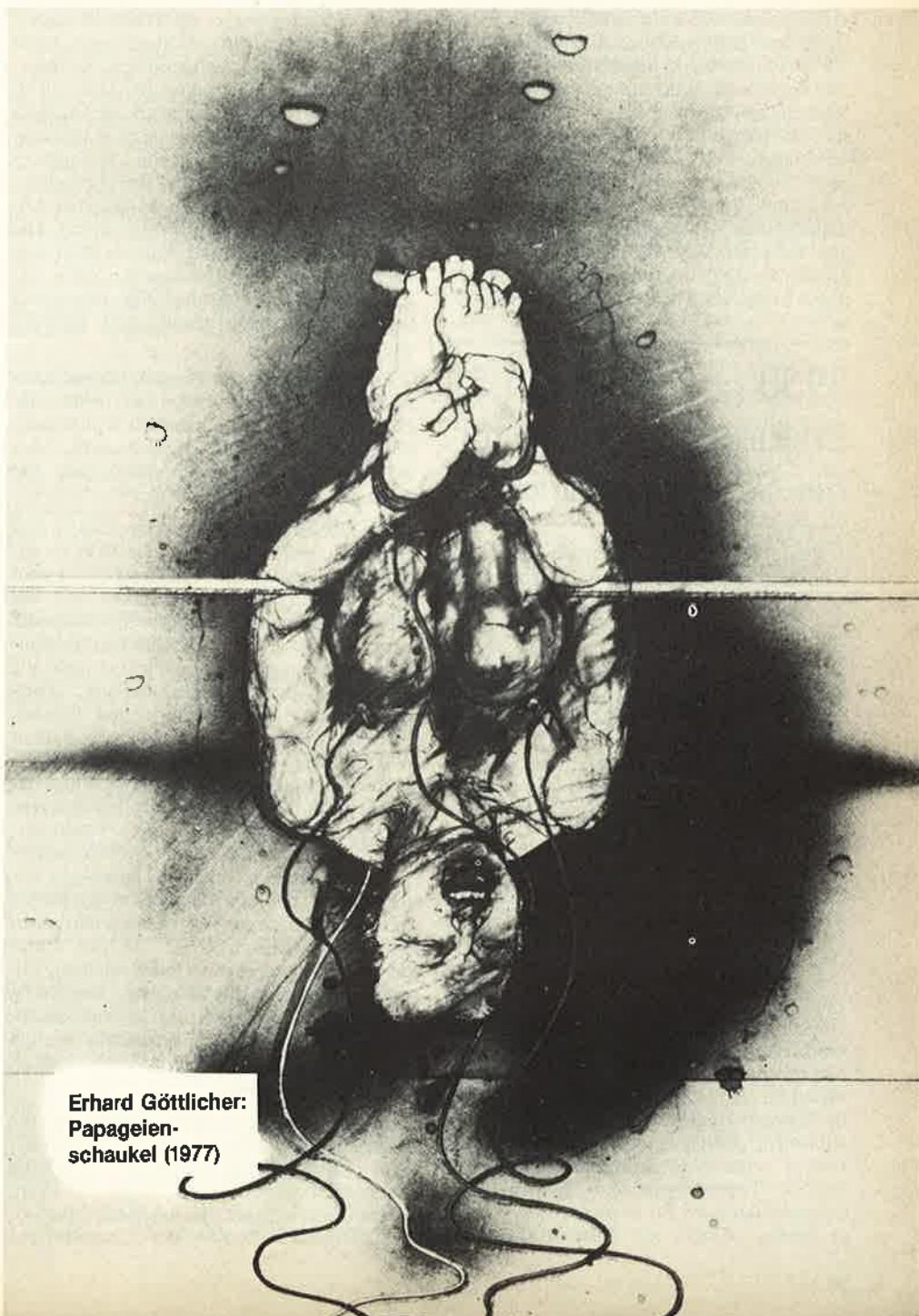
tation der anderen Patienten zu vermeiden ist sicher ein interessantes und mehr noch amüsantes Novum der psychiatrischen Therapie, und dazu auch lokalspezifisch. Die Patienten liegen friedlich in ihren Betten, hören flotte Märsche und Tänze und teilen so ihre Aufmerksamkeit zwischen Rhythmus und Angst.«

Aus der Sicht der Opfer war das Ganze weniger amüsant: »Wenn die Schwestern vorbeikam und ‚kein Frühstück‘ sagte, wußte man, daß man zur Shockbehandlung eingeteilt war. Erwachsene Männer zitterten, und ich sah erwachsene Frauen, die weinten und sagten: ‚Nein, nein, nicht schon wieder heute!‘ und auf dem ganzen Weg zum Shockraum weitermachten. Ich erinnere mich an eine Freundin, die ins Bett machte, wenn sie hörte, daß sie geschockt werden sollte. Es war entsetzlich und erniedrigend. Nackte Angst. Ich betete meistens. Ich betete, daß ich das überstehen möge und daß ich das nie wieder mitmachen müßte. Aber als ich mich

das erste Mal beschwerte, wurde ich in Einzelhaft gesteckt und von dort zum Shocken gebracht.«

In den USA war die Elektroschocktherapie in den vierziger und fünfziger Jahren das Mittel der Wahl zur Behandlung psychisch Kranker. Nach und nach verdrängte die Knopfdruckmethode alle anderen Behandlungsverfahren. In vielen Kliniken wurden alle Patienten geschockt, so daß selbst überzeugte E-Schock-Vertreter zur Kritik Anlaß sahen: »Die wahllose Anwendung«, schreibt 1949 Bennett, »hat sich zu einem medizinischen Skandal entwickelt. Viele Institutionen . . . verwenden sie ohne jede andere Therapie. Es gibt keine Überwachung der Pflege, keine Beschäftigungstherapie, keine Psychotherapie . . . Patienten werden nicht nachuntersucht, Rückfälle nicht festgehalten«, was laut Bennett Patienten aus Angst bis zum Selbstmord treibe.

Doch die Geisteskranken hatten keine Lobby. Die Appelle verhallten ungehört. In



Erhard Göttlicher:
Papageien-schaukel (1977)

Deutschland waren mehr als 100 000 Kranke ermordet worden; den Faschisten war die Stromtherapie letztlich nicht radikal genug.

In den USA ging man von der Mitte der vierziger Jahre an von der therapeutischen Indikation des Elektroschocks ab. Offen wurde er als billiges Disziplinierungsinstrument für unruhige Stationen angeboten. Die panische Angst vor den Schockserien und den schweren Hirnveränderungen machte, so Shoar und Adams 1951, »aus einer unruhigen eine ruhige Station«. Nach zwei Wochen »intensiver Elektroschocks« fanden sich nach Schilderung der hochfreuten Autoren Zustandsbilder, wie sie von Stirnhirnoperierten (Leukotomierten) bekannt sind. Erfahrungen in dieser Hinsicht hatte man bereits im Zweiten Weltkrieg gesammelt, als mit »hoher Erfolgsrate« zwar nicht kranke, aber randalierende Besatzungsmitglieder von Kriegsschiffen geschockt wurden.

Eine Flut von Theorien über die vermeintliche Schockwirkung — 51 Erklärungsmodelle allein bis zum Jahre 1950 — führte zu einem endlosen Herumexperimentieren mit hilf- und rechtlosen Anstaltsinsassen. Die vermeintliche Unvereinbarkeit zwischen Epilepsie und Schizophrenie hatte sich schnell als falsch erwiesen. Biochemische Prozesse und hormonelle Umstimmungen wurden als Wirkungsprinzip propagiert, wobei sich die schockverursachten Ergebnisse peinlicherweise nicht von denen normaler Schädel-Hirn-Verletzungen nach Verkehrsunfall oder einem Schlag mit einem Knüppel unterschieden. Selbst psychodynamische Deutungen, die nach dem Schock eine »Libidosteigerung als Folge individueller Energieentladung« feststellten, fehlten nicht in der Palette.

1950 gab es schon 51 Erklärungsmodelle für die Schockwirkung

Besonders grausam waren Überlegungen, Kranke umzuprogrammieren. Hierzu mußten die bisherigen Verhaltensstrukturen, so die Theorie, zerschlagen werden, um neue, gesunde Verhaltensweisen aufzubauen. Hunderte von Patienten wurden Serien von Elektroschocks unterzogen, bis sie zur völligen Apathie, Sprachlosigkeit, Harn- und Stuhlinkontinenz und Unfähigkeit zur Nahrungsaufnahme »regrediierten« waren. Den Aufbau ihrer neuen Persönlichkeiten haben die Opfer nicht mehr erlebt: Sie waren un wiederbringlich hirngeschädigt.

Doch selbst die nachgewiesenen Hirnschädigungen waren den Elektroschockern zeitweise Wasser auf die eigenen Mühlen. Die Minderung der Intelligenz sei, so Meyerson 1942, ein wichtiger Faktor im Heilungsprozeß: »Ich sage das ohne Zynismus. Man erzielt die besten Heilungsergebnisse bei Individuen, die man fast bis zum Schwachsinn reduziert.« In der Tat sanken die Beschwerden mit der Zahl der verabreichten Schockbehandlungen. Die unkritische Fröhlichkeit bei ehemals Depressiven stieg. Das Ideal des stummen, gefügigen und gutgelaunten Patienten beherrschte derart das Denken der Schock-»Therapeuten«, daß die meisten die Hirnschädigungen für therapeutische Erfolge hielten. Angst, gar Abwehr oder Be-

schwerden, Klagen über Gedächtnisverlust oder Denkstörungen waren aus dem Mund von »Geisteskranken« nicht ernstzunehmen, bestenfalls neurotisch, auf jeden Fall aber ein Anlaß, diesen noch nicht Geheilten weiteren Schockserien zu unterziehen.

Aus Angst vor erneuter Schockbehandlung wagten viele Entlassene nicht mehr, über ihre nach wie vor bestehenden Krankheitssymptome zu sprechen. Viele waren so geschädigt, daß sie sich nicht mehr qualifiziert zu äußern vermochten. Andere verschleierten — aus Scham vor Freunden und Familie — die Hirnleistungsschwächen, stritten Vergeßlichkeit und Konzentrationsstörungen ab oder täuschten eine Heilung vor. Hier findet auch der Sachverhalt eine Erklärung, daß jede Klinik nur dankbare Schockpatienten vorzuweisen hat. Getreu dieser Logik wurden die meisten Geschädigten als geheilt nach Hause entlassen, jene mit noch intaktem Intellekt und Kritikfähigkeit als weiterhin krank in der Klinik »weiterbehandelt«.

»Wir behandeln Störungen, deren Herkunft man nicht kennt, mit einer Methode, deren Wirkungsweise im Dunkeln liegt.« Diesen Satz von Paul Hoch aus dem Jahre 1946 unterstrich der Schock-Papst Kalinowski als nach wie vor gültig im Jahre 1979. Blieb die Wirkungsweise auch im Dunkeln — der Schädigungsprozeß wurde in umfangreichen und sorgfältigen Studien nachgewiesen, wobei klar wurde, daß die Hirnzelluntergänge weniger Folge des ausgelösten Anfalls als des elektrischen Stroms waren. Die letzten legten Quant und Sommer 1966 vor. Dies hinderte Krampfbefürworter nicht, die kritischen Arbeiten aus fast allen nationalen und internationalen Hand- und Lehrbüchern zu tilgen.

Die Einführung der Psychopharmakatherapie brach die beherrschende Stellung des Elektroschocks. Zunehmender Widerstand, vor allem in den USA, gegen groteske Auswüchse des Schockverfahrens Anfang der sechziger Jahre tat ein Übriges.

Die Elektroschockpropheten traten nur zögernd den Rückzug an. Die Erkenntnis, daß unterschiedliche Faktoren in einem komplizierten Gefüge zusammen mit der biographischen und sozialen Situation des einzelnen die meisten psychischen Erkrankungen bedingen, zogte mehr und mehr die Absurdität der Strombehandlung. Fortschritte der Sozialpsychiatrie und Psychotherapie bewiesen, daß praktisch alle Patienten zum Teil geheilt, aber auch durch tolerante Haltung ihnen gegenüber integriert werden konnten. Aus der Gruppe der akzeptierten Therapiemethoden fast verdrängt, klammerten sich die E-Schock-Befürworter an die Notwendigkeit ihrer Therapie in Extremfällen: bei der stuporösen Katatonie oder anderen, zum Teil lebensgefährlichen psychischen Krisen. Diese Stellung wurde der Schocktherapie nie streitig gemacht, obwohl vernünftige Behandlung, Begleitung des Kranken oder gar Vorsorge praktisch alle die Krankheitsbilder vermeidbar werden läßt, aus denen das E-Schock-Verfahren seine letzte Legitimation bezog.

In der Bundesrepublik verschwand die Elektroschocktherapie in vielen Kliniken aus dem Behandlungsprogramm. Einzelne Landschaftsverbände (so unter anderem Hessen) erklärten sie für unzulässig. Auch in der DDR sank die Zahl der Anwendungen

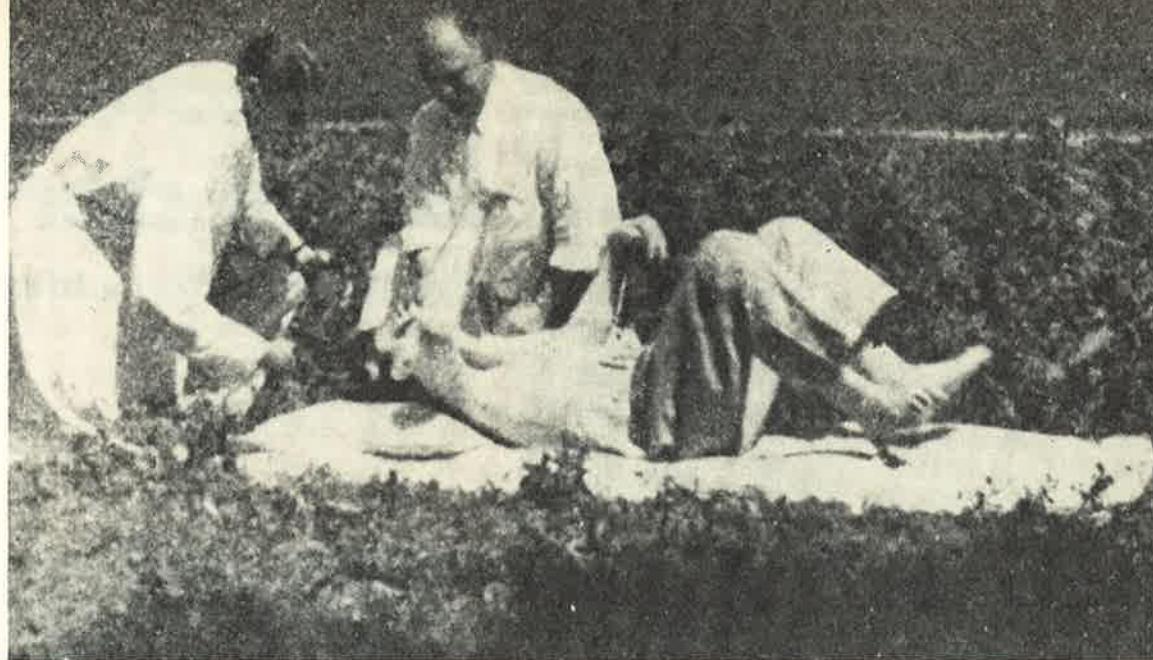
erheblich. In der Sowjetunion war das Verfahren zeitweise völlig verboten. In Dänemark, England und den USA behielt die E-Schock-Methode aber weiter einen wichtigen Platz. Eine Umfrage in bundesdeutschen Kliniken brachte im Jahre 1981 das erstaunliche Ergebnis, daß auch mitten in der sozialpsychiatrischen Ära in 98 von 227 überprüften Kliniken noch E-Schocks, wenn auch in sehr geringer Zahl, durchgeführt wurden.

Die Schocktherapie preist sich als »einfach« und »überschaubar« an

Nach dem unfreiwilligen Rückzug präsentierte sich die Schocktherapie in neuem Gewand. Zunehmend erscheinen Artikel zur Rehabilitation des Elektroschocks in bundesrepublikanischen, aber auch DDR-Fachzeitschriften. Sie hat sich die Krise der Sozialpsychiatrie und die Kritik an den Psycho- und Psychopharmaka zunutze gemacht. Auch dem Wirrwarr und der nicht mehr zu überblickenden Anzahl der psychotherapeutischen Verfahren glaubt sie mit einem Konzept von Einfachheit und Überschaubarkeit Konkurrenz machen zu können.

Die Schocktherapie gibt sich sanft. Das »modifizierte« Verfahren (einseitige Stromzufuhr, Relaxierung, Narkose) wird als völlig ungefährlich beschrieben. Erinnerungen an die Gefahren der Vergangenheit werden mit Hinweis auf das angeblich neue Verfahren abgewiesen. Schocktherapeuten haben sich eine publikumswirksame Rolle zugezogen: Als Opfer ideologisch verhetzter Sozialpsychiater kämpfen sie aufopferungsvoll um eine lebensrettende Therapie im Interesse der Kranken. Lediglich der tendenziösen Berichterstattung — und nicht dem Mißbrauch des Verfahrens — sei die Angst der Mensch vor der Schockbehandlung anzulasten. Reizworte wie Krampf- oder Schocktherapie sind tabu. Man spricht heute von »Durchflutungsbehandlung«.

Der Imagewechsel ist total: Bot sich die alte Elektroschocktherapie den Anstaltsdirektoren der vierziger und fünfziger Jahre als Disziplinierungsinstrument, präsentiert sie sich jetzt als »angstfreies Komplexverfahren«. Wetteiferte sie (in den vierziger Jahren) noch mit den Hirnoperationen um die bestmögliche Ausschaltung pathologischer Zentren, so wird heute jede Hirnsubstanzschädigung weit von der Hand gewiesen. Früher als billiges Schnellverfahren angepriesen, umgibt sich die Elektroschocktherapie heute mit dem Flair der aufwendigen Spezialbehandlung. Rücksichtloses Schokken angstfüllter Kranker ist out — heute wird das »gemeinsame Durchleben der Krampsituation« als Urerlebnis des Arzt-Patient-Verhältnisses dargestellt. Macht die Schocktherapie in den siebziger Jahren jede weitere Therapie noch »überflüssig« (Solms 1963: »... die depressiven Inhalte werden so vollständig vergessen, daß sich das Problem einer Psychotherapie gar nicht mehr



stellt.«), so wirbt die Schocktherapie heute als die ideale Voraussetzung für die Psychotherapie.

Das hirnorganische Psycho-Syndrom wird in »angstfreie Entspannung ohne Müdigkeit« umdefiniert. Selbst die durch die Elektrokrämpfe ausgelöste »Gliedaktivierung« wird wegen des positiven Wortklangs bemüht, um das Verfahren sympathisch zu machen. In Wirklichkeit bezeichnet dieser Begriff den narbigen Umbau der Hirnstruktur nach Zelluntergang. Flehen früher Tausende umsonst, von dem Verfahren verschont zu werden, so werden heute Kranke in die Schlagzeilen geschoben, die auf Knien nach einem Elektroschock als letzte Rettung winseln. »Gibt es ein Recht auf Elektroschock?« fragt besorgt die Titelschlagzeile der Medical Tribune.

Tatsache bei alledem ist, daß sich an der Absurdität des Elektroschockverfahrens nichts geändert hat. »Die Krampftherapie«, schreibt schon 1962 der eher konservative Psychiatrie-Professor Schulte, »ist verführerisch. Sie ist die billigste, im Erfolg am meisten impionierende, die bequemste und fast muß man sagen — auch die geistloseste innerhalb der Psychiatrie.«

Auch heute ist der Patient nicht zu beneiden, der den Schocktherapeuten unter die Hände gerät. Statt der gefahrlosen einseitigen Reizung verwenden die meisten bundesrepublikanischen und Schweizer Kliniken nach wie vor die alte zweiseitige Methode, wie eine Umfrage ergab. Auf den Anästhesisten wird (obwohl angeblich dringend erforderlich) oft genug verzichtet. Die vielgelobte Freiwilligkeit steht oft nur auf dem Papier. Ist der Patient erst in der Schockserie, verfügt er unter dem Psycho-Syndrom, dem Druck der Krankheitssymptome, des Arztes und der Angehörigen praktisch über keine Möglichkeit mehr, seinen Willen zur Gelung zu bringen. Daß die Indikation zur Krampfung »gemeinsam mit dem Patienten zu erarbeiten« sei (Dörner), ist nichts als ein frommer Selbstbetrug. Vor amerikanischen Gerichten gelten derartige unter Pressionen Zustande gekommene »Freiwilligkeitserklärungen« schon heute für nichtig. Wie die Praxis aussah und aussieht, verrät das Handbuch »Psychiatrie der Gegenwart«. Hier wird unverhohlen empfohlen, die Nar-

kose zu nutzen, um den Patienten ohne sein Wissen zu krampfen.

Halten die Schocktherapeuten nach außen wie Pech und Schwefel zusammen, so sind sie untereinander nach wie vor heillos zerstritten. Jeder glaubt, andere Krankheitsbilder besonders gut behandeln zu können. Wo der eine seine größten Erfolge dokumentiert, hält der nächste das Verfahren für veraltet. Der eine (Wolff) berichtet stolz von 282 Schocks, die ein 82jähriger Greis komplikationslos überstanden habe, will aber kindliche Hirne wegen erhöhter Verletzbarkeit verschont sehen — der nächste (Spiel) krampft skrupellos Kleinkinder und entschuldigt sich fast dafür, daß er nicht auch Säuglinge an den Strom anschließt: »... nicht etwa, daß uns das Lebensalter eine Hemmung auferlegt hätte.« »Leider«, bedauert Spiel, fand er bei den unter Fünfjährigen nur Symptome, die »keine Indikationen abgaben«. Selbst Schwangerschaft und Wochenbett stellen keine Kontraindikation dar.

So neu und sprachlich bereinigt das Bild auch ist, mit dem die Schocktherapeuten heute werben — grundlegende Züge sind seit 40 Jahren unverändert.

Zu jeder Zeit haben die Schockanhänger Gefahren und Nebenwirkungen abgestritten

Es gibt nicht eine wissenschaftlich stichhaltige Studie

— und sie tun es heute. Sie diffamieren Gegner des Verfahrens, ohne deren Arbeiten je widerlegt zu haben. Selbst haben sie keine einzige größere, wissenschaftlich stichhaltige Studie vorgelegt, die korrekt Heilerfolge oder Nebenwirkungen dokumentiert. Dies wäre das mindeste, was man von einer angeblich risikoarmen und erfolgreichen Behandlungsmethode erwarten könnte.

Die maßgebliche international verfügbare Literatur — Handbücher und Lehrbücher

— ist weitgehend durch wenige Meinungsmacher beherrscht: Kalinowski, USA, und Hippius, BRD. Kritische Arbeiten finden hier keine Würdigung. Die Schocktherapeuten entziehen sich souverän der fortschreitenden psychiatrischen Diskussion, der Erkenntnis von der Komplexität der Krankheitsbilder, den Fortschritten von Psychologie und Hirnphysiologie. Keiner Therapie liegt eine so statische Krankheitsauffassung, ein so untergewichtiges Persönlichkeitsbild und ein so fanatischer Heilungswille zugrunde. Tolerieren psychischen Andersseins und Prävention psychischer Erkrankungen sind »natürliche Feinde« des Schockverfahrens, das mit einer kaum nachvollziehbaren Verbissenheit um seine Berechtigung kämpft.

Kein Verfahren hat wie die Elektroschocktherapie das Gewaltmonopol der Institution und des Arztes so rücksichtslos demonstriert. Auch heute ist sie von allen in der Psychiatrie verwandten Methoden die am stärksten hirnschädigende. Sie ist die in der Anwendung aggressivste und auch heute eine objektiv meist unfreiwillige »Therapie«. Sie dominiert mit ihren Veränderungen alle begleitenden Therapiemethoden (sofern es solche gibt); sie fördert keine Eigenverantwortung und produziert uneingeschränkte Abhängigkeit vom Therapeuten. Unter der Schocktherapie haben die Patienten weniger als bei allen anderen Therapieverfahren die Möglichkeit, ihrer Wirkung zu entkommen oder sich mit den Resten erhaltener Persönlichkeit gegen sie zur Wehr zu setzen.

Die Elektroschocktherapie ist als Therapie der menschlichen Psyche in ihrer hohen und komplexen Entwicklung in keiner Weise adäquat. Man kann, so sehr der Vergleich hinkt, keinen Mikrochip mit einem Vorschlaghammer reparieren.

»Die Elektroschocktherapie schadet nicht nur dem Patienten, dem sie verordnet wird. Sie korrumpt auch den Berufsstand, der sie guthieß und verteidigt«, schreibt Breggin in seinem Buch »Elektroschock ist keine Therapie«. Das Verfahren gehört aus der Palette der Therapien endgültig verbannt, seine Rehabilitierung wäre ein Rückschritt in eine schlimme Zeit. □

Im pharmazeutischen Gemischtwarenladen gibt es für jedes Wehwehchen eine Pille. Der Laienmarkt gewinnt an Bedeutung.

Kopfschmerzen, Übergewicht, Schlafstörungen, Stress, Leistungsschwäche — wer von uns schlägt sich nicht mit mindestens einem dieser Probleme herum? Und wer glaubt dann nicht allzu gerne den Versprechungen der Werbung, dies sei aber nun wirklich *das* Mittel gegen . . .

In unserer leistungsorientierten und immer gesundheitsbewußteren Gesellschaft hat die Werbebranche einen lukrativen Markt entdeckt: es sind die Pillen, Säfte und Salben gegen und für alles, was man sich nur wünscht. Die Befriedigung unserer Sehnüchte rückt zusätzlich dadurch näher, daß viele Präparate nicht mehr apothekenpflichtig, das heißt, frei verkäuflich und sogar in Selbstbedienungsläden zu ersteilen sind.

Im allgemeinen Überkonsum dieser Mittel liegt heute die größere Gefahr als in einzelnen »unsicherem« Arzneimitteln. Denn die Einnahme eines Arzneimittels bedeutet immer, einen

Umsatz-Vitamine gegen Ertrags-Mangel

Fremdstoff in den Organismus aufzunehmen, mit dem der Körper fertig werden muß.

Daher lauten die Aufforderungen an Ärzte: weniger Arzneimittel zu verordnen und dabei auch Patientenwünschen zu widerstehen; an Patienten: nicht mehr als notwendig und verordnet einzunehmen; an Verbraucher: auf die ganze Palette der täglichen Schlaf-, Schmerz-, Abführ-, Beruhigungs-, Stärkungs- und sonstigen Mittel zu verzichten und allenfalls gezielt und begründet zu einem Arzneimittel zu greifen.

Solch wohlgemeinten Ratschläge sind gar nicht so einfach zu beherzigen. Haben es Ärzte, Patienten und Verbraucher doch mit einem starken Gegner zu tun: der Arzneimittelwerbung der Pharmakonzerne.

Arzneimittel sind Waren, die

Gesundheit, Befinden, körperliche und seelische Funktionen beeinflussen (sollen), ohne daß der Verbraucher diese Einflüsse im einzelnen durchschauen kann. Sie sind vom Bundesgesundheitsamt kontrolliert und tragen entsprechend eine Registrierungs- (Reg.Nr.) oder Zulassungs- (Zul.Nr.) Nummer.

Der Handel mit Arzneimitteln hat sich seit Beginn dieses Jahrhunderts völlig gewandelt. Bis dahin wurden Arzneimitteln einzeln und individuell vom Arzt verordnet und vom Apotheker hergestellt und sofort an den Patienten abgegeben. Inzwischen produziert die Industrie Arzneimittel auf Vorrat, und der Apotheker wurde vom Hersteller zum Vertreter.

Dabei sind die Pharmakonzerne in zweifacher Hinsicht erfolgreich: einerseits erreichen sie immense Umsatzzahlen, andererseits hat sich auch die Einstellung der Verbraucher gegenüber Arzneimitteln geändert. Das damit immer verbundene Risiko wird unterschätzt. Arzneimittel werden zur Vorbeugung, als Lebenshilfe und auch in der Krankheitsbehandlung oft unkritisch eingesetzt.

Diese Einstellung, die unter anderem in der verharmlosenden Medikamentenwerbung begründet liegt, wird von den Herstellern weidlich ausgenutzt und gefördert. Denn die Arzneimittelindustrie kann — von wenigen Ausnahmen abgesehen — für alle nicht verschreibspflichtigen Präparate werben. Und das, obwohl viele dieser Mittel bekanntlich überflüssig, unwirksam oder sogar bedenklich sind, etwa Appetitzügler, deren Jahresumsatz schon 1981 rund 65 Millionen Mark betrug, Kopfschmerz-(300 Millionen Mark) und Abführtabletten (145 Millionen Mark).

Nach der Einführung der Negativlisten am 1. April 1983, die eine ausschließliche Selbstmedikation bei leichten Erkrankungen, Verstopfung und Übelkeit erzwingen, sind Umfang und Bedeutung der Publikumswerbung weiter gestiegen.

In der nüchternen Sprache des Pharma-Managements klingt das so: »Nachdem durch die Negativliste die Stellung des Patienten im Arzneimittelmarkt gestärkt wurde, rückt für die betroffenen Firmen die Ansprache an den Verbraucher durch Maßnahmen in Werbung und Verkaufsförderung stärker in den Mittelpunkt ihrer Firmen-, Produkt- und Vertriebsstrategie (»Die Pharmazeutische Industrie«, 6/83). Die Ergebnisse dieser Aktivitäten kann jeder von uns in Zeitungen und Zeit-

Der Laie ist an der Reihe

Pharmaindustrie entdeckt die Laufkun



schriften, in den Schaufenstern der Apotheken, in Reformhäusern und Drogerien, mittlerweile aber auch mehr und mehr in Lebensmittelgeschäften verfolgen.

Daß die Gesundheitswelle nun auch in die Regale des modernen Lebensmittelhandels schwappt, verdanken wir dem steigenden Angebot an frei verkäuflichen Arzneimitteln. Hinzu kommt, daß in Teilenbereichen des Standardsortiments heute nicht mehr viel zu verdienen ist, wie zum Beispiel mit Putz-, Wasch- und

Reinigungsmitteln, deren Absatz stagniert. Und da kommen die umsatzsteigernden Gesundheitsprodukte gerade recht. Die Werbung hat es damit immer leichter, die Verbraucher direkt anzusprechen, wenn sie ihre Stärkungsmittel, Elixiere und Tonika, Entschlackungs- und Verdauungspräparate, Aufbau- und Beruhigungsmittel an Mann und Frau bringen will. Daß sie erfolgreich ist, zeigen die Umsatzzuwächse dieses Teilmarktes, dessen Produktvielfalt unüberschaubar ist. Wenig beeindruckt von dieser Konkurrenz dürften dabei die Apotheken, Reformhäuser, Drogerien und Drogeriemärkte sein, die dieses Feld bislang allein besetzten.

Da der Kampf um die Marktanteile über die Werbung laufen wird, können wir — als potentielle Käufer — uns auf einiges gefaßt machen.

Das Heilmittelwerbegesetz (HWG) vom 1. Januar 1978 ist die wichtigste gesetzliche Grundlage für die Laienwerbung. Unter anderem verbietet es eine irreführende Werbung; legt es fest, welche Angaben die sogenannte Laienwerbung mindestens enthalten muß; verbietet es die Werbung für verschreibungspflichtige Medikamente beim Laien sowie die Werbung für Medikamente, die dazu bestimmt sind, beim Menschen Schlaflosigkeit oder psychische Störungen zu beseitigen oder die Stimmungslage zu beeinflussen; verbietet es die Werbung mit der Wiedergabe von Krankengeschichten (z.B. Vorher-Nachher-Abbildungen in der Schlankheitswerbung), mit der bildlichen Darstellung von Personen in Berufskleidung oder bei der beruflichen Ausübung.

Mit der Überwachung dieses Gesetzes — ein derzeit hoffnungsloses Unterfangen — sind die Landesbehörden beauftragt. Denn trotz dieses zusätzlichen intensiven Arbeitsbereiches wurden bei den Überwachungsbehörden weder personelle noch finanzielle Erweiterungen vorgenommen. Jeder Versuch, gesetzeswidrige Werbung wegen Täuschung und Irreführung zu unterbinden, muß an der finanziellen und politischen Macht der Pharmaindustrie scheitern.

Es gibt wohl kaum ein Gesetz, das so häufig straffrei übertreten wird wie das HWG. Und wer kennt nicht Beispiele für Werbung mit schier unglaublichen Versprechungen, auf die dennoch immer wieder Tausende von Menschen hereinfallen, die Probleme mit Gewicht, Haarausfall, Potenz, Busengröße,

Alterserscheinungen, Hautfältchen und Frühjahrsmüdigkeit haben. Daß die Zahl der angeblich so gesunden und leistungssteigernden Mittelchen und Präparate weiterhin wächst, kann

Es darf gesündigt werden

einen nicht mehr verwundern. In den seltensten Fällen wird — deutlich lesbar — auf mögliche Gefahren bei länger andauernder Einnahme oder unerwünschte Wirkungen hingewiesen.

Sind wir damit den Pharmariesen hoffnungslos ausgeliefert? Die schlichte Forderung nach Versachlichung der Publikumswerbung für Arzneimittel scheint unzulänglich, beteuern doch die Werbestrategen heute schon ihren Willen zu rein sachlicher Information.

Schon 1976 wurde auf einem Gewerkschaftstag der ÖTV der Antrag für ein Verbot der Arzneimittelwerbung angenommen. Stattdessen sollten industrieunabhängige Informationszentren für Fachleute und Laien eingerichtet werden.

In die gleiche Richtung geht ein Gesetzentwurf, den die nordrhein-westfälische Landesregierung noch vor der diesjährigen Sommerpause in den Bundesrat einbringen will. Dieser Entwurf zur Änderung des Arzneimittelgesetzes sieht ein Verbot der Publikumswerbung für nicht verschreibungspflichtige Präparate wie Schmerz- und Abführmittel vor. Danach sollen Arzneimittel künftig nicht mehr im Selbstbedienungshandel verkauft werden dürfen. Auch Verbraucher und ihre Interessenvertreter sollten sich in diesem Sinne äußern. Sie sollten darauf dringen, daß die Behörden der Bundesländer sich mehr um die Werbeszene kümmern. Gleichzeitig könnten sie durch Anzeigen offensichtlicher Verstöße dem schlimmsten Mißbrauch abhelfen. Entsprechende Hinweise nehmen auch die Verbraucher-Zentralen entgegen und leiten sie an die zuständigen Landesbehörden oder den Berliner Verbraucherschutzverein (VSV) weiter.

Ulrike Schell

Lesetip

»Vorsicht, Arzneimittel« ist der Titel einer Broschüre zur Laienwerbung, die von der Fachgruppe Apotheken in der Berliner ÖTV herausgegeben wird. Sie ist im Oktober 1983 erschienen und kann bezogen werden bei der ÖTV, Joachimsthaler Str. 20, 1000 Berlin 15.

Ulrike Schell ist Fachreferentin bei der Verbraucher-Zentrale Nordrhein-Westfalen



Der einge-
bildete
Kranke



Aktualitäten

Doktor Véron, der der Politik und seinem Pomp und seinen Werken entsagt hat, zieht sich auf das Land in Auteuil zurück und gibt sich den bevorzugten Vergnügungen der alten Hirten Arkadiens hin: der wirklich Weise tröstet sich für alles mit der Philosophie und einer Klarinette.

Le Docteur Véron ayant renoncé à la politique et s'y livre aux divertissements favoris des anciens bergerophie et une clarmette.

Honoré Daumier

und die Medizin

Honoré Daumier, bourgeois Kritiker der französischen Bourgeoisie des 19. Jahrhunderts, griff mit seinen beißenden Karikaturen die »ehrenwerte Gesellschaft« an: Politiker, Geschäftsleute, Rechtsanwälte und Ärzte. Die berühmtesten Opfer seiner Zeichenkunst sind sicher die Winkeladvokaten, die selbstherrlichen Richter und bornierten Staatsanwälte. Daß sein Spott

auch der Medizinerzunft gehörte, ist weniger bekannt.

Obwohl Daumier den liberalen »Hoffnungsträgern« in Frankreich nahestand, betonte er in seinen Lithographien, entgegen dem herrschenden Optimismus, das Dämonische, Kleine, Gemeine. Die Karikaturen über Ärzte und Patienten entstanden zwischen 1833 und 1868.



PARIS
— Comment vous vous sentez-vous?
— Vous êtes bien bonne, je tousserai



campes et à ses œuvres se rende à la campagne à Arcueil, de l'Arcadie le vrai sage se console de tout avec de la Photo

**Robert
Macaire,
Zahnarzt**

»Zum Teufel! Herr Doktor, Sie haben mir zwei gesunde Zähne gezogen und die zwei schlechten gelassen ...« (Robert Macaire zu sich):
»Zum Teufel!!! ...« (laut): »Sie haben recht! Ich hatte meine Gründe ... Wir haben immer noch Zeit, die schlechten zu ziehen ... Was die gesunden betrifft, so hätten die Ihnen eines Tages Zahnschmerzen verursacht ... Eine Zahnersatz wird Ihnen nie mehr Schmerzen bereiten, außerdem ist sie in Mode, und man trägt so etwas, weil es schick ist.«



Robert Macaire Dentiste

Si M^e de Béthune, vous m'avez accueilli dans bonnes dispositions et vous avez bien été dans une réunion... (Rob. Maréchal) Deballot (Rouen) sera de la partie mais n'auront pas d'autorité... nous nous sommes réunis à temps, à l'assemblée des marchands, quand nous étions, ils auraient fait faire quelque chose de plus, mais pas tout de suite. Un résultat politique ne vous fera jamais suffire, et il est malheureux que l'on ne porte plus que ça.

**Pariser
Skizzen**

»Was macht Ihr Husten?«
»Oh, gut! Danke für die Nachfrage. Ich huste oft und sehr gut ... und Sie?«

Die schö-
nen Tage
des Lebens

**Ein glücklicher Fund:
»Potztausend,
ich bin ent-
zückt ... Sie
haben das Gel-
be Fleber! Das
ist das erste
Mal in meinem
Leben, daß ich
das Glück ha-
be, ein solches
Leiden zu be-
handeln!«**



UNE HEUREUSE TROUVAILLE.

Parbleu je suis ravi... vous avez la fièvre jaune... c'est la première fois de ma vie que j'ai le bonheur d'en soigner une!

Denn sie wissen nicht wie ihnen geschieht

Frauen im Krankenhaus

kj — Die Mehrheit der Angestellten im Krankenhaus ist weiblich. Aber nur ein kleiner Teil nimmt leitende Positionen ein. Die Krankenschwestern arbeiten weiter getreu dem Motto: einstecken und stillschweigen.

Auf dem Weg von der Kräuterheilkunde zur Medizin unterlag die Arbeitsteilung auf diesem Gebiet den gesellschaftlichen Ansichten der jeweiligen Epoche. Mit der Verwissenschaftlichung der vormals »den Hexen vorbehaltenen Giftmischerei« erklärten die Männer die Medizin zu ihrer Domäne und verwiesen die Frauen in die Pflege. Frauen, die den Zugang zu den Universitäten begehrten, wurde die Studiernfähigkeit abgesprochen, da ihnen von Natur aus die rationalen Fähigkeiten fehlten würden. In einem ärztlichen Fachblatt erklärte in diesem Zusammenhang 1870 ein Dr. Bennett, daß die Ebenbürtigkeit mit dem Manne nicht verlangt werden könne. Sogar vor Krankheiten wie Neuralgien oder Entzündungen der Gebärmutter wurde gewarnt, die sich Frauen zuziehen würden, sollten sie in Bereichen arbeiten, die männlichen Wesen vorbehalten sind. Mit dem Argument, Intelligenz sie physiologisch zu erklären, wurden die Frauen an den häuslichen Herd zurückgeschickt.

Mühsam erkämpften sie sich den Zutritt zu den Seminaren. Alle Schwierigkeiten sind damit längst nicht überwunden. Die Ansicht, der Arzt sei ein Mann, wird in der bekannten Situation offensichtlich, in der auf der Station der Zivildienstleistende, der neben der Ärztin steht, als der »Herr Doktor« angesprochen wird. So begrüßenswert es auch ist, daß Frauen in die von Männern gehaltene akademische Bastion einbrechen und die Polarität Mann-Arzt und Frau-Krankenschwester abmildern; die meisten im Krankenhaus arbeitenden Frauen sind in der



Krankenpflege tätig. Sie bilden die passive, schweigende Mehrheit der Arbeitnehmer im Krankenhaus während Medizinstudenten — wie kürzlich im Physikumskandal — geschickt ihre Interessen vertreten, die Ärzteschaft im Hartmannbund ihre Lobby findet, bleibt es um die Schwestern still. Da sie es nicht gelernt haben, sich für ihre Belange einzusetzen, bieten sie sich als »Lückenbüßer« geradezu an. Eine Krankenschwester übernimmt nahezu alle Tätigkeiten, die andere Berufsgruppen im Krankenhaus nicht durchführen, weil ihr Aufgabengebiet nicht abgesteckt ist. Ist die Putzfrau nicht da, reinigt die Schwester das verschmutzte Klo; ist der Arzt nicht da, hängt die Schwester die Transfusion an.

Der Bundesgerichtshof hat 1975 klargestellt: »Die Verwendung nichtärztlicher Hilfspersonen ist aus der Medizin und insbesondere aus dem heutigen Klinikwesen nicht wegzudenken... Ein persönliches Tätigwerden im Einzelfall ist dem Arzt teils aus Gründen der wirtschaftlichen Arbeitsteilung nicht zumutbar, teils auch wegen der Grenzen seiner fachlichen Kenntnisse gar nicht möglich... Ein persönliches Eingreifen des Arztes ist vielmehr grundsätzlich nur zu fordern, wo die betreffende Tätigkeit gerade dem Arzt eigene Kenntnisse und Kunstfertigkeiten voraussetzt.«

Lösungsweg für den Arzt ist die Delegation seiner eigenen Aufgaben auf nichtärztliches Personal, auf Untergesetze oder wie auch sonst Krankenschwestern bezeichnet werden.

Daß aber bei der Personalbedarfsermittlung delegierte ärztliche Tätigkeiten nicht berücksichtigt werden, geschweige denn, daß diese qualifizierte Mehrarbeit angemessen entlohnt wird, scheint wohl niemandem aufzufallen. Qualifikation muß nicht leistungsgerecht bezahlt werden — praktizierte Kostendämpfung!

Krankenschwestern sind es nicht gewohnt, Forderungen zu stellen. Eine Eigenständigkeit des Berufes Krankenschwester gibt es nicht. Auch in ihrem Selbstverständnis ist sie zum Handlanger der Ärzte degradiert worden und hat sich die üblichen Verhaltensweisen des Sich-Anpassens und Stillschweigens angeeignet. Nicht nur gegenüber dem Arzt. Anscheinend fragt sich keine, wem die Stellenplankürzungen und die damit zwangsläufig verbundenen, teilweise unbezahlten Überstunden nutzen.

Alles geschieht zum Wohle des Patienten. Na dann, Prost! Es wird nicht nur gefordert, Tätigkeiten anderer Berufsgruppen zu übernehmen und mit wenig Personal eine Station zu führen, nein, auch an die Qualität der

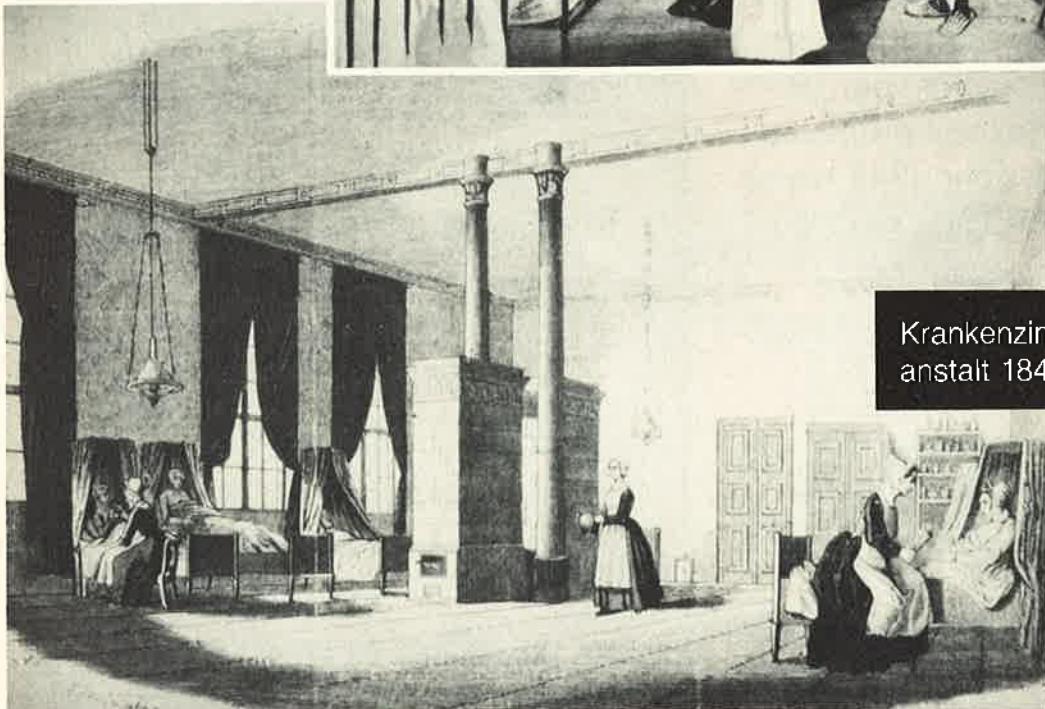
Pflege werden hohe Ansprüche gestellt. Sr. Liliane Juchli in ihrem Buch »Sein und Handeln«: »Hier sind wir gefordert, uns selbst einzubringen, unser Inneres, d. h. die kreativen Fähigkeiten und religiösen Werte, mit dem Äußeren, den profanen, pragmatischen Anforderungen zu verbinden. Kommen Kopf, Herz und Hand, und damit sind die für den Krankenpflegeprozeß notwendigen Elemente des Denkens, Entscheidens und Handelns gemeint, mit unserem inneren Sein in Berührung und in einen fließenden Austausch, dann geschieht wie von selbst, was den echten und befriedigenden Dienst ausmacht.«

Die Ansprüche können wie Mühlsteine wirken, zwischen denen sich die Krankenschwester zermahlen läßt — freundlich lächelnd, versteht sich. Gipfel ist der mancherorts eingeführte Beurteilungsbogen für Schwestern und Schülerinnen, in dem die psychische Belastbarkeit bewertet wird. Am besten schneidet diejenige ab, die ihre Bedürfnisse am besten unterdrücken kann. Ganz in der Tradition des Florence-Nightingale-Mythos.

Dr. Sabine Bartholomeyczik, Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie des Bundesgesundheitsamtes, arbeitet an einem Forschungsvorhaben, das die Lebenssituation von Frauen (Industriearbeiterinnen, Krankenschwestern und Medizinisch-



Kinderkrankenhaus Berlin zur Weihnachtszeit 1892



Krankenzimmer einer Diakonissenanstalt 1848

Technische Assistentinnen) und den Zusammenhang mit ihrer Gesundheit untersuchen soll. In der Deutschen Krankenpflegezeitschrift (11/1984) schreibt sie, daß bisher nur zaghaft längerfris-

stige Auswirkungen der Pflegearbeit in Form von Gesundheitsstörungen angesprochen wurden.« Die Krankenpflege ist zwar traditionell ein typischer

Frauenberuf, widerspricht aber in vielen seinen Anforderungen den üblicherweise als typisch weiblich dargestellten Fähigkeiten. Während Frauen der Zugang zum Bauhauptgewerbe etwa mit dem Argument versperrt wird, in diesen Berufen müßten sie zu schwer heben, fragt in der Krankenpflege kein Arbeitsmediziner nach der Schwere der körperlichen Belastungen. Arbeiterinnen in der Industrie ist als besonderer Arbeitsschutz Nacharbeit untersagt, von den angestellten Krankenschwestern wird sie selbstverständlich erwartet, ohne daß größere arbeitsmedizinische Untersuchungen über die Auswirkungen von Nacht- und Schichtarbeit in diesem Beruf durchgeführt werden. Selbstverständlich geht es hier nicht um ein Plädoyer zur Abschaffung der Nacharbeit im Krankenhaus. Aber durchdachte, günstige Schichtpläne, in vielen Betrieben auf Druck hin üblich geworden, sind im Krankenhaus eher Zufallsprodukte.«

Ein weiterer Artikel der DKZ, von Dörthe Lau und Gisela Bliemeister, beklagt: »Es ist ein bedeutsames Phänomen, daß eine zahlenmäßig so starke Berufsgruppe nicht in der Lage ist, gemeinsam ihre Interessen auch gegen politische Entscheidungen durchzusetzen. Engagierte Mitarbeiter . . . der Krankenpflege müssen immer wieder mit Betroffenheit feststellen, daß sie zu Einzlkämpfern gemacht werden, deren Ziele nicht von der Mehrheit der Berufskollegen unterstützt werden.«

In der letzten Zeit bilden sich aber immer mehr engagierte Kleingruppen, deren Motto schon die Stimmung unter den Schwestern ausdrückt, z.B. »Dumm genug zum Pflegen?« oder »Nurse Power«. »Nurse Power« hat es sich zum (gewagten) Ziel gemacht, eine politische Krankenpflegebewegung zu entwickeln.

Kontaktdresse: Sepp Strauß, Einöde 31, 8961 Wildpolzried.

Kinderkrankensaal um 1900



Nicht human — bloß humanitär

Zwangssterilisation bei Behinderten und psychisch Kranken

Noch immer wird zwangssterilisiert. Daß es geschieht, daß es mit humanitären Argumenten gerechtfertigt wird, offenbart eine erschreckende Kontinuität vom 19. Jahrhundert über die Nazizeit bis heute. Für Kontinuität über das Jahr 1945 hinaus haben zum Teil dieselben Täter gesorgt.

Der Behinderten-Pädagoge Professor Wolfgang Jantzen wies für dg die Zusammenhänge nach.

In der bürgerlichen Aufklärung entstanden pädagogische Entwürfe, die die Erziehbarkeit aller Menschen postulierten und mit Erfolg praktiziert wurden, so etwa der von E. Seguin auf dem Gebiet der Idiotenerziehung. Spätestens in den achtziger und neunziger Jahren des vorigen Jahrhunderts ist ein Wandel festzustellen. Soziale Fragen werden von Medizin und Pädagogik psychologisiert und biologisiert. Es entstehen die klassische psychiatrische Nosologie* mit ihren Dogmen der Bildungsunfähigkeit, der Unerziehbarkeit und der Unverständlichkeit, die pädagogische Kinderfehlerlehre in der Tradition des Herbartianismus**; zudem werden aus dem Bereich der Inneren Mission heraus entsprechende Sozialpädagogikentwürfe aktualisiert. Ihnen allen ist gemeinsam, daß sie die durch die Aufklärung erstmals gewonnene Sicht der Einheit der Menschheit erneut aufgeben.

1891 formuliert der Franzose Sollier in seinem weitverbreiteten Buch »Der Idiot und der Imbezille« die Ansicht, daß erstere bloße Automaten, lediglich

dressierbare, »geborene Asoziale« seien, letztere schändliche und gefährliche Geschöpfe, die morden, brandstiften, sexuell sich vergehen und die man als »geborene Antisoziale« unschädlich machen muß: »Sie sind die zuchtlosesten Individuen, die es gibt.«

»Lebenshilfe« in schlechter Tradition

Zwei Fernsehsendungen zur Auseinandersetzung mit Problemen der Sterilisation von geistig behinderten Menschen erregten die Öffentlichkeit in der Bundesrepublik: Die »Panorama«-Sendung vom 2. Oktober 1984 und die Sendung im »Frauenforum« vom 22. Januar 1985, in der Eltern und eine Hamburger Sonderschullehrerin genau so argumentierten, als habe sich seitdem nichts geändert. Die Möglichkeit der Sterilisation geistig behinderter Frauen — auch wenn sie unfreiwillig wäre — soll eröffnet werden und, so die Sonderschullehrerin, bei allen Mädchen der Schule für geistig Behinderte durchgeführt werden, die »recht geistig behindert sind« und nicht bloß Grenzfälle.

Der Ehrenvorsitzende der »Lebenshilfe«, Heinen, sitzt dabei, diskutiert in gleicher Richtung, wenn auch vorsichtiger in der Wortwahl. Als habe es 100

Was ist Sterilisierung?

-Unfruchtbarmachung-

Unterbrechung des Samenleiters beim Manne

oder

Der Eileiter bei der Frau
durch ärztlichen Eingriff
ohne Veränderung
der Keimdrüsen

-also der Hoden und Eierstöcke-

bri

völliger Erhaltung
des Geschlechtsempfindens



NS-»Aufklärungsplakat«

Jahre deutsche Geschichte nicht gegeben.

Hat man einmal die Einheit der Menschheit als Grundgedanken pädagogischen und medizinischen Handelns verworfen, sieht man in bestimmten Menschengruppen erst einmal bloß Störpotentiale der öffentlichen Zucht und Ordnung, so wird man mit der Aufgabe der Dimension der Humanität zugleich nach Mitteln der Gewalt rufen, um diese Störfaktoren zu integrieren.

Dies ist der Kernpunkt jener Diskussion im imperialistischen Deutschland über die Biologisierung sozialer Umstände, die mit den Stichworten Sozialdarwinismus, Rassismus, »Zerstörung der Vernunft«, wie Lukács es nennt, gekennzeichnet werden kann. In allen jenen Bereichen, etwa in Schule, Gesundheitswesen, Sozialversicherung, in denen sich die traditionelle Intelligenz dieser Epoche reproduziert, geschieht dies in immer wieder neuen Formen scheinbar unpolitischen und über den Klassen stehenden Handelns. Und in all diesen Formen des Handelns repräsentiert sich das Einverständnis mit der herrschenden Klasse und die Bekämpfung des aufkommenden Proletariats. Es genügt, hier auf Lukács zu verweisen und speziell die Debatte um die Zwangssterilisation aufzugreifen.

*Nosologie: Krankheitslehre

**Herbartianismus: idealistische Pädagogik, die sich an Johann Philipp Herbart (1776-1841) orientiert.

Warum Zwangssterilisation? Ich verwies schon auf die Logik: Hat man erst einmal Gruppen aus der Einheit der Menschheit ausgeschlossen, ihnen die Dimension des Humanen potentiell abgesprochen, so kann man nur noch wohltätig, und dies ist die deutsche Übersetzung von »humanitär«, mit ihnen umgehen.

In dieser insbesondere in den christlichen Einrichtungen praktizierten mitleidvollen Zuwendung ist von Solidarität nicht die Rede: Verstößt der zu Behandelnde gegen die eigenen Gefühle des Mitleids, so wird jede Form von Terror angewendet und legitimiert. Verbinden sich diese Überlegungen sodann noch mit Überlegungen zum übergeordneten Interesse des Volksganzen, so ist der Weg frei für Sozialhygiene im großen Stil.

Eben dies sind die Prozesse, die im ausgängenden Kaiserreich und zu Beginn der Weimarer Republik festzustellen sind: Von

Es gilt der Kosten-Nutzen-Aspekt

1890 bis 1914 steht im Vordergrund die Formierung der Ideologie von der »Minderwertigkeit«, von 1914 und insbesondere von 1918 ab ihre Verbindung mit vielfältigen Maßnahmen aggressiver »Therapie« und sozialhygienisch fundierter Sozialpolitik. Für letztere gilt durchgängig der Kosten-Nutzen-Aspekt der gesamtgesellschaftlichen Wertrechnung, oder, wie es der Präsident des Bayrischen Statistischen Landesamtes, Friedrich Zahn, 1934 ausdrückt: »Der einzige Wert des Menschen, wel-

cher unmittelbar Gegenstand der Statistik sein kann, ist sein Wirtschaftswert. In der Geldwirtschaft ist dies der Wert der menschlichen Arbeitskraft.«

Von 1914 an entwickelte die Militärpsychiatrie in der Bekämpfung des »minderwertigen Menschenmaterials« an der Front zahlreiche aggressive Behandlungsmethoden, unter anderem elektrische Schläge. In den Heimen und Anstalten sterben gegen Ausgang des Weltkriegs etwa 60 000 Menschen an Hunger. Gleichzeitig sind die »wettvollsten Volksgenossen« auf den großen Schlachtfeldern in Frankreich geblieben, Millionen Verkrüppelte kehren aus dem Krieg wieder. Das biologische Denken ist so tief verankert, daß der traditionellen Intelligenz mehr und mehr der »Volkstod« durch das Ausster-

ben der Tüchtigen und die schnelle Vermehrung der Minderwertigen wie die Zunahme der behinderten und geschädigten Menschen als Schreckvision vor Augen stehen.

Es ist dies die Zeit, wo die Debatte um Zwangssterilisation in die Parlamente lanciert wird, und sicherlich wäre wohl auch ohne die Nazis eine gesetzliche Regelung durchgesetzt worden. Daraus freilich ableiten zu wollen, das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 25. Juli 1933 sei in seiner Substanz kein Nazigesetz, stellt die Dinge restlos auf den Kopf. Genau jene Dimension des Denkens, die ich bisher aufzuzeigen versucht habe, bildete den geistigen Nährboden der Naziideologie: also jene Haltung der Intelligenz, die sich mit Nietzsche oder Spengler gegen den Aufstand der Massen, gegen die Minderwertigen, die Deszendenten wappnete und für die der Schritt zu Hitler oder Rosenberg nur ein gradueller, aber nie ein prinzipieller war.

Selbst bei der »Euthanasie« ist die Grauzone derer, die sie in irgendeiner Weise passiv billigend in Kauf nahmen, außerordentlich groß, wie Klee für den Bereich der Kirchen aufzeigt oder Aly jüngst in einem Vortrag nachgewiesen hat am Beispiel des deutschen Städtetages, der Vereinbarungen zum Umgang mit den Urnen der Euthanasie-Opfer schuf, oder auch der Familien, die ahnten, was passierte, aber es nicht wissen wollten. So war es nach Erlass des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses 1933 selbstverständlich, daß Kräfte aus beiden Kirchen sich als aktive Handlanger aufdrängten. Auch die Gruppe der Hilfsschullehrer beteiligte sich aktiv an der Zuführung zur Zwangssterilisation, soweit die Gruppen, die dieses Gesetz vorsah, in ihrem institutionellen Zuständigkeitsbereich lagen: 1. angeborener Schwachsinn, 2. Schizophrenie, 3. zirkuläres »manisch-depressive« Irresein, 4. erbliche Fallsucht, 5. erblicher Veitstanz (Huntingtonsche Chorea), 6. erbliche Blindheit, 7. erbliche Taubheit, 8. schwere erbliche körperliche Mißbildung.

Mehr als 300 000 Menschen fielen bis Kriegsausbruch dem Gesetz zum Opfer, ca. 50 Prozent aus der Gruppe »angeborener Schwachsinn«. Zugleich wurden Tausende von Strafgefangenen zwangskastriert. In den KZs wurden Methoden der Massensterilisation, insbesondere durch Röntgenstrahlen, aus-



probiert. Und das seit 1940 diskutierte Gesetz über die Gemeinschaftsfremden sah neben Passagen zur »Sterbehilfe« selbstverständlich auch Maßnahmen der Zwangssterilisation und »Schutzhalt« für alle biologisch und politisch abweichen den Gruppen vor.

Man darf sich nicht über den Charakter dieses Vorgehens täuschen, insbesondere ist der Begriff »Willkürherrschaft« völlig unangebracht. Dies war geplantes Vorgehen: statistische und bevölkerungswissenschaftliche Grundlagen wurden erstellt, entsprechende sozialpolitische Institutionen und Gesetze geschaffen. All dies war dem Ziel gewidmet, die Menschen, die widerspenstig waren, nichterziehbar, psychopathisch, »asozial« (also die gesamte Arbeiter- und demokratische Bewegung), ebenso zu liquidieren wie die Menschen, die sich der ökonomischen Verwertung und Verwertbarkeit entzogen.

Unter den Nazis: Fortführung der Sozialpolitik mit an- deren Mitteln

Die faschistische Sozialpolitik war in dieser Hinsicht nichts anderes als die Politik der Wohlfahrtsverbände, der bürgerlichen Mediziner und Pädagogen in der Weimarer Republik: aktive Sozialhygiene mit den Mitteln der Asylierung, der Sterilisation (und zusätzlich der Euthanasie)

Psychiater Werner Villinger: Vor, während und nach der Nazizeit eifriger Befürworter der Zwangssterilisation

unter Einbezug aggressiver Methoden.

Was neu war, waren also nicht die Denkformen: Sie machen nicht das Wesen des Faschismus aus. Neu war vielmehr die durch die faschistische Partei durchgesetzte Diktatur, Herrschaft, die in völlig neuer Weise die Logik der kapitalistischen Verwertung zum Ausdruck brachte: Ausmerzung aller überflüssigen Esser bzw. Verhinderung ihrer Fortpflanzung, verknüpft mit Arbeitszwang, und ungehemmte imperialistische Expansion: »Der Faschismus an der Macht ... ist ... die offene, terroristische Diktatur der reaktionärsten, chauvinistischen, am meisten imperialistischen Elemente des Finanzkapitals«, so Georgi Dimitroff auf dem VII. Weltkongreß der Kommunistischen Internationalen 1935.

Die reaktionären Denkformen des Kleinbürgertums sind nicht der Faschismus, aber sie sind die Voraussetzung seiner Entwicklung, sein Nährboden. Deshalb ist jener Antifaschismus hilflos, der nicht diese Formen des Denkens bis in ihre Wurzeln bloßlegt und bekämpft: Die Biologisierung des Sozialen, die Zerstörung der Vernunft, die Mythosbildung, der bloße Appell an Gefühl, die Aufgabe der Dimension des Humanismus, die Postulierung von humanitärem statt humanem Handeln, von Mitleid statt Solidarität.

Zurück zur Frage der Beteiligung der kirchlichen Kräfte, um von hier aus Linien der Konti-

nuität sowohl zur Diakonie wie zur »Lebenshilfe für geistig Behinderte« aufzuzeigen, die seit 1975 die Hauptprotagonisten einer neuen Debatte um die Sterilisation geistig behinderter Menschen sind.

Exemplarisches Beispiel ist Bethel: Die historischen Dokumente zeigen, daß man sich in keiner Weise der Zwangssterilisation widersetzte, sie aktiv betrieben hat und (so zeigen Klees archivalische Forschungen) auch in der Frage der »Euthanasie« in letzter Konsequenz zu Zugeständnissen bereit gewesen ist. Ich beschränke mich hier auf einige Fakten und auf die Rolle des Psychiaters Werner Villinger, der von 1933 bis 1939 Oberarzt in Bethel war, gleichzeitig ärztlicher Beisitzer beim Erbobergesundheitsgericht in Hamm und 1958 Gründungsmitglied der »Lebenshilfe« und erster Vorsitzender ihres wissenschaftlichen Beirats. Villinger gilt zugleich als »Vater« der deutschen Kinder-, Jugend- und Sozialpsychiatrie. Nach 1945 ist er die standespolitische Hauptfigur in der deutschen Psychiatrie im Bereich der späteren BRD.

Bereits vor 1933 in seiner Tätigkeit als Arzt beim Jugendamt Hamburg ist Villinger aktiver Betreiber einer Asylierungs- und Sterilisationspolitik gegenüber den »Minderwertigen«. Diese Politik vertritt er zwar in wissenschaftlich »mehrdimensionaler« Weise, was jedoch nichts anderes heißt, als daß er sich nicht bloß biologischer Argumente bedient, sondern — mit diesen abgestimmt — Argumente der Massenpsychologie, der Schichttheorie der Persönlichkeit, der Elitetheorie aufgreift, die jeweils zum gleichen Ergebnis kommen: aktive sozialhygienische Politik gegen die »Minderwertigen«.

Psychiater Villinger: Schon 1948 wieder gegen »Minder- wertige«

In seinen Äußerungen vor, nach und während des Faschismus geht er von der Gefahr aus, daß ein ganzes Volk verwahrloren kann und dem Ansturm der »Minderwertigen« erliegen. Und immer ist eine seiner zentralen Forderungen die nach einem Bewahrgesetz für die Unerziehbaren, verbunden mit weiteren sozialhygienischen Maßnahmen, je nachdem, wie es der »Zeitgeist« ermöglicht: Immerhin fordert er 1948 zusammen mit Stutte (gleichfalls Mitbegründer der »Lebenshilfe«) einen Ar-

beitsdienst mit jugendpsychiatrischer Überwachung für »soziobiologisch minderwertiges Menschenmaterial«. Von seiner Stellung in Bethel aus ist er aktiver Propagandist der Zwangssterilisation und möchte die Sterilisation möglichst auf alle Formen »asozialen Verhaltens«, insbesondere den »gesamten moralischen Schwachsinn«, ausdehnen.

Aus einem Aufsatz aus dem Jahre 1937 geht hervor, daß bei rund 3300 Patienten in Bethel bis zum Stichtag September 1936 2854 Anzeigen erstellt wurden, 723 Anträge auf Sterilisation und 628 Unfruchtbarmachungen in der Anstalt durchgeführt wurden. Warum nicht mehr Sterilisierungen nötig waren — insgesamt wurden in Bethel 1093 Patienten bis zum Kriegsende sterilisiert —, liegt an der völligen Anstaltsbedürftigkeit vieler unserer Kranken, für die weder Urlaub noch Entlassung möglich sind.

Ein Durchrechnen der Angaben ergibt, daß von der Anzeige nur die Gruppe von 386 Kranken am Stichtag 1936 ausgenommen war, bei denen (bei zwei Dritteln Krampfkranken der Gesamtanstaltspopulation) eine eindeutig »exogen bedingte« Epilepsie vorlag. Auch jene 128 Epilepsie-Kranken, bei denen keine völlige diagnostische Klärung möglich war, wurden ersichtlich zur Anzeige gebracht und ebenso ersichtlich alle nicht krampfkranken Anstaltsinsassen. In der Anstalt selber wurde ein Arbeitsdienst für alle Arbeitsfähigen aufgebaut. Mit welcher Härte Villinger die Durchsetzung der Sterilisation betrieb, wird aus der Tatsache deutlich, daß er als Mitglied des Erbobergesundheitsgerichts in Hamm bei 15 von der niederen Instanz abgewiesenen Anträgen in 14 Fällen die Zwangssterilisation mit durchzusetzen vermochte.

Villinger wird 1939 Ordinarius in Breslau, ist aktiv am Ausbau der Militärpsychiatrie im Zweiten Weltkrieg beteiligt. Man darf annehmen, daß er durch seine exzessive Auslegung der Schuldunfähigkeitskriterien aktiv mitschuldig an der Vernichtung zahlreicher Soldaten ist, die dem Terror des Krieges nicht gewachsen waren und nun zu Psychopathen oder Neurotikern erklärt werden, gegen die mit allen Mitteln vorzugehen ist. Schreibtischmörder ist Villinger auf jeden Fall: Er nimmt teil an der Nazi-Mord-Aktion »T 4«, begutachtet also erwachsene psychisch behinderte und kranke Menschen, setzt Kreuzchen auf die Listen, die Tod bedeuten, und dies, obwohl er noch 1940



in Berlin gegen die »Euthanasie« vorstellig geworden war.

Hat eine Maßnahme erst einmal Gesetzescharakter, ist sie von oben gebilligt oder angeordnet, so ist Villinger niemals derjenige gewesen, der sich verwei-

Ehrhardt, Villingers ehemaligem Assistenten aus Breslau (Professor für forensische Psychiatrie) entwickelt. Dieser Personenkreis bestimmt sowohl die Entwicklung der Kinder- und Jugendpsychiatrie wie die ideologische



**Psychiater
Hermann Stutte
(gest. 1982):
»Dankbare
Reminiszenzen an
Nazi-Hoffmann**

gert hat. Was Wunder bei der Tradition der Ausbildung, aus der er kommt: die Gaupp-Schule in Tübingen war Kern der aktiven Kader der Euthanasie und des Völkermords in der Psychiatrie (so etwa ist Ritter aktiv verantwortlich für den Genozid an den Sinti und Roma.) Schon 1920 spricht Gaupp davon, das »wirtschaftliche Gefängnis, in das uns der Friede von Versailles steckt«, und die Erfahrungen des ersten Weltkrieges hätten den Blick geschärft für »die Wahrnehmung der falschen Humanität, die wertloses Leben hätschelt und pflegt«.

In der Tradition der Gaupp-Schule steht übrigens auch Stutte, nach dem die »Lebenshilfe« noch im letzten Jahr eine Begegnungsstätte benannt hat: Er studierte in Gießen bei Hoffmann, dem späteren Rektor der Uni Tübingen, Gaupp-Nachfolger und dort als »Nazi-Hoffmann« berüchtigt, und bei Mauz (Euthanasiepsychiater). Stutte wechselte 1936 dann nach Tübingen und wurde dort 1938 Leiter an der Kinderabteilung zu einer Zeit, als in Tübingen die Sterilisation praktiziert wurde.

Für diese Opfer des NS-Faschismus hatte er nie ein Wort des Bedauerns übrig, an die ihm wohlbekannten Euthanasiepsychiater verlor er nie ein Wort der Kritik, wohl aber hegt er »dankbare Reminiszenzen« an Hoffmann, aber auch an Mauz und an Gaupp. Und wie Villinger wird er nach dem Krieg zum Hauptrepräsentanten des harten biologistischen Kerns in der deutschen Psychiatrie, der sich in Marburg um Villinger (bis zu seinem Tod 1961 dort Ordinarius für Psychiatrie), um Stutte (von 1954 an Professor für Kinder- und Jugendpsychiatrie) und

und praktische Entwicklung der Politik der »Lebenshilfe«.

Es ist außerordentlich zu begrüßen, daß die »Lebenshilfe« in ihrer Zeitung zum 40. Jahrestag der Opfer des Faschismus im Gebiet der Euthanasie gedenkt. Um so mehr ist es aber zu verurteilen, wie wenig sie sich bis heute mit der eigenen Vergangenheit, über die noch sehr viel mehr zu sagen wäre, beschäftigt. So ist es auch Villinger, der aktiv nach dem zweiten Weltkrieg für die Durchsetzung eines neuen Sterilisationsgesetzes und gegen die Wiedergutmachung für die Opfer eintritt, wie es die Protokolle des Wiedergutmachungsausschusses des deutschen Bundestages ergeben. Und schon hier taucht jene Denkform auf, die auch in den jetzigen Argumentationen der »Lebenshilfe« eine Hauptrolle spielt: Die Zwangssterilisation sei lediglich ein harmloser körperlicher Eingriff (Villinger hätte es in Anbetracht der Todesfälle in Bethel besser wissen müssen), und alle psychischen Beschwerden seien Rentenneurosen und ähnliches zur Erschleichung von Wiedergutmachungsleistungen. In der aktuellen Diskussion der »Lebenshilfe« wird dieser Eingriff ebenfalls als völlig unproblematisch hingestellt.

Diese Meinung ist nicht mehr haltbar: Die mittlerweile vorliegenden Untersuchungen zeigen schwere psychische und psychosomatische Störungen bei Zwangssterilisierten, insbesondere die Ergebnisse von Biesold bei 1160 zwangssterilisierten Gehörlosen schließen jeden Zweifel aus.

Die aktuelle Diskussion kam in Gang durch Reformbestrebungen zum Paragraphen 226 des Strafgesetzbuches, nach des-

sen Reform eine Zwangssterilisation von geistig behinderten Frauen, die in der gesamten Geschichte der Bundesrepublik ersichtlich als Selbstverständlichkeit durchgeführt wurde, nicht mehr möglich erschien.

Hier schimmert jener Sexismus durch, der auch in der Nazizeit die totale Kontrolle der Frau verlangte und im Bereich der geistigen Behinderung eine besondere Tradition hat: Wurde doch hier Frauen allgemein ein Hang zur Prosmiskuität und zur Dirnenhaftigkeit unterstellt und als eine der Hauptgefahren nach Sterilisation die sexuelle Libertätsgefahr befürchtet.

Im Oktober 1975 spricht sich das Diakonische Werk für die Sterilisation geistig Behindter aus: Gründe: Wenn man auch Behinderten sexuelle Partnerschaft gestatten wolle, so sei die Sterilisation besonders notwendig, da 1.) von Behinderten stimulierende Anreize nur teilweise gesteuert werden könnten, 2.) Unvermögen zu verantwortlicher Elternschaft bestehe und 3.) die Gefahr des folgenschweren Mißbrauchs durch Nichtbehinderte. Die »Evangelische Frauenarbeit« nimmt mit Datum vom 17. Oktober Stellung: »Es ist oft unzumutbar, wenn nicht unmöglich, geistig behin-

fördert immerhin dazu, daß die Novelle dieses Paragraphen bis heute nicht erfolgt ist. Die Diskussion von 1975 versandet bald wieder. Es wird weiter sterilisiert, wie die Ergebnisse der »Panorama«-Sendung und weitere seitdem bekanntgewordene Materialien zeigten, bis dann durch diese Sendung die Debatte neu entflammt.

Im Kern steht nach wie vor ein Verständnis von geistiger Behinderung, das diese als unabänderlich setzt und geistig behinderten Menschen generell eine Entwicklungs- und Einsichtsfähigkeit in Beziehungen von Liebe und Zärtlichkeit abspricht. Insbesondere stellt man in sexistischer Auffassung geistig behinderte Frauen ins Zentrum. Männer werden als längst nicht so gefährdet betrachtet.

Was sind denn alle diese Gefährdungen anderes als alltägliche Ausdrücke des Sexismus in unserer Gesellschaft? Wer missbraucht denn sexuell! In der Regel doch die nächsten Bekannten und Verwandten! Spielt hier, so könnte man bei psychoanalytischer Interpretationstendenz polemisch fragen, die Angst herein, die Mitarbeiter der Einrichtungen für Behinderte sexuell nicht unter Kontrolle halten zu können? Oder die Angst vor den sexuellen Triebwünschen der Väter?

Ich kann weder diese Debatte hier im einzelnen weiter darstellen, noch die vielen kritischen Stimmen (insbesondere aus dem Bereich der DGSP) referieren. Aber eines ist klar: Wenn man den Begriff der Humanität durch den des Humanitären zu ersetzen versucht, wenn man die Einheit des Menschen in der Menschheit aufgegeben hat, dann ist man bereits praktisch und theoretisch auf jener schießen Ebene, auf der es kein Halten mehr gibt. Die eigene Haltung zu Fragen des Humanen wird dann mehr und mehr im bloßen Durchführen von Gesetzen und Anordnungen und dem, was »man« denkt, verloren: Nicht mehr das Wohlbefinden der Betroffenen, sondern das eigene emotionale Wohlbefinden derer, die »Verantwortung tragen«, steht im Mittelpunkt. Der Schritt von der Solidarität zum »Mitleid« ist vollzogen, hinter dem »unheimlich betroffen« verbirgt sich das »heimlich unbetroffen«.

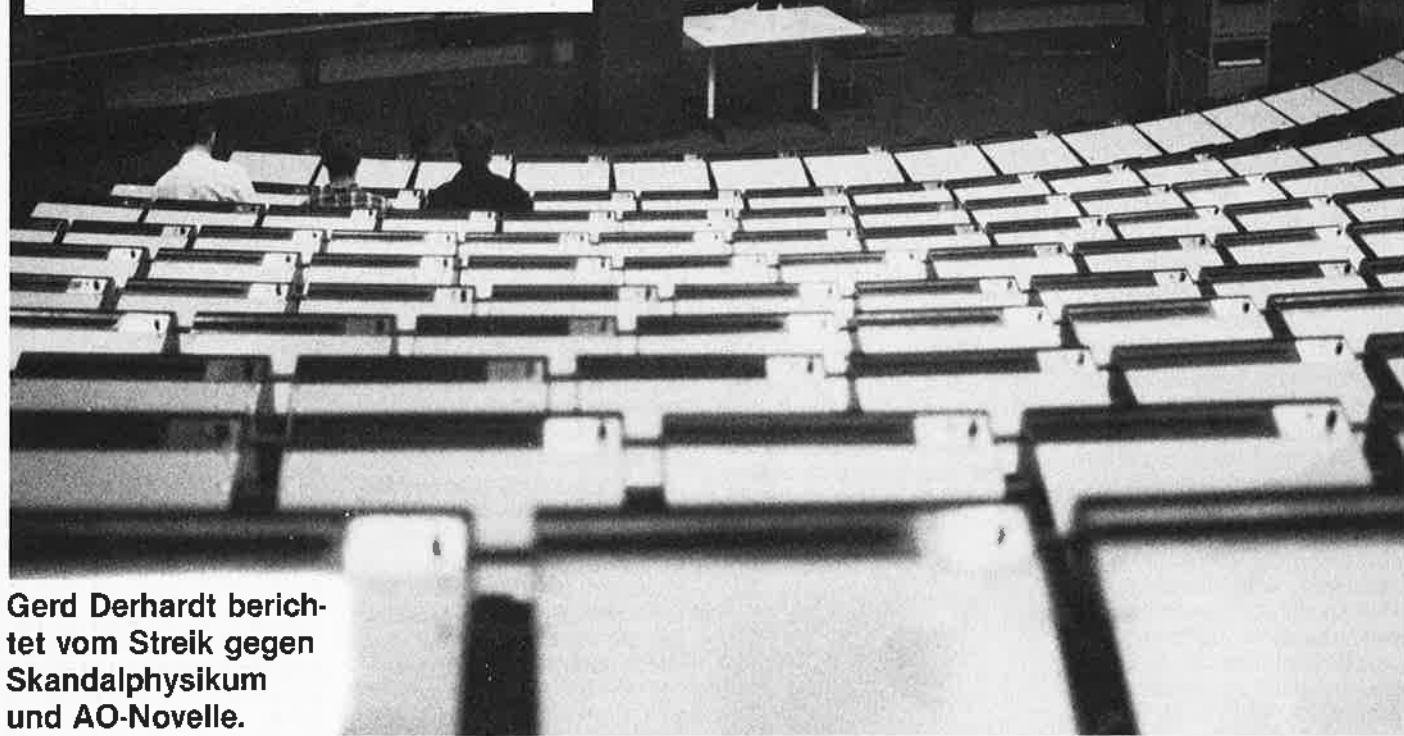
Dies ist aber der erste Schritt auf dem Weg von der Pädagogik zur Sozialhygiene, zum Terror und zur Vernichtung.

Wolfgang Jantzen

Eine Fassung des Artikels mit eingearbeiteten Literaturangaben und einer Literaturliste sind bei der Redaktion erhältlich.

Ende offen

Medizinstudenten streiken



Gerd Derhardt berichtet vom Streik gegen Skandalphysikum und AO-Novelle.

Auf den ersten Blick war es ein voller Erfolg: Rund 50 000 Medizinstudentinnen und -studenten beteiligten sich am bundesweiten Streik gegen die Ausbildungsverschlechterungen und Prüfungsverschärfungen, insbesondere gegen das in aller Mund geführte Skandalphysikum mit 42 Prozent Durchfallquote.

21 von insgesamt 28 Fakultäten machten mit beim Streik, und selbst an den Universitäten, an denen nicht gestreikt wurde, fanden Aktionen und Veranstaltungen statt. Auch die Medien, die sich bei der Berichterstattung über die bundesweite Medizinerdemo in Bonn doch eher zurückgehalten hatten, zogen diesmal mit und berichteten ausführlich über die hohen Durchfallquoten in der diesjährigen Vorprüfung. Daß der Streik sich ebenso gegen die fünfte Änderung der Approbationsordnung mit Einführung von mündlichen Prüfungen und gegen die Ärzte-im-Praktikum-Regelung richtete, ging dabei meist unter; das Physikum machte die Schlagzeilen.

Sogar die Medizinprofessoren zeigten Verständnis, allerdings nur für die Kritik an den immer absurdier werdenden Multiple-Choice-Fragen. Die meisten von

ihnen träumen dabei von Zeiten, in denen die Studentenzahlen niedrig waren und sie mündlich prüfen konnten . . .

Durch Stadtaktionen und Infostände versuchten wir, auch den »potentiellen Patienten« für unsere Forderungen zu gewinnen, angesichts voller Wartezimmer und 5-Minuten-Medizin gab es dann auch viel Verständnis für dieses Thema. Dabei fällt es der Bevölkerung sicher leichter, mit uns an der Ärzteschwemme zu zweifeln als bei eigenen Sorgen wie Arbeitslosigkeit und Sozialabbau Interesse für Prüfungsinterne zu finden.

Die Standesorganisationen gar reagierten verhalten zustimmend auf den Streik. Das Physikum war für sie ein böser Ausrütscher, langfristig setzen sie sich für »feinere Methoden« gegen die angeblich nicht endende Flut von Nachwuchsmedizinern ein;

Fast zur selben Zeit, in der von uns gestreikt wird, beschließt der Deutsche Ärztetag in Travemünde, es standesrechtlich zu ahnden, wenn sich junge Assistenzärzte nach ihrer Ausbildung als »Ärzte-im-Praktikum« in der näheren Umgebung

ihrer vorherigen Ausbildungsstätte niederlassen wollen. Man schottet sich gegen den Nachwuchs ab.

Auch die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hatte Minister Blüm unmissverständlich deutlich gemacht, daß Einkommenseinbußen für die etablierte Ärzteschaft nur im Tausch mit Maßnahmen gegen die »Ärzteschwemme« hingenommen würden. Bleiben noch die Reaktionen der Politiker. Die Landesregierung Niedersachsen kündigte den Staatsvertrag mit dem Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen, IMPP. In Hannover waren 79 Prozent durchgefallen. Eine große Koalition der Parteien sprach uns das Beileid aus, Forderungen wie etwa den Wegfall des 50-Prozent-Ankers wollte indes keiner erfüllen.

Der Gesundheitsausschuß des Bundesrates konnte sich nur darauf einigen, denjenigen, die zum dritten Mal durchgefallen waren, eine weitere Chance zu geben. Dies steht nun im Bundesrat zur Abstimmung, ebenso wie die fünfte Novelle der Approbationsordnung, die nun endgültig beschlossen werden soll.
Gerd Derhardt



Foto: Menzen

Sie drohen mit den Pfoten — doch Farthmann hat's verboten

ud — Die rheinischen Zahnärzte wollten mit einem Flugblatt ihre Patienten mobilisieren.

Der Freie Verband Deutscher Zahnärzte Nordrhein hat im April dieses Jahres die Patienten mit einem offenen Brief aufgerufen, gegen eine von den Krankenkassen geplante 30prozentige Kürzung bei den Gebühren für

bestimmte Leistungen zu protestieren und den Kassen die Zähne zu zeigen. Die Zahnbearbeitung könnte in Zukunft schmerzhafter werden, wenn die Pläne durchgesetzt werden. Gesundheitsminister Farthmann hatte aufgrund dessen die Weiterverbreitung versagt. Der Aufruf erfüllte den Tatbestand der Nötigung.

Der Verband der Zahnärzte hatte argumentiert, daß eine Abwertung der zahnärztlichen Leistungen den Praxen die wirt-

schaftliche Grundlage entziehen würde. Es müsse dann schneller und weniger sorgfältig gearbeitet werden. Außerdem sei man bei einer Senkung der Gebühren gezwungen, schlechtere Materialien und weniger qualifiziertes Personal einzusetzen und die Patienten mit weniger Zuwendung zu behandeln. Dahinter stehe eine Politik der »sozialistischen Gleichmacherei«, deren Folgen man an der zahnärztlichen Versorgung in England ablesen könne. Jeder dritte Brite

trage eine schlechtsitzende Prothese.

Die Verantwortung für die Kostensteigerung im Gesundheitswesen schob der Verband der Zahnärzte auf die erhöhten Verwaltungsausgaben der Krankenkassen. □



Foto: dpa

dg liefert den Beweis: Jeder dritte Brite trägt eine schlechtsitzende Vollprothese

Um es einmal ganz deutlich zu sagen: Den Zahnärzten geht es dreckig. So dreckig, daß sie sich jetzt schon an die Patienten wenden müssen und sie auffordern müssen, den Krankenkassen die Zähne zu zeigen. Die werden demnächst einen ganz schönen Schrecken bekommen, wenn sie in all die fauligen Münder gucken müssen. Aber dafür sind sie ja selbst verantwortlich, wenn sie die Ärzte zwingen, uns schlecht zu behandeln.

Richtig hoffnungsfroh bin ich bisher immer zu meinem Zahnarzt gegangen, selbst wenn die Backe noch so dick war. Ich habe mich fast wie von einem Vater behandelt gefühlt. Immer ein Wort des Trostes und der Aufmunterung auf den Lippen. Und da-

Au Backe! Zahnärzte am Existenzminimum

mit soll jetzt Schluss sein? Schluss mit der Zuwendung, und wehrtum muß er mir in Zukunft auch. Er kann nicht anders, das ist eigentlich klar: Weniger Gebühren — mehr Zahnschmerzen.

Mein Zahnarzt ist jedenfalls völlig fertig, wenn er daran denkt, wie das alles werden soll, wenn man seiner Praxis die wirtschaftliche Grundlage entzieht: Die Sprechstundenhilfe muß er entlassen, das Au-

to verkaufen, die Nerze von seiner Frau kommen ins Pfandhaus, und die Kittel wird er dann wohl auch selber waschen müssen, abends natürlich in seiner Freizeit. Ich finde, ihm bleibt gar nichts anderes übrig, als uns Patienten jetzt mal drastisch vor Augen zu führen, was passiert, wenn die Krankenkassen ihre Drohung wahrnehmen. Wer vertreibt denn schon die Interessen der Zahnärzte? Keiner!

Daran sind die Krankenkassen schuld, denn sie nehmen ihm alles. Dabei sind sie selbst die wahren Kostentreiber im Gesundheitswesen, wie mir mein Zahnarzt erklärt hat, weil sie die Bürokratie aufblähen, indem sie Dienstwagen, 13. und 14. Monatsgehälter und sowieso viel zu hohe Löhne zahlen. Das wäre alles »sozialistische Gleichmacherei«, wenn er als Zahnarzt weniger Geld bekäme, hat er gesagt. Was dabei rauskommt, kann man an den Zähnen der Engländer sehen. In dem Aufruf, den er mir zum Unterschreiben gegeben hat, steht, daß jeder dritte Engländer eine schlechtsitzende Vollprothese hat. Wer will das schon? Ich nicht. Ich werde der Krankenkasse meine Zähne zeigen, solange ich sie noch habe.

Gütezeichen: Ehering

Ärztetag: Richtlinien über Retortenbabies

gw — Mit der Verabschiedung von Richtlinien, die eine eigens für den Ärztetag zusammengestellte Ethikkommission entwickelt hatte, reagierte der Deutsche Ärztetag auf die Entwicklung der In-vitro-Fertilisation und extrakorporalen Befruchtung als Behandlungsmethode der menschlichen Sterilität. Erstmals, und von den Delegierten mit großer Mehrheit verabschiedet, werden Richtlinien über eine medizinische Behandlungsmethode, die inzwischen in der Bundesrepublik zu mehr als 130 Geburten geführt hat, in der Berufsordnung für deutsche Ärzte verankert werden.

Trotz großer Zustimmung traten in wesentlichen Punkten

auch gegensätzliche Positionen zutage. Vertreten wurden diese Positionen im wesentlichen von der kleinen Gruppe oppositioneller Ärzte, die 13 Delegierte auf dem Ärztetag stellten. Kritik fand die Auffassung, daß nur bei Ehepaaren eine künstliche Befruchtung in Frage komme. Draußen vor bleibt somit immerhin eine Million unverheirateter Paare, ebenso diejenigen, die ihre Kinder allein aufziehen wollen. In den Richtlinien wird auf den verfassungsrechtlich verankerten besonderen Schutz von Ehe und Familie und die sozialen Nachteile, denen trotz weitgehender rechtlicher Gleichstellung das nichteheliche Kind nach wie vor ausgesetzt ist, hingewiesen.

»ausgebrannten Eierstöcken« nicht zu fragen.

Eine Fülle weiterer Fragen werden in den Richtlinien aufgeworfen, deren Beantwortung dem Gewissen der Ärzte und den genannten Ethikkommissionen überlassen werden soll. Wie verhält sich der Ärzt gegenüber erkrankten Eltern, wenn »alle Faktoren zu berücksichtigen sind, die für den unmittelbaren Therapieerfolg als auch für die Gesundheit des Kindes von Bedeutung sind?« Wie ist die Situation von behinderten Eltern?

Was geschieht mit überzähligen Embryonen, die nicht implantiert worden sind? Was versteht man unter verantwortbaren wissenschaftlichen Versuchen mit nicht implantierten Embryonen, wenn bereits Tierschutzkommissionen Nöte bei der Beurteilung von Tierversuchen haben? Die Ärzteschaft hat sich und auch dem Gesetzgeber Grenzen gesteckt. Ob sie ausreichen, muß die Zukunft zeigen. □

Richtlinien zur Durchführung von In-vitro-Fertilisation (IVF) und Embryotransfer (ET) als Behandlungsmethode der menschlichen Sterilität.

Beschlüsse des Ärztetages

1. Definition

Unter In-vitro-Fertilisation (IVF), auch als »extrakorporale Befruchtung« bezeichnet, versteht man die Vereinigung einer Eizelle mit einer Samenzelle außerhalb des Körpers. Die Einführung des Embryos* in die Gebärmutterhöhle wird als Embryotransfer (ET) bezeichnet.

2. Medizinische und ethische Vertretbarkeit

Die In-vitro-Fertilisation mit anschließendem Embryotransfer stellt eine Substitutionstherapie bestimmter Formen von Sterilität dar, bei denen andere Behandlungsmethoden versagt haben oder aussichtslos sind. Sie ist in geeigneten Fällen medizinisch und ethisch vertretbar, wenn bestimmte Zulassungs- und Durchführungsbedingungen eingehalten werden (siehe hierzu 3. und 4.).

3. Zulassungsbedingungen

3.1 Berufsrechtliche Voraussetzungen

Die künstliche Befruchtung einer Eizelle außerhalb des Mutterleibes und die anschließende Einführung des Embryos in die Gebärmutter ist als Maßnahme zur Behandlung der Sterilität eine ärztliche Tätigkeit und nur im Rahmen der von der Ärztekammer als Bestandteil der Berufsvorschrift beschlossenen Richtlinien zulässig.

Jeder Arzt, der diese Maßnahme

durchführen will und für sie die Gesamtverantwortung trägt, hat sein Vorhaben der Ärztekammer anzusegnen. Diese muß prüfen, ob die berufsrechtlichen Anforderungen erfüllt sind.

Kein Arzt kann gegen sein Gewissen verpflichtet werden, an einer In-vitro-Fertilisation oder einem Embryotransfer mitzuwirken.

3.2 Medizinische und soziale Voraussetzungen

3.2.1 Medizinische Indikationen und Kontraindikationen

— Uneingeschränkte Indikationen: (Mikrochirurgisch) nicht therapierbare Tubenverschluß bzw. tubare Insuffizienz,

— Eingeschränkte Indikationen: Einige Formen männlicher Fertilitätsstörungen sowie einige Formen immunologisch bedingter Sterilität, unerklärbare Sterilität (wenn die nach ärztlichem Ermessen erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten erschöpft sind).

— Absolute Kontraindikationen: Alle Kontraindikationen gegen eine Schwangerschaft.

— Eingeschränkte Kontraindikationen: Durch Anwendung der Methode entstehende, im Einzelfall besonders hohe medizinische Risiken für die Gesundheit der Frau sowie psychogene Sterilität.

Zu wenig berücksichtigt wurden, bei der ohnehin bestehenden Gefahr der Kommerzialisierung, die psychosozialen Auswirkungen der Methode. Für den Arzt soll neben dem Kinderwunsch das künftige Wohlergehen des Kindes maßgeblich sein. Diese Forderung läßt das Bild des »Herrgotts in Weiß« aufkommen, der nicht nur die Technik der extrakorporalen Befruchtung und des Embryotransfers, sondern auch die psychischen und sozialen Folgen seines Tuns übersieht und beherrscht. Eine Berliner Delegierte warf den Forschern vor, Profilierung zu betreiben und nach den Frauen, nach ihrer psychischen Verfassung und ihren

3.5 Fachliche, personelle und technische Voraussetzungen

Die Zulassung zur Durchführung von IVF und ET als Therapieverfahren setzt die Erfüllung der im Anhang festgelegten fachlichen, personellen und technischen Mindestanforderungen voraus (siehe Anhang II und III).

4. Durchführungsbestimmungen

4.1 Gewinnung und Transfer von Embryonen

Für die Sterilitätsbehandlung mit IVF und ET dürfen grundsätzlich nur so viele Embryonen erzeugt werden, wie für die Behandlung sinnvoll und ausreichend ist und auf die Eispenderin einseitig übertragen werden. An den zum Transfer vorgesehenen Embryonen dürfen keine Eingriffe vorgenommen werden, die nicht unmittelbar zum Wohle des Kindes dienen.

4.2 Kryokonservierung noch nicht transferierter Embryonen

Zum Wohle des Kindes ist eine zeitlich begrenzte Kryokonservierung statthaft, wenn sie der Verbesserung der Implantationsbedingungen oder zur Überbrückung der Zeit bis zu einem anderen Transfer dient.

4.3 Umgang mit nicht transferierten Embryonen

Der Embryo ist im Sinne der Deklaration des Weltärztebundes von Helsinki und Tokio vor ethisch nicht vertretbaren Experimenten zu schützen.

Verantwortliche wissenschaftliche Untersuchungen an nicht transferierten Embryonen sind daher nur nach Prüfung durch eine Ethikkommission unter strengen, in gesonderten Richtlinien festzulegenden Voraussetzungen und Bedingungen zuzulassen.

4.4 Kommerzielle Nutzung

Kauf und Verkauf von Embryonen ist abzulehnen, und die ärztliche Mitwirkung dabei ist standeswidrig.

Selbstentmachtung

Ärztetag unzuständig für Katastrophenmedizin?

wp — Katastrophen- und Zivilschutz durfte auf dem Ärztetag nicht diskutiert werden. Der Vorstand gibt allein die Marschrichtung an.

Die Bundesärztekammer will die Fortbildung in der sogenannten Katastrophenmedizin vom Gesetzgeber vorschreiben lassen — das, obwohl sie sich immer gegen jede Fortbildungspflicht gewehrt hat. Dies ist das Ergebnis des diesjährigen Ärztetages in Lübeck. Freilich kein Ergebnis parlamentarischer Beratungen und demokratischer Abstimmungen im Plenum des Ärztetages, sondern klammheimlicher Beschuß des Vorstands der Bundesärztekammer bei Ausschaltung jeder offenen Diskussion.

Rechtzeitig vor dem Ärztetag hatte der Wissenschaftliche Beirat der Bundesärztekammer eine Denkschrift »Über die Rechte und Pflichten des Arztes in der Bundesrepublik Deutschland im Rahmen der medizinischen Versorgung bei Katastrophen im Frieden und ihre Berücksichtigung in den Katastrophenschutzgesetzen« (vergl. dg 6/85) vorgelegt, wo man die Pflichtfortbildung forderte. Zu harten Maßnahmen veranlaßt sah man sich wohl in den Funktionärskreisen, nachdem die Friedensbewegung in der Ärzteschaft mehr und mehr an Raum gewann. So mußte das Ärzteblatt

Ärztekammerpräsident Karsten Vilmar



im Mai eine eigene Umfrage veröffentlichen, nach der inzwischen über ein Drittel aller Ärzte die Verweigerung der Katastrophenmedizin für richtig halten und weniger als ein Drittel mehr Fortbildungsaufgaben zu dem Thema haben wollen.

So traf sich dann zwei Tage vor Beginn des Ärztetages der Vorstand der Bundesärztekammer und verabschiedete vorab die in den Landesärztekammern heißumstrittene Denkschrift des Beirates. So konnte niemand intervenieren, da oppositionelle Kräfte gar nicht im Vorstand vertreten sind. Und auch die selbsternannte »Ärztegewerkschaft« Marburger Bund, wie immer zwischen Anspruch und widersprüchlicher Politik treibend, brachte den Beschuß nicht zu Fall: ihre Vertreter verließen während der Behandlung des Tagesordnungspunktes einfach die Sitzung.

Die oppositionellen Delegierten brachten das Thema wäh-

rend des folgenden Ärztetages zur Sprache. So lagen Anträge vor, die Denkschrift abzulösen, einen internationalen Kongreß zum Abbau von Feindbildern zu organisieren und Vertreter der »Ärzte gegen den Atomkrieg« (IPPNW) in den Ausschuß »Sanitätswesen im Katastrophen-, Zivilschutz und in der Bundeswehr« aufzunehmen. Doch vor jeder Diskussion zu dem Thema Zivilschutz und Katastrophenmedizin beschloß der Ärztetag Nichtbefassung. Sinnigerweise wurde der Antrag dazu von dem CDU-nahen Münchner Delegierten Mayer gestellt, selbst Mitglied der ultrarechten Europäischen Ärzteinitiative. Und die Delegierten des Marburger Bundes hatten nichts gegen die Selbstentmachtung einzuwenden. Die Militarisierung voranzutreiben, scheint so das übergeordnete Hauptanliegen der Standesfunktionäre; dafür sind sie bereit, die heilige Kuh der freiwilligen Fortbildung zu opfern und die Reste eines demokratischen Parlamentarismus in der Selbstverwaltung zu zerstören. Freilich ist man sich des Widerstandes bewußt: bis heute hat sich der Vorstand der Ärztekammer nicht getraut, den genauen Wortlaut seines Beschlusses der Presse mitzuteilen.

Ob es tatsächlich gelingt, die Diskussion in der Ärzteschaft zu dem Thema in den Griff zu bekommen, ist mehr als fraglich. Denn bisher hatten die Landesärztekammern meistens die Diskussionen zum Zivilschutz und zur Katastrophenmedizin damit abgelehnt, daß dafür der Ärztetag zuständig sei. Es ist nicht auszuschließen, daß die Funktionäre bei den laufenden und anstehenden Kammerwahlen die Quittung für ihre Politik erhalten.

Demokratische Ärzte: »Militärs« setzten sich durch

Die »Militärs« unter den Ärzten haben sich auf dem 88. Deutschen Ärztetag gegen die mehr als 10 000 in der Friedensbewegung Mitarbeitenden Ärztinnen und Ärzte durchgesetzt. Diese Ansicht vertritt die Arbeitsgemeinschaft der Listen Demokratischer Ärzte in den Ärztekammern, der Delegierte aus acht Landesärztekammern mit einem Stimmenanteil von 10 bis 30 Prozent angehören.

Auf besondere Kritik bei den »Demokratischen Ärzten« stieß die Tatsache, daß die umstrittene Denkschrift zur Katastrophenmedizin

(veröffentlicht in dg 6/85) vom Vorstand der Bundesärztekammer verabschiedet worden war. Wörtlich erklärte der Sprecher der Arbeitsgemeinschaft, Dr. Winfried Beck: »Die Verabschiedung von Grundsatzpositionen der deutschen Ärzteschaft durch eine Minorität von Funktionären ist ein Skandal.« Die Zwangsmitgliedschaft aller Ärzte in den Kammern verpflichtet die Verantwortlichen in besonderer Weise zu demokratischen Verfahrensweisen.

Der Umstand, daß das Plenum des Ärztetages von der Debatte über die Denkschrift ausgeschlossen war, liegt nach Auffassung der Kammeroppositionen um so schwerer, da das Papier schon seit Monaten bekannt gewesen sei.

— Anzeige —

AIB
DIE DRITTE-WELT-ZEITSCHRIFT

AIB-Sonderheft 1/1985

10 Jahre befreites VIETNAM

Vietnam? Vietnam! ● Das Vietnam-Trauma ● Geschichte des Befreiungskampfes ● Der wirtschaftliche Wiederaufbau ● Wende in der Kampuchea-Frage? ● Die Vietnam-Solidaritätsbewegung (28 Seiten, 2 DM)

AIB-Sonderheft 2/1985

LIBANON

Besetzung und Widerstand

Israels Libanonpolitik der „Eisernen Faust“ ● Widerstand im Süden ● Die aktuelle Lage im Libanon ● Das Massaker von Zahlieh ● Politische Gefangene in israelischen Gefängnissen (24 Seiten, 2 DM)

AIB-Sonderheft 3/1985

MITTELAMERIKA

Befreiung und US-Agression

US-Intervention und Verhandlungsprozeß ● Nicaragua: US-Embargo; Kriegswirtschaft; Umsiedlungen ● El Salvador: Dialog und Befreiungskampf ● Guatemala: Die Guerilla macht Boden gut ● BRD und Mittelamerika ● Solidaritätsbewegung (erscheint Anf. Juni; 32 Seiten, 2 DM)

geburtstagsgeschenk

Im Juni wird das AIB 15 Jahre alt. Nennen Sie uns einen neuen Abonnenten und wir schenken Ihnen - nach Zahlungseingang - ein Buch

Z.B. Fidel Castro, ... wenn wir überleben wollen, 296 S.

Rainer Falk, Die heimliche Kolonialmacht, Bundesrepublik und Dritte Welt, 220 S. (Liste anfordern!)

Jahresabo 25 DM (12 Nummern). Sonderheft 2 DM (33% Rabatt ab 10 Expl.; bei Bestellungen unter 10 DM Vorauszahlung in Briefmarken zzgl. 0,60 DM Porto je Heft).

Coupon / Bitte einschicken an:

AIB, Liebigstraße 46, D-3550 Marburg
Ich bestelle:

Expl. AIB-Sonderheft 1/1985

Expl. AIB-Sonderheft 2/1985

Expl. AIB-Sonderheft 3/1985

ein kostenloses Probeheft

ein Abonnement ab Nr. _____

Name _____

Straße/Nr. _____

PLZ/Wohnort _____

Datum/Unterschrift _____

Ich weiß, daß ich die Bestellung innerhalb von 14 Tagen widerrufen kann.

Datum/Unterschrift _____

Ich habe den Abonnenten geworben:

Name _____

Straße/Nr. _____

PLZ/Wohnort _____

Datum/Unterschrift _____

Mein Buchwunsch _____

Der Hamburger Kongress lieferte wichtige Einzelbefunde, aber nicht die versprochene interdisziplinäre Diskussion.

Vom 15. bis 18. Mai fand in Hamburg das zweite Europäische Symposium über Entwicklungsneurologie mit insgesamt 38 Vorträgen statt. Organisiert wurde die Veranstaltung — wie bereits die erste vor zwei Jahren — vom Institut für Kindesentwicklung (Leitung: Dr. Inge Flehmig) in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, der Deutschen Gesellschaft für Perinatale Medizin und dem

höheren kortikalen Funktionen zunehmend deutlicher wird.

Im klassischen Kraepelin'schen Modell der »Krankheitseinheit« gefangen, wurde versucht, durch die Anwendung von neuropsychologischen Diagnosemöglichkeiten über die Ätiologie hinaus eine andere Prädiktorengruppe zu finden, die frühzeitig das Entstehen der krankhaften Prozesse vorhersehbar macht (seien dies Autismus, Dyslexie, Kommunikationsstörungen u.a.m.). Diese Prozesse werden aber ersichtlich nach wie vor für wenig therapeutisch beeinflußbar gehalten, zumindest interessierte dies die Forscher bis auf wenige Ausnahmen nicht. Dabei überraschte, daß fast alle Referenten, die neuropsychologisch argumen-

Verhaltensstörungen in Hamburg zum Thema »Autistische Menschen im Spiegel wissenschaftlicher Orientierungsbemühungen« war dies der einzige Vortrag, der das herrschende medizinische Modell (und zwar mit guten biologischen Argumenten!) in Frage stellte. Isabelle Rapin, Professorin für Neurologie und Pädiatrie am Albert Einstein College of Medicine of Yeshiva University in New York, die an diesem Tag die Leitung der Diskussion hatte, demonstrierte deutlich, wie diejenigen, die in Neurologie, Pädiatrie und Psychiatrie das Sagen haben, mit interdisziplinärer Diskussion umgehen.

Während sie vorher einen obskuren Professor Weinberg aus Toronto, der sich eine Vier-

statt nach Ätiologie nach pathogenetischen Syndromen zu gruppieren, wie z.B. in der Untersuchung von Dyslexie nicht mehr Autismus, Schwachsinn usw. auszuschließen. Die Ergebnisse, die sie für die Gliederung von Kommunikationsstörungen im Kindesalter vorlegt, entsprachen weitgehend jenen, die man bei Kenntnis der theoretischen neuropsychologischen Diskussion, etwa von Luria »Die höheren kortikalen Funktionen ...« erwarten durfte. Nur die hiermit verbundenen psychologischen Erwägungen waren den Referenten ebenso weitgehend unbekannt, wie sie größtenteils die neuropsychologischen Diskussionen selbst nicht überschauten. Besonders peinliche Beispiele waren Gutezeit (Kiel), der als Wesensmerkmal rechtsphärischer Denkprozesse Schablonhaftigkeit ausgemacht haben wollte, oder Bakker (Amsterdam), der bei der Erforschung von Lese-Rechtschreib-Schwäche kontrastdifferenzierendes Material aufgrund seiner optischen Modalität für rechtsphärisch spezifisch hielt.

Ohne Zweifel enthielten eine Reihe von Vorträgen wichtige Einzelbefunde, so z.B. Goffinet und Evrard (Brüssel), die über den »Zusammenhang von Neurortransmittern, Rezeptoren und embryonaler Hirnreifung« referierten und ein ontogenetisch außerordentlich frühes Pilotensystem in diesem Bereich postulierten, nach dessen Fehlerüberprüfung sich das ZNS entwickelt. Aber um diese und andere wichtige Ergebnisse zu hören, brauchte man nicht die Erwartungshaltung einer interdisziplinären Diskussion und eine sinnvollen Fortbildung für praktisch tätige Mitarbeiter aufzubauen. (Zum Nachlesen: Der bauen. (Zum Nachlesen: Der Kongressbericht erscheint bei Fischer in Stuttgart).

Resümee: Der Schritt von einer Medizin der Krankheit zu einer Medizin der Gesundheit, für den auf diesem Gebiet Milani-Comparetti leidenschaftlich kämpft, war auf diesem Kongress nicht zu spüren. War es ein Zufall, daß Milani-Comparetti, der auf dem ersten Kongress ein hervorragendes Referat zu »Fetal movements and developmental assessment« gehalten hatte, diesmal nicht als Referent eingeladen war? Oder war dies ein Preis an die Mitträgerschaft der oben erwähnten medizinischen Vereinigungen?

Wolfgang Jantzen

Wolfgang Jantzen ist Professor für Behinderten-Pädagogik an der Universität Bremen

Biologismus im neuen Gewand

Zweites Europäisches Symposium über Entwicklungsneurologie

Berufsverband der Kinderärzte. Wie das erste Symposium im Februar 1983 verstand sich auch dieses als Austausch zwischen verschiedenen Berufsgruppen und Sichtweisen und lud insbesondere die medizinischen und pädagogischen »Hilfsberufe« (Krankengymnastik, Bewegungstherapie usw.) zur Teilnahme ein.

Die Frustration aller, die pädagogisch-therapeutisch in diesem Bereich tätig sind, dürfte insbesondere am dritten und vierten Tag zum Themenbereich »Hirnfunktionsstörungen« jedoch sehr groß gewesen sein. Eindeutig in den Hintergrund traten hier Vorträge, die entwicklungsneurologische Befunde im Zusammenhang mit den ihnen übergeordneten Ebenen des Psychischen und des Sozialen diskutierten, obgleich die Rolle dieser Ebenen für die ontogenetische Organisation der

tierierten, hier mit alltagspsychologischen Kategorien operierten. Ausnahmen waren z.B. Neddlerton (Melbourne) in einem sehr differenzierten Vortrag zur Asymmetrie des menschlichen Gehirns, der sich auf gestaltpsychologische Positionen bezog, Gaddes (Victoria), der versuchte, Positionen von Luria und Piaget für die neuropsychologische Beratung von Pädagogen fruchtbar zu machen (Brainfunction and classroom learning) und insbesondere Feuser und Müller jeweils zwei Minuten vor Ende ihrer Redezeit signalisierte, daß man nun lange genug zugehört hatte.

Rapins einleitendes Statement und ihr Vortrag sind symptomatisch für eine neue Ebene von Diagnostik, die den Diagnostizierenden aufs Neue in Teile zersplittet und nur unter der Prognose seines Defekts sieht. Die klassische ätiologische Herangehensweise auf dem Gebiet der »Hirnfunktionsstörungen« ist nicht mehr zu halten. Rapin plädierte entsprechend dafür,

Neben dem Vortrag von Milner vom Institut für autistische

Lockere Basis — schnarchiges Podium

Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin
vom 22. bis 25. Mai in Dortmund

Noch beherrschen
die alten Päpste das
Feld. Von ihnen kam
wenig Neues.

Jährlich versammeln sich an die 1000 Betriebsärzte zu ihrer Jahrestagung — hier treten sämtliche Kapazitäten der Arbeitsmedizin, Ergonomie, Toxikologie und der Berufsgenossenschaften auf, um neue Entwicklungen zu beraten und zu diskutieren.

Dieses Jahr waren aus dem europäischen Ausland noch weitere Redner zugereist — Professor Jacobson (Großbritannien) hielt die Grundsatzrede über epidemiologische Erforschung der Wirkung mineralischen Staubes bei englischen Bergarbeitern, ein Vertreter der CSSR referierte über biologische Toleranzwerte in der Industrie und ein Wissenschaftler aus der DDR berichtete von der Begründung der MAK-Werte und ihre Funktion im Gesundheitsschutz der DDR. Neben Rutenfranz und Rohmert saß im Podium sogar eine amerikanische Wissenschaftlerin, die leider nur englisch sprach.

So stellte sich die Arbeitsmedizin der Bundesrepublik als international angesehene Wissenschaft dar. Um diesen Anschein auch sofort mit Zahlen zu belegen, betonte der Geschäftsführer der Berufsgenossenschaften, Watermann, sowohl bei der Eröffnung als auch am darauffolgenden »berufsgenossenschaftlichen arbeitsmedizinischen Kolloquium«, daß die bundesrepublikanische Arbeitsmedizin im westlichen Vergleich an der Spitze läge: Pro Jahr würden 1,4 Millionen arbeitsmedizinische Untersuchungen zur Vorsorge durchgeführt — vergleicht man die Situation heute mit der von vor zehn Jahren, so ist das sicherlich ein enormer Fortschritt — jedoch für die Millionen Schichtarbeiter und Millionen Arbeitnehmer, die täglich mit gefährlichen Arbeitsstoffen hantieren, ist es nicht allzuviel.

»Hundert Jahre Berufsgenossenschaft, das sind hundert Jahre Dienst an der Wahrheit«, betonte der Geschäftsführer der Berufsgenossenschaften weiter. Und unter objektiver Wahrheit seien ausschließlich die naturwissenschaftlichen Erkenntnisse zu verstehen, nicht etwa sozialwissenschaftliche Hypothesen — das seien alles subjektive Meinungen.

Von Seiten der Berufsgenossenschaften also nichts Neues, eher etwas Rückschrittliches.

Am erfreulichsten waren die anwesenden Betriebsärzte anzusehen: ein Drittel waren junge, schicke Frauen, ein Drittel junge, saloppe Männer und der Rest bestand aus den würdigen grau- bis weißhaarigen Herren, die noch vor einigen Jahren ausschließlich das Publikum stell-

ten: Ärzte, die den Krieg noch mitgemacht hatten — sie werden nun zusehends von den Jüngeren verdrängt.

Der Einfluß der lockeren Basis spiegelte sich leider weder in Diskussionen noch in den Podiumsdiskussionsteilnehmern wider. Auf den Podien saßen und standen ausschließlich die altewürdigen Herren wie Valen-



tin, Rutenfranz und Rohmert, Hettinger und Ulmer.

Dementsprechend kam auch nichts Neues in den Vorträgen auf: die traditionelle Arbeitsmedizin, abgehoben vom betrieblichen und wirtschaftlichen Geschehen, stellte sich in ihrer typischen Unbarmherzigkeit dar (für den arbeitenden Menschen).

Da entwickelten Rutenfranz und seine Jünger am Beispiel einer vollautomatisierten Automobilfertigung ihr Belastungs- und Beanspruchungskonzept. Beim Überwachen der Anlage, in der EDV-gesteuerte Karosserien in der Werkshalle von VW selbständig freie Schweißautomaten aufsuchen, kommt es schon mal zu Störungen. Sofort stellt der überwachende Arbeiter die ganze Fertigungshalle ab, stürzt sich mit einem Kollegen in den Wirrwarr von Kabeln und Motorenteilen und sucht unter größter Anspannung den Fehler. In dieser Situation steigt sein Puls bis auf 180 Schläge pro Minute, hängt doch von seiner Sachkenntnis und seinem schnellen Entdecken des Fehlers eine ganze Fertigungsstraße ab. Also, meinen die Wissenschaftler, das sei überhaupt keine monotonen Arbeit, sondern eine abwechslungsreiche mit hohen Anstrengungsspitzen.

Ein weiterer Wissenschaftler leitete aus dieser Technologie ab, wie dadurch doch die Arbeitszeit so flexibel gestaltet werden könne, denn notfalls laufe die Anlage auch ohne Bedienung, und die Leute könnten zu jeder Tag- und Nachtzeit eingesetzt werden. Kurz vor Schluss betonte er aber, daß das viele Arbeiter gesundheitlich nicht vertrügen und man darauf eben doch mehr Rücksicht nehmen müsse.

Mit Hilfe des Computers hat inzwischen die Epidemiologie in allen großen Betrieben Einzug gehalten: Es werden nicht nur die persönlichen Daten gespeichert, sondern auch die Gesundheitsdaten — hier stellt sich gar nicht erst die Frage nach dem Datenschutz, hier wird die menschliche Arbeitskraft in eine Sammlung von gespeicherten Daten zerlegt und danach die Arbeitsfähigkeit beurteilt. Ein Betriebsarzt von Bayer Leverkusen stellte dieses sehr anschaulich dar, ebenfalls ein Vertreter von Thyssen. In solch einem Konzept ist die subjektive Meinung der betroffenen Arbeitnehmer wirklich nur ein lästiges Anhängsel, das den Betriebsarzt und den Betrieb in der Handhabung stört.

Die Betriebsärzte der überbetrieblichen Zentren, die vor allem Klein- und Mittelbetriebe betreuen, packte das Grausen: denn die Großbetriebe haben auf solchen Kongressen immer schon gezeigt, wo es langgeht!

Weiterhin fand wieder die schon traditionelle Auseinandersetzung zwischen den Gewerkschaftsvertretern, Berufsgenossenschaft und Valentin über die Anerkennung von Berufskrankheiten statt. Hatte doch eine Geberärztin aus Bochum mit einem Vortrag über die Anerkennung von Asbestosen nach der neuen Klassifikation enorm die Stimmung angeheizt: Sie erzählte brav, was auf dem Papier steht — nach diesen Regeln müßten viel mehr Asbestosen und Krebs anerkannt werden — obwohl jeder, der mit der Materie vertraut ist, weiß, daß es nicht geschieht und eher das Gegenteil der Fall ist.

Es nahm sogar ein junger Rechtsanwalt an der engagierten Diskussion teil, zugunsten seiner Klienten, die er gegen die Berufsgenossenschaft vertritt, aber so schwierig in seinen Formulierungen, daß er das Bild noch weiter verwirrte. Es ging dabei konkret um die Frage, ob ein Asbestarbeiter, der raucht und an Lungenkrebs erkrankt, diesen auch als Berufskrankheit anerkannt bekommt, oder ob der Asbestarbeiter dann bereits sein Entschädigungsrecht aufgrund seines Zigarettenkonsums verloren hat. Solche Verfahren ziehen sich dann über Jahre hin. Seltener überlebt sie der betroffene Asbestarbeiter.

Am Samstag wurde noch einmal auf spezielle arbeitsmedizinische Fragen eingegangen: Alle teilnehmenden Ärzte waren über die übervollen Säle in den einzelnen Instituten empört. Anscheinlich hatten die Veranstalter nicht mit solch einem Wissensdurst der anwesenden Betriebsärzte gerechnet, die auch noch den Pfingstsamstag opfereten.

Inge Zeller

Hans Meyer-Hörstgen: Hirntod.
Roman. Suhrkamp Verlag,
Frankfurt am Main 1985.

175 Seiten

Ein »Arztroman« auf der monatlichen Bestenliste des Südwestfunks ist schon ungewöhnlich. Nun ist Hans Meyer-Hörstgens schriftstellerisches Debüt »Hirntod« keiner der üblichen Heftchen-ergüsse. Die literarisch beachtenswerte Leistung hat dazu den Vorteil, daß sie eine wahre Geschichte erzählt. Im Stil nicht nur realistisch, sondern pedantisch: schmerzlich genau.



Der Autor, selbst Arzt, hat ein Stück seiner Biographie und seiner Zeit als Hirnchirurg festgehalten. Warum er dieser Profession heute nicht mehr nachgeht, macht der Roman klar. Diese Zeit war ein traumatisches Erlebnis für Meyer-Hörstgen, so wie der Roman ein traumatisches Erlebnis für manchen Leser wird.

Erzählt wird des Autors ganz persönliche Geschichte, die seiner Abteilung (die es immer noch gibt), die seines Teams (das auch heute noch weiter operiert), aber auch die seines Berufs, die wohl selten so im Wortsinn treffend beschrieben wurde wie in »Hirntod«. Für den, der Meyer-Hörstgens frühere Arbeitsstelle kennt, steht die neurochirurgische Abteilung der Duisburger Kliniken verblüffend scharf vor Augen: ihre Atmosphäre, ihre Personen, allen voran der Chef der Abteilung.

So ortsbezogen, so personifiziert die Handlung auch abläuft, so allgemeingültig sind doch ihre Aussagen für die gesamte Hirnchirurgie, für die gesamte Medizin, die manchmal wirklich um jeden Preis heilen will.

Das Buch wird nicht nur von Literaturkennern geschätzt, sondern auch auf neurochirurgischen Abteilungen gelesen. Mit Gewinn — da die drückenden Probleme dort so nicht diskutiert werden können. Unter Ärzten wie Pflegern herrscht Alltagshektik; die geläufige Form des Selbstschutzes ist der Zynismus, eine Pflichtaufassung des Mitläufers dominiert: nur nicht fragen; nur keine Verantwortung tragen.

Meyer-Hörstgens Veröffentlichung hat in Duisburg viel Ärger ausge-

löste. Auch beleidigte Reaktionen, gerade von solchen Kollegen, die in der erstaunlich genauen Beschreibung unverwechselbar wiedererstanden sind. Aber auch in der Klinik, selbst in der Abteilung, hat die Arbeit Zustimmung gefunden.

»Hirntod« ist kein Enthüllungsbuch, kein Sensationsjournalismus. Meyer-Hörstgen sitzt nicht auf dem Stuhl des Staatsanwalts. Er rechnet nicht ab, man spürt keine Rachegelüste für die vielen als quälend empfundenen Situationen seiner Chirurgenzeit. Nicht das Versagen anderer, sondern sein eigenes steht im Vordergrund — und das läßt ihn schließlich die Konsequenz ziehen.

Jene, die heute weiter operieren, können daher nicht ungenannt bleiben. Sie gehören einfach dazu.

Beeindruckend demonstriert Meyer-Hörstgen, wie sich die herrschende Medizin den Anfänger untertan macht, wie er sich unterwirft, wie aufkeimende Skrupel aus Angst- und Opportunismus verdrängt werden. Wie er zum Mittäter wird in einem gnadenlosen Medizinbetrieb. Wie die hilflose Angst Schwerkranker jene zu Wundertätern stilisiert, deren eigene Perspektive nicht über den Operationstisch hinausreicht.

In »Hirntod« wird (ausnahmsweise) mit den Tätern unbarmherzig verfahren. Mit sich und seinen Kollegen geht Meyer-Hörstgen so unbarmherzig ins Gericht wie sie Tag für Tag mit den Patienten.

Geschluckt hat der Autor in seinen Arztyahren viel. Vergessen hat er von alledem keine Sekunde: Jede abfällige Bemerkung, jeder Zynismus, jeder Kunstfehler, jede Unterrüdigkeit und Kriegerei wird in seinen Sätzen wieder lebendig. So mancher Fall, über den sie die Akten geschlossen glaubten, wird Meyer-Hörstgens Kollegen beim Lesen das Blut zu Kopfe steigen lassen.

Sensibilität bis zur übersteigerten Empfindsamkeit wird man dem Autor vorwerfen: vielleicht gerade das notwendige Mittel, um jene Sorte selbstgerechter Obertherapeuten einmal zum Nachdenken über ihr Handeln anzuregen — denn der Blick über den Operationstisch hinaus ist nicht nur in Duisburg getrübt, sondern auch anderswo.

Einen »Arztroman« hat der Suhrkamp Verlag das Werk genannt. Vielleicht ganz gut für die, die immer welche lesen — oder noch besser für Ärzte: Sie haben, um im Beruf zu bleiben, viel von dem unterdrückt, was Meyer-Hörstgen hat hochkommen lassen.

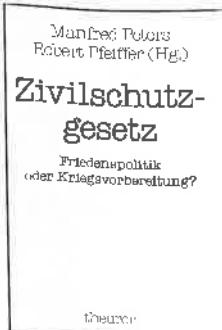
Günter Hermsen

Manfred Peters, Robert Pfeiffer (Hg.): Zivilschutzgesetz — Friedenspolitik oder Kriegsvorbereitung?
Presseverlag Ralf Theurer, Köln 1985, 9,80 Mark

GAL-Faktion Hamburg: Der Tag »X« hat schon begonnen — Von der Zivilverteidigung zum Totalen Krieg
Broschüre, Hamburg 1985; Bezug über die Grün-Alternative Liste, Bartelstraße 30, 2000 Hamburg 6

Zwei neue Broschüren — beide aus Hamburg — liegen zum Thema Zivilschutzgesetz vor. Die erste Broschüre, von Peters und Pfeiffer, ist Ergebnis einer Veranstaltung in Hamburg, auf der das geplante Zivilschutzgesetz aus medizinischer, juristischer und aus Sicht der Architekten kritisiert wurde. Leider sind die Beiträge in der Broschüre offensichtlich die Redemanuskripte — man würde sich manchmal etwas ausführlichere Darstellungen wünschen. Erfreulich ist, daß man hier die wirklich guten Stellungnahmen von ÖTV und DGB zum Thema findet. Insgesamt ist die Broschüre gut für einen Überblick zum Thema Zivilschutzgesetz, wenn man sich noch wenig damit beschäftigt hat. Allerdings ist der Preis horrend angesichts der Tatsache, daß die Hälfte des Raums mit der Dokumentation des Gesetzentwurfes vom November 1984 vergeben wird.

Auf wesentlich weniger Raum ist ebenfalls der Gesetzentwurf in der Broschüre der Grün-Alternativen Liste dokumentiert. Sie liefert wirklich neue Informationen, auch wenn man schon länger mit dem Thema befaßt ist — dafür ist es aber eine jener typischen Politbro-



dem Krieg), an Szenarien (»Wenn es soweit ist«) und an aktuellen Bezügen, wie zu Air-Land-Battle und Wintex-Cimex-Manövern, ist schon beachtlich. Ganz hervorragend der Artikel zu den Notstandsgesetzen, der einen recht guten Überblick über dieses unübersichtliche Feld an schon bestehenden Kriegs- und Bürgerkriegsgesetzen liefert. Und wer hier kommunal weiterarbeiten will, für den sind eine Fülle von parlamentarischen Anfragen und erhaltenen Antworten abgedruckt, die einem die Augen darüber öffnen, was in unseren Gemeinden schon jetzt in den Schubladen liegt. WP

Till Bastian: Die helle Welt des Heilens. Eine Medizinkritik.
Robinson Verlag Frankfurt am Main 1984. 94 Seiten.

»Alternativmedizin« und »Schulmedizin« produzieren gleichermaßen Heilserwartungen. Expertentum, gleich mit welcher Theorie es sich rechtfertigt, reproduziert immer die Entfremdung des Menschen von sich selbst.

Das kommt heraus, wenn man die 90 Seiten nun partout in eine These quetschen will. Aber das ist bei diesem Buch an sich schon schwierig. Nicht etwa, weil die Argumentation so kompliziert wäre, daß sie sich nicht auf zwei Sätze reduzieren ließe, sondern weil der Autor den simplen Gedanken auf allerlei Nebengleisen umfährt, um ihn nicht darlegen zu müssen.

Auf den Nebengleisen werden so ziemlich alle Bahnhöfe angefahren: das »Helper-Syndrom«, die Naturmystik der Alternativen, der Ganzheitsgedanke, der Positivismus der Schulmedizin, und und und. Die Gedanken, die Bastian an diese Gegenstände knüpft, kommen einem allesamt wohl bekannt vor. Meistens sind sie trivial genug, um vor Kritik sicher zu sein.

Bei der Kritik der »Alternativmedizin« leistet Bastian sich das billige Vergnügen, den üblichen Quatsch aus der Szene umständlich zu erledigen: »Die Natur ist keineswegs

grundlegend gesund! Fauna und Flora produzieren eine Fülle tödlicher Gifte, und die Menschen haben Jahrtausende der Anpassung benötigt, um zumindest halbwegs mit ihnen hantieren zu können.« Wir hätte das gedacht? Natur und Chemie — gar keine Gegensätze? Nein, vielmehr ist die Natur »selber eine große Chemikerin«. — Oder zur »Ganzheitlichkeit«: Zum Satz vom Ganzen, das mehr sei als die Summe seiner Teile, könne man »eigentlich nur zustimmend nicken und sagen, Da ist was dran«. Was der Autor dann auch über drei Seiten tut. Ganzheit ist nämlich eine »geheimnisvolle Wesenheit«.

Da Bastian aber seine »Skepsis beidäugig betreibt«, kriegt auch die Schulmedizin ihr Fett: »Der naturwissenschaftlich-reduktionistische Ansatz der Schulmedizin kann der komplexen Wirklichkeit eines kranken Menschen nicht gerecht werden.« Der Autor bedauert, daß solche Erkenntnisse immer nur in »Vorworten und Sonntagsreden« berücksichtigt werde. Aber was sich an diesem bedauerlichen Umstand ändert, wenn er aus einem Vorwort oder einer Sonntagsrede ein ganzes Buch macht, kann er auch nicht sagen.

Immer, wenn der Fortgang der Argumentation es nötig machen würde, diese oder jene Kritik gegen eine andere zu halten, nimmt der Autor zu einem »Beispiel« aus seinem offenbar großen Bekanntenkreis Zuflucht. Da tappt immer wieder jemand naiv in Widersprüche hinein (der »junge Mann«, der »Chemie« ablehnt und raucht; die Frau, die in ihrer unnatürlichen Welt eine natürliche Geburt erleben will) und macht so an rechter Stelle deutlich, daß alles gar nicht so einfach ist. Aber das ahnten wir schon; Bücher lesen wir in der Regel nicht, um zu erfahren, daß deren Autoren es auch nicht so recht wissen.

So geht es in einem fort: hier und da wird ein kleiner Widerspruch aufgestöbert und liebevoll expliziert, worauf der Autor, ermattet von der Anstrengung des Gedankens, eine Story zum Besten gibt. Bastian zu dieser Art der Gedankenführung in der Einleitung: »Wie schon in „Arzt, Helfer, Mörder“ (1982), umkreise ich meinen Gegenstand, grenze ihn allmählich ein und versuche, immer wieder neue Aspekte herauszuarbeiten, andere Facetten zu beleuchten.« Beleuchtet? Er steckt nur hier und da ein Lichlein auf.

Mit der eigentlichen These, der Kritik nämlich an Expertentum und Professionalisierung, hat dieses Herumargumentieren wenig zu tun. Die wird immer dann aus dem Hut gezaubert, wenn der Autor mit dem Argumentieren im Kleinen

nicht mehr weiterkommt. Vor der Versuchung, die These — die im Übrigen von Ivan Illich origineller dargelegt wird — nun argumentativ zu entwickeln und in ihren Konsequenzen auszudenken, hat den Autor womöglich eine Ahnung bewahrt: die nämlich, daß sich alles als ausgelutschte konservative Ideologie herausstellen könnte: »... wir verlangen ein Leben mit Erfolgsgarantie, fordern die Ausschaltung des Zufalls und die Abschaffung des Schicksals. Warum auch nicht, wo uns genau doch dies nur zu oft und von allen Seiten versprochen wird. Und wenn wir den Tod nicht abschaffen können, so vielleicht doch wenigstens seinen unerbittlichen Herold, den Mahner des unausweichlichen Endes — die Krankheit.« Memento mori! Wir kennen das.

Noch eines zum Schluß: Richtig ärgerlich an dem Buch ist der prätentiöse Tonfall. Für jede Alltagsweisheit muß irgendein Philosoph aufmarschieren; ständig wird aufdringlich Bildung demonstriert. Stil und Satzbau lassen in dem (36jährigen) Autor einen weißhaarigen Denker vermuten, dem die Wechselfälle eines langen Lebens Weisheit und Abgeklärtheit beschenkt haben: »Gegeben ist uns allen ja tatsächlich nur das Leben, und wir könnten uns eigentlich gut an den Rat des Philosophen halten: „Der Tod geht uns nichts an. Wenn wir

TI-Gesell DIE HEILE WELT
DES HEILENS



in der LITFAKHT UND SO
verlag bei ROBINSON

sind, ist der Tod nicht; wenn der Tod ist, sind wir nicht.« Welches Philosophen? Die Mühe des Nachschlagens — hier bei Lichtenberg — wird man vom Autor wohl erwarten dürfen. Unausgewiesen vermittelt das Zitat nur den Eindruck umfassender Belesenheit — ich fürchte, das ist der Sinn der Sache. Und wer ausgefallene Fremdwörter benutzt, sollte sie wenigstens richtig verwenden und nicht »aphoristisch« nennen, was »anekdotisch« heißen müßte, oder »ex-kommunizieren«, wo er eskamotieren will.

Zumindest vom Lektor würde ich mir gern ein bißchen Expertentum wünschen.

Heiner Kloppach



schüren, in die man sich schon reinknien muß, um durch das Klein gedruckte durchzufinden. Doch die Mühe lohnt sich immer: was da ausgegraben wird an Historischem (Zivilschutz bei den Nazis und nach

Dr. Sugar's Gesundheitsreport

Zucker
macht
mucker!

Nach neuesten wissenschaftlichen
Untersuchungen in den USA steht
es fest.
Wir alle brauchen Zucker!
Zucker ist ein Grundnahrungsmittel.



Auch diese lieben Kinder werden groß,
schön und stark, dank Zucker.
Denn lasst uns jetzt das Zuckerkleid singen!

Ach wie wär
das Leben öde,
wenn es keinen
ZUCKER gäbe.



IMPRESSUM

Herausgeber

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

Anschrift der Redaktion: Demokratisches Gesundheitswesen, Siegburger Str. 26, 5300 Bonn 3, Tel. 0228 / 468208 (8.30 Uhr bis 12.30 Uhr, montags 19.00 Uhr bis 21.00 Uhr)

Anzeigeneleitung: Walter Bellken, Steinstr. 73, 6300 Gießen, Tel. (06141) 36022.

Redaktion

Chofredakteur: Norbert Mappes (nm)
Siv. Chefredakteurin: Ursula Daalmann (ud)

Aktuelle Gesundheitspolitik: Detlev Uhlenbrock (du), Walter Popp (wp); Gesundheitsversorgung: Gregor Weinrich (gw), Ulli Menges (um), Joachim Gill (jg); Arbeits- und Lebensverhältnisse: Norbert Andersch (na); Pharma- und Geräteindustrie: Ulli Raupp (urp); Umwelt: Peter Walger (pw); Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen: Matthias Albrecht (ma), Edi Erken (ee); Ausbildung: Brigitte Mews (bm); Eckard Müller (em), Peter Liebermann (pl); Internationales: Gunar Stempel (gst), Felix Richter-Hobel (frh), Stephan Schözel (sts); Frauenprobleme: Ulla Funke-Verhasselt (ufv); Pflegeberufe: Kirsten Jung (kj); Historisches: Helmut Koch (hk); Kultur und Subkultur: Helmut Copak (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. 154 20-430

Die Zeitschrift „DEMOKRATISCHES GESENDSCHAFTSWESEN“ erscheint monatlich bei:

Pahl-Rugenstein Verlag GmbH, Gottesweg 54, 5000 Köln 51, Tel. 0221/38 40 51, Konten: Postgiroamt Köln 65 14-503, Stadtsparkasse Köln 108 522 38 (für Abo-Gebühren).

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

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

Redaktions- und Anzeigenschluß für das Septemberheft: 5. August 1985.

Graphik: Christian Paulsen

Titelfoto: Avinash Pandey

Layout: Stephan Schözel, Uschi Thaden, Karin Kieseier, Gabi Heinrichs, Ursula Daalmann, Norbert Mappes

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

JSSN: Nr. 0172-7091

dg-Kontakte

Aachen: Erhard Knauer, Marla-Therese-Allee 59, 5100 Aachen, Tel. (0241) 754 59; **Ansbach:** Birgitta Eschenbacher, Am Heimweg 17, 8800 Ansbach, Tel. (0981) 144 44; **Berlin:** Hermann Dittrich, Grunewaldstr. 28, 1000 Berlin 41, Tel. (030) 822 63 29; **Bonn:** Edi Erken, Eckenkr. 28, 5205 St. Augustin 2 (Hangeflar), Tel. (02241) 291 78; Stefan Schözel, Bergstr. 8, 5300 Bonn 1, Tel. (0228) 23 35 26; Kurt Straif, Reuterstr. 121, 5311, Tel. 21 26 96; Gregor Weinrich, Schumannstr. 30, 5311, Tel. 21 97 78; **Bremen:** Cornelia Selke, Clausewitzstr. 25, 2800 Bremen 1, Tel. (0421) 23 43 71; **Bremerhaven:** Gunar Stempel, Vierhawstr. 34, 2850 Bremerhaven-Geestemünde, Tel. (0471) 272 72; **Darmstadt:** Jürgen Frohner, Neutscher Weg 3, 6101 Modautal-Ernstthalen; **Dortmund:** Matthias Albrecht, Am Kuhlenweg 22, 4600 Dortmund 50, Tel. (0231) 75 38 80; Detlev Uhlenbrock, Droste-Hülshoff-Str. 1, 4611, Tel. 42 17 88; **Düsseldorf:** Joachim Gill, Fruchtstr. 2, 4000 Düsseldorf, Tel. (0211) 349 204; **Duisburg:** Thomas Wetzig, Prinz-Albert-Str. 42, 4100 Duisburg 1, Tel. (0203) 34 21 88; **Essen:** Christian Paulsen, Overbeckstr. 16, 4300 Essen 1, Tel. (0201) 71 37 31; Walter Popp, Sunderholz 32, 4311, Tel. 44 16 30; **Frankfurt:** Klaus Pfeister, Schloßstr. 96, 6000 Frankfurt 90, Tel. (069) 70 54 49; **Gießen:** Claudia Göttmann, Bismarckstr. 6, 6300 Gießen, Tel. (061) 75 245; **Göttingen:** Barbara Wille, Ostlandweg 23, 3400 Göttingen, Tel. (0511) 33 710; **Hamburg:** Robert Pfeiffer, Kurfürstenstr. 45, 2000 Hamburg 70, Tel. (040) 6 56 48 45; **Hanau/Maintal:** Hans Sei, Südring 12, 6457 Maintal 1, Tel. (06181) 47 23 31; **Hannover:** Martin Waltz, Tiestestr. 19, 3000 Hannover 1, Tel. d. (0511) 80 65 57/p; (0511) 81 88 68; **Hattingen:** Wolfgang Münster, Marxstr. 19, 4320 Hattingen, Tel. (02324) 6 74 10; **Heidelberg:** Michael Garstner, Burgstr. 44, 6900 Heidelberg, Tel. (06221) 47 41 01; **Karlsruhe:** Claudia Lehner, Schillerstr. 54, 7500 Karlsruhe 1, Tel. (0721) 84 99 48; **Kassel:** Matthias Dippel, Wallzstr. 2d, 3500 Kassel, Tel. (0561) 5 49 25; **Kiel:** Ralf Cüppers, Saarbrückener Str. 17B, 2300 Kiel 1, Tel. (0431) 68 63 97; **Kleve:** Ulla Funke-Verhasselt, Steinbergen 33, 4182 Uedem, Tel. (02825) 84 24; **Köln:** Peter Liebermann, Garthestr. 16, 5000 Köln 60, Tel. (0221) 76 38 44; Eckard Müller, Säckinger Str. 4, 5111, Tel. 43 29 19; Helmut Schaaf, Rhöndorfer Str. 16, 51/41, Tel. 42 87 26; **Lengerich:** Jan Hendrik Herdtlass, Niederringel 3, 4540 Lengerich; **Lübeck:** Angela Schürmann, Stadtweide 98, 2100 Lübeck, Tel. (04141) 80 33 55; **Mannheim:** Werner Wendorf, Friedrichstr. 57, 6800 Mannheim, Tel. (0611) 85 54 05; **Marburg:** Hanna Koch, Alter Ebsdorfer Weg 18, 3550 Marburg; **Minden:** Volker Happmann, Bäckerstr. 41, 4950 Minden; **Mülheim/Ruhr:** Norbert Andersch, Mührenkamp 38, 4330 Mülheim/Ruhr, Tel. (0208) 3 38 46; **München:** Margret Lambardt, Billrothstr. 7, 8000 München 70, Tel. (089) 78 15 04; **Mindelheim:** Thomas Melcher, Beethovenstr. 4, 8948 Mindelheim, Tel. (08261) 97 33; **Münster:** Helmut Copak, Geiststr. 67a, 4400 Münster, Tel. (0251) 79 46 88; Barbara Halbelsen-Lehnert, Hoyastr. 11, Tel. 26 74 31; Ulf Menges, Seppenradeweg 44, Tel. 78 83 99; Ulli Raupp, Peter Walger, Willi-Hölscher-Weg 7, Tel. 78 01 43 7; **Oldenburg:** Helmut Koch, Saarstr. 11, 2900 Oldenburg, Tel. (04141) 8 38 56; **Recklinghausen:** Petra Voss, Am Lohor 4, 4350 Recklinghausen, Tel. (02361) 1 54 53; **Remscheid:** Michael Sünder, Lockflickerstr. 50, 5630 Remscheid 11, Tel. (02191) 5 52 79; **Reutlingen:** Helmut Jäger, Ganghoferstr. 12, 7410 Reutlingen, Tel. (07121) 24 02 36; **Riedstadt:** Harald Skrobles, Freih.-v.-Stein-Str. 9, 6080 Riedstadt, Tel. (06158) 61 61; **Siegburg:** Richard Belfitz, Hagebuttenweg 24, 5200 Siegburg-Kaldauen, Tel. (02241) 38 35 90; **Siegen:** Michael Regus, Zur Zinsenbach 9, 5900 Siegen, Tel. (0271) 788 60; **Sollingen:** Heinrich Recken, Basalweg 15, 5650 Sollingen 1, Tel. (02122) 4 78 85; **Tübingen:** Elke Schön, Jacobsgasse 19, 7400 Tübingen, Tel. (07071) 21 27 99; **Ulm:** Wolf Schleiniger, Ringstr. 22, 7900 Ulm-Lehr, Tel. (0731) 6 65 44; **Viersen:** Sebastian Stierl, Gladbachener Str. 94, 4056 Schwalmtal 1, Tel. (02163) 41 91.

wir über uns

Gewünscht

hätte sich einer der Informanten für unseren »Sterbehilfe«-Report, daß er anders ausgefallen wäre. Ein Vertreter der »Bunten Liste Freiburg«, die mit ihren Thesen zum »Recht auf den Tod« schon dem letzten Gesundheitstag untergegangen war und hinter der sich dem Vernehmen nach eine ominöse »Marxistisch-reichistische Initiative« verbirgt, schickte uns sein Material mit besonderen Wünschen, wie er den Artikel gern hätte: »Ich fände es sehr gut, wenn Sie in Ihrem Artikel insbesondere auch auf die Verwirrung eingehen könnten, die eben auch sog. „linke“ Kreise befällt (. . .), wie z.B. in »Konkret« Heft 5, geschehen, wo der Verfasser sich undifferenzierten Hetztiraden hingibt . . . «

Gefreut

hat sich über einen anderen dg-Report offenbar der Richter am Bundesgerichtshof Klaus Kutzer. Auf ein Probeheft, das Herr Kutzer von der dg-Redaktion bekam, reagierte der Richter mit interessierter Nachfrage nach unserer Zeitschrift. Kutzer war im dg-Report 6/85 (»Sterbehilfe«) mit seinen Beiträgen beim Bundestags-Hearing zitiert worden.

Geplant

haben wir für Ende September ein dg-Seminar, auf dem die inhaltlichen Schwerpunkte und gestalterischen Veränderungen im Jahr 1986 festgelegt werden sollen. Wer Interesse an kontinuierlicher Mitarbeit in einem vorwiegend nebenberuflich aktiven Redaktionsteam hat, möge sich bei der dg-Redaktion melden:

Siegburger Straße 26, 5300 Bonn 3.

Geärgert

hat sich offensichtlich der Vorsitzende des »Allgemeinen Patienten-Verbandes«, Herr Zimmermann aus Marburg, über den Patientenschutz-Report von Ulli Raupp im Februarheft. Besonders gut war er auch nicht gerade weggekommen — aus guten Gründen, wie wir meinen. Schon zweimal, bislang vergeblich, rief Zimmermann das Gericht an, um uns jede weitere Verbreitung der Kritik an seinem Verein zu untersagen. Noch ist freilich nicht aller Tage Abend.

**dg-Report im nächsten Heft:
Privatisierung von Kliniken**

Postvertriebsstück · Gebühr bezahlt

PAHL-RUG. GOTTESW. 54 5000 KOELN
G 2961 E 394711 359

KARL BOEKER
CARL VON OSSIETZKY STR. 23 A

4800 BIELEFELD 1

DER AL



Hick