

# d **DEMOKRATISCHES INDHEITSWESEN**

MIT FÜR GESUNDHEITS-  
ERUFE



**Allergie  
und Umwelt  
Magnus Hirschfeld  
Asylanten**



# der kommentar

Gerd Billen ist  
Pressesprecher  
beim Bundes-  
verband Bürger-  
initiativen Umwelt-  
schutz



## »Bioxin« statt Dioxin

Seveso, Vietnam, Georgswerder — die Namen dieser Orte und Länder verbinden sich mit den Bildern zerstörter Wälder, kranker Menschen, mißgebildeter Kinder: Opfer des Supergiftes Dioxin. Aus dem einst exotischen Gift ist längst eine verbreitete Gefährdung geworden, die in unsere Wohnstuben eingedrungen ist, aus den Schornsteinen von Müllverbrennungsanlagen rieselt und in der Muttermilch nachgewiesen werden konnte.

Von alledem hatten wohl auch die Parlamentarier des Deutschen Bundestages gehört, als sie auf Drängen der Grünen beschlossen, Ende März eine öffentliche Anhörung zum Thema Dioxin durchzuführen. Und so versammelten sich 26 Experten aus Industrie und Behörden, von Universitäts-Instituten und der Bundesärztekammer, um die über siebzig Fragen zu beantworten, die ihnen der Innen- und der Gesundheitsausschuß gestellt hatte. Ort der Anhörung: Sitzungssaal 1003 im »Langen Eugen« in Bonn, sonst Schauplatz des Flick-Ausschusses.

Es gibt bei den Regierenden in Bonn ein probates Mittel, lästigen Diskussionen aus dem Weg zu gehen — man macht eine Anhörung. Beim Dioxin wurde dies erneut bestätigt. Denn was nach achtstündiger Diskussion bei der Anhörung herauskam, war nur, daß man nichts Genaues weiß. Gehört wurden nicht die Opfer, die unter Dioxin-Vergiftungen zu leiden haben, die Arbeiter der BASF oder von Boehringer, die Holzschutzmittelgeschädigten oder die Kinder aus Vietnam. Gehört wurden professionelle Schmalspurdenker, die nur eines wollten — sich nicht festlegen.

Während der Vertreter des DGB und der Toxikologe Wassermann aus Kiel forderten, 2,3,7,8-TCDD in die Liste der krebserregenden Stoffe aufzunehmen, stritt sich der Rest, ob dies Dioxin nun ein Promoter oder ein Initiator von Krebs sei. Fest steht längst, daß 2,3,7,8-TCDD sich in Tierversuchen als krebserregend erwiesen hat. Fest steht, daß dieses Gift in den Sedimenten von Flüssen und Gewässern vor allem in den vergangenen dreißig Jahren einen rasanten Aufstieg genommen hat. Und fest auch, daß wir auf alle die Produkte, bei deren Herstellung oder Beseitigung Dioxine oder Dibenzofurane entstehen, getrost verzichten können.

Nur, zu solch simplen Thesen verstieg sich keiner der ausgewählten Wissenschaftler. Sie spielten artig die Rolle, die ihnen die christdemokratische Regierung zugewiesen hatte. Ist es nicht so, daß Dioxine auch bei Waldbränden entstehen und damit praktisch natürlich vorkommen, fragte ein CDU-Abgeordneter. Auf die Frage bestens präpariert, übte sich der Vertreter der chemischen Industrie in langen Ausführungen über die natürliche Herkunft der Dioxine.

Die bundesdeutschen Steuerzahler hätten viel Geld sparen können, denn diese Gespensterdiskussion war überflüssig. Der Bundestag hätte die Opfer, die Betroffenen zu Wort kommen lassen sollen. Es bedarf keiner Tierversuche, um die von Dioxin verursachten Schäden festzustellen. Diejenigen, die PCB-haltige Holzschutzmittel in ihren Häusern verstrichen haben, können ihnen die Symptome schildern. Doch mit den Gefahren durch Dioxin wird in Bonn genauso lasch umgegangen wie mit anderen Umwelt- und Gesundheitsgiften. Statt für eine Entlastung der Umwelt zu sorgen, soll die gleichmäßige Vergiftung mittels Grenzwerten geregelt werden. Statt die Herstellung und Verwendung von Chemieprodukten zu verbieten, die dioxin-trächtig sind, sollen langwierige und kosten-trächtige Untersuchungen durchgeführt werden, deren Ergebnisse schon heute feststehen.

Solche Alibiveranstaltungen sind überflüssig — sie sind ein Schutzschild für die politisch Verantwortlichen, um sich vor notwendigem Handeln zu drücken.

Nein, Schäden durch Dioxine lassen sich wissenschaftlich exakt nicht nachweisen. Schade, daß wir alle in einer so verschmutzten Umwelt leben, daß Wirkungen einer einzigen Chemikalie so schlecht zu isolieren sind. Schäden durch Dioxine gibt es nicht — nur Opfer.

## DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN

ZEITSCHRIFT FÜR GESUNDHEITS-  
UND SOZIALBERUFE

Inhalt

5/85

### dg-Report

Von Schmetterlingen und Menschen Allergien und Umwelt	10
Nehmen Allergien zu?	12
Was ist eine Allergie?	14

### Gesundheitsversorgung

Ärzte besuchten Asylantenlager	16
--------------------------------	----

### Aktuelle Gesundheitspolitik

E. Westphal über die Konzentrierte Aktion	18
»Selbstverständlichkeiten« Ein Kommentar von E. H. Dittich	19
Zurück in die Politik »Gruppenpraxler«-Treffen in Bielefeld	32

### Psychiatrie

Ohne Maß und Regel Psychisch krank und straffällig — Ein Einzelschicksal	20
Mother's little helper Eine ganz gewöhnliche Krankengeschichte	22

### Internationales

Biegsam wie Bambus Gesundheitsdienst in den befreiten Gebieten der Philippinen	24
--	----

### Historisches

Von Bismarck zu Kohl Einhundert Jahre AOK Dortmund	26
Kopf und Fuß Vor fünfzig Jahren starb Magnus Hirschfeld	28

### Kultur

Ein Versuch, es zu filmen Ein Film von Johann Feindt	30
---	----

### Dokumente

Bernd Kalvelage: Atomkrieg unter ärztlicher Oberaufsicht? Stellungnahme der Ärztekammern zum Zivilschutzgesetz	I
Zivilschutz für Euroshima Abschlußerklärung der Fachtagung gegen das Zivilschutzgesetz	I
Psychiatrie im anderen deutschen Staat Referat zur Sozialpsychiatrie in der DDR	II
Thesen zur Reform des Krankenhauses und seiner Finanzierung (Teil II)	IV

### Rubriken

Leserbriefe	4
Aktuelles	5
Termine	8
Kleinanzeigen	9
Buchkritik	33
Comix	34
Wir über uns/Impressum	35



»Du wirst nicht entweichen« heißt dieser Capricho von Francisco Goya. Die Umweltzerstörung hat die Menschen längst erreicht. Peter Walger untersucht den Zusammenhang von Allergien und Umwelt. Seite 10



Renate Jäckle hat sich mit einer Ärztegruppe im Asylantenlager Neuburg an der Donau umgesehen. Die katastrophalen Zustände, die sie dort fand, sind durchaus gewollt. Seite 16



Der Arzt und Regisseur Johann Feindt hat einen Dokumentarfilm über eine Rettungsstation in Berlin-Kreuzberg gedreht. Seite 30



# Leser-Briefe

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

## Entgleisung

dg 3/85: Scharfer Wind aus Norden

Der nicht namentlich gezeichnete Artikel »Scharfer Wind aus Norden« im dg 3/85 stellt eine üble journalistische Entgleisung dar. Die Methoden, die hier benutzt werden, ist man eigentlich aus anderen Zeitungen gewohnt.

Der Verfasser dieses Artikels zitiert einen Brief der Ärzteinitiative aus Norden. Ganz abgesehen davon, daß es ohnehin schon fragwürdig ist, zwei kurze Sätze eines wohl sehr viel längeren Schreibens wiederzugeben und dann als dessen »Quintessenz« darzustellen — noch viel übler ist es, mit solchen Kurzzitaten den Eindruck zu erwecken, die für die Vorbereitung des fünften Medizinischen Kongresses zur Verhinderung des Atomkrieges verantwortliche Mainz-Wiesbadener Gruppe wolle im Grunde ja dasselbe wie die Nordener Kollegen. Dabei wußten wir nichts von deren Brief, kennen den Text bis heute nicht. Aber die Art, durch Montage von aus dem Zusammenhang gelösten Kurzzitaten assoziative Verbindungen zwischen Dingen herzustellen, die gar nichts miteinander zu schaffen haben, kennen wir — und zwar leider von der Springer-Presse. Jetzt allerdings auch vom »dg«.

Wenn der Verfasser bzw. die Verfasserin damit unzufrieden ist, daß im Vorprogramm des Mainzer Kongresses zu wenig Rednerinnen auftauchen — es ist o.k., das zu kritisieren und Änderungen zu fordern. Dieser Protest berechtigt aber nicht zu Falschmeldungen. »Keine einzige Frau, die einen Hauptvortrag hält«, steht in dem Artikel. Das ist glatt gelogen, denn wer das Vorprogramm liest, wird dort z.B. für Sonntag, 11 Uhr 45, den Vortrag »Barbara Hoeveners: Den Widerstand in den Alltag tragen!« entdecken.

Wer einen Artikel wie »Scharfer Wind aus Norden« verfaßt, erweckt den Eindruck, daß es ihm (oder ihr?) nicht um eine bestimmte Stim-

mung zu erzeugen, den Mainzer Kongreß schon jetzt in ein schiefes, schräges Licht zu bringen. Der medizinischen Friedensbewegung ist dies gewiß nicht dienlich. Dies um so mehr, als wir Mainz-Wiesbadener von dem Münsteraner Gesprächskreis, auch wenn sachliche Differenzen vorhanden sein mögen, einen eher positiven Eindruck haben.

TILL BASTIAN  
Heidesheim

## Abwegig

dg 3/85: Leserbrief von Anselm Hirschbichler

In erster Linie sind es massenhaft Zeitschriften, z.T. wissenschaftlichen Charakter vortäuschend, die den Arzt zu beeinflussen suchen. Rechts sieht man oft das auffallende Bild der Reklame für ein Medikament und links daneben auf der Seite fängt die wissenschaftliche Arbeit von irgend einem medizinischen Institut oder von einem wissenschaftlichen Mitarbeiter an. (...) Daß man davon nicht doch etwas beeinflusst werden könnte, ist psychologisch nicht abzustreiten, wenn auch das genannte »arzneitelegramm« ein anderes Niveau hat und auch keine Reklame

bringt! Der Zeitschrift »Demokratisches Gesundheitswesen« Besprechung von Arzneimitteln vorzuschlagen, halte ich für abwegig, weil es voraussetzen würde, daß man erfahrene Pharmakologen zu Mitarbeitern anwirbt. Einen kritischen Hinweis auf die Werbemethoden der Industrie dagegen muß man als gerechtfertigt ansehen, auch wenn es nichts nützen wird; denn die Industrie mit ihren Werbefirmen ist eben stärker im Durchsetzungsvermögen, was ihre Interessen angeht.

Auch ist solche Werbung ja in unserer Demokratie gar nicht gesetzwidrig: Man kann gar nichts dagegen machen. Daß die ganze praktische Medizin dadurch aber etwas teurer wird, als es der Fall wäre, wenn die Ärzte noch wie früher einmal (vor dem Krieg durften Arzneimittel in der Kassenpraxis nicht unter dem geschützten Namen verordnet werden, wenn sie unter dem chemischen Namen erhältlich waren) gezwungen werden könnten, nur unter dem chemischen Namen zu verordnen, ist ziemlich sicher. Aber das ist heute auch gar nicht mehr durchführbar.

Man muß sich vor Augen halten, daß die Grundlagen dieses Krankenversicherungssystems noch in

der Kaiserzeit, 1883, begründet wurden, in einer Zeit, als die aktive Politik noch ganz in den Händen des Adels und der herrschenden Kreise lag. Und man darf nicht übersehen, daß diese damals herrschenden Kreise auch heute noch sehr wirksame und attraktive Mitarbeiter in der Politik stellen. Wesentliche Veränderungen sind daher z.Zt. gar nicht durchführbar; aber es ist durchaus nützlich, wenn diese Zeitschrift hier immer wieder einmal auf die tatsächlich vorhandenen Mängel hinweist!

GERHARD GRUHN  
Ludwigsburg

## Gefreut

dg 2/85: Ompongs Familie geht es schlecht

Als Filipina hat es mich gefreut, daß auch in Ihrer Zeitschrift das Thema Gesundheit in den Philippinen berücksichtigt wurde.

Neben der 1982 gegründeten Medical Action Group (MAG) besteht eine Vielzahl sogenannter NGOs wie AKAP, Council for Primary Health Care u.a., deren zentrale Aufgaben — Kritik der kolonialen Orientierung des medizinischen Ausbildungssektors, Aufbau von Basisgesundheitsprogrammen und Protest gegen fortgesetzte Menschenrechtsverletzungen — uneingeschränktes Lob verdienen.

Hier nun setzt allerdings meine Kritik an:

Der Autor Ihres Beitrags reduziert diese Aufgaben auf eine traurige Familiengeschichte. Journalistisch fragwürdig ist darüber hinaus, daß sein Bericht — ohne Quellenangabe — nahezu wortgetreu aus dem »MAG-Bulletin« (Vol. 1, No. 2, April—Juni 1984, Manila) abgeschrieben wurde.

Außer den mutigen Aktivitäten der NOGs gibt es eine Komponente, welche der Autor jedoch überhaupt nicht erwähnte. Um ein wirklich demokratisches, nationales Gesundheitswesen zu schaffen, werden Ärzte, Krankenschwestern und Gesundheitsarbeiter, die dafür einstehen, zunehmend vom Marcos-Regime verfolgt. Daß sie gerade in den ländlichen Gebieten auf harte Repression stoßen, veranlaßt eine zunehmende Zahl von ihnen, in den Untergrund zu gehen. Was sie dort in aufopferungsvoller Arbeit für die Bevölkerung leisten, wäre wert, einmal in dg ausführlich und mit eigenständig verfaßten Recherchen behandelt zu werden.

CYNTHIA VARON  
Hannover

Anm. d. Red.: Ein Teil des Beitrags von Theodor L. Dom ist zugleich Teil eines Projektberichts von *Terre des Hommes*, der auch anderswo veröffentlicht wurde. Abgeschrieben wurde nicht.



## Verflixt!

Jeden Monat ein ganzes Heft herauszubringen, kann ganz schön an den Nerven zerren. Besonders in den letzten 48 Stunden vor dem Umbruch, wenn das Chaos auf dem Schreibtisch auf den Kopf übergreift, steigt die Anfälligkeit für allerlei Patzer.

Ein besonders ärgerlicher konnte diesmal auch die letzten Kontrollschleusen passieren: Michael Kasten, den wir im Aprilheft interviewten, heißt wirklich Michael, und nicht etwa, wie Titelzelle und Bildunterschrift glauben machen, Hermann. Wie die Umtaufe zustandekam, ließ sich leider nicht mehr ermitteln.

Unter dem Titel »Verbrannte Erde« (Seite 5) haben wir der Tagespresse Unrecht getan. Daß die Israelis am 4. März im Südlibanon medizinische Einrichtungen mit Bulldozern zerstört haben, haben sowohl die »taz« als auch die Frankfurter Rundschau und die Süddeutsche gemeldet — wenn auch sehr verhalten.



## Vorlage zum Krankenpflege- und Hebammengesetz

Mit den Stimmen der CDU- und FDP-Abgeordneten hat der Bundestagsausschuß für Jugend, Familie und Gesundheit eine Vorlage der Bundesregierung zur Novellierung des Krankenpflege- und Hebammengesetzes verabschiedet. Nach dem Entwurf soll für die Ausbildung in der Krankenpflege ein Mindestalter von 17 Jahren und der Realschulabschluß Voraussetzung sein. Hauptschulabgänger sollen entweder eine abgeschlossene Berufsausbildung vorweisen oder zwei Jahre lang eine Pflegeerschule besucht haben. Die Ausbildungsverträge sollen an die Vorschriften des Berufsbildungsgesetzes angeglichen werden. Vorgesehen ist außerdem eine Verlängerung der Probezeit.

Zu den Ausbildungsbereichen sollen auch psychiatrische und häusliche Krankenpflege gehören. Ausbildungskliniken müssen mindestens über eine innere, eine chirurgische, eine gynäkologische und eine psychiatrische Abteilung verfügen.

## Grüne gegen Krebsregister

Gegen Pläne der baden-württembergischen Landesregierung, ein Krebsregister einzurichten, haben sich die Grünen im Stuttgarter Landtag gewandt. Es sei »völlig falsch«, so der Sprecher der Grünen, Gerd Schwandner, »dem Krebsübel mit einem Register zu Leibe rücken zu wollen«. Ein Krebsregister liefere weder Aussagen über die Entstehung der Krankheit, noch vergrößere es die Heilungschancen.

## Vier Prozent mehr Ärzte

Um 4,1 Prozent stieg die Zahl der Ärzte im Jahre 1984 auf jetzt 191 771. Der Anteil der niedergelassenen Ärzte nahm um 2,7, der der Krankenhausärzte um 2,9 Prozent zu.

Dies teilte die Bundesärztekammer mit.

## Broschüre »Umwelt und Gesundheit«

Die umweltbedingten Ursachen von Erkrankungen stehen im Mittelpunkt einer umfangreichen Broschüre, die die Arbeitsgemeinschaft Allergisches Kind e.V. — Hilfen für Kinder mit Asthma, Ekzem oder Heuschnupfen e.V. jetzt der



Öffentlichkeit vorstellte. Engagierte Eltern und Wissenschaftler begründen die Zusammenhänge zwischen verschiedenen Schadstoffen in der Atemluft und den gesundheitlichen Schäden. Den inhaltlichen Schwerpunkt bilden die Atemwegserkrankungen.

Die Schrift, die den Titel »Umwelt und Gesundheit/Über den Zusam-

# Arbeitslose

menhang von Luftverschmutzung und Schädigungen der Gesundheit« trägt, ist auch für Nicht-Fachleute verständlich. Wer sich für das 32seitige Heft interessiert, kann es bei der Arbeitsgemeinschaft Allergisches Kind e.V., Postfach 1141, 6348 Herborn, zum Preis von 5 Mark bestellen.

## Formaldehyd in 356 Medikamenten

In 356 Medikamenten für Menschen und in 53 Tierarzneimitteln ist Formaldehyd als Wirk- oder Hilfsstoff enthalten. Dies teilte die Bundesregierung auf eine parlamentarische Anfrage der Grünen mit.

Gleichzeitig bezeichnete die Bundesregierung die Verwendung von Formaldehyd als zumeist »unproblematisch«. Formaldehydhaltige Arzneimittel seien sogar für Allergiker »nur mit geringen Risiken verbunden«.

## Arbeitslose in Gesundheitsdienstberufen

Im September 1984 lag die Zahl der Arbeitslosen in den Gesundheitsdienstberufen bei 73 595. Davon entfallen über 40 Prozent auf Sprechstundenhilfen und etwa 35 Prozent auf Krankenpflegeberufe. Damit liegen die Aussichten am Arbeitsmarkt für diese Berufe etwas über dem Durchschnitt aller Beru-

fe: Auf eine freie Stelle in den Gesundheitsdienstberufen kommen 19 Arbeitssuchende, im Durchschnitt aller Berufe liegt das Verhältnis bei eins zu 24. Als »ungünstig« wird die Situation der Sprechstundenhilfen aufgrund des Andrangs junger Bewerberinnen gesehen.

Dies teilte die Bundesregierung auf Anfrage in der Fragestunde mit.

## »Demokratische Ärzte« in Westfalen

Vom 14. bis 23.10.'85 finden die Ärztekammerwahlen Westfalen-Lippe statt. Die Liste Demokratischer Ärzte hat zur Vorbereitung der Wahlen und zur Unterschriftensammlung jetzt ein Positionspapier erarbeitet, das schwerpunktmäßig Aussagen zu den Problemkreisen »Katastrophenmedizin«, Umweltbelastung, »Ärztenschwemme« und Diskriminierung von Frauen im Gesundheitswesen enthält. Da die Liste bei den letzten Wahlen vor vier Jahren nur im Regierungsbezirk Arnsberg vertreten war, wird sie jetzt verstärkte Anstrengungen starten müssen, um auch in den Regierungsbezirken Münster und Detmold vertreten zu sein.

Kontakte stellen in den drei Bereichen her:

Reg.-Bezirk Arnsberg: Klaus Busch, Arnecke Str. 2, 4600 Dortmund 1, Tel.: (0231) 102830  
Reg.-Bez. Münster: Wilfried Schneider, Dorpatweg 9, 4400 Münster, Tel.: (0251) 277032  
Reg.-Bez. Detmold: Karl-Werner Töpler, Gleiwitzer Str. 22c, 4800 Bielefeld 1, Tel.: (0521) 200264  
Nächstes Treffen: Dienstag, 7. Mai 1985, 19.30 Uhr, Gaststätte »Volmarsteiner Platz«, 4600 Dortmund 1, Neuer Graben 64



ven und IPPNW auch die Pflegeberufe beteiligt sind.

Auch beim Festsetzen des Teilnehmerbeitrags zeigten sich die Mainzer entgegenkommend: Sollten Studenten und andere Berufsgruppen (als Ärzte) bisher einheitlich 50 Mark zahlen, so wird der Beitrag nun für Auszubildende und Arbeitslose auf 10 Mark gesenkt.

Der Fünfte Medizinische Kongreß zur Verhinderung des Atomkriegs wird vom 31. Oktober bis zum 3. November 1985 in Mainz stattfinden.

Die Organisatoren bitten um frühzeitige Anmeldung bei: IPPNW-Geschäftsstelle, Bahnhofstraße 34, 6501 Heidesheim.

## »Wir warnen vor dem Atomkrieg«:

### Einigung

urp — Das »Wir« im Kongreßtitel hatte bereits frühzeitig die Weichen gestellt: Nicht nur die Ärzte, sondern Angehörige aller Gesundheitsberufe werden beim nächsten Medizinischen Kongreß »vor dem Atomkrieg warnen«. Nach einigem Mißverständnis hin und Her (siehe auch dg 3/85) ist dieses »Wir« nun auch mit Inhalt gefüllt — sehr zur Freude der Schwestern und Pfleger in der Münsteraner Initiative Gesundheitswesen für den Frieden.

»Die Zusammenarbeit und die Absprachen mit den Mainzer Or-

ganisatoren haben gut geklappt«, betont Elvira Kleine, die für die Münsteraner zum Vorbereitungstreffen nach Mainz gefahren war. Die Initiative hofft, daß die Mißverständnisse jetzt ein Ende haben, damit ihr Anliegen nicht in den Richtungskämpfen der Friedensbewegung auf der Strecke bleibt.

In der Tat scheint die Einbettung der »Nichtärzte« in den Kongreß erstmals gelungen: Für ein Hauptreferat — Arbeitstitel: »Krankenschwestern — zur Pathologie eines Frauenberufs« — konnte Christa Nickels, Kranken-

schwester und zur Zeit Bundestagsabgeordnete der Grünen, gewonnen werden. Alle vorgeschlagenen Arbeitsgruppen wurden vorbehaltlos akzeptiert. Zusätzlich wird die vorbereitende Mainzer Initiative eine Anhörung der Berufsverbände der Pflegeberufe zum Thema Zivilschutz organisieren und ins Programm aufnehmen. Auf der Abschluß-Podiumsdiskussion wird, so sagten die Organisatoren zu, dafür gesorgt, daß neben Minister, Ärztekammervertretern, ÖTV, Ärzteinitiativ-



## Überla: »Vorwürfe unhaltbar«

Mit einer persönlichen Erklärung hat der ehemalige Präsident des Bundesgesundheitsamtes, Professor Karl Überla, seinen Rücktritt begründet. Darin heißt es, in der Öffentlichkeit seien »in zum Teil reißerischer Form Vorwürfe« gegen ihn erhoben worden, die »unhaltbar« seien. Er habe »nichts getan, was nicht rechtens ist« und »weise alle Unterstellungen einer Interessenkollision zurück«. Der »Respekt vor dem Amt« gebietet ihm, zurückzutreten.

In den letzten Monaten hatten sich die Vorwürfe gehäuft, Überla verquickte sein Amt mit persönlichen Interessen. In diesem Zusammenhang war vor allem die Praxis der Begutachtung von Arzneimitteln genannt worden.

Deutlich reservierter kommentiert der Sprecher von Gesundheitsminister Geißler, Hartwig Möbes, den Weggang des BGA-Präsidenten. In einer Erklärung heißt es, das Ministerium »respektiere« den Schritt Überlas. »Seine Fachkenntnisse und sein Engagement«, so Möbes, hätten »zu den Leistungen des Amtes beigetragen«. Zu den Vorwürfen, die sich auf die Zeit vor der Amtsübernahme Überlas am 1. Oktober 1981 bezogen, nahm das Ministerium nicht Stellung. Zu dem inkriminierten Forschungsauftrag, den das BGA im Dezember vergangenen Jahres an das »Biometri-

sche Zentrum für Therapiestudien« erteilt hat, habe es keine »fachlichen und haushaltsrechtlichen« Beanstandungen gegeben.

## »Medico international« legt Abrechnung vor

Eine Abrechnung über Einnahmen und Ausgaben im Jahre 1984 hat die Hilfsorganisation »Medico international« vorgelegt.

Einnahmen von etwas über 5 Millionen Mark standen 1984 Ausgaben in Höhe von 4 744 624 Mark gegenüber. Von diesem Betrag gingen 8,2 Prozent in die Verwaltung und 6,09 Prozent in die Öffentlichkeitsarbeit. 85,64 Prozent des Geldes wurden für Projekte verwendet.

Von den Projektgeldern ging der mit über 2 Millionen Mark größte Betrag nach Nicaragua. Allein 631 882 Mark wurden für das Projekt in Rio San Juan (Nicaragua) aufgewendet, für das auch zahlreiche dg-Leser spendeten. Weitere größere Beträge gingen in die Westsahara (450 000 Mark), in den Libanon (360 000 Mark), nach El Salvador (240 000 Mark) und nach Chile (230 000 Mark). Jeweils mehr als 100 000 Mark gingen nach Guatemala, Kapverde und Südafrika, Beträge unter 100 000 Mark nach Namibia und auf die Philippinen. Etwas über 50 000 Mark wurden für Kleinstprojekte aufgewendet.



## Zivilschutz-Kongreß:

## Es kamen vierhundert

Vierhundert Teilnehmer, darunter viele Gesundheitsarbeiter, hatten sich am 23. März in Essen zu einer ganztägigen Tagung eingefunden. Thema war das von Bundesinnenminister Zimmermann angekündigte Zivilschutzgesetz. Die Aufrufer (Architekten, Juristen, Ärzte, Beschäftigte im Ge-

sundheitswesen, Kulturwissenschaftler, Psychologen, Informatiker und Gewerkschafter), die erst vor drei Monaten zusammengefunden hatten, waren ebenso wie die Teilnehmer mit den Ergebnissen der Tagung sehr zufrieden. Hatten doch erstmals, worauf auch Professor Pe-

## HAI erreichte Tanderil-Rückzug

Zu Verhandlungen über den weltweiten Rückzug der butazonhaltigen Rheumamittel Butazolidin und Tanderil haben sich Vertreter der pharmakritischen »Health Action International« (HAI) und führende Manager des Arzneimittelkonzerns Ciba-Geigy in einem Londoner Hotel getroffen. In dem Expertentreffen unter Vorsitz des ehemaligen Staatssekretärs im Bundesgesundheitsministerium Professor Füllgraf erhoben die Vertreter der HAI schwere Vorwürfe zu den Vermarktungspraktiken der Ciba-Geigy.

Wegen gefährlicher Nebenwirkungen wie Magen-Darm-Blutungen und schweren Knochenmarkschäden mit oft tödlichem Ausgang wurden Präparate mit den Inhaltsstoffen Phenylbutazon oder Oxyphenbutazon in den meisten Ländern verboten oder in den Anwendungsbedingungen stark eingeschränkt. In Ländern der Dritten Welt dagegen werden auch hier nicht zugelassene Präparate sogar von Straßenhändlern verkauft und als »praktische Lösungen für das Fieber, den Schmerz und die Entzündung« angepriesen.

Mehrere Wochen nach dem Gespräch in London zog die Ciba-Geigy die Präparate Tanderil und Butazolidin weltweit zurück.

## Graue Panther zu Pfleg- und Vormundschaft

Verbesserten Rechtsschutz und menschlichere Behandlung für Entmündigte und unter Pflegschaft Gestellte hat der Seniorenschutzbund »Graue Panther« gefordert. Gabriele Fischer von den »Grauen Panther« erklärte, ein Vormund

oder Pfleger »betreue« oft aus finanziellen Gründen mehrere hundert Menschen, ohne sie überhaupt je gesehen zu haben, und forderte eine Höchstzahl von 40 Vormund- oder Pflegschaften für einen gesetzlichen Vertreter sowie eine verbesserte Kontrolle. Außerdem soll nach den Vorstellungen der »Grauen Panther« schon bei der Einleitung eines Entmündigungs- oder Pflegschaftsverfahrens zwingend ein Rechtsbeistand zugezogen werden müssen.

Darüberhinaus verlangte die Seniorenorganisation die Einrichtung eines Arbeitskreises gegen Menschenrechtsverletzungen in Heimen.

## Dioxin bei Merck?

Eine Dokumentation zu den dioxinbelasteten Gebieten der Merck-Werke Darmstadt und Gernsheim hat der hessische Minister für Arbeit, Umwelt und Soziales, Armin Clauss (SPD), vorgelegt. Die Untersuchung war in Auftrag gegeben worden, weil Fachleute in Rückständen der früheren Lindan-Produktion bei Merck Dioxine und Furane vermutet hatten. Bei Merck war zeitweilig ein ähnliches Verfahren wie bei der von Amts wegen geschlossenen Firma Boehringer in Hamburg angewandt worden.

Ein Gutachten von Professor Selinka ergab stark schwankende Konzentrationen von Dioxinen und Furanen auf den Geländen. In der Dokumentation des Ministeriums, die die Ergebnisse des Gutachtens mittelt, werden weitere Untersuchungen eines bestimmten Flözes, Untersuchungen von Sedimenten und Fischen, die Aufstellung eines Bodenuntersuchungsplans sowie gezielte Untersuchungen in der Nahrungsmittelkette vorgeschlagen.

ter Starlinger von der Krefelder Initiative besonders hinwies, Vertreter verschiedener berufsbezogener Friedensinitiativen zusammengefunden, um die mit dem Gesetz geplante Militarisierung nach innen aus verschiedenen Blickwinkeln darzustellen.

Besonders informativ waren die Vorträge von Professor Heinz Bauer von der Naturwissenschaftler-Initiative (»Zivilschutz gegen Massenvernichtungswaffen?«) und von Dr. Hans-Jürgen Häbeler von der Kulturwissenschaftler-Initiative (»Kulturgüterschutz bei bewaffneten Konflikten«). Dr. Till Bastian setzte sich mit möglichen Widerstandsformen auseinander. Mit Beifall begrüßt wurde vor allem Michael Kasten von der ÖTV, der die inzwischen recht weitgehenden Ansichten der Gewerkschaften darstellte.

Nach Ansicht der Tagungsteilnehmer soll in Zukunft noch mehr Gewicht auf die Arbeit vor Ort gelegt werden, um so die schleichende Militarisierung bereits in den Kommunen aufzudecken. Weiterhin soll eine zentrale Aktion in Bonn stattfinden, wenn die parlamentarische Beratung des Gesetzes läuft. Als weitere Termine für Aktionen wurden der Hiroshima-Tag am 6. August und ein eventuell im Herbst laufender bundesweiter Probealarm ins Auge gefaßt.

Als Kontakt- und Koordinationsadresse soll weiterhin Walter Popp, Sunderholz 32, 4300 Essen 1, agieren. Dort kann auch eine Dokumentation der Tagung bestellt werden.

Die Abschlusserklärung der Tagung ist in diesem Heft unter »Dokumente« wiedergegeben.



## Gegen »Tag der Krankenpflege«

Gegen den »Tag der Krankenpflege«, den der »Internationale Krankenschwesternrat« in Genf alljährlich am 12. Mai, dem Geburtstag von Florence Nightingale, begeht, hat sich die Gruppe »Krankenpflege gegen Krieg« gewandt. In einem Brief an den »International Council of Nurses« distanziert sich die Initiative von der »mythischen Kriegsverherrlichung« der britischen Begründerin des Krankenpflegeberufs. Wörtlich heißt es in dem Brief: »Im Atomkriegszeitalter kann eine Militärschwester erst recht kein Vorbild mehr sein.«

Florence Nightingale (1820—1910) habe Krankenpflege in erster Linie als Verwundetenhilfe verstanden und betrieben und sich nie gegen den Krieg gewandt, vielmehr den Krieg als Gelegenheit für die Ausbildung bestimmter Tugenden gesehen.

Die Initiative forderte Krankenschwestern und Krankenpfleger auf, ähnliche Briefe nach Genf zu schreiben.

## Spendenaufruf der Bayer-Koordination

Mit einem Spendenaufruf hat sich die »Internationale Koordinationsstelle — Aktiv gegen Bayer-Umweltgefährdung« an die Öffentlichkeit

gewandt. Die Organisation verweist auf finanzintensive Kontakte mit dem Ausland, regelmäßige Gegeninformation zur Bayer-Öffentlichkeitsarbeit, die Unterstützung, Vorbereitung und Durchführung direkter Aktionen und den Unterhalt einer eigenen Geschäftsstelle.

Wer Fördermitglied werden will (Mindestbeitrag monatlich 5 Mark), wende sich an die »Koordinationsstelle«, c/o Christiane Schnura, Jägerstr. 78, 4000 Düsseldorf 1, Tel. (0211) 2 29 26 01.

## Ein Studienplatz für jeden sechsten

33.000 Studienbewerbern für die Fächer Medizin und Zahnmedizin

Diese Karte wurde für eine Frage-Übung ausgegeben. Die Ärzte sollten selektieren: »Verwundete« der Kategorie III bleiben liegen.



im Sommersemester 1985 stehen 5100 Studienplätze gegenüber. Davon werden 1200 Plätze durch Los- und Testverfahren verteilt; nur 500 Bewerber erhalten einen Studienplatz allein aufgrund ihrer Abiturnoten. Der Rest wird über das sogenannte leistungsgesteuerte Losverfahren vergeben.

## Riesenhuber für freie Gentechnik

Gegen jede gesetzliche Regelung der Gentechnik zum jetzigen Zeitpunkt hat sich Bundesforschungsminister Heinz Riesenhuber (CDU) ausgesprochen. Es komme darauf an, daß sich die erst am Anfang stehende Forschung frei von staatlichen Auflagen entwickeln könne.

Nach einer Meldung des »Evangelischen Presse-Dienstes« (epd) bestehen in dieser Frage Differenzen zwischen Riesenhuber einerseits und dem Bundesjustizministerium, bei dem sich eine Kommission zu Gentechnik und menschlichem Erbmateriale gebildet hat, und der Enquete-Kommission »Chancen und Risiken der Gentechnologie« andererseits. Die stellvertretende Vorsitzende der Enquete-Kommission,

die CDU-Abgeordnete Hedda Neumeister, erklärte: »Gentechnische Eingriffe in die menschliche Keimbahn zum Zwecke der Züchtung und Klonierung lehnen wir von vornherein ab. Darüber diskutieren wir erst gar nicht.«

Das Volumen biotechnologischer Prozesse liegt auf dem Weltmarkt bereits bei 40 Millionen Mark. Davon entfallen 25 Milliarden auf den Pharma-Bereich. Nach Angaben von Ministerialrat Binder aus dem Forschungsministerium ist künftig mit gentherapeutischen Experimenten zu rechnen, bei denen genetisch veränderte Zellen in den menschlichen Organismus eingeführt werden.

## Lambsdorff: Selber zahlen!

Die Eigenfinanzierung »selbstverschuldeter Krankheiten« durch den Patienten hat der ehemalige Bundeswirtschaftsminister Otto Graf Lambsdorff (FDP) gefordert. In einem Interview mit »Bild am Sonntag« meinte Lambsdorff, man könne es der Solidargemeinschaft der Versicherten »nicht zumuten«, Krankheiten wie Alkoholismus, Drogenmißbrauch und die Folgen des Rauchens zu bezahlen.

# Das Schönste auf der Welt ist ein eigenes Zuhause.



Kennen Sie das? Wenn Ihre kleine Tochter sich richtig austoben will und nicht weiß, wohin... Noch ist es nicht zu spät, mit Bausparen anzufangen. Mit einem Bausparvertrag beim BHW bringen Sie es auch in der heutigen Zeit noch zu eigenen vier Wänden. Die BHW-Bausparkasse bietet Ihnen mehr als nur Geld zum Bauen. Sprechen Sie doch mal mit Ihrem BHW-Berater. Das BHW steht in jedem örtlichen Telefonbuch.

**BHW**  
BAUSPARKASSE

Auf uns baut  
der öffentliche Dienst.





## ÖTV zur Konzentrierten Aktion

Die Gewerkschaft Öffentliche Dienste, Transport und Verkehr (ÖTV) hat am Vorabend der 16. Sitzung der Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen Bundesarbeitsminister Blüm aufgefordert, »endlich entscheidende Strukturmaßnahmen anstelle einer verkürzten Sparpolitik« einzuleiten.

Wie das für Gesundheitspolitik zuständige Mitglied des ÖTV-Vorstands, Wolfgang Warburg, in Stuttgart betonte, werde es angesichts der achtprozentigen Kostensteigerung 1984 immer dringlicher, strukturelle Verbesserungen, vor allem die Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Diagnostik und Nachsorge, durchzusetzen. Heftig kritisierte Warburg die bisherige Gesundheitspolitik der konservativ-liberalen Bundesregierung als »Stückwerk«. Wenn außer dem Abbau von Krankenhausbetten und bedeutungslosen Sparappellen nur

noch einfallende, das Kranksein durch kräftigen Ausbau der Eigenleistungen bei Pillen und Zählen noch teurer zu machen, vertrete nicht mehr die Interessen der Patienten und Versicherten.

Als »Sparpolitik am falschen Ende« bezeichnete Warburg die Absicht Blüms, die Kostenbremse in erster Linie bei den 30,9 Milliarden Mark Ausgaben für die stationäre Versorgung anzuziehen, während die Aufwendungen für die ambulante Versorgung mit 50 Milliarden Mark deutlich über den Krankenhauskosten lägen.

## Toilettensteine gefährden Gewässer

Gegen die Verwendung von geruchsdämpfenden Toilettensteinen mit dem Wirkstoff Paradichlorbenzol (p-DCB) haben sich das Bundesgesundheitsamt und das Umweltbundesamt in einer gemeinsa-

men Erklärung gewandt. Die Steine, so heißt es in der Erklärung, besäßen keine positiven hygienischen Eigenschaften, trügen aber durch ihre schlechte Abbaubarkeit zur Verunreinigung von Luft und Gewässern bei. In Flüssen betrage die p-DCB-Konzentration bereits bis zu 0,2 Milligramm pro Liter; in Fischen könne sich die Substanz bis zum Hundertfachen dieser Konzentration anreichern.

## Fluorid bei Milchzähnen nutzlos?

Keine karieshemmende Wirkung auf Milchzähne hat eine Studie britischer Forscher feststellen können. Das britische Forscherteam hatte fünf Jahre lang schottische Schulkinder beobachtet, die täglich ein Fünftelliter Milch mit 7 ppm (parts per million/Teile von einer Million) Fluorid erhielten. Zu Beginn der Untersuchung waren die Kinder vier bis fünfeinhalb Jahre alt. Der Kariesbefall der untersuchten Kinder lag um bis zu 43,1 Prozent niedriger als bei einer Kontrollgruppe. Der kariesmindernde Effekt konnte nur bei den bleibenden Zähnen ausgemacht werden.

## Kassen gegen Privat-Uni Ingolstadt

Die Arbeitsgemeinschaft der Bayerischen Krankenkassenverbände hat sich nachdrücklich gegen die Pläne zur Errichtung einer privaten Universität in Ingolstadt gewandt und an die Staatsregierung in München appelliert, eine solche Hochschule nicht zuzulassen. Der Sprecher der Arbeitsgemeinschaft, Schenk, rechnete vor, daß für den Bedarf einer Universität der Ausbau des Ingolstädter Krankenhauses, das jetzt eine ausreichende Versorgung gewährleistete, um 100 Betten nötig würde, was zu einem Defizit von 160 Mark pro Tag und Bett führen werde. Im Jahr müßte dann ein Fehlbetrag von 52 Millionen Mark ausgeglichen werden, der den Beitragssatz der Ingolstädter Ortskrankenkasse um einen Prozentpunkt steigen lasse.

## Initiative Formaldehyd-Geschädigter

Auf einer Tagung zum Thema Wohngifte am 4. Mai in Fulda soll unter anderem ein Treffen Formaldehyd-Geschädigter organisiert werden. Kontakt: Institut für Bau- und Heilgasforschung, Heilgasstr. 54, 8200 Rosenheim.

# Termine

**Mai/Juni**  
**Vorträge »Medizin im Nationalsozialismus«**

### Köln

**Vortragsreihe im Rahmen der Ausstellung Medizin im Nationalsozialismus**

**2. Mai** Benno Müller-Hill:  
Anthropologie und Eugenik; Forum der Volkshochschule, Neumarkt, 20 Uhr

**9. Mai** Rainer Pommerin:  
Rassismus im Rheinland/Zwangssterilisation der »Rheinland-Bastarde«  
Forum der Volkshochschule, Neumarkt, 20 Uhr

**15. Mai** Karl Heinz Roth:  
Anstaltsmorde als Versuch zur Lösung der sozialen Frage; »Unicum«, Universitätsstr. 16, 20 Uhr

**20. Mai** Klaus Dörner:  
NS-Psychiatrie/Vom Mythos der Unheilbarkeit; Amerikahaus, Apostelnkloster 13—15

**23. Mai** Ernst Klee:  
»Euthanasie« und die ungebrochene Karriere der Täter nach 1945; Forum der Volkshochschule, Neumarkt, 20 Uhr

**30. Mai** Peter Liebermann:  
NS-Medizin in Köln; Forum der Volkshochschule, Neumarkt, 20 Uhr

**13. Juni** Günter Ginzel:  
Vom Boykott bis zur Vernichtung/Jüdische Ärzte in Köln;  
Forum der Volkshochschule, Neumarkt, 20 Uhr

**6.—8. Mai**  
**Kinder-/**  
**Jugendpsychiatrie**

**Mannheim**  
**XIX. wiss. Tagung der Dt. Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie**

Thema: Langzeittherapie und Verlauf bei kinder- und jugendpsych. Erkrankungen / Die Rolle des Vaters für die Entwicklung von Kindern

Kontakt: Thomas Wiese, Spandauer Damm 46, 1000 Berlin 19, Tel. (030) 321 40 80

**7. Mai**  
**Liste Demokratischer Ärzte**

**Dortmund**  
**Listentreffen der Demokratischen Ärzte Westfalen-Lippe**  
Ort: Gaststätte »Zum Volmarsteiner Platz«, Neuer Graben 64, 4600 Dortmund 1. Beginn: 19.30 Uhr

**8. Mai**  
**Selbsthilfe**

**München**  
**Forum: Was bedeutet das Selbsthilfzentrum für die Münchner Projekte?**

Kontakt: Gesundheitsladen München, Reisingerstr. 13, 8000 München 2, Tel. (089) 2 60 72 23.

**8.—10. Mai**  
**Kolloquium**  
**Soziale Sicherheit**

**Bonn**  
**Zweites Kolloquium der Internationalen Gesellschaft für Soziale Sicherheit**

Thema: Arbeitssicherung bei Automatisierung und neuen Techniken  
Kontakt: Berufsgen. Institut für Arbeitssicherheit, Lindenstraße 8, 5205 St. Augustin, Telefon (022 41) 23 10

**13.—15. Mai**  
**Krankenpflege-Seminar**

**Marl**  
**Seminar: »Anspruch und Wirklichkeit in der ambulanten Kranken- und Altenpflege« für Kranken- und Altenpflegepersonen der ambulanten Dienste**  
Kontakt: Allg. Krankenpf.-Verband, Lucy-Romberg-Haus, Wiesenstraße 55, 4370 Marl, Telefon (023 65) 33566 oder 34666

**11./12. Mai**  
**Italianische Psychiatrie**

**Hamburg**  
**Veranstaltung: Die neue Italienische Psychiatrie: Wandel in der klinischen Praxis und im psychosozialen Territorium.**

Kontakt: Prof. Dr. J. Gross, Universitätskrankenhaus Eppendorf, Martinistr. 52, 2000 Hamburg 20

**20./21. Juni**  
**Kongreß**  
**Katastrophenmedizin**

**Kaufbeuren/Allgäu**  
**Mannheimer Kreis-Tagung 1985**  
Thema: Was heißt eigentlich Fortschritt?  
Kontakt: Detlef Klotz, DGSP, Postfach 1406, 3000 Hannover 1, Tel. (0511) 80 01 85

**20.—24. Mai**  
**ÖGD-Kongreß**

**Berlin**  
**35. wiss. Kongreß der Ärzte, Zahnärzte und Ingenieure des öff. Gesundheitsdienstes**  
Thema: Zukunft des ÖGD, AIDS, Umwelt und Krankenhaushygiene, Sucht, Gesundheitserziehung, Tbc, amtsärztliche Begutachtung.  
Kontakt: Verband der Ärzte des ÖGD, Telefon (030) 41 92 22 53



# Termine

**22.—24. Mai**  
**Psychiatrische**  
**Versorgung**

**Bad Herrenalb**

**Fachtagung: Psychiatrische Versorgung zwischen medizinischer Behandlung und sozialer Hilfe**

Anfragen: Evang. Akademie Baden, Postfach 2269, 7500 Karlsruhe 1, Tel. (07 21) 168-296/289.

**16.—19. Mai**  
**BUKO-Kongreß**

**Freiburg**

**9. Bundeskongreß der Entwicklungspolitischen Aktionsgruppen (BUKO)**

Thema: Ökologie und Dritte Welt  
Kontakt und Anmeldung: BUKO, Nernstweg 32/34, 2000 Hamburg 50

**1. Juni**  
**Zahnarztpraxen**

**Frankfurt**

**Informationsveranstaltung: Die wirtschaftliche Situation der zahnärztlichen Praxis**

Veranstalter: Vereinigung Demo-

**kratische Zahnmedizin**

Zeit: 14 Uhr

Ort: Volksbildungsheim, Eschenheimer Anlage 40, Kleiner Saal, Frankfurt

**1./2. Juni**  
**Dioxin-Kongreß**

**Ludwigshafen-Oggersheim**  
**Dioxin-Kongreß**

Anmeldung: dg, Siegburger Straße 26, 5300 Bonn 3

**1./2. Juni**  
**Ärzte für Umwelt**

**Hitzacker/Elbe**

**Jahresversammlung des Ärztebundes für Umwelt und Lebensschutz**

Thema: Auswirkungen von Emissionen von Substanzen mit ionisierender Strahlung / Krebsregister  
Kontakt: Siegfried von Wedel,

Bornalstraße 11, 3406 Reyershausen, Telefon (055 94) 17 33

**13.—15. Juni**  
**Krankengymnasten-Kongreß**

**Mainz**

**Kongreß der Krankengymnasten**  
Kontakt: Kongreßbüro, Telefon (089) 8 80 70

**14.—19. Mai**  
**Mannheimer Kreis**

**Frankfurt**

**3. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Katastrophenmedizin, Alte Oper**

Leitthema: Probleme beim Massenansturm von Kranken und Verletzten  
Auskunft u. Anmeldung: OA Dr. E. März, Chir.-Klinik Kr.-hs. Nordwest, Steibacher Hohl 2-26, 6 Ffm 90, Tel. (069) 7 60 12 35.

**Zivildienstleistender für Arztstelle** gesucht in Bonner Kinderklinik. Anfang möglichst September 1985. Bitte melden bei Joachim Stegmann, Falltorstr. 2, 5330 Königswinter 1, Tel. (022 23) 12 91 p oder (022 28) 505-29 37.

**Dipl.-Psych.**, 30 J., sucht Arbeit im therap./beraterischen Bereich. Habe 6jährige therap./berat. Erfahrung mit Kindern, Jugendlichen, Erw. u. Familien sowie Supervision. Mitarbeit in einem mit aufgeb. selbstverw. Beratungszentrum mit einem gemeindenahen Konzept (abgeschl. GT-Ausb. u. Gestalt-Fortb.). Angebote unter Chiffre 010585 an dg, Siegburger Str. 26, 5300 Bonn 3

Wir suchen fortschrittliche(n) **Psychiater(in)**, möglichst mit Zusatztitel »Psychotherapie«, zur Ergänzung unseres Teams. Wir sind eine nervenärztliche Gemeinschaftspraxis in NRW mit Schwerpunkt Psychotherapie, Kooperation mit Psychologen und Sozialtherapeuten, Arbeit auf Gehaltsbasis. Wir organisieren in unserem Rahmen regelmäßig Supervision, Theoriediskussion und Fortbildungsmöglichkeiten. Kontakt über Telefon (0251) 61 69 99 Mo, Do, Fr ab 20.00 Uhr

**Zivildienststelle** für Arzt in der Chirurgie ab sofort. Krankenhaus bei Hamburg mit gutem Klima! Tel. (041 62) 62 19.

**Selbstverwaltetes Tagungshaus** in ruhiger, ländlicher Umgebung am Niederrhein mit Vollverpflegung (90 Pers.) u. Selbstversorgung (20 Pers.). Werktags Sonderpreise nach Vereinbarung möglich. Info u. Anmeldung: Tagungs- u. Bildungsstätte Schloß Gnadensthal, 4190 Kleve, Tel. (028 21) 2 90 80.

Arzt f. Neurol. u. Psychiatrie, Psychotherapie sucht zur Gründung einer **Gemeinschaftspraxis** Partner/in. Örtlich ungebunden. Interesse an Psychotherapie wäre wichtig. Evtl. auch Assoziation an bestehende Praxis. Termin ca. Mitte '86. Chiffre 020585 an dg, Siegburger Straße 26, 5300 Bonn 3.

## Die Psychiatrische Hilfgemeinschaft Duisburg e. V.

sucht zum nächstmöglichen Zeitpunkt für das psychosoziale Kontaktzentrum in Duisburg-Nord eine(n)

### MITARBEITER(IN)

Vorzugsweise stellen wir eine(n) Krankenpfleger(in) oder Sozialarbeiter(in) mit Berufserfahrung im psychiatrischen Bereich ein. Der/die neue Kollege/Kollegin soll unsere Wohngemeinschaften für psychisch Kranke mitbetreuen.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen richten Sie bitte an:

Psychiatrische Hilfgemeinschaft Duisburg e. V.  
— Kontaktzentrum —  
Weidmannstraße 15, 4100 Duisburg 11

Der

### Kreis Herford

sucht für das **Psychosoziale Zentrum**  
a) zum nächstmöglichen Zeitpunkt eine in der Psychiatrie erfahrene

### Krankenschwester

b) zum 1. Juli 1985 einen in der Psychiatrie erfahrenden

### Krankenpfleger

Der **Kreis Herford** gehört zu den im Rahmen des derzeitigen Psychiatrie-Modellprogramms vom Bund geförderten Regionen. Hauptziel des Programms ist die ortsnahe Beratung und bedarfsgerechte Betreuung von psychisch Kranken.

Das Psychosoziale Zentrum arbeitet seit 1981 mit einem Team aus Ärzten, Psychologen, Sozialarbeitern/-pädagoginnen, Krankenpflegern/-schwestern.

Die ambulante vielfältige und abwechslungsreiche Arbeit im Psychosozialen Zentrum erfordert Bereitschaft zur Teamarbeit und Zusammenarbeit mit allen auf diesem Gebiet tätigen Personen und Institutionen, sie ermöglicht in diesem Rahmen eine weitgehend eigenständige Arbeit.

Bewerbungen mit Lebenslauf, Zeugnissen, Beschäftigungsnachweisen und Lichtbild werden erbeten an den

**Oberkreisdirektor des Kreises Herford**  
Postfach 2155, 4900 Herford

Für weitere Auskünfte steht Herr Weber zur Verfügung.

**Tel. 052 21/36 04**

## 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: Gesundheitslager Berlin, Greifswalderstr. 2, 1000 Berlin 61 - Tel. 030/693 20 90



# Von Schmetterlingen und Menschen

## Allergien und Umwelt



# A

llergologen haben Hochkonjunktur. Jedes neue Jahr beschert ihnen mehr Kassenscheinpatienten. Die medizinische Fachrichtung, die sie vertreten, wird aus Mangel an Patienten in abschbarer Zeit nicht eingehen. Nur, viele Patienten bedeutet nicht zwingend viel Erfahrung und

damit Klarheit über die anstehenden Probleme. Ein immer größerer Anteil allergischer Patienten reagiert mit typischen Symptomen, ohne daß auslösende Stoffe gefunden werden. Zahlreiche Betroffene reagieren auf so gut wie alles, was getestet wird — die Entscheidung, welcher Stoff denn nun verantwortlich ist, läßt sich oftmals gar nicht fällen. Nahrungsmittelallergien, nach Meinung vieler Experten auch im Zunehmen begriffen, werden häufig gar nicht als solche erkannt. Selbst wenn an diese Diagnose gedacht wird: sie zu sichern, gelingt meistens nur mit größtem Aufwand.

Noch größer wird der Wirrwarr bei den Problemen der Therapie. Die Standardre-

zepte versagen allzuoft: »Therapieresistenz« lautet dann die Ersatzdiagnose. Viel wahrscheinlicher dürften fehlendes Wissen über Ursachen bzw. mangelnde Möglichkeiten ihrer Beseitigung sein. Da springt dann schnell mancher Politiker in diese offenkundliche Lücke der Schulmedizin und wartet mit Eigenrezepten auf. Einfach umziehen, hieß es letzters noch aus Niedersachsen vom ehemaligen Bahlsen-Manager Albrecht, auf das Problem umweltbedingter Krankheiten angesprochen.

Eltern allergiekranker Kinder müssen nicht nur diesen Zynismus von der einen und häufig Ratlosigkeit von der anderen Seite ertragen. Sie werden auch oft genug mit dem



**Allergische Erkrankungen nehmen rapide zu. Betroffen sind vor allem Kinder und Alte. Allein in unserem Land gibt es etwa 400 000 Kinder, die an Neurodermitis erkrankt sind, und über 600 000 Kinder, die an Asthma leiden.**

**Insgesamt wird der Anteil allergisch veranlagter Menschen auf zehn bis 30 Prozent der Gesamtbevölkerung geschätzt. Eine immer größere Zahl davon erkrankt manifest. Den Sprung von der bloßen Veranlagung zur leidvollen Erkrankung vermitteln Umweltfaktoren.**

**Die Zusammenhänge beschreibt Peter Walger.**

indirekten Vorwurf alleingelassen, weil man nun gar nichts an äußeren Ursachen gefunden hat, schuld an den dann vermuteten »psychogenen« Ursachen zu sein. Viele Kinderallergologen können erschütternde Beispiele von Familien mit asthmakranken Kindern erzählen, die durch die Mangel der psychologischen Ursachensuche gedreht wurden und bei denen sich schließlich nach Jahren doch ein äußeres Allergen fand.

Wie viele Fälle mag es geben, bei denen dies nicht gelang oder man sich mit der psychogenen Ursache zufriedengegeben und auf eine weitere Abklärung verzichtet hat?

Es ist das Verdienst der Klinischen Ökologie, einer in den USA schon Jahrzehnte exi-

stierenden medizinischen Disziplin, die sich vornehmlich mit umweltbedingten Entstehungsmechanismen von Allergien beschäftigt, auf solche Fälle aufmerksam gemacht zu haben. Diese in der Bundesrepublik noch wenig verankerte Fachrichtung — es gibt einen Förderkreis Klinische Ökologie erst seit kurzem — verfügt über eine Fülle von gut dokumentierten Fallbeispielen, die belegen, daß es erst nach einer intensiven umweltbezogenen Diagnostik gelang, allergene Ursachen für chronische und auch zahlreiche psychische Leiden zu finden.

Genauso wie die USA verzeichnet auch die Bundesrepublik eine eindeutige Zunahme allergischer Erkrankungen. Diese Tatsache wird nicht einmal von der jetzigen Bundesregierung bestritten. Nur über die Ursachen gehen die Meinungen weit auseinander. Je offizieller die Stellungnahme, desto geringer werden umweltbedingte Ursachen erachtet. In der Antwort der Bundesregierung auf eine Kleine Anfrage der Grünen zu dieser Frage taucht die Umwelt gar nicht mehr auf, es sei denn, man zählt die behauptete vermehrte Haustierhaltung und Gartenbepflanzung dazu.

Dabei sind die Verhältnisse so offensichtlich, daß sie zu übersehen schon eines politischen Kraftaktes bedarf. Wissenschaftliche Unklarheiten über die genauen Zusammenhänge von Umwelt und Krankheit werden nur vorgeschoben, um die eigentlichen Verursacher der gesundheitlichen Krise eines immer größer werdenden Teils der Bevölkerung moralisch und ökonomisch zu entlasten. Industrieabhängige Forscher finden sich allemal, diesem Spiel den nötigen »wissenschaftlichen« Anstrich zu geben.

Im Folgenden soll der Versuch gemacht werden, eine Erklärung für die Zusammenhänge von Umwelt und Allergien zu entwickeln, die rapide Zunahme dieser Erkrankungen unter die Lupe zu nehmen.

**A**llergien sind Leiden an der Umwelt. Organismen, die die Fähigkeit, allergisch zu reagieren, nicht besitzen, zeigen, wie es auch anders geht. — Schauen wir uns solche Organismen einmal an: z.B. die Schmetterling . . .

Schmetterlinge zeigen eine unkomplizierte und unmittelbare Antwort auf schädigende Umweltbelastungen: sie sterben einfach aus. Der Artenreichtum nimmt ab, die Gesamtzahl schrumpft. Je größer die schädigenden Einflüsse, umso schneller das Absterben. Höher entwickelte Tiere haben da schon mehr Chancen, sich zu behaupten. Verhaltensänderungen, Anpassungen oder auch schlichtes Abwandern verzögern das Aussterben, sichern Überlebensfristen. Auch Pflanzen sind unterschiedlich ausgestattet, sich in einer »unnatürlichen« Umgebung zu rechtzufinden.

Einige reagieren so sensibel auf Störungen, daß sie, wie z.B. die Flechten in bezug auf Luftschadstoffe, geradezu geeignet sind, durch ihr Sterben das Ausmaß der Belastung direkt anzuzeigen.

Andere scheinen jahrzehntelang durch nichts in ihrer biologischen Stabilität erschüttert zu werden. Von Buchen und Eichen hat man das auch geglaubt, bis 1984,







das Jahr des Eichen- und Buchensterbens vorbei war und sich diese Unerschütterlichkeit als lediglich vorübergehend entpuppte.

Der Schein hat getrogen, wie das Waldsterben zeigt. Hinter der Kulisse scheinbarer Stabilität hat sich bereits jahrelang ein verzweifelter Kampf um ökologisches Gleichgewicht abgespielt, der offenbar seit geraumer Zeit verloren ist.

Die wohl komplizierteste und aufwendigste Art und Weise, sich mit den Auswirkungen von Umwelteinflüssen auseinanderzusetzen, hat allerdings der Mensch und nicht, wie mancher bei der täglichen Zeitungslektü-

re meinen könnte, der Wald. Der Geldsegen, der zur Zeit über bundesdeutsche Forschungsstätten, Institute und Fakultäten niederregnet, um Licht in das Dunkel der Ursachen des Waldsterbens zu bringen, hat da einiges auf den Kopf gestellt. Nicht nur, daß diese Art Gießkannenforschung ein Alibi für mangelnden Handlungsvollzug darstellt, nein, sie entlastet auch von dem viel zentraleren Druck nach Klärung der Zusammenhänge von Umweltbelastung und menschlicher Gesundheit.

Die Riesensummen für die Waldsterbensforschung suggerieren eine Kompliziertheit des Problems, die in dieser Form als Voraus-

setzung für politisches Handeln, sprich Schadstoffreduzierung, gar nicht vorhanden ist. Wie nötig wären da ähnliche Summen, kurzfristig bereitgestellt, in Sachen menschlicher Gesundheit!

Ausgesprochen schädlich wirken sich jedoch nicht nur falsche Prioritäten, sondern auch die verharmlosenden und einseitigen Positionen der Schulmedizin auf die Klärung umweltbedingter Krankheiten aus. Die Rolle der Umwelt für die Entstehung und den Verlauf von Krankheiten ist immer aktuell. Ihren Anteil zu schmälern oder gar zu leugnen, geht an grundlegenden Tatsachen des Verhältnisses von Mensch und Umwelt vorbei.

## Nehmen Allergien zu?

**Präzise Daten gibt es kaum — aber daß mehr und mehr Bundesbürger auf ihre Umwelt allergisch reagieren, mag niemand mehr bestreiten.**

Schon 1975 vermerkte ein Standardlehrbuch für Hautkrankheiten (Nasemann/Sauerbrey) eine Zunahme allergischer Hautkrankheiten. Die Ursachen seien »zunehmend starke Kontaktmöglichkeiten mit Chemikalien in den Industriebereichen einerseits und der immer größer werdende Medikamentenkonsum andererseits.« Die Begründung ist etwas schmalspurig, sicher, aber die Feststellung gab schon vor zehn Jahren einen Trend wieder, der auch heute noch anzuhalten scheint.

So geht aus dem Unfallverhütungsbericht der Bundesregierung hervor, daß allergische Hautkrankheiten, die auf berufliche Tätigkeiten zurückzuführen sind, zwischen 1971 und 1981 um fast 80 Prozent zugenommen haben.

Das Standesorgan »Der niedergelassene Arzt« (Heft 1/84) konfrontierte seinerzeit den Leser mit diesen Zahlen und zitierte als Begründung »die Auffassung der baden-württembergischen Landesregierung«, derzufolge die Zunahme allergischer Erkrankungen vor allem darauf zurückzuführen sei, »daß die Bevölkerung mit einer ständig steigenden Zahl von umweltschädlichen Stoffen in Berührung kommt«.

Aus der Statistik über Berufskrankheiten lassen sich ähnliche Zahlen für das allergische Asthma feststellen. Demnach hat sich zum Beispiel 1982 die Zahl der neu gemeldeten Fälle gegenüber 1977 nahezu verdoppelt. Wenn man berücksichtigt, daß hier nur schwere Asthmaleiden zu einer Meldung führen — Voraussetzung ist, daß die weitere Berufsausübung in Frage gestellt ist —, dann kann man erahnen, daß

diese Zahlen nur die Spitze eines Eisbergs anzeigen.

So gut wie keine genauen Zahlen liegen über die Häufigkeit allergischer Krankheiten in der Gesamtbevölkerung vor.

Das Tübinger Wickert-Institut schätzt 17,7 Millionen Allergiker in der Bundesrepublik, das Infas-Institut kommt in einer Untersuchung des im Auftrag des Allergiker- und Asthmaklubs sogar auf 25 Millionen Betroffene. Hier war es jedoch den Befragten weitgehend überlassen, das Allergie zu nennen, was sie darunter verstanden — sicher keine solide Erhebung. US-Wissenschaftler schätzen, daß etwa elf bis 22 Prozent »eine wirklich ernste Allergie« haben, »die den Patienten im normalen Leben stark behindert« (H. G. Rapaport). Die WHO hält die Allergien für »eine der großen Krankheiten unserer Zeit«.

Die Trends, die sich bei der Entwicklung der Berufskrankheiten abzeichnen, scheinen auch für die Gesamtbevölkerung zu gelten. Dies wird von mehreren bundesdeutschen Experten bestätigt. So Professor Schlipkötter, der Direktor des Medizinischen Instituts für Umwelthygiene an der Universität Düsseldorf, vor dem Bundestagsausschuß für Jugend, Familie und Gesundheit: »Bei den Risikogruppen nimmt eine mit Sicherheit zu. Das ist die Risikogruppe der Allergien. Wir wissen, daß es zu einer Zunahme der Allergien kommt. Wodurch, das wissen wir noch nicht.«

In der gleichen Anhörung bestätigte Professor Otmar Wassermann, Direktor des Toxikologischen Instituts der Universität Kiel, diese Beobachtung. Auch er sprach von einer starken Zunahme der Allergien, sah jedoch wesentliche Zusammenhänge mit der zunehmenden Umweltverschmutzung, insbesondere den Luftschadstoffen.

Wenn auch eine generelle Zunahme von Atemwegserkrankungen eher verneint wurde, so war man sich doch in einem Punkt einig: die sogenannte spastische Bronchitis, also das Asthma bronchiale, nimmt eindeutig zu. »Dies deckt sich«, so Professor Wemmer, Chef der städtischen

Kinderklinik in Darmstadt, »mit den Beobachtungen, die auch viele praktische Ärzte schon gemacht haben«. Auch er hat übrigens in seinen Studien sichere Korrelationen zwischen hohen Schadstoffwerten und Fallhäufigkeit feststellen können.

Nun ist nicht jedes Asthma allergischer Natur, aber die Übergänge zwischen allergischem und nicht-allergischem Asthma scheinen fließend zu sein. Eine hohe Dunkelziffer allergischer Mitursachen wird vermutet. Dr. Berthold Mersmann, einer der profitiertesten umweltbewußten Kinderärzte, vermutet sogar, daß auch beim Pseudo-Krupp der Kinder eine allergische Komponente mit zur Erkrankung beitrage. Er findet Beobachtungen bestätigt, daß Pseudo-Krupp-Kinder häufig später Asthmatiker und überproportional Träger von Hautallergien sind. Auch er sieht, wie viele andere Kinderärzte, eine deutliche Zunahme von Allergien in seiner Praxis, und zwar von Asthma, von wochenlangem, quälendem Husten ohne Infektionszeichen, von ekzemartigen Hautausschlägen, besonders an Stellen, die ständig der Luft ausgesetzt sind, und von weiteren Erkrankungen wie Bindehautreizungen, Fließschnupfen und Schwellungen der Hals-Nasen-Ohrenregion. Selbst Durchfallerkrankungen und Nahrungsmittelallergien, die sehr viel seltener vorkommen, scheinen zuzunehmen. »Inwieweit es sich dabei um allergische oder gar schadstoffbedingte Erkrankungen handelt, ist unklar. Auf jeden Fall hat sich die Empfindlichkeit der Kinder erhöht«, so Mersmann in einem Gespräch mit Christine Grefe, der Herausgeberin des neuen »konkret«-Buches »Allergien — Leiden an der Umwelt«.

Zunahme der Allergien? Es gibt sie offensichtlich, Ernsthaftige Gegenstimmen sind nicht zu vernehmen, selbst im schulmedizinischen Lager und bei CDU-Regierungen nicht.

Umwelt als Ursache? Hier scheiden sich die Geister. Je enger die Verbundenheit mit den Umweltverschmutzern, desto heftiger werden Zusammenhänge bestritten.

Die Krone setzt allem die Bundesregierung auf. Ihr fällt nichts Besseres ein, als an eine ominöse Zunahme der Kleintierhaltung und Vorgartenbepflanzung zu erinnern. □





Das Bild von Konrad Lueg entstammt der Mappe »Grafik des Kapitalistischen Realismus«.

**E**in großer Teil innerer Steuerungsprozesse des menschlichen Organismus sind nicht zuletzt biologisch fixierte Folgen von Wechselbeziehungen zwischen Innen und Außen. Das gilt z.B. für Temperatur-, Salz- und Flüssigkeitsregulation genauso wie für die Energieproduktion durch Atmung und Nahrung. Eine zentrale Rolle in diesem Verhältnis von Umwelt und Mensch spielt das Immunsystem. Außer den Menschen verfügen lediglich noch die höher entwickelten Tiere über ein ähnlich hochentwickeltes Schutz- und Abwehrsystem. Seine wichtigste Aufgabe besteht in der rechtzeitigen Erkennung und Beseitigung von Störfaktoren, die die Individualität des Organismus gefährden könnten, letztlich also zu Funktionseinbußen, zu Krankheit oder Tod führen würden.

Das Immunsystem ist ein fester, innerer Bestandteil des menschlichen Organismus. Das bedeutet, daß es an dessen natürliche Grenzen gebunden ist, sich somit die erste Konfrontation zwischen Umweltfaktoren

nicht lebender Substanzen in die Schleimhaut blockieren.

Erst wenn diese Abwehrvorrichtungen überwunden und die schädigenden Stoffe, chemische Verbindungen, Viren, Bakterien etc., in den Körper eingedrungen sind, tritt das eigentliche Immunsystem in Aktion.

Hochspezialisierte weiße Blutkörperchen sowie mehrere verschiedene Gruppen von Immuneisweißen (IgE, IgM, IgG) besitzen die Fähigkeit, die Eindringlinge unschädlich zu machen. Dies gelingt durch eine Fülle verschiedenster Mechanismen. So können sich einzelne Immuneisweiße mit den Schädlingen verbinden und sie durch Bildung fester Komplexe unschädlich machen. Andere lösen Hilfsprozesse aus, die dann ihrerseits für eine Beseitigung sorgen. Freßzellen werden aktiviert, weitere Immuneisweiße werden produziert, Entzündungsvorgänge beschleunigt usw.

Für den betroffenen Menschen äußert sich diese Auseinandersetzung zwischen eingedrungenen Keimen oder Schadstoffen und dem Immunsystem in den Krankheitssymptomen. Fieber, Schmerzen, Eiter, Erbre-

## **S**chmetterlinge antworten unmittelbar auf Umweltschäden: Sie sterben einfach aus. Am kompliziertesten reagiert der Mensch.

und Immunsystem an den Oberflächen abspielt. Erst wenn schädigende Faktoren die Barriere der Haut oder der Schleimhäute des Atem- und Verdauungstraktes überwunden haben und in den Organismus eingedrungen sind, kann das Immunsystem seine speziellen Abwehrmöglichkeiten entfalten. Um das Eindringen zu verhindern, verfügt der Mensch über zahlreiche Vorrichtungen. Sie sind praktisch dem Immunsystem vorgeschaltet.

Der Säuremantel der Haut, die Talgabsonderungen aus speziellen Hautdrüsen, die feste und elastische Beschaffenheit gehören genauso zu diesem ersten Schutzwall wie die Oberfläche der Schleimhäute, der Flimmerhärchenbesatz der Lunge und die Reinigungsvorrichtungen von Mund- und Nasen-Rachenraum. Durch Absonderung eines speziellen Immuneisweißes der Gruppe IgA in sämtliche Sekrete leistet das Immunsystem einen eigenen Beitrag zu dieser ersten Barriere gegen noch nicht in den Körper eingedrungene Faktoren. Es wird daher auch als immunologischer Schutzanstrich bezeichnet. Seine Aufgaben sind vielfältig. Es kann Viren neutralisieren, von Bakterien abgesonderte Gifte unschädlich machen, es verhindert die Vermehrung krankmachender Keime und, was besonders wichtig erscheint, es kann die Aufnahme allergieauslösender

chen, Durchfall oder allgemeines Unwohlsein, alle diese Erscheinungen sind teils Folge des eigentlichen Schadens, teils Folge der Abwehrvorgänge.

**B**ei den allergischen Krankheiten besteht zunächst eine gleiche Voraussetzung: Das Immunsystem wird infolge eingedrungenen potentiell schädigender Faktoren aktiviert, und es antwortet mit Abwehrmaßnahmen. Nur: das Ausmaß der Antwort steht in keinem Verhältnis zum potentiellen Schaden. Es kommt sozusagen zu einer überschießenden Immunantwort; nicht die Schädigung durch die Eindringlinge macht Krankheitssymptome, sondern allein die Heftigkeit der Abwehrreaktion. Vordergründig scheint damit die Ursache allergischer Krankheiten mehr im betroffenen Menschen als in den Umweltfaktoren zu liegen, zumal es eine allseits bekannte Tatsache ist, daß Allergien vererbt werden, daß einige Familien massiv betroffen sind, andere dagegen gar nicht.

Diese Ansicht ist jedoch wirklich nur vordergründig richtig. Denn es werden nicht allergische Krankheiten vererbt, sondern ledig-

lich eine gewisse Bereitschaft, überhaupt allergisch im Sinne einer überschießenden Immunabwehr zu reagieren. Es wird übrigens geschätzt, daß etwa zehn bis 30 Prozent der Bevölkerung genetisch disponiert sind.

Zwischen der tatsächlichen Erkrankung und dieser offensichtlich genetisch festgelegten Allergie-Bereitschaft besteht ein großer Unterschied. Erst der Kontakt mit den sogenannten Allergenen, also solchen Substanzen, die in der Lage sind, eine allergische Reaktion zu erzeugen, führt zu einer typischen Krankheit. Erst das Wechselverhältnis zwischen dem einzelnen Menschen und der Umwelt erzeugt die Allergie. Sie ist in diesem Sinne eine umweltbedingte Krankheit par excellence. Eine Zunahme von Erkrankungsfällen muß einen also zwangsläufig zu der Frage hinleiten, welche Veränderungen in der Umwelt geschehen, daß ein immer größerer Kreis von Menschen — besonders Kinder und Alte — unter Allergien leidet.

Nur darf man diese Frage nicht an die Bundesregierung stellen. Diese absehbare Erfahrung mußten die Grünen machen, als sie auf ihre Kleine Anfrage zur Zunahme von Allergien die Antwort präsentiert bekamen: »Eine wesentliche Ursache der Ausweitung allergischer Erkrankungen dürfte durch die beträchtliche Zunahme der Tierhaltung in Haushalten sowie die Zunahme allergiewirksamer Pflanzen in Hausgärten bedingt sein.«

Da fragt man sich, warum die Bundesregierung als aktuelle gesundheitspolitische Maßnahme nicht längst den Vorgarten oder den Wellensittich im Käfig besteuert oder verbietet, um wirksam die Allergiewelle einzudämmen. Sie ist sich wohl selbst nicht sicher, ob dieser Schmarren von einer Antwort überhaupt geglaubt wird.

Zumindest ein Teilaspekt der Antwort spiegelt jedoch eine richtige Tatsache wider, wenn auch die Verharmlosung der chemischen Allergisierung Bände spricht, bei die-

ser Bundesregierung aber keinen wundert: Es sind in der Tat hauptsächlich Stoffe aus biologischem Material, die Allergien erzeugen. Tierhaare, Federn, Wolle, Hausstaub, Pflanzenspollen, Schimmelpilzsporen, sie gehören alle zu den wichtigsten Lungen-Allergenen. Milch, Fisch, Eier, Getreide, Nüsse und verschiedene Obstsorten sind die hauptsächlichsten Auslöser für Nahrungsmittelallergien.

Lediglich bei den Kontaktallergenen der Haut spielen biologische Allergene so gut wie keine Rolle. Hier sind es fast ausschließlich künstliche Produkte aus Chemie und Pharmazie, die die allergischen Hautekzeme verursachen. Es finden sich am häufigsten Chromverbindungen, Gummibestandteile, Nickelsalze, Terpentinöl, Formaldehyd und verschiedene Antibiotika.

Da diese Produkte mit Ausnahme der Antibiotika hauptsächlich in der Arbeitswelt vorkommen, handelt es sich bei den Kontaktallergien (-ekzemen) überwiegend um Berufskrankheiten. Ihr Anteil rangiert mit Abstand an der Spitze anerkannter Berufsleiden.

Der Grund dafür, daß sich die Allergene qualitativ auf biologisches Material und bestimmte chemische Substanzen eingrenzen lassen — letztere nehmen allerdings quantitativ einen ständig steigenden Anteil ein — liegt in bestimmten Voraussetzungen, die ein Stoff besitzen muß, um als Allergen wirksam werden zu können. Es müssen gewisse Ähnlichkeiten zu körpereigenen Substanzen vorliegen, gewisse parallele Eigenschaften in bezug auf Größe und Beschaffenheit vorhanden sein, um das Immunsystem zu einer Abwehrmaßnahme zu bewegen.

Ohne ein Eindringen in den Körper, durch Haut oder Schleimhäute hindurch, läuft jedoch gar nichts. Verständlich, daß an der intakten Haut biologische Allergene kaum von Bedeutung sind, für sie ist die Haut in aller Regel eine unüberwindliche Barriere.

**V**iele umweltschädigenden Substanzen, unter ihnen z.B. die Stickoxide, Schwefeldioxid, Schwermetalle, Ozon, chlorierte Kohlenwasserstoffe und Asbest, sind, weil sie die entsprechenden Voraussetzungen nicht haben, keine Allergene. Zwar können sie in den Körper eindringen, sei es durch die Haut wie die chlorierten Kohlenwasserstoffe, sei es durch die Atemschleimhaut wie  $SO_2$  oder die Stickoxide, sie erzeugen aber keine Schäden allergischer Natur. Ihre Schädigung beruht auf anderen Mechanismen, eine überschießende Immunreaktion lösen sie nicht aus.

Es gibt auch Stoffe, die sowohl direkte Schäden verursachen als auch Allergien auslösen können. Hierzu gehört zum Beispiel das Formaldehyd, eine der zehn wichtigsten Substanzen, die als Ursache für das allergische Kontaktekzem in Frage kommen. Seine enorme Verbreitung macht es betroffenen Allergikern nahezu unmöglich, den weiteren Kontakt zu meiden. Diskutiert wurde aber in der letzten Zeit nicht die allergisierende Wirkung des Formaldehyds, sondern fast ausschließlich die Möglichkeit der Krebsverursachung bzw. der direkten Schleimhautreizungen. Dabei würde allein die hohe Allergie-Potenz dieser Umweltchemikalie ausreichen, eine weitestgehende Verbreitungsbeschränkung zu fordern, zumal die allergischen Schäden konzentrationsunabhängig auftreten.

Eine große Zahl chemischer Allergene dürfte weitgehend unbekannt sein. Von den zigtausend chemischen Verbindungen, die mittlerweile produziert und auf die Menschheit losgelassen werden, ist nur ein geringer Prozentsatz analytisch erfaßt, von den gesundheitlichen Problemen ganz zu schweigen. So warnte unlängst der Göttinger Allergologe Professor Ippen davor, Formaldehyd als Konservierungsmittel vorschnell zu erset-

## Was ist eine Allergie?

Eine überschießende Aktivität des Immunsystems führt zu Krankheiten, die nicht durch eine irgendwie geartete Giftigkeit des eingedrungenen Schadstoffs, sondern nur durch die Stärke der Abwehrmaßnahmen erklärlich sind. Diese Krankheiten werden Allergien genannt. Sie treten nur bei solchen Menschen auf, die die Bereitschaft zu einer krankmachenden Überempfindlichkeit besitzen. Stoffe, die ausschließlich Allergien auslösen, z. B. Gräserpollen oder Tierhaare, richten keinen Schaden bei nicht allergisch überempfindlichen Menschen an. Das unterscheidet diese Stoffe (Allergene) von sogenannten toxisch wirkenden Schadstoffen, die bei jedem Menschen je nach Dauer und Menge Symptome verursachen (z. B. Säuren oder Laugen). Manche Stoffe wirken sowohl toxisch als auch allergisch, wie etwa das Formaldehyd.

Zu einer allergischen Reaktion gehören außer den sogenannten Allergenen nach bisheriger Kenntnis immer auch spezifische, gegen diese Stoffenfricke gerichtete Immuneiwisse — die Antikörper.

Das Aufeinandertreffen von Allergen (Antigen) und Antikörper ist der erste Schritt zur Beseitigung des Eindringlings.

Die Bildung spezifischer Antikörper setzt ein Kennenlernen, also eine erste Serie von Kontakten mit dem Antigen voraus. Diese Phase der Allergieentstehung wird *Sensibilisierung* ge-

nannt. Krankheitssymptome treten hier noch nicht auf. Erst nach erfolgter Sensibilisierung führt erneuter Kontakt mit dem Allergen zur Aktivierung der bereits vorhandenen Antikörper und damit zur Auslösung einer Kettenreaktion, an deren Ende je nach Art des Allergens oder des Eintrittsorts die verschiedenen Krankheitsbilder stehen.

Die Schulmedizin hat entsprechend unterschiedlichen Wirkungsmechanismen sechs verschiedene Allergietypen eingeteilt. Diese Einteilung hat jedoch mehr didaktischen Charakter, als daß sie die tatsächliche Realität beschreibt. Im lebenden Organismus laufen häufig verschiedene Allergietypen parallel ab und beeinflussen sich gegenseitig.

Die zwei häufigsten Allergieformen sind die Immuneiwiss-E-vermittelte allergische Sofortreaktion (Typ I) und das allergische Kontaktekzem, das Gewebezell-vermittelt abläuft (Typ IV).

Heuschnupfen, Bindehautentzündungen, allergische Bronchitis, das allergische Asthma bronchiale, Urtikaria (Quaddelkrankheit) und Nahrungsmittelallergien gehören zum Typ I. Der Nachweis spezifischer Antikörper der Gruppe IgE ist eine der Haupttätigkeiten der Allergologen, weswegen sie gelegentlich auch IgE-ologen genannt werden. Ideologen dürfte bei vielen ihrer Vertreter auch keine falsche Bezeichnung sein, verbaut doch die ausschließliche

Fixierung auf den positiven IgE-Nachweis allzu häufig die Sicht auf offenbar komplizierte Verhältnisse. Dies gilt zum Beispiel für zahlreiche Nahrungsmittelallergien, die bei fehlendem IgE-Nachweis nicht als solche erkannt werden oder auch für die Probleme kindlicher Allergien in Form der sogenannten endogenen Ekzeme oder auch für den Pseudo-Krupp, bei dem allergische Mitursachen diskutiert werden.

Auch unter Berücksichtigung nicht-allergischer Ursachen für Krankheiten, die von Allergien nicht zu unterscheiden sind (Intoleranzreaktionen, Pseudoallergien), bleibt eine große Anzahl von Beschwerdebildern, die fehldiagnostiziert werden. Hierzu dürften viele Fälle von Migräne und von sogenannten funktionellen Magen-Darm-Krankheiten, möglicherweise auch von psychischen Störungen zählen. Es ist gerade das Tückische an den Allergien, daß

- die Vielfalt der möglichen Organmanifestationen (Haut, Bindehäute, Atemwege, Magen-Darm-Trakt, Kreislaufsystem, neuro-psychisches System),

- die Vielzahl der in Frage kommenden Allergene

- und die Vielfalt der noch nicht geklärten Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge ebenso wie die Kompliziertheit der Wechselwirkungen zwischen nicht-allergisierenden Schadstoffen eine Reduktion auf den positiven Antikörpernachweis als zentralen Dreh- und Angelpunkt der Diagnostik nicht erlaubt.

Wer jedoch die Immungrundlage der Allergien überhaupt ablehnt, wie es die Klinischen Ökologen immer wieder bekunden, tut der Sache ebenfalls keinen Gefallen. □



# Nicht nur die neuen, chemischen, auch die klassischen Allergien nehmen zu. Umweltgifte öffnen ihnen die Tür in den Organismus.

zen. Seine Begründung: Die in Frage kommenden Ersatzsubstanzen seien meist noch gefährlicher und toxikologisch weit weniger erforscht. Erklärlich, daß die Industrie für die meisten der Inhaltstoffe in Haushaltprodukten, Nahrungsmitteln oder Kosmetika eine Deklarationspflicht bislang zu verhindern wußte.

Die Unwissenheit ist gewollt: wo keine Allergene bekannt sind, da wird die Suche fast unmöglich. Wo nicht gesucht wird, da wird auch nichts gefunden, und wo nichts gefunden wird, da wird auch nichts verboten. Das Resultat ist ein zunehmender Anteil offensichtlich allergischer Erkrankungen, bei denen mit den gängigen Tests kein auslösendes Allergen gefunden wird. Wie oft in solchen Fällen der Stempel »psychogene Ursache« draufgesetzt wird, kann nur spekulativ beantwortet werden. Es darf jedenfalls eine beachtliche Anzahl falscher Diagnosen vermutet werden.

**A**ber es sind nicht nur neue, unbekannte oder nicht genügend berücksichtigte chemische Allergene an der rapiden Zunahme der Allergien schuld.

Auch die klassischen Allergien, durch biologisches Material ausgelöst, nehmen zu. Ein wesentlicher Grund dürfte darin liegen, daß ihnen die Wege in den menschlichen Körper offenbar erleichtert werden. Die Wegbereiter sind die zahlreichen anderen, zum Teil bereits erwähnten nicht-allergisierenden Umweltgifte. Sie üben ihre schädigenden Wirkungen an den Oberflächen der Haut und der Schleimhäute aus, schaffen somit Eintrittspforten für die eigentlichen Allergene, die dann ihrerseits die allergische Krankheit verursachen. Diese Vorarbeit der chemischen Umweltgifte ist zum Beispiel bei der Entstehung der Nahrungsmittelallergien im Prinzip erwiesen. So kommt es in der Folge von Durchfallerkrankungen mit den entsprechenden Schädigungen der Darmschleimhaut zu Allergisierungen gegenüber Nahrungsmitteln, die es in der Weise bei intakter Schleimhaut nicht geben würde. Es ist höchst wahrscheinlich, daß unsere schadstoffreiche Nahrung permanent kleinste Schleimhautdefekte verursacht, die — kleinen Löchern gleich — den dauernden Eintritt von Allergenen ermöglichen. Günstige Voraussetzungen schaffen hier zusätzlich die langen Verweilzeiten der Nahrung im Darm, bedingt durch deren Ballastarmut. Die chronische Verstopfung der meisten Menschen sorgt gewissermaßen für die erforderlichen Sensibilisierungszeiträume.

Ein weiterer Angriffspunkt dürfte der Immunanstrich der Schleimhäute, die Ausstattung des Schleimfilms mit dem Immunglobulin A sein.

Insbesondere von Schwermetallen wie Blei und Cadmium wissen wir, daß sie das Im-

munsystem in seiner Aktivität hemmen. Dasselbe gilt für radioaktive Strahlen. Die Blockierung ist unspezifisch und damit global, betrifft also auch das Oberflächenimmuniweiß IgA. Eine ähnliche Wirkung geht von den chlorierten Kohlenwasserstoffen aus, die ja als Pestizide, Holzschutzmittel und fast flächendeckend aus Müllverbrennungsanlagen den Weg über die Nahrung in den Darm finden. Blockade von IgA bedeutet aber ein weiteres Einreißen einer antiallergischen Schutzbarriere.

So reiht sich ein Schadstoff nach dem anderen in ein komplexes Schädigungsgeschehen an den Grenzflächen des menschlichen Verdauungstraktes ein. Die Invasion der Allergene überfordert die noch vorhandenen Abwehrkräfte, Sensibilisierungsvorgänge werden in Bewegung gesetzt, die ersten Weichen für den offenen Ausbruch allergischer Krankheiten sind gestellt.

Für die Entstehung inhalativer, d.h. über die Atemwege ausgelöster Allergien ist es naheliegend, ein ähnliches Modell zugrunde zu legen. Eingeatmete Schadstoffe blockieren den Immunschutz des Bronchialschleims, andere stanzen Mikrodefekte in die Schleimhaut, wieder andere legen die Selbstreinigungsvorgänge der Lunge lahm und sorgen so für ähnlich lange Verweilzeiten für das eingeatmete Giftsortiment, wie die Verstopfung es für die verschluckten Schadstoffe besorgt.

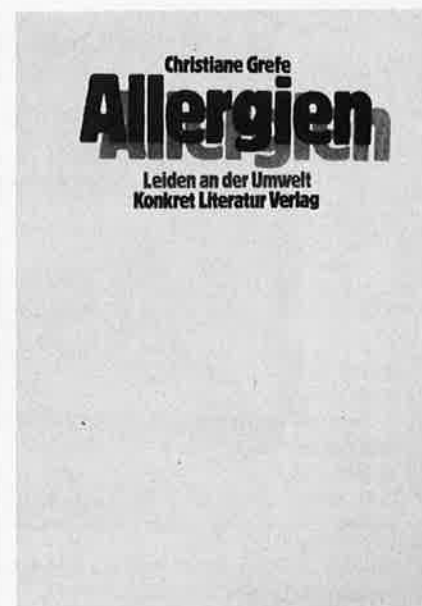
»Es ist... denkbar, daß auch am Bronchialbaum, in Analogie zum Darm, wo in der Folge schwerer Durchfallerkrankungen mit Schädigungen der Schleimhaut des Darmes Allergisierungen gegenüber Nahrungsmitteln nachgewiesen worden sind, die ständige Schädigung der Schleimhaut mit Reizstoffen aus der Atemluft zu einer vermehrten Durchlässigkeit dieser Schleimhaut für eingeatmete biologische Bestandteile führt.« Diesem Gedanken von R. Wönne, einem Frankfurter Kinderarzt, Mitglied im wissenschaftlichen Beirat der Arbeitsgemeinschaft Allergiekranke Kind, ist nichts hinzuzufügen.

**W**enn auch der ein oder andere Schritt dieser Vernetzung von Umweltbelastung und Allergieentstehung sicher noch hypothetisch ist und nach Ansicht so manches gewieften »naturwissenschaftlichen« Kritikers noch einiger weiterer Beweise bedarf, sollte niemand zögern, schon vor ihrem Eintreffen die richtigen Konsequenzen zu ziehen.

Das Motto muß lauten: Umweltschutz statt Cortison und Antihistaminika. Oder einfacher ausgedrückt:

Vorbeugen ist besser als heilen — eigentlich gar nicht mal so neu, dieser Spruch. □

## Allergie — Umweltkrankheit Nr. 1



216 Seiten, 20 Mark

Jeder zweite Bürger leidet bereits an einer Allergie. Die Symptome reichen von Hautjucken über Hautausschlag, Asthma bis hin zum Kreislaufkollaps.

Christiane Grefe schreibt über den Netz- und Systemcharakter der Allergie — über Grenzbereiche zwischen Psyche, Umwelteinflüssen und Körperabläufen, denen geradliniges Ursache-Wirkungs-Denken nicht gerecht werden kann.

Dr. Klaus Jablonski erklärt die Grundbegriffe der klassischen Allergielehre.

Dr. Fritz Kalberlah, Autor des Buches »Acht Stunden täglich — Schadstoffe am Arbeitsplatz«, befaßt sich mit Berufsalergien.

Dr. Berthold Mersmann, Kinderarzt aus dem Ruhrgebiet und bekannt durch seine Pseudokrapp-Untersuchungen, berichtet aus seiner Praxis, über Forschungsdefizite und -ansätze bei Allergien.

Dr. Otto Wolf schreibt aus der Sicht eines Anthroposophen.

Renate Jäckle, Medizin-Journalistin, setzt sich kritisch mit dem Naturheilkunde-Boom auseinander.

Anne Calatin, Biologin, stellt die Methoden der »Klinischen Ökologie« aus den USA vor.

Wolfgang Jorde, Arzt im Asthmakrankenhaus in Mönchengladbach, kritisiert sie.

Patienten schildern ihre Erfahrungen, Selbsthilfegruppen und Literatur werden vorgestellt.

# Konkret Literatur Verlag



**Im bayerischen Asylantenlager Neuburg stieß eine Gruppe von fünf Ärzten auf katastrophale Verhältnisse — die durchaus gewollt sind.**

40 Jahre nach Ende der Nazi-Diktatur ist das im Grundgesetz verankerte Recht auf Asyl in die Wende-Diskussion geraten. Baden-Württemberg und Bayern wollen das Recht »verschärfen«, der Berliner Innensenator Lummer regt die Bildung einer Juristenkommission an, die das vom Grundgesetz bisher vorbehaltlos garantierte Asylrecht beschneiden soll. Der Boden für die Diskussion ist in den letzten Monaten mit System bereitet worden. Den Menschen wurde eingehämmert, die BRD sei quasi das einzige Land der Erde, das großzügig Flüchtlingsströme aufnehme. Das Bild von der Asylantenflut ist derart in die Gehirne eingesickert, daß man mit den tatsächlichen Zahlen kaum noch Gehör findet:

Im vergangenen Jahr haben in der Bundesrepublik 35 278 Menschen Antrag auf Asyl gestellt, 11 240 Anträge wurden sofort abgelehnt, 6738 Asylsuchende sind entweder wieder in ihre Heimat zurückgekehrt oder in andere Länder weitergereist. Die Zahlen reduzieren sich damit bereits gewaltig und erreichen noch lange nicht die Höhe von 1980. Damals haben 107 000 Menschen Asyl gesucht. Seit

Anfang der fünfziger Jahre — in einem Zeitraum von 30 Jahren also — wurde endgültig 100 000 Menschen Asyl gewährt, von diesen leben nur noch 35 000 hier. Von »Überflutung« kann also keine Rede sein, andere europäische Länder wie Österreich oder die Schweiz nehmen — auf Einwohner umgerechnet — weit mehr Asylsuchende auf als die BRD.

Wenn nun eine weitere »Verschärfung« des Asylrechts gefordert wird, dann muß man sich eine Vorstellung davon machen, wie die Menschen, die bei uns Asyl suchen, bereits heute schon in diesem unserem Lande leben müssen. Zehntausende von ihnen sind in Sammelagern untergebracht, deren Zustand jeglicher Beschreibung spottet. Ein Beispiel für zahlreiche andere ist das Lager Neuburg/Donau in Bayern, das wir (fünf Ärzte) Anfang Februar besucht haben. In dem Lager sind etwa 500 Menschen unterschiedlichster Nationalitäten, Sprachen, Religionen, Kulturen in einem Backsteinbau und drei barackenartigen Gebäuden, die mit »Block« bezeichnet werden, untergebracht. Bis zu vier Erwachsene wohnen, essen und schlafen oft

jahrelang auf engstem Raum zusammengepfercht — in Zimmern, die knapp 20 Quadratmeter groß sind und gerade Platz bieten für Betten, einen Holztisch und ein paar alte Stühle.

In einem Backsteinbau, dem sogenannten »Familienbau«, hausen rund 70 Menschen, 13 Familien mit zwei bis acht Kindern, in jeweils ein bis zwei Zimmern ohne jegliche sanitäre Einrichtungen. Wir haben mit einer neunköpfigen Familie gesprochen, die seit mehr als sechs Jahren in diesem Bau leben muß. Drei Familien — im Schnitt 12 Personen — teilen sich eine Stehtoilette (deren Heizung auch in den eiskalten Wintertagen kaputt war) und eine oder zwei Kochplatten. Im »Familienbau« gibt es einen »Waschraum«, der etwa drei mal fünf Meter groß ist. Die feuchten Wände sind von dicken, grünen Algenpolstern überzogen; der Putz bröckelt in großen Stücken ab. Die einzige »Einrichtung« besteht aus steinernen Waschrögen mit Wasserhähnen für kaltes Wasser. Der Warmwasserboiler an der Wand reicht für die 70 Menschen nicht vorne und nicht hinten. An die Türe zu diesem Loch hat jemand von der Lagerver-

## Ärzte besuchten Asylantenlager

waltung in schlechtem Deutsch geschrieben: »Sicherheit, Ordnung und Sauberkeit muß sein. Bitte berücksichtigen Sie als guter Mensch!!!«

Ähnlich skandalös sind die Zustände in den drei barackenartigen Bauten. In »Block C« leben 120 bis 140 Männer. In dem langen Gang, an dem Zimmer, Toiletten und Waschräume liegen, stinkt es nach Urin. Die Bewohner müssen sich vier Toiletten und Pissoirs und zwei kleine Waschräume teilen, in denen es ebenfalls nur steinerne Tröge ohne warmes Wasser gibt. In der Nachbarbaracke leben unter den gleichen sanitären Bedingungen Familien mit Kleinkindern. In den steinernen Waschrögen waschen sich also Männer und Frauen, Kleinkinder müssen hier »gebadet« werden, Windeln gewaschen, Geschirr gespült oder — falls es das überhaupt gibt — Gemüse geputzt werden. Auf dem Gang vor den Waschräumen und Toiletten laufen zweibis dreijährige Kinder barfuß herum.

Zahlreiche Einzelschikanen erschweren den Menschen im Lager das Leben zusätzlich. Die Lebensmittelversorgung ist so unzureichend, daß die Asylsuchenden in Neuburg Anfang des Jahres mit einem Hungerstreik versucht haben, auf die menschenunwürdigen Zustände aufmerksam zu machen. Die Benutzung eines »Wannen- und Brausebades« in einem abgelegenen Backsteinbau ist nur dreimal wöchentlich zu genau festgesetzten Zeiten gestattet. Auch zwei Waschmaschinen (für 500 Men-





**Dreizehn Familien mit zwei bis acht Kindern, rund 70 Menschen, waschen sich an solchen Trögen. Warmwasser ist ein Traum.**



**Stacheldraht umgibt das Lager Neuburg an der Donau.**

**Vier Toiletten für 150 Männer — kein Wunder, daß es nach Urin stinkt.**

schen!) dürfen nur zu streng reglementierten Zeiten benutzt werden, jeder Waschgang kostet 1,50 Mark. Dabei muß man wissen, daß die Lagerbewohner monatlich 58 Mark erhalten und die ersten zwei Jahre, die sie im Lager leben, keine Arbeit aufnehmen dürfen. In Bayern ist es in manchen Gegenden allerdings üblich, das Arbeitsverbot von vorneherein auf vier Jahre auszudehnen. Die Lagerbewohner sind in ihrer Bewegungsfreiheit erheblich eingeschränkt. Sie dürfen das Stadtgebiet nur in Ausnahmefällen verlassen, die Genehmigungen dazu werden immer seltener erteilt. Wer gegen diese Vorschrift verstößt, wird hart bestraft.

Diese Einzelschikanen, die sich verlängern lassen (in Neuburg wird die Bettwäsche von der Verwaltung alle 30 bis 40 Tage gewechselt; für 70 bis 100 Menschen stehen zwei Müllcontainer zur Verfügung, die viel zu selten geleert werden...), haben durchaus Methode, sie sollen schlicht abschreckend wirken. In einer Presseerklärung des Landkreisesverbandes Bayern aus dem Jahre 1982 heißt es sehr deutlich: »Die unerwünschte Integration (Asylsuchender) in die deutschen Lebensverhältnisse ist durch bewußt karge, lagermäßige Unterbringung zu verhindern. Sie muß als psychologische Schranke gegen den weiteren Zustrom Asylwilliger aufgebaut werden. Eine Arbeitsaufnahme ist im Interesse abschreckender Zustände abzulehnen.«

Die menschenunwürdigen Zustände haben also Methode. Daher ist es kaum verwunderlich, daß unsere Dienstaufsichtsbeschwerden, die wir dem Gesundheitsamt Neuburg und der Regierung von Oberbayern ins Haus geschickt haben, bisher



**Auf engstem Raum zusammengepfercht — bis zu vier Erwachsene teilen sich knapp 20 Quadratmeter.**

ohne Folgen geblieben sind. In einem Schreiben der Regierung vom 27. März 1985 heißt es lapidar und ohne daß auf unsere Schilderung der skandalösen sanitären Bedingungen eingegangen wird: »Wie wir Ihnen ebenfalls bereits mitgeteilt haben, sind wir dieser Beschwerde ebenfalls nachgegangen, und zwar mit dem Ergebnis, daß das Staatliche Gesundheitsamt Neuburg an der Donau seinen Pflichten im Rahmen der geltenden Vorschriften nachgekommen ist.«

Das Lager Neuburg ist von Stacheldraht eingezäunt; zwischen den Baracken und Backsteinbauten drängen sich Assoziationen an ein Konzentrationslager geradezu gespenstisch auf. Wer sieht, wie die Menschen hier leben müssen, fragt sich, wie das Asylrecht noch weiter »verschärft« werden soll. Dabei muß die Kampagne gegen Asylsuchende in Zusammenhang gesehen werden mit der generellen Ausländerhetze, die in der Bundesrepublik ebenfalls Methode hat. Der Frankfurter Oberbürgermeister Wall-



mann zog in den Wahlkampf mit dem Motto: »Das Ausländerproblem liegt in eurer Hand«; einem Wirt im Odenwald wird vom Frankfurter Oberlandesgericht bescheinigt, wenn er »Türken dürfen nicht in dieses Lokal« an seine Tür hängen, dann sei das weder »volksverhetzend« noch »Aufstachelung zum Rassenhaß«, es handele sich vielmehr um eine »bloße Diskriminierung« von Ausländern. Diese Liste ist beliebig verlängierbar. Vierzig Jahre nach Ende der Nazi-Diktatur wird die Hetze gegen alles »Fremde« wieder zum Ventil, um von millionenfacher Arbeitslosigkeit, von »neuer« Armut und zunehmender Verelendung weiter Bevölkerungsschichten abzulenken...

*Renate Jäckle*

Renate Jäckle ist Ärztin und arbeitet als Medizinjournalistin in München.

# Ein Appell an die Schulmediziner, sich neuen Perspektiven zu öffnen.

Helmut Milz

## GANZ HEIT LICHE MEDIZIN

Neue Wege zur Gesundheit  
Mit einem Vorwort von  
Fritjof Capra  
Athenäum

Alternativen in der Medizin, die den ganzen Menschen zum Ziel haben, werden heftig diskutiert. „Ganzheitliche Medizin“ ist die erste zusammenfassende Darstellung der mit zunehmendem Erfolg praktizierten Heilmethoden und Verfahren.

Dr. Helmut Milz, Arzt für Allgemeinmedizin, vermittelt in lebendigen Gesprächen mit den führenden Vertretern der ganzheitlichen Medizin einen Überblick über die verschiedenen alternativen Behandlungsmethoden, wie sie vor allem in den USA erprobt wurden.

Das Buch ist ein Appell an die Schulmedizin, sich auch diesen neuen Perspektiven zu öffnen. „Ganzheitliche Medizin“ ist ein notwendiges Buch für alle, die an einer besseren Gesundheitsvorsorge interessiert sind.

### Athenäum

356 Seiten, kartoniert, DM 29,80.

# Konzert ohne action

**Die Konzertierte  
Aktion im Gesund-  
heitswesen ging aus  
wie das Hornberger  
Schießen. Konkretes  
war nicht angesagt.**

Das Gesundheitswesen platzt finanziell aus den Nähten. Allein 1984 haben die Krankenkassen drei Milliarden Mark mehr ausgegeben als eingenommen. Unter den sozialen Sicherungssystemen steckt die Rentenversicherung ebenfalls tief in der Klemme. Woher soll das Geld kommen? Die Tarifparteien, also die Arbeitgeberverbände und die Gewerkschaften, lehnen Beitragssatzsteigerungen ab. Also muß gespart werden. Wo, dabei soll die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen helfen.

Am 27. März 1985 saßen die Vertreter der Pharmaindustrie, der Ärzte, Zahnärzte, Krankenkassen, Krankenkassen, Gewerkschaften, Arbeitgeberverbände, Ministerien und viele andere zum sechzehnten Mal über dieser Aufgabe. Wie fünfzehn Mal zuvor hatte jeder der Konzertierte Ideen, wie bei den anderen — seinen eigenen Bereich ausgenommen — gespart werden könnte.

Wenn unter solchen Bedingungen überhaupt eine Einigung zustande kommt, dann ist sie allen menschlichen Erfahrungen zufolge entweder nichtssagend oder — wahrscheinlicher noch — sie geht zu Lasten Dritter (das wäre z. B. eine erhöhte Selbstbeteiligung für den Patienten).

Mehr als ein ganzes Buch offenbart folgendes Zitat des Arbeitsministers aus der Sitzung: Blum: »Herr Fiedler (Anm.: Fiedler ist Geschäftsführer der Kassenärztlichen Bundesvereinigung), stimmen Sie doch einem Text zu, der mehrere Interpretationen, die allen Seiten dienen können, zuläßt.« Papier für die Akten ist wichtiger als eine klare Position.

Die sechzehnte Sitzung ging aus wie das Hornberger Schießen. Hatte man sich früher gelegentlich auf die Äußerung frommer Wünsche verständigt, so bleibt diesmal selbst ein solcher-

maßen mageres Ergebnis aus. Mit einer Ausnahme: Die einsamen Spitzenverdiener der Nation, die Zahnärzte, signalisierten Bereitschaft, bis zum Jahresende keine zusätzlichen Honorarforderungen zu stellen. Schwer gefallen ist es auch ihnen, denn nach Abzug aller Praxiskosten verbleibt dem Zahnarzt ein durchschnittliches Monatseinkommen von nicht mehr als 20 000 Mark.

Eine Groteske besonderer Art stellen die Verhandlungen mit der pharmazeutischen Industrie dar. Seit 1978 empfiehlt die Konzertierte Aktion, die erheblichen Einsparpotentiale im Arzneimittelmarkt zu nutzen. Durch den Abbau des Pharma-Mülls, durch den Verzicht auf nutzlose und unnötig riskante Produkte, durch preisbewußtes Verordnen von Generika und durch das Ausschöpfen internationaler Preisdifferenzen ließen sich Jahr für Jahr Milliardenbeträge einsparen. Geändert hat sich nichts. Einer pfiffigen Industrie gelang es, einerseits alle Empfehlungen mitzutragen und andererseits unverdrossen jedes Jahr fünf Milliarden Mark in die Werbung zu stecken, damit die Verkaufsmaschinerie auf Hochtouren bleibt.

Der jüngste Erklärungstext der Konzertierte Aktion ist ein Genuß. Dem Arbeitsminister wird empfohlen, »ordnungspolitisch unbedenkliche Regelungen zu schaffen, die es ermöglichen, die Ausgaben von Arzneimitteln zukünftig soweit zu begrenzen, daß sie den Rahmen der Grundlohnentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung nicht überschreiten«.

Jeder darf miträtseln, was »ordnungspolitisch unbedenklich« ist. Die Forderungen der Krankenkassen nach einer Positivist und nach Preisverhandlungen mit der Industrie werden allemal auf die Bedenken der Ordnungspolitiker stoßen. Bleibt wieder nur, daß der Versicherte die Zeche allein zahlen darf? Die Ordnungspolitiker finden das jedenfalls unbedenklich.

Eckhardt Westphal

Dr. Eckhardt Westphal ist Leiter der Abteilung »Krankenhauspflege, Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel« im AOK-Bundesverband.



Bernd Kalvelage:

# Atomkrieg unter ärztlicher Oberaufsicht

## Stellungnahme der Ärztekammer zum Zivilschutzgesetz

Während die Landesärztekammern (LÄK) schweigen, hat die Bundesärztekammer (BÄK, eine Arbeitsgemeinschaft der LÄK ohne öffentlich-rechtlichen Status) ein eindeutig politisches Votum für diesen Entwurf abgegeben (Zit. 1), ohne Beteiligung der LÄK, ohne offene Diskussion und ohne Wissen der Delegierten in den LÄK. Die Stellungnahme gelangte zufällig an die Öffentlichkeit, worauf die Vorstände einiger LÄK die Flucht nach vorne antraten und erklärten: Wir stehen — wohlgerichtet ohne jede Beteiligung an der Diskussion — voll hinter der Erklärung der BÄK. Der politisch aktive »Schwanz« (BÄK) hatte — wieder einmal — der liberalkonservativen Bundesregierung mit dem »gefügigen Hund« (LÄK) zugewandt.

Inhaltlich stimmt diese Stellungnahme (Zit. 1) in fast allen Positionen überein mit Forderungen und Kritik einer im Entwurf vorliegenden Denkschrift der BÄK »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« (Zit. 2). Gemeinsam ist beiden Erklärungen darüberhinaus die geflügelte Verneinung einer klaren Unterscheidung zwischen Notfallmedizin bei zivilen Unfällen und der im Zivilschutzgesetz verlangten Einstellung der Medizin auf den Krieg. Der Satz der Kritiker: »Katastrophenmedizin ist Kriegsmedizin« wird so unfreiwillig bestätigt. Neben der grundsätzlichen Begründung des Zivilschutzgesetzes hat die BÄK jedoch konkrete Einwände, die sich unter die folgenden Überschriften zusammenfassen lassen:

### »Die Bundesärztekammer klagt und phantasiert.«

Es ist in diesen Papieren (Zit. 1 und 2) an keiner Stelle eine echte inhaltliche Kritik zu finden, sondern es wird Klage geführt über eine zu geringe ärztliche Beteiligung bei nahezu allen geplanten Maßnahmen, in nahezu allen Gremien, und es werden ärztliche Omnipotenzphantasien ausgebreitet. Dabei entsteht der Eindruck, die BÄK sei bezüglich der medizinischen Hilfsmöglichkeiten im (Atom-)Kriegsfalle weitaus optimistischer als selbst die Politiker der Bundesregierung und die Beteiligten Wehrexponenten.

Im einzelnen beklagt die BÄK, daß in den technischen Einsatzleitungen keine Ärzte vertreten seien, »obwohl gerade hier die intensive Mitwirkung besonders erfahrener Ärzte erforderlich ist. Die Verknüpfung der medizinischen Hilfeleistung und ihrer Bedeutung für die Betroffenen kann nicht deutlicher zum Ausdruck kommen.« (Zit. 2, Seite 13).

Die BÄK betont, »daß zu der ärztlichen Verantwortung nicht nur Befunderhebung und Behandlung des Patienten gehören, sondern alles, was Voraussetzung für die Tätigkeit des Arztes ist. Dies erstreckt sich letztlich bis hin zur Energieversorgung, zur Einrichtung und Ausstattung, zur Küchenleistung sowie zur personellen und materiellen Regeneration der Sanitätseinheit ...

Den Arzt jedoch auf die Aufgabe einzuengen, für die er den weißen Kittel tragen muß, heißt den Sinn katastrophenmedizinischer Hilfe gründlich zu mißachten und die Erfolgsmöglichkeiten von vorneherein zu minimieren.« (Zit. 2, Seite 14)

Trotz seiner lächerlichen Pedanterie ist dieser Text sehr ernst zu nehmen, da er, in simpler Weise auf den Krieg angewandt, die medizinisch-ärztliche Machbarkeit des kaum Denkbaren — des atomaren Holocaust — suggeriert.

### »Die Bundesärztekammer hat Probleme.«

Auch im Katastrophenfall, der in der verwirrenden Terminologie der BÄK den Kriegsfall mit beinhalten kann, sei jeder ärztliche Eingriff »Körperverletzung«, der Einwilligung, Aufklärung und Information des Patienten verlange. Der Arzt trage darüber hinaus auch für das Handeln der nichtärztlichen Helfer »volle Verantwortung« (Zit. 2, Seite 18). Weitere Detailprobleme

werden nicht ausgespart, so z.B. die Venenpunktion durch nichtärztliches Personal (Zit. 2, Seite 18) und weiter: »...auch bei der Befreiung eines z.B. unter Trümmern eingeklemmten Menschen« ist »aktive Mitwirkung eines Arztes erforderlich.« (Zit. 2, Seite 20).

Die BÄK schlägt weiterhin vor: »Bei Ausfall der geschützten stationären Versorgungseinrichtungen (Krankenhäuser, Hilfskrankenhäuser) wären die ambulanten Versorgungseinrichtungen der niedergelassenen Ärzte von besonderer Bedeutung.« (Zit. 1, zu §12).

Es wird betont, »daß sich die ärztlichen Praxisräume im oder am Katastrophengebiet zur Einrichtung von Erstbehandlungsplätzen eignen.« (Zit. 2, Seite 10).

Ärztekammern und Kassenärztliche Vereinigungen müßten »im Hinblick auf die im Rahmen des Katastrophen- und Zivilschutzes durchzuführenden lebens- und verteidigungswichtigen Aufgaben als schutzwürdige Objekte« (Zit. 1, zu §12) bezeichnet werden.

Die grundsätzliche Zustimmung, ja »Begrüßung«, dieses Gesetzentwurfs wird durch diese Einwände jedoch in keiner Weise berührt. Kritische Fragen, die zunehmend unter Ärzten und in der Öffentlichkeit diskutiert werden, die Themen auf internationalen Ärztekongressen sind, werden an keiner Stelle aufgegriffen — geschweige denn beantwortet.

### »Die Bundesärztekammer hat keine Probleme«

z.B. mit den Fragen: Ist ärztliche Hilfe in einem zu erwartenden Verteidigungsfall, der aller Wahrscheinlichkeit nach ein Atomkrieg sein oder werden wird, überhaupt möglich? Wie könnte eine solche Hilfe ganz konkret aussehen? Wer wäre unter den dann herrschenden Bedingungen in der Lage, sie effektiv zu leisten? Welche der dann benötigten Fähigkeiten sind durch eine spezielle Fortbildung bereits heute erlernbar? Steht dem Umfang des Gesetzentwurfs und dem Umfang standesärztlicher Stellungnahmen nicht in Wirklichkeit ein mehr als klägliches Hilfskonzept gegenüber, wie dies die internationale WHO-Studie drastisch belegt?

Anstatt diesen Fragen Antworten entgegenzusetzen, werden Forderungen nach mehr ärztlicher Einflußnahme gestellt: Atomkrieg unter ärztlicher Oberaufsicht »im Interesse des Überlebens und der Wiederherstellung der Gesundheit betroffener Bürger« (Zit. 2, Seite 12)?

Die BÄK hat offenkundig auch keine Probleme mit dem Tod. Er wird — wie für unsere heutige Medizin recht typisch — aktionistisch verdrängt. Es soll und darf nicht deutlich werden, daß es im Zivilschutzgesetz nicht zuletzt um die medizinische Organisation eines willkürlich herbeigeführten Massensterbens geht. Es ist leider nach dem Tenor der Stellungnahmen aus Kreisen der BÄK nicht nur Zynismus zu befürchten, die BÄK könnte — diese Lücke wahrnehmend — fordern, für jeden Kriegstoten müsse ordnungsgemäß ein ärztlicher Totenschein ausgestellt werden.

Die BÄK hat keine Probleme mit der Vereinbarkeit von ärztlicher Ethik und der von Ärzten beim »Massenanfall von Verwundeten« (Zit. 1, zu §27(2)) geforderten Triage, die von der BÄK bewußt in scheinbarer Abgrenzung zur Kriegsmedizin als »Sichtung« bezeichnet wird. Ob Sichtung oder Triage, es geht um ein unmenschliches Selektionsverfahren von Verletzten im Holocaust nach dem Gesichtspunkt, ob sich ärztliche Hilfe noch lohnt, ob eine weitere Verwendbarkeit des Menschen erreicht werden kann.

Der Umgang mit diesem ethisch heiklen Problem (vgl. H. Begemann in Zit. 4) ist bei den sonst so um ethische Fragen ringenden Standesvertretern erschreckend hemdsärmelig und reichlich technokratisch: Es könne gar nicht darum gehen, »einen Mas-

senanfall von Verletzten im Krankenhaus zu bewältigen«, sondern vielmehr sei der »Strom von Verletzten so zu lenken, daß es nicht zu einem Massenanfall im Krankenhaus kommt« (Zit. 1, zu §27(2)). »Der Massenanfall ist in erster Linie ein Problem des Vorfeldes, vor allem des Sichtsungs- und Verbandsplatzes ...« (Zit. 1, zu §27(2)).

Um es schließlich auf den (ethischen Null-)Punkt zu bringen: »Sollte es in einem Krankenhaus zu einem Massenanfall von Verwundeten kommen, dann stimmt entweder das sich auf Grund der Sichtung auf den Verbandsplätzen und der Patientenverteilung im vorstationären bzw. ambulanten Raum ergebende Auflockerungssystem nicht (ärztliches Versagen im Vorfeld) oder es steht nur noch ein Krankenhaus zur Verfügung (Planungs- und Vorbereitungsfehler) oder es ist zu einem Großschaden am und im Krankenhaus selbst gekommen, dem viele Patienten zum Opfer gefallen sind (Ausnahmestand)« (Zit. 1, zu §27(2)).

### »Ärztliches Versagen im Vorfeld?«

»Ärztliches Versagen im Vorfeld« ist m.E. bereits heute den Standespolitikern vorzuwerfen, die dem Militär näher zu stehen scheinen als der Medizin, die als Denkschriftenverfasser den Politikern ordentliche Medizin im atomaren Holocaust versprechen.

Die zunehmende Zahl von ärztlichen Kritikern des Zivilschutzgesetzes stören die mühsam in Paragraphen festgelegte Ordnung. Die Zwangsfortbildung in Katastrophenmedizin gleich Kriegsmedizin wird nicht mehr von der Bundesregierung im Zivilschutzgesetz gefordert, sondern indirekt in ihrer Stellungnahme von der BÄK. Dies entgegen einer eindeutigen Absage an Zwangsfortbildungsmaßnahmen durch den Präsidenten der BÄK, Karsten Vilmar, (Zit. 5)

»Eine Verpflichtung zur Fortbildung in Notfallmedizin ergibt sich aus §20 (4) der Musterberufsordnung (MBO) für die deutschen Ärzte, darüberhinaus hat sich jeder Arzt basierend auf der Generalpflichtenklausel (§7) MBO in Katastrophenmedizin fortzubilden ...« (Zit. 1, zu §39, kursive Auszeichnung vom Autor).

Die BÄK geht davon aus, »daß auch im Katastrophenfall vom Arzt Hilfeleistungen erwartet werden, wie sie ihm das Bürgerliche, das Straf- und das Berufsrecht vorschreiben. Es ist im Interesse der Menschen in der Bundesrepublik Deutschland unerlässlich, diese ärztlichen Aufgaben auch in entsprechenden Gesetzen und Verfahrensregelungen festzulegen« (Zit. 2, Seite 2).

Das Ziel dieses Drucks auf den Gesetzgeber wird im Entwurf der Denkschrift offen ausgesprochen: »Durch würde auch erreicht werden, daß die derzeitigen Gegner der Katastrophenmedizin ihren rechtlichen Pflichten nachkommen.« (Zit. 2, Seite 2).

Die BÄK hat keine Probleme mit der geplanten Einbindung der Medizin in den militärischen Apparat, die ja bereits heute oder morgen, also im Noch-Frieden, stattfinden soll. Ziel soll sein: »Regelungen der zivil-militärischen Zusammenarbeit auf der Ebene von Verteidigungskreis-Kommando (VKK), Verteidigungsbezirkskommando (VBK) und Wehrbereichskommando (WBK) durch Polizei, Feuerwehr und Gesundheitsdienst zu schaffen.« (Zit. 1, zu §32).

Was aber ist das anderes als die von zunehmend mehr ärztlichen und nichtärztlichen Kritikern angeprangerte »Militarisierung« der Medizin, »Militarisierung« unserer Gesellschaft?



Der Text ist ein Vorabdruck aus Manfred Peters/Robert Pfeiffer (Hrsg.): Zivilschutzgesetz — Friedenspolitik oder Kriegsvorbereitung? Presseverlag Ralf Theurer, Köln, Mai 1986. Der Autor des abgedruckten Kapitels, Bernd Kalvelage, ist Arzt in Hamburg.

Mit dem Atombombenabwurf auf Hiroshima hat am 6. August 1945 ein neues Zeitalter begonnen: das Zeitalter atomarer Vernichtungswaffen. Unter den Opfern waren auch tausende Ärzte und Krankenschwestern, die sich ebensowenig helfen konnten wie ihren Mitmenschen. Seit diesem Tage wissen wir: In einem Atomkrieg wird keine Hilfe möglich sein. Millionen Menschen werden an den unmittelbaren und langfristigen Folgen atomarer Explosionen qualvoll zugrundegehen.

Mit der begonnenen Stationierung von Pershing II und der für 1986 geplanten Stationierung von Cruise Missiles befinden wir uns in einer neuen Runde des Wettrenns, die beschleunigte Aufstellung atomarer Waffen wird begleitet von einer wahnwitzigen Aufrüstung mit biologischen, chemischen und konventionellen Waffen und der geplanten Militarisierung des Weltraums. Durch diese Maßnahmen der USA und durch die Gegenmaßnahmen der Sowjetunion dreht sich die Rüstungsspirale immer weiter, die Gefahr eines alles vernichtenden atomaren Weltkrieges wächst.

In diesem Zusammenhang wird die Tragweite des geplanten Zivilschutzgesetzes deutlich. Durch dieses Gesetz, das die Folgen eines Krieges — gleich mit welchen Waffen — organisatorisch bewältigen soll, werden viele gesellschaftliche Bereiche erfaßt:

- Betriebe und Behörden sollen für den »Verteidigungsfall« proben.
- Der Bunkerbau in Neubauten soll zur Pflicht werden.
- Dienstverpflichtungen, Aufenthaltsregelungen, Evakuierungspläne und Sperrgebiete werden vorgesehen.
- Grundrechte, wie das Recht auf Freizügigkeit und auf Unverletzlichkeit der Wohnung, sollen außer Kraft gesetzt werden. Die restlose Erfassung der arbeitsfähigen Bevölkerung wird vorangetrieben.
- Alle Einrichtungen des Gesundheitswesens sollen für die reibungslose Durchführung der Aufgaben im Kriegsfall erfaßt werden.
- Bestehende Krankenhäuser sollen für diesen Fall ausgebaut und zusätzliche »Hilfskrankenhäuser« bereitgestellt werden.

Das geplante Zivilschutzgesetz ist Bestandteil der Notstandsgesetze. Es geht aber in einigen wesentlichen Punkten weiter — insbesondere bei der Erfassung des Gesundheitswesens, bei der Bunkerbau-

## Zivilschutz für Euroshima?

### Abschlußerklärung der Fachtagung gegen das geplante Zivilschutzgesetz am 23. März 1985 in Essen.

pfligt und bei der Dienstverpflichtung z.B. bereits pensionierter Beamter.

Auch die Tatsache, daß bisherige Gesetzesinhalte — wie z.B. über die Bestellung von Selbstschutzberatern der Gemeinden oder die Möglichkeit der Dienstpflicht im »Verteidigungsfall« — erneut bekräftigt werden sollen, zeigt, daß es der Bundesregierung mit der umfassenden Militarisierung ziviler Bereiche ernst ist. Auch mit dem Bau von Kulturbunkern, der Kennzeichnung selektiver Kulturdenkmäler nach der Haager Konvention zum Schutz von Kulturgut bei bewaffneten Konflikten und der Fortführung der Mikroverfilmung von Archivalien sollen im Kulturgüterbereich verstärkt Schutzmaßnahmen für einen weiteren Krieg getroffen werden.

Die Zivilschutzplanungen in der Bundesrepublik Deutschland finden in einer Zeit statt, in der die USA mit neuen Waffen und Strategien zu einer Politik der Stärke und militärischen Überlegenheit zurückkehren. Diese Politik der amerikanischen Regierung, die die Erfolge der Entspannungspolitik beseltigen kann, wird von der jetzigen Bundesregierung weitgehend unterstützt.

Zivilschutz vor diesem Hintergrund heißt heute:

- die Möglichkeit vorzugaukeln, daß es in einem zukünftigen Krieg in Mitteleuropa Sieger und Überlebende gäbe;
- die Schwelle für einen Krieg zu senken;
- noch mehr Geld für die Aufrüstung zu verschleudern. Die immensen Kosten müssen zu weiteren Kürzungen im sozialen Bereich führen.

Auch bei konventionellen Kriegen ist Zivilschutz heutzutage sinnlos. Dies zeigen die Erfahrungen des Bombenkrieges im Zweiten Weltkrieg, insbesondere die Zerstörung Dresdens. Die Waffen, die im Zuge der »Konventionalisierung« der Bundeswehr in den 80er und 90er Jahren angeschafft werden sollen, sind in ih-

rer Wirkung und flächenhaften Zerstörungskraft fast mit atomaren Vernichtungswaffen vergleichbar.

Nach dem gültigen NATO-Verteidigungskonzept und den bekanntgewordenen neuen amerikanischen Verteidigungsstrategien muß aber davon ausgegangen werden, daß es in jedem Krieg in Mitteleuropa zum Einsatz von atomaren, chemischen und konventionellen Waffen kommen wird. Nicht Kriegsfolgeplanung, sondern die Verhinderung eines Krieges muß deshalb oberstes Ziel sein. Wir lehnen den Entwurf des Zivilschutzgesetzes ab und fordern die Abgeordneten des Deutschen Bundestages auf, dem vorliegenden Gesetzentwurf ihre Zustimmung zu verweigern.

Nach zwei Weltkriegen haben insbesondere deutsche Politiker eine Pflicht zur Friedenssicherung. Eine aktive Friedenspolitik der Bundesregierung kann die Kriegsgefahr vermindern. Deshalb fordern wir:

- von der Bundesregierung, die Stationierung der amerikanischen Mittelstreckenraketen und Marschflugkörper zu stoppen und sich nicht am Forschungsprogramm zur Weltraummilitarisierung zu beteiligen;
- die bereits vorhandenen Systeme in Ost und West wieder abzubauen;
- eine von atomaren, biologischen und chemischen Waffen freie Zone in Europa zu schaffen;
- ein Abkommen über einen Teststopp atomarer Waffen.

Nach dieser Tagung sollte die Aufklärung der Bevölkerung über den Gesetzentwurf verstärkt fortgesetzt werden. Jede Renovierung, jeder Bau eines Bunkers wird als überflüssig abgelehnt. Jede Vorbereitung auf den Krieg wird abgelehnt.

Anläßlich der Debatte im Bundestag wird eine zentrale Aktion in Bonn durchgeführt, auf der vor der Öffentlichkeit und der Presse die Ablehnung des Gesetzentwurfs verdeutlicht wird.

Essen, 23. März 1985

Dr. Till Bastian — Prof. Dr. Heinz Bauer — Prof. Dr. Herbert Begemann — Norbert Beier-Xanx — Peter Dippoldsmann — Dr. Hans-Helmut Euler — Helga Genrich — Dr. Hans-Jürgen Häbeler — Prof. Dr. Jutta Held — Michael Kasten — Prof. Dr. Walfried Linden — Prof. Dr. Norman Paech — Walter Popp — Dr. Edith Schieferstein — Prof. Dr. Gert Sommer — Dr. Gregor Weinrich — Dr. Ralph Weizel

Ulrich Trenckmann:

## Psychiatrie im anderen deutschen Staat

### Sozialpsychiatrie in der DDR

**Wir dokumentieren einen Vortrag, den ein ehemaliger DDR-Psychiater im November 1984 in der Landesklinik Langenfeld vor westdeutschen Sozialpsychiatern gehalten hat, in vom Autor überarbeiteter Fassung.**

Geographen kennen es nicht mehr: das ungekannte, unerforschte Land, Terra incognita. Auf den Landkarten des 19. Jahrhunderts gab es sie noch, die weißen Flecken unerforschter Länder.

Anders in der psychiatrischen Landschaft. In ihr hat der westdeutsche Suchende noch die Chance, Neu-land zu betreten. Es gibt zwei Psychiatrien in Deutschland. Sie sind Geschwister. Vieles ist ihnen gemeinsam. Sie entstammen der gleichen Tradition, beiden hatten nach 1945 die Chance und den Zwang zum Neubeginn.

Um den erreichten Stand der Psychiatrie in der DDR zu verstehen, um die Schwierigkeiten bei weiteren Entwicklungsschritten richtig einzuordnen, folgt eine Orientierungstafel zur bisher vollzogenen Entwicklung. Sie gibt sowohl allgemeine Trends als auch wichtige Schlüsselentscheidungen für die Psychiatriereform in der DDR wieder. Um die jeweils gegebene historische Situation anschaulich zu machen, wurden als Beispiel die Psychiatrische Universitätsklinik in Leipzig und das Bezirkskrankenhaus für Neurologie und Psychiatrie in Brandenburg/Görden ausgewählt. Das Bezirkskrankenhaus in Brandenburg/Görden entspricht dem Typus des Landeskrankenhauses in der Bundesrepublik.

1945

Die großen psychiatrischen Anstalten sind durch die »Euthanasie« entvölkert. Da sie oft außerhalb der Städte gelegen sind und daher durch den Bombenkrieg kaum betroffen wurden, dienen sie als Notkranken Häuser, als Seuchenlazarette, als Flüchtlingsunterkünfte und als Kasernen für die Rote Armee. Die nach dem Griesingerschen Konzept des Stadtasyls im Zentrum der Stadt Leipzig erbaute Universitäts-Nervenklinik ist seit 1943 zerborst. Die Landes-Heil- und Pflegeanstalt Brandenburg-Görden, für 1 750 Patienten geplant und gebaut, ist mit 5 000 Personen (psychisch Kranke, körperlich Kranke, körperlich Kranke, Flüchtlinge, Verlegungen aus der vorpommerschen Anstalt Uckermünde, Angehörige der Roten Armee) belegt.

50er Jahre

Die alte Psychiatrie wird mit den alten Methoden unter schwierigsten materiellen Bedingungen betrieben. Die Psychiater verfolgen zäh die Rückeroberung der verlorengegangenen psychiatrischen Bettenburgen, d.h. die Rekonstruktion der alten Nerven-Heil- und Pflegeanstalten.

1952

Ditfried Müller-Hegemann erhält in Leipzig die Professur für Neurologie und Psychiatrie (1950 Habilitation über »Psychotherapie bei schizophrenen Prozessen«). Er führt eine »kollektive Leitung« ein. Die durch die Zerborstung der alten Klinik bedingte Unterbringung der damaligen Landesanstalt Leipzig-Dösen leidet eine

allmähliche Abkehr von elitärer Universitätspsychiatrie zugunsten einer Annäherung an die »Versorgungspsychiatrie« der Anstalten ein.

1956

Die neuroleptische Ära beginnt, seitdem auch in der DDR das Chlorpromazin (Propaphen, Protactyl) ausreichend zur Verfügung steht. Man ist aus dem Größten der Nachkriegszeit heraus und hat neben Elektro- und Insulinkrampf endlich ein weiteres wirksames biologisches Behandlungsverfahren. Der Medikamentenverbrauch, dargestellt am Beispiel des Protactyl, steigt beständig. In Brandenburg/Görden werden gegeben

1957

79 010 Tabletten — 34 560 Ampullen

1958

392 100 Tabletten —

1961

1 376 100 Dragees — 14 964 Ampullen

1963

1 482 100 Dragees — 28 000 Ampullen

In Brandenburg-Görden liegen 1958/59 immer noch 2 960 Patienten bei einer geplanten Kapazität von 1 850 Betten.

60er Jahre

Eine Gruppe enthusiastischer Sozialpsychiater (E. Lange, Dresden, K. Weise, Leipzig und R. Walther, Rodewisch) formulieren im Bezirkskrankenhaus Rodewisch Thesen, die radikaler und konsequenter als die Psychiatrie-Enquête in der Bundesrepublik Grundsätze der Psychiatriereform festschreiben. Vom Westen weitgehend unbeachtet, wird ein Reformwerk diskutiert, das mit den Mitteln eines einheitlichen verstaatlichten Gesundheitswesens den Abbau der Großkranken Häuser bei gleichzeitigem Auf- und Ausbau komplementärer Dienste vorsieht.



1963 Das »Internationale Symposium über die Rehabilitation akut und chronisch psychisch Kranker« formuliert die Rodewisch'schen Thesen: Obligate Verflechtung klinisch-medikamentöser mit psycho- und soziotherapeutischen Verfahren. Herausbildung von Übergangseinrichtungen wie Tages- und Nachtkliniken, Aufbau geschützter Werkstätten, nachgehende Dispensar-Betreuung. Kollektive Zusammenarbeit von Psychiatern, Schwestern, Fürsorgern und Psychologen.

1968 Gesetz über die Einweisung von psychisch Kranken in psychiatrische Einrichtungen: Erstes modernes psychiatrisches Unterbringungsgesetz, ein Jahr vor dem PsychKG in NRW als dem ersten reformierten Unterbringungsgesetz in der Bundesrepublik. Ministerrat trifft »Anordnung zur Sicherung des Rechts auf Arbeit für Rehabilitanten«. Das verfassungsmäßige Recht auf Arbeit wird auch für psychiatrische Rehabilitanten bekräftigt. Mit seiner Durchsetzung werden »Kreisrehabilitationskommissionen« beauftragt. Sie können Großbetriebe mit der Schaffung von Rehabilitationsarbeitsplätzen beauftragen. Auf dem alten Arbeitsplatz kann befristet nach Art und Zeit veränderte/verkürzte Schonarbeit bei vollem Lohnausgleich ärztlich verordnet werden.

1969 An der Leipziger Psychiatrischen Universitätsklinik ist das Offene-Tür-System bei voller Aufnahmeverpflichtung auf allen Stationen realisiert. Die Geschlechtertrennung ist überall aufgehoben, Gruppentherapien sind in breitem Umfang eingeführt. Es entstehen Ansätze zu einer selbstverwaltenden Patientenvertretung durch einen »Patientenrat«.

70er Jahre In den ersten Jahren scheint es, als würde die Psychiatrereform unaufhaltsam an Boden gewinnen. Die Bezirkskrankenhäuser in Bernburg a.S. (Helmuth Späte), in Leipzig-Dösen (Bernhard Schwarz) und Neuruppin (Dieter Burian) reformieren nach sozialpsychiatrischen Konzepten. Sie übernehmen in Vorsorge, klinischer, nachklinischer und ambulanter Betreuung die psychiatrische Regelversorgung eines bestimmten Gebietes (»Prinzip der Sektorisierung«). Zum Ausgang der 70er Jahre tritt die Reformbewegung auf der Stelle. Sie hat Mühe, sich gegenüber dem Roll-back durch biologische Psychiatriekonzeptionen zu behaupten.

1974 Die Arbeitstagung »Probleme der therapeutischen Gemeinschaft« in Brandenburg formuliert Thesen zum Prinzip der therapeutischen Gemeinschaft. Sie sind ein Bekenntnis zum Abbau tradierter hierarchischer Umgangsstile in der Interaktion der Teammitglieder untereinander und mit dem Patienten. Die von Jones formulierten Prinzipien der therapeutischen Gemeinschaft werden deklariert als die »Übertragung der Normen und Regeln unseres (d.h. des sozialistischen) gesellschaftlichen Zusammenlebens auf die Erfordernisse des psychiatrischen Krankenhauses« (Weise, Petermann).

1975 Ausbildung und Anerkennung als Fachkrankenschwester/Fachpfleger für Psychiatrie wird möglich. Etwas später wird in Potsdam eine Fachschule mit Ausbildungsmöglichkeiten zum Fürsorger in der Psychiatrie eröffnet. Der Begriff des Sozialarbeiters wird aus ideologischen Gründen vermieden, da sich die maßgebende marxistisch-leninistische Orthodoxie schwer damit tut, krankmachende gesellschaftliche Strukturen auch im real existierenden Sozialismus anzuerkennen. Die von Klaus Weise geleitete psychiatrische Klinik der Leipziger Universität übernimmt die Pflichtversorgung eines Großstadtbezirks. Durch den modellhaften Ausbau eines vorsorgenden, nachbetreuenden und nachgehenden Versorgungssystems für psychisch Kranke des Betreuungsgebietes sinkt bei über 500 Aufnahmen im Jahr die Zahl der Zwangseinweisungen auf unter zehn Erkrankte. Lanzeitunterbringungen werden fast völlig vermieden. Im Sinne des network-approach verlagert sich der Schwerpunkt auf Angehörigen- und Familientherapien.

80er Jahre Traditionelle Strukturen behaupten sich aller Programmatik zum Trotz hartnäckig. Unverändert sind noch zwei Drittel aller psychiatrischen Betten in der DDR in Krankenhäusern mit einer Kapazität von über tausend Betten. Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern sind die seltene Ausnahme (Rüdersdorf, Blankenburg, Saalfeld). Mit Ausnahme des ländlichen Einzugsgebietes des Bezirkskrankenhauses Neuruppin ist es nirgendwo gelungen, Wohngemeinschaften ehemaliger psychiatrischer Patienten zu gründen.

1982 Auf dem Dritten Symposium der Psychiatristen sozialistischer Länder scheitert vorerst wegen des Widerstandes der sowjetischen Delegation die Annahme eines Thesenpapiers zu den ethischen Prinzipien psychiatrischen Handelns. Durch Achim Thom und Helmuth Späte werden »Ethische Prinzipien und moralische Normen des psychiatrischen Handelns in der sozialistischen Gesellschaft« formuliert (1984).

Am Ende einer wirtschaftlichen Unternehmung ziehen Geschäftsleute Bilanz. Vielleicht kann ähnlich eine Bilanz aus fast vierzig Jahren der relativ eigenständigen Entwicklung der Psychiatrie im früheren Mitteldeutschland bzw. der heutigen DDR gezogen werden.

Auf der Haben-Seite kann die DDR-Psychiatrie einiges für sich verbuchen. Jahre vor der Psychiatrie der Bundesrepublik entstand eine Programmatik zu gemeindenahen, rehabilitativen und reintegrativen psychiatrischen Versorgungskonzepten.

Es gab zudem einige Bedingungen, die sozialpsychiatrische Reformen begünstigten. Einheitliche Leistungsstrukturen des Gesundheitswesens ermöglichten da, wo sich leitende Medizinalbürokraten — in der DDR haben die Bezirksärzte hier eine besondere Schlüsselstellung — für entsprechende Reformprojekte offen zeigten, Fortschritte. Der oft am Eigeninteresse an der eigenen Institution mehr als am Patienteninteresse orientierte Wildwuchs des Psychoschungsels konnte in der DDR wegen dieser relativ einheitlichen Strukturen des staatlichen Gesundheitswesens und ganz allgemein wegen der stets knappen materiellen Ressourcen nicht so wuchern wie in der Bundesrepublik Deutschland.

Ein weiterer Vorzug des Systems in der DDR besteht darin, daß die staatliche Sozialversicherung der einzige Träger der Kranken- und Rentenversicherung ist. Bei der Schaffung extramuraler, d.h. außerhalb des traditionellen Krankenhauses gelegener Betreuungseinrichtungen für psychisch Kranke gibt es deshalb kein zermürbendes Gerangel um die Frage des Kostenträgers. Es kommt ja stets jede Betreuungsleistung aus den finanziellen Mitteln der staatlichen Sozialversicherung.

Unstreitig waren sozialpsychiatrische Reformen auch deshalb effizient, weil es praktisch fast immer gelingt, für psychiatrische Rehabilitanten eine Arbeitsmöglichkeit zu finden. Der zumindest bis in die zweite Hälfte der 70er Jahre bestehende relative Mangel an Arbeitskräften begünstigte Bemühungen um die Wiedereingliederung in den Arbeitsprozeß.

Neben diesen unmittelbar aus dem gesellschaftspolitischen System der DDR resultierenden günstigen Bedingungen für sozialpsychiatrische Reformen ergeben sich auch — allerdings schwerer beschreibbare — Vorzüge aus der Art des mitmenschlichen Zusammenlebens. Abseits von der offiziellen Phraseologie vom Kollektivismus existiert bei den Menschen in der DDR eine relativ starke Bereitschaft zur Anteilnahme am Geschick des Nachbarn, des Arbeitskollegen. Ein Grund hierfür ist vielleicht auch, daß die Mängel in der Versorgung mit Alltagsgütern, das Fehlen eines funktionierenden Dienstleistungssektors, zur gegenseitigen Hilfe zwingen.

Für die psychiatrische Betreuungspraxis hat dies mehrfach günstige Konsequenzen. Bei den Betroffenen untereinander ist die Bereitschaft zur Hilfe größer als zwischen Patienten in der Bundesrepublik. Erhält ein Patient, oft nach langem zermürbenden Behördenkampf, durch die »Abteilung Wohnungspolitik« seines Stadtbezirkes den Zuweisungsschein für eine Wohnung, so ist diese in aller Regel in sehr schlechtem Zustand. Die niedrigen Mieten in der DDR führen dazu, daß trotz staatlicher Zuschüsse die Wohnungs-

substanz schneller zerfällt, als neue Wohnungen gebaut werden können. Nachbarschaftliche Hilfe bei der Instandsetzung ist selbstverständlich. Genauso selbstverständlich ist es aber auch für die Patienten einer Station, einem Mitpatienten, der endlich eine Wohnung bekommen hat, zu helfen. Dies ist eine derart allgemeine Norm, daß sich ihr auch schwerer gestörte Patienten kaum entziehen. Ein ähnlich hohes Maß an mitmenschlicher Solidarität ist in der Regel am Arbeitsplatz anzutreffen. Kontakte zu Arbeitskollegen sind daher für alle gemeindenah arbeitenden Psychiatrien in der DDR ohne Schwierigkeiten herzustellen und fördern eine zumeist hohe Bereitschaft, sich auf die oft schwierigen Verhaltensweisen eines psychisch erkrankten Mitarbeiters einzustellen.

Bei der Auflistung der Vorzüge der Sozialpsychiatrie in der DDR muß auch das Bemühen um eine theoretische Durchdringung psychiatrischen Handelns gewürdigt werden. Handeln, das den Anspruch erhebt, von einer Wissenschaft geleitet zu sein, darf sich nicht in Alltagspragmatik erschöpfen. Es muß von einer Theorie geleitet sein, die das jeweilige Tun erklärt und leitet. Die Arbeitsgruppe um Achim Thom und Klaus Weise bemüht sich ständig, ein Modell psychischen Krankseins weiterzuentwickeln, das eine angemessene Wichtung der sozialen, der intrapsychischen und der pathobiologischen Seite des Geschehens bei psychischen Störungen beschreibt.

Vereinseitigungen wie etwa bei den antipsychiatrischen Ansätzen von Szasz und Cooper, die psychisches Kranksein zum bloßen Mythos erklären, gab es in der DDR nicht.

Die Chronologie der Psychiatrieentwicklung in der DDR deutet aber auch an, daß die sozialpsychiatrische Reform im letzten Jahrzehnt am Tempo verlor, stagnierte, vielleicht sogar in ihrem Kern durch eine tiefe Krise gefährdet ist.

Aus der Leipziger Arbeitsgruppe untersuchten Matthias Uhle und Jürgen Choinitzki Anfang der 80er Jahre das Erreichte. Uhle beispielsweise untersuchte sechs repräsentativ ausgewählte psychiatrische Fach- und Bezirkskrankenhäuser. In den untersuchten Einrichtungen gab es 5 535 Betten, d.h. 16,7 % der Gesamtbettenzahl in der DDR-Psychiatrie. Nur 55 Patienten (1,3 %) wurden nachts in der Klinik und 124 Patienten (2,8 % der Stichprobe) wurden tagesklinisch betreut, 57 % der Patienten der Stichprobe lebten auf offenen Stationen. Immerhin noch 43 % der Patienten waren auf geschlossenen Stationen untergebracht. Auf drei Psychotherapie-Stationen in den sechs untersuchten Einrichtungen lebten 84 Patienten, 1 554 Patienten befanden sich auf therapeutischen Stationen und 3 897 auf Langzeit- und chronischen Stationen.

Bei den letzten Zahlen muß zum Verständnis des westdeutschen Lesers angemerkt werden, daß es in der DDR nicht den quasi marktwirtschaftlich betriebenen Pflege- und Altenheimsektor wie in der Bundesrepublik gibt. In ihn wurden 30 000 bundesdeutsche Psychiatriepatienten in der ersten Hälfte der 70er Jahre verschickt. Die »Unheilbaren« konnten aus dem Gesichtskreis und Bewußtsein der psychiatrisch Tätigen in der DDR nicht so leicht ausgeblendet werden, wie es dem rigoros therapeutischen Vorgehen bundesdeutscher Sozialpsychiater entspricht. In Westdeutschland setzte man an den Beginn der Integration der als heilbar angesehenen psychisch Kranken wieder einmal die Selektion, die Ausgliederung der 30 000 Unheilbaren. Sie mußten Platz machen für die therapeutischen Bemühungen, wurden in therapeutisch schlecht oder gar nicht versorgte Heimbeiriche verlegt.

Um die Passiv-Seite in der Bilanz der DDR-Psychiatrie zu beschreiben, wird bezüglich der gruppentherapeutischen Aktivitäten in den sechs ausgewählten Einrichtungen noch ein Untersuchungsergebnis zitiert: Gruppentherapien wurden auf den Behandlungstationen, bezogen auf eine 5-Tage-Arbeitswoche pro Tag und pro Patient, mit 37 Minuten und auf den Langzeit- und chronischen Stationen mit 6 Minuten pro Patient veranschlagt.

Wie kann es sein, daß über 20 Jahre nach den wegweisenden Thesen von Rodewisch zur psychiatrischen Rehabilitation und nach den Thesen von Brandenburg zur therapeutischen Gemeinschaft noch derartige groteske Mängel existieren? Warum sind Fragen einer menschenwürdigen Psychiatrie für die DDR-

Medien weitgehendes Tabu? Warum darf sich deshalb keine informierte politische Öffentlichkeit formieren, die Fragen zu einer menschlichen Psychiatrie stellt? Warum darf eine Doktorarbeit wie die zitierte von Matthias Uhle nicht öffentlich verteidigt werden? Warum darf nicht einmal mehr das Wort »Sozialpsychiatrie« im Buchtitel erscheinen? Warum bleibt unwidersprochen, wenn sowjetische Psychiater, wie 1983

auf einer Tagung in Potsdam geschehen, erklären, daß Selbsthilfegruppen ehemaliger psychiatrischer Patienten als Elemente der Anarchie in den sich planmäßig entwickelnden Gesellschaften Osteuropas keinen Platz hätten?

Das sind Fragen, auf die in der DDR Antworten gefunden werden müssen. Vielleicht ist es überzogen

und anmaßend, solche Fragen vom Westen aus zu stellen. Vielleicht kann es aber auch unter den deutsch-deutschen Geschwisterpsychiatrien hilfreich sein, den jeweils anderen sowohl mit der nötigen Distanz als auch mit der nötigen Nähe zu sehen. Ein Blick ins deutsch-deutsche Spiegelbild ist letztlich immer auch ein Anblickwerden des eigenen Bildes.  
U. Trenckmann

# Thesen zur Reform des Krankenhauses und seiner Finanzierung

## Ergebnisse eines dg-Seminars — Teil II

Minister Blüm zum ideologischen Hintergrund der Neuordnung: »Das Krankenhausfinanzierungsgesetz ist der erste Zug einer neuen Ordnung des Gesundheitssystems... Marktwirtschaft setzt den aufgeklärten Verbraucher voraus... Dabei ist für die Bundesregierung klar, daß es nicht Aufgabe des Staates oder der Verbände ist, »richtige« Preise festzulegen. Das ist mit den Grundsätzen einer marktwirtschaftlichen Ordnung nicht vereinbar.« (Minister Blüm zur Eröffnung der Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen am 14.11.84, Pressemitteilung des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung)

Zwei wesentliche Folgen wird dieser ökonomische Hebel — offensichtlich gewollt — haben:

1. Schon mittelfristig wird es echte Pleiten von Kliniken geben, unabhängig davon, ob sie zur Versorgung gebraucht werden oder nicht. (Vgl. Stellungnahme der DKG zum Gesetzentwurf der Bundesregierung: Substanzverlust! Leistungsabfall! Milliarden-Defizit! Konsequenzen und Gefahren der KHG-Novellierung, das Krankenhaus 9/1984, S. 369 ff.). Private Klinikketten können sich dann ungeniert aus Konkursmasse bedienen.

2. Der Zwang zur Gewinnerzielung — mit der gesundheitspolitischen Aufgabe des Krankenhauses völlig unvereinbar — bedeutet innerbetrieblich: Schwerpunkt auf »lukrative Risiken« mit möglichst viel Apparateinsatz; Investitionsschwerpunkte bei den Rationalisierungsmaßnahmen, denn nur diese werden in Zukunft in »Investitionsverträgen« von den Krankenkassen finanziert (§18b); Übergang zu regelrechten Marketing-Strategien (Werbung im Privatfernsehen nur ein utopischer Alptraum des Verfassers?). Diese Entwicklung zu analysieren und nicht einfach tatenlos hinzunehmen, ist nicht nur eine politische Aufgabe in der Gesundheitspolitik, sondern vor allem eine der gewerkschaftlichen Aktion.

Die Leistungsanforderungen an das Krankenhaus entstammen eben nicht einem ominösen »Marktgeschehen«, sondern werden überwiegend von außen determiniert: Einweisung und Nachbehandlung erfolgen im ambulanten System, dem »Leithammel« der ökonomischen Steuerung unseres Gesundheitswesens. Je später die vorgelagerten Teilsysteme (ambulante Versorgung, Arbeitsmedizin, öffentliches Gesundheitswesen, Gewerbeaufsicht) in Gesundheitsgefährdungen oder Krankheitsabläufe von Menschen am Arbeitsplatz, Wohnwelt oder Umwelt eingreifen, umso gravierender sind die Folgeschäden mit der Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung. Fehlende Nachbehandlungsmöglichkeiten, teilstationäre Einrichtungen oder Pflegeeinrichtungen im Bereich chronisch kranker oder alter Menschen werden nicht vom Krankenhaus gesteuert. Entlastung des Krankenhauses könnte eine Umprofilierung seiner Aufgaben, z. T. eine Konzentration auf seine eigentlichen Aufgaben und die Änderung seiner überholten inneren Strukturen mit sich bringen.

### Gewerkschaftliche Positionen zur Krankenhausfinanzierung

In ihrem Beschluß »Sparmaßnahmen im Gesundheitswesen« vom 7. Februar 1977 hat die ÖTV erstmals die volle öffentliche Verantwortung für den Krankenhaus-

sektor gefordert: »Die ÖTV fordert die Regierungen in Bund und Ländern auf, die staatliche Verantwortung für das Gesundheitswesen anzuerkennen und nicht alle Kosten auf die gesetzliche Krankenversicherung abzuwälzen. Nach unserer Auffassung sollten nur die Benutzerkosten durch die Pflegesätze abgegolten werden, Investitionen und laufende Vorhaltekosten sind aus Steuermitteln zu decken.« (zit. nach: Perspektiven und Beschlüsse der Gewerkschaft ÖTV, Stuttgart 1977, S. 49 ff)

Der Gewerkschaftstag 1980 konkretisierte diese geforderte öffentliche Verantwortung: »Als erster Schritt zu einer gerechteren Finanzierung sind Einrichtung und Betrieb von Intensivstationen, Erste-Hilfe- und Dialysezentren sowie Ausbildungsstätten aus Steuermitteln und nicht über Pflegesätze aufzubringen.« (Antrag 1101 ÖTV-Gewerkschaftstag 1980).

Der Gewerkschaftstag 1984 lehnte konsequent die Novellierungspläne der Rechtskoalition ab: »Eine weitere Kostenverlagerung auf die Krankenversicherungen und ihre Mitglieder ist abzulehnen. Ebenfalls ist gegen alle Versuche vorzugehen, die Krankenhausfinanzierung nach den Prinzipien der freien Marktwirtschaft zu organisieren. Dazu gehören auch die jüngsten Überlegungen, den Krankenhäusern die Möglichkeiten der Gewinnerschöpfung einzuräumen.« (Antrag 994a des Gewerkschaftstages 1984, zit. nach: Stellungnahme der Gewerkschaft ÖTV zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung, Stuttgart November 1984)

Nur eine ausreichende öffentliche Finanzierung aus Steuermitteln auch eines erheblichen Teils der Personalkosten — die schließlich auch Vorhaltekosten darstellen — kann verhindern, daß menschlich und sozial wünschenswerte und medizinisch-pflegerisch mögliche Verweildauernsenkungen auch vorgenommen werden und nicht automatisch mit Personalabbau bestraft werden, wie es mit der jetzigen Anhaltzahlen-Berechnung und ihrer Berücksichtigung in den Pflegesätzen der Fall ist. Die Bundesregierung vermindert stattdessen die öffentlichen Investitionen und belastet — entgegen allen öffentlichen Verlautbarungen — die Krankenkassen zusätzlich mit den vorgesehenen »Investitionsverträgen« für Rationalisierung im Krankenhaus. »Mit der vorgesehenen Möglichkeit, künftig über den Pflegesatz auch Rationalisierungsinvestitionen tätigen zu können, wird erneut eine Rationalisierungswelle über die Krankenhäuser hereinbrechen. Das steht einer humanen Krankenversorgung entgegen, verschlechtert Arbeitsbedingungen der Beschäftigten im Krankenhaus und gefährdet Arbeitsplätze. Im Ergebnis bezahlt der Versicherte über seinen Beitrag zur Krankenversicherung damit die schlechtere Qualität einer von ihm beanspruchten Leistung.« (Stellungnahme der ÖTV zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung, Stuttgart November 1984)

Zusammenfassend stellen wir deshalb die folgenden Forderungkomplexe zur Diskussion, die nicht nur auf die Finanzierung im engen Sinne eingehen, sondern strukturelle Fragen und die Frage der Planung mitberühren.

### a. Finanzierung des Krankenhausesektors

- kein Rückzug des Bundes aus der Krankenhausfinanzierung;
- öffentliche Finanzierung von Bau, Ausstattung und Renovierung von Krankenhäusern aus Steuermitteln;
- Entwicklung von wirksamer Kostenkontrolle bei Bauvorhaben;
- extensive Fassung des Investitionsbegriffs zu La-

sten der öffentlichen Hand (z. B. Ausbildungsstätten, Instandhaltungskosten von Geräten);

— Bezahlung von den Personalvorhaltekosten besonders teurer Krankenseinrichtungen (wie z. B. Notaufnahmestationen, Intensivstationen, Verbrennungszentren, Dialyseeinrichtungen, Herz-OPs oder onkologischer Behandlungseinrichtungen);

— länderübergreifender Finanzausgleich zwischen allen Krankenkassen zur Finanzierung der unterschiedlichen Pflegesätze;

— kein Gewinn- und Verlustausgleich oder andere »marktwirtschaftliche« Finanzierungsstrategien;

— keine Festlegung der Pflegesätze mehr im nachhinein (nach Nachweis der Selbstkosten des vergangenen Jahres), sondern eine Budgetregelung, die Ersparnisse in der folgenden Zeit an die Krankenkassen zurückgibt und Verluste im nachhinein durch die Kassen ausgleicht.

### b. Krankenhausbedarfsplanung

Anstelle der bisherigen Krankenhausbedarfsplanung, die den Namen »Planung« nicht verdient, sind erforderlich:

— Abstimmung der Planung von ambulanten und stationären Kapazitäten;

— bundeseinheitliche Kriterien und Zielwerte mit Umsetzung auf Länder-, Regional- und Kommunal-ebene;

— öffentliche Planungs- und Finanzierungsverantwortung auf Bund- und Länderebene, aber wirksame, demokratische Mitbestimmungsmöglichkeiten von Krankenkassenvertretern (nicht nur der Landesverbandsgeschäftsführer!) und Beschäftigten der Krankenhäuser und ihrer Gewerkschaften mit eindeutiger Regionalisierung und Kommunalisierung von Planungsvorgängen aller Gesundheitseinrichtungen;

— echte Bindung der Krankenhäuser an die öffentliche, demokratische Planung, keine Sonderrechte für private und konfessionelle Krankenträger (nicht nur für Bettenzahlen, sondern auch für Versorgungsstufen und -aufträge und Leistungsangebote);

— Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Diagnostik und Behandlung;

— Planung von Tag- und Nacht-Kliniken, teilstationäre Behandlungsmöglichkeiten und Nachsorgeeinrichtungen;

— kein weiterer Bettenabbau, der bisher im wesentlichen zu Lasten öffentlicher Träger verlief; stattdessen Ausgleich bestehender Defizite (Nachsorgebetten, chron. Kranke, Herzchirurgie).

### c. Demokratisierung der Krankenhausstrukturen

— Abschaffung von Klasseneinteilung und Privatliqui-dation;

— Bevorzugung kollegialer Leitungsstrukturen und von Teamarbeit;

— Abschaffung der hierarchischen Strukturen zwischen den Berufsgruppen;

— demokratische Mitbestimmungsregelungen nach Personal- oder Betriebsverfassungsrecht;

— Abschaffung des Tendenzschutzes in konfessionellen Kliniken;

— öffentliche Mittel nur für Krankenträger, die die Vorschriften der Tarifverträge, des Arbeitsrechts und des Personal- bzw. Betriebsverfassungsrechts einhalten;

— Personalbesetzung nicht nach »belegtem Bett«, sondern nach Aufgabenstellung und Versorgungsleistung unter Beachtung tarifvertraglicher und arbeitsrechtlicher Vorschriften; keine Anhaltzahlen mehr nach dem Muster der DKG.



# »Selbstverständlichkeiten«

**dg-Leser Ernst Hermann Dittrich hat erlebt, wie man Ärzte zu Fachidioten macht.**

In unserem Krankenhaus haben vor kurzem zwei Ärzte ihren Arbeitgeber verklagt.

Eine hatte einen Verweis bekommen, weil sie im Bereitschaftsdienst von einer Station zu einer Patientin gerufen worden und nicht gekommen war. Sie klagte gegen den Verweis. Einer hatte an einem »medizinischen Kongreß zur Verhinderung des Atomkriegs« teilgenommen und dafür Bildungsurlaub beantragt. Er klagte, weil der Bildungsurlaub abgelehnt worden war.

1. Die Ärztin war frühmorgens zu einer Patientin gerufen worden, die versucht hatte, im vierten Stock aus dem Fenster zu springen. Sie war der Ansicht, es handle sich dabei um eine Patientin, die sie am Abend vorher gesehen hatte, und die sich nichts antun konnte, weil sie fast bettlägerig war. Daß sie zwei Patienten miteinander verwechselte, wäre sicher klar geworden, wenn sie auf die Station gegangen wäre. Die Krankenhauslei-

tung hielt es für selbstverständlich, daß ein Arzt im Bereitschaftsdienst auf die Station kommt, wenn er dahin gerufen wird. Deshalb gab es darüber auch keine schriftliche Anweisung. Und weil es keine schriftliche Anweisung gab, verlor das Krankenhaus den Prozeß.

Jetzt haben alle Ärzte es schriftlich, daß sie kommen müssen, wenn sie gerufen werden. Der nächste, der nicht kommt, kriegt dann einen Verweis. Aber gibt es für jede Selbstverständlichkeit eine Dienstanweisung?

2. Der Arzt, der zu dem Kongreß gefahren war, war der Ansicht, daß Information über die Möglichkeit oder Unmöglichkeit ärztlicher Hilfe im Kriegsfall zu seiner fachlichen Fortbildung gehört. Er hatte noch andere Argumente, z.B. daß eine Beschäftigung mit ärztlicher Ethik oder über die Probleme mit sterbenden Kranken von Nutzen für seine Arbeit sind.

Der Arbeitgeber meinte, es müßte schon etwas über Diagnose und Behandlung der Patienten gelernt werden, mit denen der Arzt dienstlich zu tun hatte, also mit Alterskranken. Oder die Fortbildung hätte zur Vertiefung des Arzt-Patienten-Verhältnisses oder des Arzt-

Pflegepersonal-Verhältnisses etwas beitragen müssen. Das alles sah der Arbeitgeber nicht im Kongreßprogramm. Nur die Chefärztin hielt die Teilnahme für nützlich, auch dienstlich nützlich.

In der Auseinandersetzung mit ärztlicher Ethik, mit Vorbeugung und Vorbereitung des Gesundheitswesens auf den Kriegsfall sah der Arbeitgeber keinen Nutzen für die dienstliche Tätigkeit. Und der Innensenator sah das natürlich ebenso wie der Arbeitgeber. Das Arbeitsgericht gab hier dem Arbeitgeber recht. Der Arbeitgeber kann den »Nutzen für die dienstliche Tätigkeit« so eng definieren, daß Kenntnisse über Vorbeugung etc. nicht mehr dazugehören.

3. Beide Urteile zusammen sind, durchaus konsequent.

Wenn Selbstverständlichkeiten der ärztlichen Arbeit für Ärzte, die Arbeitnehmer im Krankenhaus sind, nicht dazugehören, dann muß der Arbeitgeber eben für jede Selbst-

verständlichkeit, die doch dazugehören soll, eine Dienstanweisung erlassen und dem ärztlichen Arbeitnehmer gegen Unterschrift zur Kenntnis geben.

Da wäre noch viel zu tun. Wo steht denn, daß z.B. ein Mensch mit einem Magengeschwür nicht nur »der Magen« ist? In guten Lehrbüchern, aber nicht in Dienstanweisungen.

Die Krankenhausleitung hat keine besseren Ärzte verdient. Der Innensenator auch nicht. Aber die sind auch nicht Patienten in ihren Krankenhäusern.

Den Arbeitsrichtern kann man nur raten, daß sie sich ihr Krankenhaus sorgfältig aussuchen. Sie werden keins finden, in dem es Dienstanweisungen für eine humane Krankenversorgung gibt. Als Juristen werden sie sich leicht daran erinnern, daß das Wort »Patient« auf Lateinisch »leidend« und »geduldig« heißt. Auch das ist konsequent. *Ernst Hermann Dittrich*



## Wenn unsere Aufgabe als Arzt die Erhaltung von Leben und Gesundheit ist, dann ist unsere dringendste Aufgabe die Verhinderung eines Atomkrieges.

### DER BEDRÜCKENDE STAND DER DINGE.

Die Atomrüstung hat ein beklemmendes Ausmaß erreicht. Das Potential atomarer Vernichtungswaffen beträgt über 13500 Megatonnen, das entspricht 1 Million Hiroshima-Bomben. Mit diesem unvorstellbaren Arsenal ließen sich über 30 Jahre lang täglich alle Verwüstungen des 2. Weltkrieges herbeiführen; auf jeweils knapp 4000 Menschen der gesamten Weltbevölkerung (entfällt eine Hiroshima-Bombe.

### KATASTROPHENMEDIZIN – IM ERNSTFALL HILFLOS.

Die Hiroshima-Bombe – im Vergleich zu heutigen Massenvernichtungswaffen eher »harmlos« – hat 75000 Menschen getötet, 100000 schwer verletzt. Von 298 Ärzten waren nur noch 18, von 1780 Schwestern nur 135 einsatzfähig; von 45 Krankenhäusern waren ganze 3 funktionsfähig. Heute würde ein Atomkrieg die Medizin vollends ausschalten.

In nahezu allen Ländern der nördlichen Halbkugel haben Ärzte begonnen, die Bevölkerung vor dem Irrglauben zu warnen, sie könne im Falle eines Atomkrieges noch medizinische Hilfe erwarten. Und sie haben sich entschlossen, massiv gegen die Atomrüstung anzukämpfen.

### WAS KÖNNEN ÄRZTE BEWIRKEN?

Prof. Low, Präsident und Begründer der IPPNW sagte 1981 auf dem 1. Internationalen Kongreß in Airlie, Virginia: »Unser Ziel ist es, die Ärzte weltweit auf die tödlichen Gefahren des atomaren Wettrüstens hinzuweisen. Es ist unsere Hoffnung, daß die Ärzte helfen werden, die Bevölkerung aufzuklären, denn nur eine stark gewordene öffentliche Meinung kann den schicksalhaften Ablauf zur Katastrophe noch abwenden...«

In diesem Sinne müssen wir Ärzte dafür sorgen, daß unsere Patienten, die Öffentlichkeit und die Politiker begreifen, daß ein Atomkrieg im wahrsten Sinne des Wortes die »letzte Epidemie der Menschheit« wäre. Und sie müssen erfahren, daß die Atomrüstung schon heute als ein enormer Krankheitsfaktor wirkt, indem sie der Jugend den Glauben an die Zukunft raubt.

### DIE IPPNW BRAUCHT JEDEN ARZT.

Unsere Arbeit wird angesichts der atomaren Bedrohung zur Farce, wenn sie diese größte aller medizinischen Gefahren nicht mit berücksichtigt. Wir bitten daher alle Ärzte, sich den zehntausenden von IPPNW-Mitgliedern weltweit anzuschließen:

»Ziel des Spottes kluger Machtpolitiker waren zu allen Zeiten die waffenlosen Propheten... Aber sollten vielleicht nicht sie allein einmütiges Gehör finden in der Welt der Wissenschaft, damit aus den Laboratorien und Fabriken des Todes desertiert wird in die des Lebens?«

Papst Johannes Paul II., am 12.11.83

### AUFNAHMEANTRAG

Ich bitte um Aufnahme als Mitglied der bundesdeutschen Sektion der IPPNW.

Ich erkenne die Resolution, Ziele und Zwecke der IPPNW an und bin bereit, die IPPNW mit einem ☐ monatlichen, ☐ jährlichen Betrag in Höhe von DM \_\_\_\_\_ zu unterstützen.

Name \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

☐ Ich werde die IPPNW mit einer Spende in Höhe von DM \_\_\_\_\_ unterstützen.

☐ Ich bitte um weitere Faltblätter, um sie an Kollegen und Kolleginnen weiterzureichen. Konto: Stadtsparkasse Gaggenau Nr. 502 303 33, BLZ 665 512 90.

### SEKTION BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND DER IPPNW E.V.

International Physicians for the Prevention of Nuclear War (Internationale Ärzte für die Verhütung des Atomkrieges)

Vorstand: Dr. T. Bastian, Prof. Dr.

U. Gottstein, Dr. B. Hövener,

Prof. Dr. Dr. H.-E. Richter

Geschäftsstelle: Dr. Till Bastian

Bahnhofstr. 34, 6501 Heidesheim



# Ohne Maß und Regel

**Wer im Gefängnis sitzt, weiß, wann er wieder herauskommt, worauf er ein Recht hat und worauf nicht.**

**Wer wegen einer Straftat im Zustand der Schuldunfähigkeit zum »Maßregelvollzug« in die Psychiatrie eingewiesen wird, ist völlig der Willkür derer überlassen, die ihn »beschützen«, »behandeln« und »pflegen«.**

**Die Verfasserin unseres Berichts schildert das Schicksal eines nahen Angehörigen. Sie will ungenannt bleiben, weil sie für den Patienten Pressionen befürchtet.**

Die Patienten des Maßregelvollzugs verbüßen nicht eine zeitlich befristete Strafe wie die in die Justizvollzugsanstalt eingewiesenen Straftäter, sondern sie werden auf unbestimmte Dauer in einem Krankenhaus untergebracht. Es heißt, daß ihr Zustand dort gebessert werden soll und daß sie dann in das normale Leben zurückkehren sollen. Während diese These heute ohne weiteres auf die Praxis der allgemeinen Psychiatrie zutrifft, werden die Insassen des Maßregelvollzugs Jahr für Jahr in Sonderanstalten festgehalten, häufig in einem »Festen Haus«, wo sie lange Jahre, wenn nicht für immer, verbleiben.

Der folgende Fall veranschaulicht ein solches Schicksal: Der Patient wurde wegen einer schweren Straftat, begangen im Zustand einer floriden Psychose, zur Unterbringung im psychiatrischen Krankenhaus verurteilt, obgleich er bestritten hatte, die Tat begangen zu haben. Die langandauernde »vorläufige« Unterbringung verbracht er in allgemeinen psychiatrischen Kliniken. Dort konnte er sich verhältnismäßig frei bewegen, hatte sogar freien Ausgang. Er arbeitete täglich intensiv für die Examensvorbereitung. Die Gut-

achter beider Kliniken stellten fest, der Zustand habe sich wesentlich gebessert, er sei nicht für die Umwelt gefährlich und könne mit Auflagen entlassen werden. Als das Urteil rechtskräftig war, kam der Patient ins Landeskrankenhaus, zuerst in das eine, dann in das andere; dort sogar ins Feste Haus. An Examensvorbereitung war bei dem Massensaal, dem ständigen Lärm und dem gesamten Klima nicht mehr zu denken. Vor vielen Jahren mußte dies aufgegeben werden.

Ihm wurden die verschiedensten Auffälligkeiten vorgehalten. Lange Zeit hieß es, er sei uneinsichtig, weil er sich weigerte, die in der vorigen Klinik nach dreijähriger Medikation abgesetzten Neuroleptika wieder einzuführen. Er hatte enorm unter deren Nebenwirkungen gelitten. Ein Rückfall in eine akute Psychose hatte sich nicht ereignet. Als »krank« wurde ihm u. a. ausgelegt, daß er für einen Mitpatienten eine Strafanzeige gegen eine Ärztin diesem aufgesetzt hatte. Ein Arzt bezeichnete den Betreffenden, obgleich er ihn damals nicht persönlich kannte, dessen Freund gegenüber als »geisteskranken Kriminellen«. Er war aber empört,





daß der Patient später nicht an einer von ihm geleiteten Sitzung teilnehmen wollte. Auch dies wurde als Krankheitszeichen ausgelegt. Psychisch auffällig sollte auch sein, daß der Patient angeblich einen Brief an jemanden geschrieben hätte, denn der Betreffende brauche ihn täglich.

So gab das eine das andere. Die Jahre gingen dahin. Laufend wurden ihm Verhaltensweisen nach der geschilderten Art vorgehalten. Besonders wurde kritisiert, daß er zeitweilig die eingesperrte Situation nicht mehr aushalten konnte und dann verlangte, sofort entlassen zu werden. Dies wurde als Krankheitssymptom »Realitätsferne« hingestellt.

Auswärtige Gutachter empfahlen späterhin nochmals, die Unterbringung mit Auflagen auszusetzen, da ein florides Rezidiv nicht mehr aufgetreten sei. Hierzu kam es aber nicht. Jedesmal, wenn die Freilassung befürwortet worden war, wurde der Psychiater Dr. B. vom Gericht eingeschaltet. Dieser verfaßte unverzüglich ein negatives Gutachten. Die Gerichte folgten ihm. Sie sind zudem der Auffassung, daß die Diagnose »Schizophrenie« gleichzusetzen ist mit »Gefährlichkeit« und Nicht-Entlassbarkeit.

Inzwischen sind zehn Jahre vergangen. Der Patient sieht nicht ab, wann er jemals aus der Unterbringung herauskommt.

Zwangsläufig treten Hospitalisierungsauswirkungen ein, die als Krankheitssymptom erklärt werden. Dabei ist ein Mensch eben nicht ein Stück Holz, sondern er reagiert auf negative Lebensbedingungen. Der Patient leidet auch schwer unter dem ständigen Mißtrauen der Beteiligten ihm gegenüber, er sei gefährlich und werde in der Freiheit Gewalttaten begehen. In Wirklichkeit ist dies überhaupt nicht der Fall! Es wird ihm aber keine Chance gegeben, seine Ungefährlichkeit außerhalb des Maßregelvollzugs und auch außerhalb der Mauern des Festen Hauses unter Beweis zu stellen.

Ein forensischer Psychiater schrieb 1980, daß die Entlassungsaussichten des in die Justizvollzugsanstalt eingewiesenen, auch schweren Straftäters sich umgekehrt zu den Entlassungsaussichten des im Krankenhaus untergebrachten Straftäters verhalten. Während die Chancen des ersteren im Lauf der Jahre wachsen, sinken sie im Falle des zweiten nach zehn Jahren auf Null.

Der vorstehende Fall zeigt, daß dieser Psychiater Recht hat.

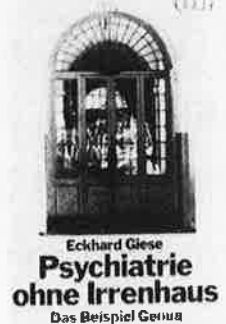
Nach großen Freiheiten in den Anfangsjahren, Feststellung der Besserung und Befürwortung der Entlassung, wurde die Unterbringungspraxis in den letzten Jahren immer restriktiver. Urlaubsanträge wurden jedesmal abgelehnt. Einmal schrieb der Staatsanwalt, Weihnachten sei kein Anlaß für Urlaub. Seit Jahren finden keine Tagesausgänge mehr statt. Es ist abzusehen, daß der Patient lebenslang in der Unterbringung bleibt, mögen auch keine Rezidive aufgetreten und die Freilassung zur Bewährung mehrfach empfohlen worden sein.

Maßregelvollzug bedeutet so, lebendig begraben zu sein. Denn der lebendige Mensch in seiner Vielfalt verkümmert und kann sich nicht mehr entfalten.

In erster Linie müßte die Justiz ihre Haltung ändern. Der Kommentator Bundesrichter Horstkotte spricht mit Recht davon, daß die »Juristen noch immer von der unzutreffenden Vorstellung ausgehen, bei Geisteskrankheiten sei die Wahrscheinlichkeit, daß wichtige Rechtsgüter Schaden nehmen, überproportional groß«<sup>\*)</sup>. Solange die Psychiater fürchten müssen, im Falle einer der äußerst seltenen schweren Rückfalltaten eines Entlassenen, die ausnahmsweise sich einmal ereignen kann, strafverfolgt zu werden, wird sich nichts ändern, allen neu erlassenen Maßregelvollzugsgesetzen zum Trotz. Aber auch die Boulevardpresse trifft eine harte Schuld. Sie bauscht in sensationeller Weise derartige seltene Fälle auf und steigert so die ohnehin schon bestehende Voreingenommenheit der Öffentlichkeit in unverantwortlicher Weise. Dagegen geht man zum Beispiel allgemein zur Tagesordnung über bei den Zigttausend Verkehrstoten jährlich, die durch nachweisbares Verschulden zu beklagen sind und meist nur zu kurzen Freiheitsstrafen Anlaß geben, obgleich auch hier Rückfallgefahr niemals ausgeschlossen werden kann.

Im übrigen tut es not, daß auch die Unterbringung im psychiatrischen Krankenhaus zeitlich begrenzt wird, anstatt sie unbefristet zu lassen, was zu nicht länger in einem demokratischen Gesundheitswesen tolerierbaren Ausuferungen geführt hat. □

<sup>\*)</sup> Leipziger Kommentar zum StGB, 1983, § 67 d Rn 43



**Eckhard Giese**  
**Psychiatrie ohne Irrenhaus**  
Das Beispiel Genua  
262 Seiten, 21,80 DM

Erfahrungen und Analysen  
zur Psychiatriereform in  
Italien, Folgerungen für  
die Bundesrepublik.

**Auf dem Dienstweg**  
Die verschlungene Kette in der Tübingen psychisch Kranken



**Asmus Finzen**  
**Auf dem Dienstweg**  
133 Seiten, 14,- DM

Dokumente aus einer  
Anstalt zur Beteiligung an  
Aussonderung und Depor-  
tation von Patienten.



**Chr. und Th. Fengler**  
**Alltag in der Anstalt**  
380 Seiten, 21,- DM

Methodisch präzise und  
doch anschaulich werden  
Regeln und Mythen einer  
Anstalt beschrieben.

Psychiatrie Verlag  
Mühlentorstrasse 28  
3056 Rehburg-Loccum 1

»Sucht« hieß das Thema des letzten Deutschen Ärztetages. Mit Sucht haben Ärzte viel zu tun: nicht nur mit ihrer Heilung, sondern auch mit ihrer Entstehung.

Der Bericht von einem Besuch im Arztzimmer, den wir hier wiedergeben, ist authentisch.

## Mother's little helper

### Eine ganz gewöhnliche Krankengeschichte

**F**rau Z. ist 35 Jahre alt, verheiratet, hat zwei Kinder — eine Tochter von 15 und einen Sohn von zwölf Jahren — keine finanziellen Sorgen. Eine Berufsausbildung hat sie nicht machen können. Seit jetzt fast zwei Monaten ist sie in einer Klinik zur Langzeitentwöhnung.

Vor kurzem kam sie ins Arztzimmer und fragte, ob sie ihre ganze Geschichte noch einmal erzählen könne, es gehe ihr jetzt besser und sie versuche, sich an alles noch einmal zu erinnern.

Angefangen habe es 1979, da sei ihr Vater erkrankt, er habe mehrere Schlaganfälle erlitten und fast völlig die Sprache verloren. Jeden Tag sei sie ins Krankenhaus gegangen, habe sich den ganzen Tag um ihn gekümmert, immer wieder mit ihm Sprechen geübt, ihn gefüttert, saubergemacht, sie sei immer für ihn dagewesen. Erst abends sei sie nach Hause gegangen, habe schnell den Haushalt versorgt. Um die Kinder habe sich meistens ihre Mutter gekümmert, die Große sei ja schon zur Schule gegangen, der Kleine in den Kindergarten. Sie sei dann nach einiger Zeit zum Hausarzt gegangen, sie sei »unheimlich nervös« und innerlich unruhig gewesen. Der Arzt habe ihr Tavor 1,0 verschrieben, davon sollte sie morgens eine Tablette nehmen. Sie habe aber gleich auch abends noch eine genommen, sie habe einfach keine Ruhe finden können. Ziemlich bald habe das dann nicht mehr ausgereicht, sie sei noch einmal zum Arzt gegangen. Diesmal habe er ihr Tranxilium 20 verordnet, damit werde sie schon zur Ruhe kommen, sie solle aber nicht zuviel nehmen

wegen der Gefahr der Gewöhnung.

Bald darauf habe sie häufig Kopfschmerzen gehabt, es sei wohl alles zuviel geworden trotz der Beruhigungsmittel, tagsüber die bedrückende Atmosphäre im Krankenhaus und ständig die klimatisierte Luft dort, abends dann schnell den Haushalt gemacht, dabei immer wieder Vorwürfe von ihrem Ehemann, sie vernachlässige den Haushalt und die Kinder. Ein schlechtes Gewissen deswegen habe sie selber ja auch gehabt. Sie habe sich wegen der Kopfschmerzen in der Apotheke Thomapyrin-Tabletten geholt und davon im Lauf der Zeit täglich bis zu 14 Tabletten genommen, obwohl sie eigentlich Angst vor Schmerztabletten habe, da sie wegen einer Phenacetin-Allergie die meisten nicht vertragen könne. Die Kopfschmerzen seien zwar nicht weggegangen, aber es sei ein bißchen besser gewesen mit den Tabletten.

Um abends irgendwo zur Ruhe zu kommen, habe sie am Anfang nur selten zu Hause etwas Alkohol getrunken, zusammen mit den Beruhigungsmitteln, die sie die ganze Zeit weiter von ihrem Hausarzt verschrieben bekommen habe. Wegen der Rezepte habe sie immer nur angerufen bei der Sprechstundenhilfe, jeweils fünfziger Packungen Tavor und Tranxilium bekommen und meistens von ihrer zehnjährigen Tochter in der Apotheke holen lassen. Gesprochen habe sie monatelang nicht mit ihrem Arzt, nur einmal sei sie noch hingegangen, weil sie öfter Kreislaufstörungen gehabt habe. Besonders, als sie von ei-

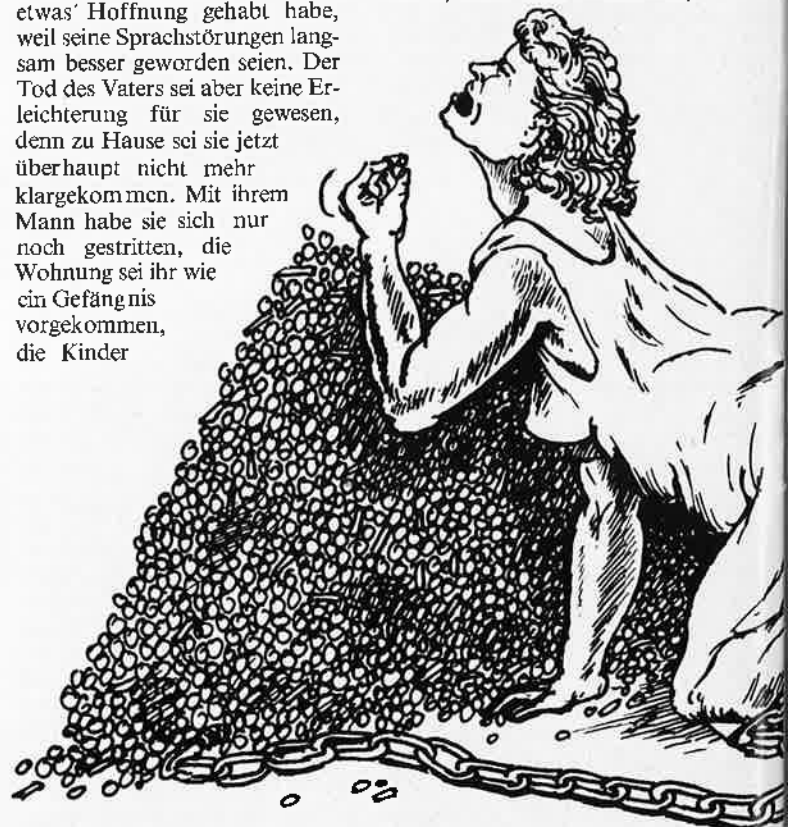
ner drogenstichtigen jungen Frau aus ihrer Verwandtschaft Mandrax-Tabletten bekommen und eingenommen habe, weil sie jetzt auch mit Tavor, Tranxilium und etwas Alkohol abends nicht mehr zur Ruhe gekommen sei. Sie habe dem Arzt von ihren Kreislaufstörungen berichtet, der habe ein EKG gemacht, ihr erklärt, es sei alles in Ordnung, und ihr darauf ein Kreislaufmittel — Carnigen — verordnet.

Nach ungefähr einem halben Jahr sei ihr Vater dann gestorben, nachdem sie zwischendurch etwas Hoffnung gehabt habe, weil seine Sprachstörungen langsam besser geworden seien. Der Tod des Vaters sei aber keine Erleichterung für sie gewesen, denn zu Hause sei sie jetzt überhaupt nicht mehr klargekommen. Mit ihrem Mann habe sie sich nur noch gestritten, die Wohnung sei ihr wie ein Gefängnis vorgekommen, die Kinder

seien ihr nur noch lästig gewesen. Aus der Wohnung gegangen sei sie nur noch mit Tabletten, in der Handtasche, im Mantel, ja sogar im Strumpf versteckt. Und sobald sie irgendwie unruhig geworden sei, im Kaufhaus zum Beispiel, habe sie schnell eine Tablette genommen.

Auf Nachfrage bestätigte sie, die ganze Zeit über habe sie weiter Thomapyrin-Tabletten genommen, zwischen drei und vierzehn Stück am Tag, und auch weiterhin Tavor und Tranxilium, jeweils zwischen fünf und zehn Stück am Tag. Die Beruhigungsmittel habe sie weiterhin von ihrem Arzt verschrieben bekommen, der wohl mit Medikamenten sehr großzügig umgehe, denn er habe einmal sogar ihrer zu der Zeit zehnjährigen Tochter wegen Kopfschmerzen Valoron-Tropfen verschrieben. Diese habe ihr Mann aber schnell weggetan, denn er sei sehr gegen Medikamente eingestellt.

Eines Abends dann sei sie mit Freunden noch etwas trinken gegangen. Als sie zurückgekommen sei, habe ihr Ehemann sie vor die Tür gesetzt, er habe nur noch geschimpft und ihr ständig Vorwürfe gemacht. Da sei sie in die Wohnung ihrer Mutter gegangen (die sei zu der Zeit in Kur gewesen), habe dort zu den üblichen Tabletten noch eine Flasche Wein getrunken. Ihr Vater sei nämlich Weintrinker gewesen, habe immer guten Wein zu Hause gehabt. Sie sei davon aber überhaupt nicht müde geworden, nur etwas »benebelt«,





aber dabei hellwach. In der gleichen Nacht habe sie sich in der Apotheke noch einmal Tabletten geholt und sei dann zu einem See in der Nähe gegangen, wo nachts häufiger Drogensüchtige und Alkoholiker seien. Dort habe sie dann ganz viele Tabletten auf einmal genommen, habe sich das Leben nehmen wollen, sie habe ihrem Mann »eins auswaschen« wollen. Von den folgenden fünf Tagen wisse sie nur noch wenig. Irgendwann sei sie zur Wohnung ihres Bruders gekommen, sie habe fremde Kleider angehabt, wohl auch Einstiche am Arm, sei völlig fertig gewesen. Beim Bruder sei sie langsam wieder zu sich gekommen, dieser habe wohl tagelang auf sie aufgepaßt. Ob er einen Arzt dazugeholt habe, wisse sie nicht. Sie wisse aber noch, daß sie ihre Beruhigungsmittel noch weiter genommen habe. Sie sei dann bald zum Frauenarzt gegangen, dieser habe festgestellt, daß sie geschlechtskrank war und habe sie deswegen behandelt.

Ganz allmählich habe sie sich wieder erholt, sie habe wieder etwas Ruhe gefunden in der Wohnung ihrer Mutter. Ihr Ehemann, der zu der Zeit selber viel getrunken habe, habe sie wieder öfter angerufen, wollte, daß sie wieder in die Wohnung zurückkomme. Sie habe aber erst einmal Arbeit gesucht und gefunden, zusammen mit ihrer Mutter die Kinder versorgt, die dann nur noch am Wochenende beim Vater gewesen seien und in dieser Zeit zwischen Vater und Mutter bestimmt viel mitgemacht hätten. Im Oktober, das müsse jetzt wohl 1980 gewesen sein, sei sie krank geworden und mit einer Lungenentzündung ins Krankenhaus gekommen. Ihre Beruhigungsmittel habe sie bis dahin immer weiter genommen. Es sei zwar komisch, aber ihr erster Wunsch im Krankenhaus sei der Besuch ihres Ehemanns gewesen, die Nähe zu ihm sei ihr wieder wichtig gewesen. Ihre einzige Bedingung sei die Mei-

dung sexueller Kontakte gewesen, dazu habe sie einfach keine Lust mehr verspürt, früher sei das nur manchmal problematisch gewesen. In der ersten Zeit danach sei es ihr relativ gut gegangen, sie sei zeitweise ohne Medikamente ausgekommen, bis auf die Thomapyrin, davon habe sie weiterhin drei bis zehn am Tag genommen. Aber vor dem gemeinsamen Urlaub im Sommer 81 sei sie wieder unruhiger geworden, habe Angst bekommen. Deshalb sei sie also wieder zum Hausarzt gegangen, der habe ihr diesmal nur Tranxilium 10 verordnet, es gehe ihr ja jetzt etwas besser. Davon habe sie meistens die doppelte Menge genommen, damit die Wirkung ausreiche. Sie habe sich selbst damit wohl auch betrogen. Der Urlaub sei trotzdem »eigentlich ganz schön« gewesen, Beruhigungsmittel habe sie nur selten genommen, wenn sie nervös gewesen sei. Aber schon morgens als erstes gleich nach dem Aufstehen habe sie Thomapyrin genommen.

Nach dem Urlaub zu Hause habe sie dann nach und nach heimlich wieder mehr und mehr Beruhigungsmittel genommen, zunehmend über Tag auch mehr und mehr Alkohol getrunken, wenn Mann und Kinder aus dem Haus waren. Sie habe sich dann hingelegt, gegen Abend dann sei sie aufgestanden, mit Hilfe von Kopfschmerztabletten sei sie relativ fit gewesen und habe zu Hause alles Wichtige erledigen können. Aber es sei nicht einfach gewesen, denn wenn die Kinder Freunde mitbringen wollten, habe das erst geplant werden müssen, sie habe rechtzeitig aufgeräumt, weniger getrunken, damit keiner etwas bemerke.

Erst ganz zuletzt habe sie immer weniger heimlich getrunken, ihr Ehemann habe jetzt alles gewußt, auch von ihren Tabletten. Er sei aber hilflos dabei gewesen, habe sie nicht verstanden. Ganz allmählich sei sie körperlich immer breiter geworden, sie habe ihre Figur völlig vernachlässigt, dagegen sei sie nicht angekommen, obwohl sie sich äußerlich immer gepflegt habe.

Im Dezember 1984 schließlich habe sie einmal versucht, wegen ihrer Gewichtsprobleme vom Alkohol loszukommen, nach zwei Tagen aber solchen Heißhunger darauf gehabt, daß sie es nicht geschafft habe. Auf die Frage, was sie denn in den ganzen drei Jahren zwischen 1981 und 1984 gemacht habe, erläuterte sie, da sei nichts Besonderes geschehen, es sei nur langsam mit ihren ganzen Medikamenten und dem Alkohol immer

»Wegen der Rezepte habe sie immer nur angerufen bei der Sprechstundenhilfe, jeweils Fünfpäckchen Tavor und Tranxilium bekommen und meistens von ihrer zehnjährigen Tochter in der Apotheke holen lassen.«

die Entzugserscheinungen mit Zittern, Schweißausbrüchen, innerer Unruhe, häufigem Weinen und regelrechtem Ekel vor sich selbst seien stärker gewesen und hätten länger gedauert als erwartet. Die ersten Tage sei sie davon überrascht und regelrecht geschockt gewesen. Das schlimmste aber sei gewesen, eine Tür zu sehen, aber nicht einfach rausgehen zu dürfen. Da habe sie oft mit sich kämpfen müssen, wie sie überhaupt zu Anfang es kaum geschafft habe, Regeln einzuhalten, das sei ihr nur mit Mühe gelungen. Immer wieder habe sie Angst gehabt, es nicht zu schaffen, sie habe ja keinerlei Vorstellung von einer Therapie gehabt. Oft habe sie sich zum Beispiel abends beim Kartenspielen wegen ihrer zittrigen Hände geschämt, obwohl Mitpatienten sie immer wieder aus eigener Erfahrung getröstet hätten. In dieser Zeit seien ihr solche Mitpatienten wichtiger gewesen als der Arzt oder andere Therapeuten. Auch jetzt habe sie manchmal noch Schweißausbrüche und innere Unruhe und manchmal noch Kopfschmerzen, aber im Moment könne sie »damit umgehen«.

Sie merke jetzt, daß es ihr relativ gut gehe, sie bekomme alles um sie herum klar mit, nicht mehr wie durch einen Schleier. Alles habe jetzt wieder einen Sinn. Sie müsse dazu noch etwas sehr Schönes erzählen: vor kurzem habe sie Geburtstag in der Klinik gefeiert, ein Geburtstag ohne Alkohol, das sei ihr vorher undenkbar gewesen. Aber jetzt seien morgens schon ganz früh Mitpatienten mit kleinen Geschenken gekommen, viele hätten ihr ganz spontan gratuliert, abends habe sie mit großer Runde mit Kaffee und Kuchen gefeiert und am nächsten Morgen sei sie zum ersten Mal ohne Kater wachgeworden.

Auf die Frage, wie denn jetzt ihre Einstellung zu Ärzten und zur Medizin allgemein sei, sagte sie, ihr Vertrauen zu Ärzten sei schwer gestört, sie müsse wohl lernen, mehr Eigenverantwortung im Umgang mit der Medizin zu erwerben. Vor allem erwarte sie von Ärzten mehr Gespräche, mehr Zeit. »Wie am Fließband« sei es bisher gewesen, »man geht rein, sagt was man hat und bekommt Tabletten, keine Zeit«.

Kurz vor Beginn der Therapie sei sie noch einmal bei ihrem Arzt gewesen und habe ihm erklärt, sie wolle zum letzten Mal ihr Rezept, weil sie dann eine Therapie mache. Da habe der geantwortet: »Oh toll, warum haben sie das nicht früher versucht?!« □

mehr geworden, schließlich auch ganz schön teuer geworden, aber irgendwie sei es immer gegangen.

Jetzt endlich, Dezember 1984/Januar 1985, habe sie selber sich wegen Therapiemöglichkeiten umgehört und über eine Freundin, die im Gesundheitsamt arbeite, eine Kur beantragt. Diese sei dann relativ schnell bewilligt worden. Da habe sie schon etwas Hoffnung bekommen, habe aus allem rauskommen wollen, zu Hause sei ihr alles zuviel und zuwider gewesen. Schon vor Beginn der Therapie habe sie mit Ehemann und Kindern alles besprochen und sehr viel Unterstützung bekommen. Vor allem das Verständnis der Kinder, die jetzt 12 und 15 Jahre alt seien, habe ihr sehr geholfen. Denn auch diese hätten bemerkt, daß sie sich zuletzt sehr verändert habe, sie sei nur noch untätig zu Hause geblieben, habe viel mit den Kindern geschimpft. Außenkontakte habe sie nachher fast völlig gemieden, »alles abgeblockt«.

Die erste Zeit jetzt in der Klinik sei sehr schlimm gewesen,



# Biegsam wie Bambus

**Gesundheitsdienst  
in den befreiten Gebieten  
der Philippinen**

**Die philippinische Freiheitsbewegung NDF kontrolliert weite Teile des Landes. Mitarbeiter von »Medico international« beobachteten im Februar mehr als vier Wochen lang den Aufbau eines alternativen Gesundheitsdienstes in diesen Gebieten.**

Schon am frühen Morgen drängen sich über 30 Menschen in der Holzhütte. Frauen mit ihren Babies auf dem Arm, Kinder und alte Menschen warten geduldig, bis sie an die Reihe kommen. Es ist Sprechstunde in Dimatil, einem 400 Einwohner zählenden Dorf in den Bergen von Samar, der drittgrößten und wohl ärmsten der philippinischen Inseln. Doch nicht ein privat niedergelassener Arzt oder ein Beauftragter des Gesundheitsministeriums bietet hier seine Dienste an, sondern eine Gruppe der Gesundheitsorganisation MASAPA hat in der Hütte provisorisch eine »Klinik« aufgebaut.

Dimatil liegt in den von der Befreiungsbewegung »National Democratic Front« (NDF) und deren bewaffnetem Flügel, der »New Peoples Army« (NPA), kontrollierten Zonen. Die Armee des Diktators Ferdinand Marcos hat hier so gut wie jeden Einfluß eingebüßt; wenn überhaupt, wagt sie sich nur noch in größeren Verbänden in das Gebiet. Doch die sind zur Zeit nicht verfügbar, da die NPA in Mindanao mit bis zu 400 Mann starken Verbänden gegen die Regierungstruppen kämpft.

»Die brutale Unterdrückung der Bevölkerung durch Armee, Todesschwadronen und zunehmend auch durch religiöse Fanatiker, die sich bewaffnet haben und die Bevölkerung tyrannisieren, hat sich nach der formalen

Aufhebung des Kriegsrechtes 1981 erheblich verschlimmert«, faßt die Benediktiner-Schwester und Vorsitzende der Menschenrechtskommission Task Force Detainees, Mariani Dimaranan, ihre Erfahrungen der letzten Jahre zusammen. Doch die Menschenrechtsverletzungen und die Ausplünderung der Menschen haben die Bevölkerung nicht nur zu Opfern gemacht. Seit über zehn Jahren nimmt der Widerstand beständig zu. Heute kämpfen etwa 20000 NPA-Guerrilleros in 62 der 73 Provinzen des Landes, die NDF mit über einer Million Mitgliedern ist nach Aussagen eines US-Senats-Berichtes zur Zeit die am schnellsten wachsende Befreiungsbewegung. Sie ist ein breites Bündnis verschiedener Organisationen aus dem gewerkschaftlichen Bereich; Lehrerorganisationen, Christen für die nationale Befreiung (CNL) gehören ebenso dazu wie die von China und der Sowjetunion unabhängige Kommunistische Partei der Philippinen (CPP) und die Gesundheitsorganisation MASAPA. Die Neue Zürcher Zeitung plagt der Alldruck eines »Somoza-Szenarios«, denn die Bevölkerung sieht in den »Rebellen weniger Kommunisten als vielmehr Sozialarbeiter, landwirtschaftliche Berater, Lehrer und Sanitäter«, wie die wie immer gut informierte Frankfurter Allgemeine Zeitung zu berichten weiß.

„Der Aufbau eines basisorientierten Gesundheitsdienstes in den kontrollierten Gebieten gehört zu den wichtigsten Aufgaben von MASAPA“, erläutert uns Estrellita, die das Gesundheitsteam in Dimatil leitet. Etwa 400000 der insgesamt eine Million Menschen der Insel leben in den kontrollierten Zonen und müssen von MASAPA versorgt werden. Zwar liegt das Dorf noch im Einzugsbereich des staatlichen Gesundheitsdienstes, doch der verdient diesen Namen nicht. Etwa zweimal im Jahr, berichtet uns ein Patient, komme eine Hebamme für wenige Stunden in das Dorf. Doch



im Gegensatz zur MASAPA-Gesundheitsgruppe wird der Besuch nicht angekündigt, so daß viele Bauern auf dem Feld sind und nicht in den Genuß der Behandlung kommen. Außerdem beklagen sich die Patienten darüber, daß sie kaum untersucht werden, sondern nur irgendwelche Medikamente verabreicht werden. Die Bauern sind deshalb froh, daß das Gesundheitsteam mehrere Tage im Dorf bleiben will.

## Wer hilft, riskiert sein Leben

Eines der schwierigsten Probleme stellt der Mangel an qualifiziertem Personal da: 68 Prozent aller philippinischen Ärzte und 88 Prozent der Krankenschwestern praktizieren im Ausland. Zudem müssen Ärzte, die einmal in den kontrollierten Zonen gearbeitet haben, damit rechnen, für immer in der Illegalität leben zu müssen. Denn wer auch nur in den Verdacht gerät, einen NPA-Angehörigen ärztlich versorgt zu haben, der hat das

Schlimmste zu befürchten. Die kaltblütige Ermordung des Arztes Dr. Remberto de la Paz und des Radiologen Dr. Johnny Escandor sind nur zwei der vielen Beispiele für die Grausamkeit des Militärs gegenüber Gesundheitsarbeitern.

Der Ausbildung wird eine besondere Bedeutung beigemessen. Die 16 Gesundheitsarbeiter, die hier in Dimatil ihre ersten Patienten untersuchen und unter der Anleitung von Estrellita und einem zweiten Ausbilder behandeln, haben gerade ihre Grundausbildung abgeschlossen. Einen Monat lang haben sie sich in einem Ausbildungslager die Grundbegriffe der Anatomie des Menschen angeeignet, Wissenswerte über richtige Ernährung erfahren und sind über die Bedeutung einer gründlichen Hygiene für die menschliche Gesundheit unterrichtet worden. Weitere Themen der Ausbildung sind: Diagnose, allgemeine Kinderkrankheiten, umweltbedingte Krankheiten (etwa Schistosomiasis, Malaria, parasitäre Erkrankungen), Erkrankungen infolge von Unterernährung, Medikamentenkunde, Erste Hilfe, Mutter-Kind-Heilkunde, Familienplanung, kleine Chirurgie und Zahnheilkunde. Darüber





**Auch die Zahnbehandlung gehört zum Repertoire der MASAPA**

hinaus wird eine Einführung in die wesentlichen nationalen und regionalen Gesundheitsprobleme gegeben und der Zusammenhang zwischen den politischen und sozialen Verhältnissen des Landes, insbesondere der Armut, und den häufigsten Krankheiten erläutert.

Angesichts des allgemeinen Mangels wird der Anwendung traditioneller Heilmethoden besondere Bedeutung beigemessen.

### **Auch traditionelle Heilmethoden**

sen. An einem Tag stellten die Studentinnen und Studenten zwölf verschiedene Sirups, Säfte und Pulver zu Heilzwecken her.

Es gibt traditionelle Heilkundige, so wird uns berichtet, die mehrere hundert Heilkräuter und deren verschiedene Wirkungen unterscheiden und anwenden können. Der Mangel an finanziellen Mitteln, aber auch der Druck der mächtigen pharmazeutischen Industrie haben es bisher verhindert, daß dieses Wissen breiten Bevölkerungskreisen zugänglich gemacht werden kann. MASAPA bemüht sich deshalb, die traditionellen Heiler in die Ausbildung zu integrieren, um durch einen Informationsaustausch einen kostengünstigen und für jedermann zugänglichen Gesundheitsdienst bereitzustellen. Doch nicht immer ist die Zusammenarbeit mit den traditionellen Heilern konfliktfrei. Einige von ihnen nutzen das Fehlen eines staatlichen Gesundheitsdienstes aus, um ihren Lebensunterhalt über zum Teil erhöhte Behandlungsgebühren zu verdienen. Diese empfinden die freiwillig arbeitenden Gesundheitsarbeiter als unliebsame Konkurrenz.

„Akupunktur war bis vor zwei Jahren sogar verboten“, berichtete Estrellita. Noch heute ist es in ländlichen Regionen gefährlich, mit den kleinen Heilung bringenden Nadeln vom Militär erwischt zu werden. Billige, auch für die arme Bevölkerung zugängliche Heilmethoden gelten bei den Militärs als subversiv. Neben einem arg grobschlächtigen Weltbild verrät dies die Furcht der Armeeführung vor einer eigenständigen Organisation der Bevölkerung.

Nicht nur der Heilung von Krankheiten gilt die Sorge von MASAPA, sondern großes Gewicht wird auch auf deren Verhütung gelegt. So wären die meisten der in Dimatil diagnostizierten Krankheiten durch eine bessere Vorbeugung vermeidbar. Parasitenbefall, Lungenentzündung, Magen-Darm-Krankheiten, Tuberkulose und Mangelkrankungen sind die wesentlichen Krankheits- und Todesursachen in Dimatil wie im ganzen Land. Vor der Behandlung wurden die Dorfbewohner deshalb auf die Bedeutung der Dorfbewohner deshalb auf die Bedeutung präventiver Maßnahmen hingewiesen. Einen ganzen

**Die Bauern sind froh, wenn das Team mehrere Tage bleibt**

Fotos: medico international



Vormittag widmeten die Gesundheitsarbeiter diesem Thema. Während im staatlichen Ernährungsprogramm Mangelernährung mit der Verteilung von zumeist industriegefertigten Produkten begegnet wird, will MASAPA jedwede Form der Abhängigkeit von derartigen Al-

### **Eigenverantwortung statt Almosen**

mosen, deren Wirkung ohnehin nur kurzfristig ist, vermeiden. Selbsthilfe und Eigenverantwortung wird deshalb eine herausragende Bedeutung beigemessen. So belassen es die Gesundheitsarbeiter nicht bei theoretischen Erklärungen, sondern packen selbst mit an: Ein Gemüsegarten wird angelegt, eine Abfallgrube gegraben, die frei herumlaufen-

den Schweine erhalten einen Stall außerhalb des Dorfes, damit vor allem die Kinder vor Ungesundheit geschützt sind, und eine Latrine wird gebaut. Diese Hygienemaßnahmen sind fester Bestandteil jeder Gesundheitskampagne und werden bewußt vor der Behandlung der Patienten durchgeführt, um den Stellenwert dieser Maßnahmen deutlich zu machen.

Für den nächsten Tag ist ein gemeinsames Kulturprogramm mit den Dorfbewohnern vorgesehen. Hier in den kontrollierten Zonen geht nichts ohne Musik, Theater und Tanz. Kultur ist aus dem politischen und sozialen Leben nicht wegzudenken. Doch am Nachmittag kommt ein Angehöriger der DPA in das Dorf und meldet, daß eine Einheit der Armee ihren Stützpunkt verlassen hat und man nicht genau wisse, welche Operationen geplant seien. In den vergangenen Wochen unseres Aufenthaltes haben wir den Krieg beinahe vergessen, doch nun holt uns die Realität wieder ein. Unglücklicherweise sind viele Bauern in der nächsten Stadt auf dem Markt, um dort ihre Produkte zu verkaufen. Da ohne die Bauern, die als Milizionäre die Sicherheit der Gesundheitsgruppe garantieren könnten, das Dorf nicht zu verteidigen ist, entscheiden sich die Gesundheitsarbeiter, das Dorf zu verlassen und sich in die Berge zurückzuziehen.

Klaus Linsenmeier

### **»Medico« hilft**

»Medico international« unterstützt MASAPA beim Aufbau eines basisorientierten Gesundheitsprogramms in den kontrollierten Zonen. Die Ausbildung und Ausrüstung der Gesundheitsarbeiter sind dabei die vordringlichsten Aufgaben. Angesichts der zunehmenden Größe der kontrollierten Zonen und der bislang fehlenden internationalen Unterstützung scheinen diese Aufgaben überwältigend. Doch

die Mitarbeiter von MASAPA sind gewohnt, sich auf die eigenen Kräfte zu verlassen und die wenigen zur Verfügung stehenden Mittel äußerst effizient einzusetzen. So kostet die Ausbildung und die Grundausstattung für einen Gesundheitsarbeiter nur umgerechnet 600 Mark.

Die Unterstützung von MASAPA wird ausschließlich aus Spenden finanziert.





## Von Bismarck bis Kohl

### Einhundert Jahre AOK Dortmund

ma - Am 15. Juni 1883 trat die Bismarcksche Krankenversicherung in Kraft, die schon 1881 in der berühmten Kaiserlichen Botschaft angekündigt worden war. »Daß die Heilung der sozialen Schäden nicht ausschließlich im Wege der Repression sozialdemokratischer Ausschreitungen,

sondern gleichmäßig auf dem der positiven Förderung des Wohls der Arbeiter« zu suchen sei, war der Kerngedanke der Bismarckschen Sozialreform.

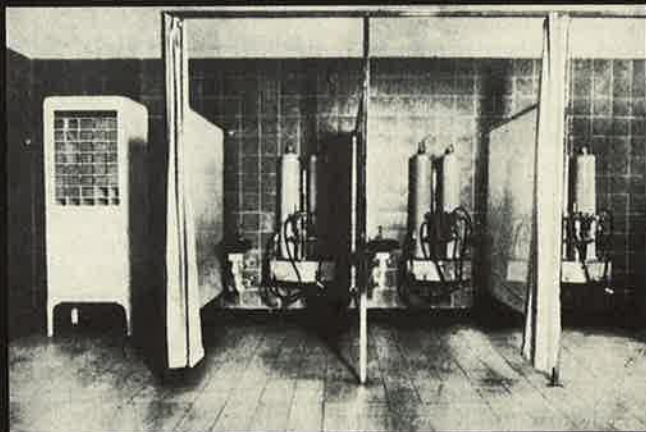
So wie in Dortmund im Dezember 1984 wurden in diesen Jahren bis 1892 im Deutschen Reich etwa 22.000 Krankenkassen

gegründet, z. T. nur mit wenigen Hundert Versicherten. Eine Zersplitterung, die bis heute anhält.

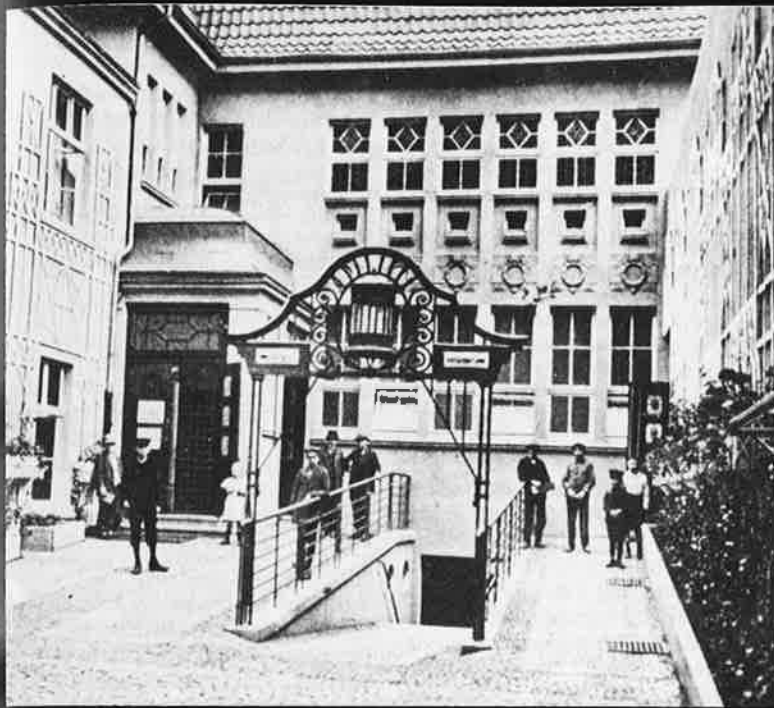
Der Sitz der neuen Kasse war vom 1. Januar 1885 an in der Stiftsstraße. Der Kassenvorstand setzte sich aus sechs Versicherten und drei Unternehmern zusammen.

Die Krankenkassentrolleure mußten krankgeschriebene Versicherte besuchen und verhindern, »daß die Ortskrankenkasse in irgendeiner Weise geschädigt werde«.

Wegen des starken Mitgliederzuwachses und der gestiegenen Aufgaben wurde 1931 das neue Verwaltungsgebäude eingeweiht.







Darin waren neben den Verwaltungsräumen auch die zahlreichen Eigeneinrichtungen der AOK untergebracht: die sogenannten »Eigeninstitute« umfaßten: Badeanstalt, Strahlenabteilung, Röntgeninstitut, Labor, EKG, Inhalation.

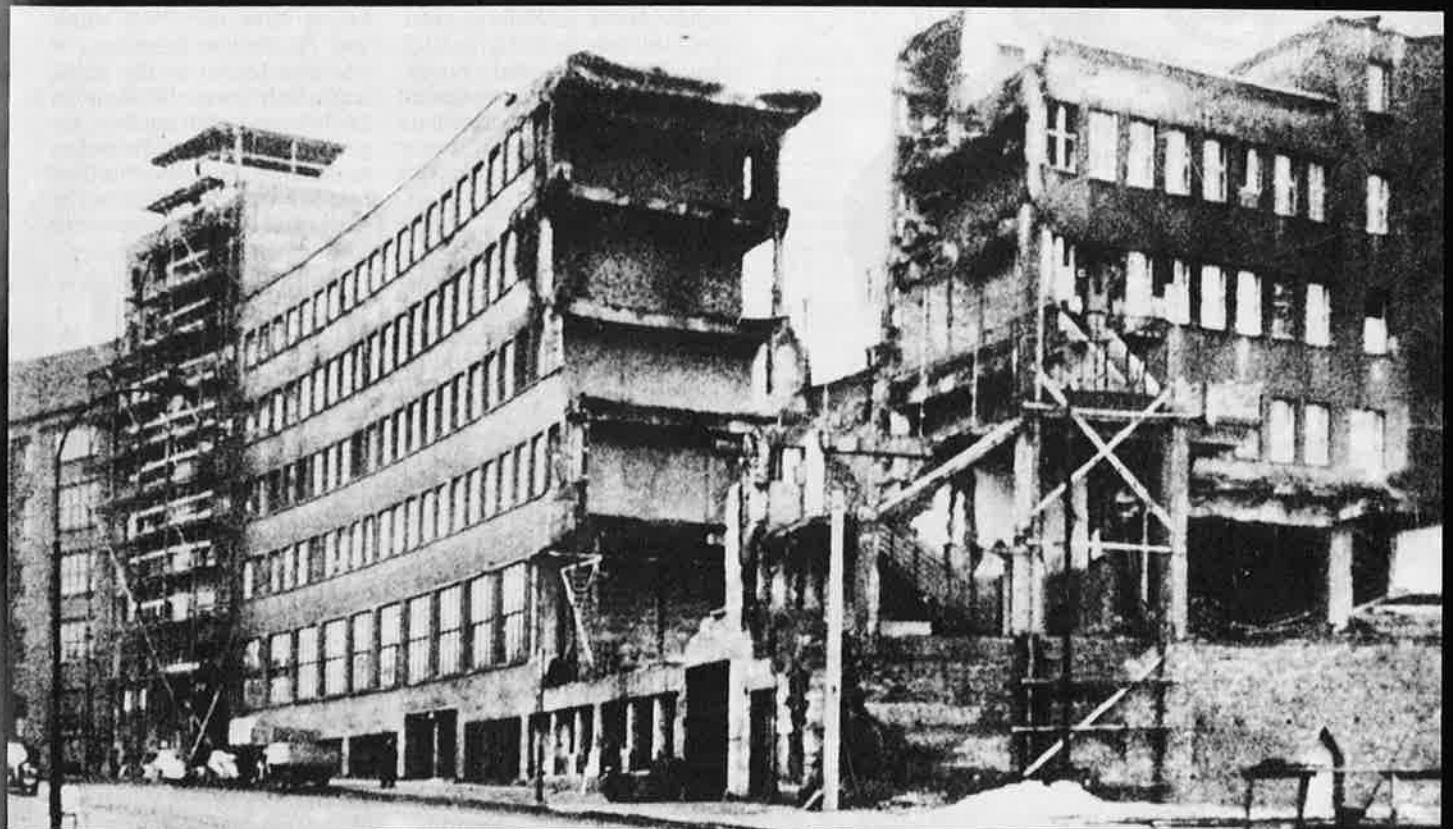
1933 begann für die AOK Dortmund eine dunkle Zeit: am 25. März wurde ein Staatskommissar eingesetzt, die Selbstverwaltung wurde durch das Gleichschaltungsgesetz vom 5. Juli 1934 ausgeschaltet, das »Führerprinzip« eingeführt, alle Dokumente aus dieser Zeit tragen die Grußformel »Heil Hitler«. Im April 1933 werden der damalige Di-

rektor der AOK und der Vertrauensarzt sowie acht weitere Angestellte aus politischen Gründen von den Nazis entlassen.

Das AOK-Genesungsheim Frönsper bei Iserlohn wird als »Bonzenparadies« diffamiert und am 1. Januar 1935 zwangsweise der »Deutschen Arbeitsfront« übereignet. Das für 180 Versicherte eingerichtete Heim wurde nach 1945 als Lungenheilstätte genutzt und 1964 vom Landschaftsverband Westfalen-Lippe in ein psychiatrisches Krankenhaus umgewandelt.

Der Faschismus hinterließ nicht nur zerstörte Gebäude — hier das AOK-Gebäude 1945 — sondern auch Trümmer in den Köpfen. Trümmer, die auch im Gesundheitswesen noch weggeräumt werden müssen!

Fotos: Stute



# Kopf und Fuß

Vor fünfzig Jahren starb Magnus Hirschfeld

Magnus Hirschfeld (1868-1935) begründete die moderne Sexualforschung. Seine Forderung nach Abschaffung des berüchtigten Paragraphen 175 trieb er nahe an die Realisierung — sie ist bis heute nicht erfüllt. Hirschfelds sexualwissenschaftliche Thesen sind freilich aus heutiger Sicht problematisch.



Aus den »Lustigen Blättern« von 1907: Magnus Hirschfeld als unermüdlicher Trommler für die Abschaffung des Paragraphen 175.

*»Die Nazis haben der Sexualwissenschaft ihre sexualreformerischen Füße abgeschlagen. Seither geht sie auf dem Kopf. Das macht das Denken schwer, worüber man sich mit dem Sammeln und Ordnen von Daten hinweghilft.«*

Martin Dannecker

Eine in der Sexualwissenschaft einzigartige, wenn auch immer wieder umstrittene Persönlichkeit, bei der Kopf und Füße, Theorie und Praxis zusammengehörten, war Magnus Hirschfeld, der bekannteste Sexualwissenschaftler und Sexualreformer zu Anfang unseres Jahrhunderts. Im Mai jährt sich zum fünfzigsten Mal sein Todestag. Von den Nazis als Sexualforscher, Jude und Homosexueller verfolgt, starb er am 14. Mai 1935 im französischen Exil.

Fast ein halbes Jahrhundert hat es gebraucht, bis man begann, sich seiner wieder zu erinnern: Die Schwulen entdeckten ihn als den Begründer der ersten Homosexuellenorganisation der Welt. Die Sexualwissenschaftler gedachten seiner als Herausgeber der ersten »Zeitschrift für Sexualwissenschaft« vor 75 Jahren.

Magnus Hirschfeld, am 14. Mai 1868 als Sohn eines jüdischen Arztes in Kolberg geboren, studierte zunächst in Breslau Philosophie und Vergleichende Sprachwissenschaften und dann Medizin in Straßburg und München. 1896 eröffnete er in Berlin-Charlottenburg eine Arztpraxis.

Im selben Jahr erschien auch seine erste wissenschaftliche Abhandlung, ihr Titel: »Sappho und Sokrates oder Wie erklärt sich die Liebe der Männer und Frauen zu Personen des eigenen Geschlechts?« In dieser Schrift entwickelte Hirschfeld zum ersten Mal seine Zwischenstufentheorie der Sexualität. Sie besagt, daß die Sexualität eines jeden Menschen konstitutionell veranlagt sei und daß es zwischen dem Pol des »Vollmannes« und der »Vollfrau« alle möglichen Abstufungen gebe. Mit dieser biologistischen Theorie, die ganz dem (Wissenschafts-) Geist seiner Zeit entsprach, versuchte er, das Recht der Homosexuellen auf ihre »Natur« zu begründen: »Die Homosexualität ist weder Krankheit noch Entartung,

noch Laster oder Verbrechen, sondern stellt ein Stück der Naturordnung dar, eine sexuelle Variante wie zahlreiche andere Sexualmodifikationen im Tier- und Pflanzenreich.«

Um die herrschende Diskriminierung und Unterdrückung der Homosexuellen zu bekämpfen und ihnen zu ihrem Recht zu verhelfen, gründete er ein Jahr nach Erscheinen dieses Buches zusammen mit dem Verleger Max Spohr und dem Ministerialbeamten Erich Oberg das Wissenschaftlich-Humanitäre Komitee (WHK). Ziel dieser ersten Homosexuellenorganisation war die Erforschung der Homosexualität und die Streichung des Paragraphen 175 im Strafgesetzbuch.

Sofort nach der Gründung entwickelte das WHK eine rege Forschungs- und Publikationstätigkeit. Von 1899 an wurde das »Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen« herausgegeben. Das Komitee ließ Aufklärungsbroschüren wie »Was soll das Volk vom dritten Geschlecht wissen?« in hohen Auflagen drucken. In ganz Deutschland wurden Vorträge gehalten und Diskussionen veranstaltet.

Die bedeutendste Aktivität des WHK war jedoch die Abfassung einer Petition an den deutschen Reichstag mit der Forderung, den Paragraphen 175 zu streichen. Prominente Politiker, Wissenschaftler und Künstler wurden als Unterzeichner gewonnen. In zwei Aussprachen im Strafrechtsausschuß und im Plenum des Reichstages in den Jahren 1898 und 1905 wurde über die Petition debattiert. Sie scheiterte jedoch an den politischen Mehrheiten. Selbst in der SPD — immerhin gehörte August Bebel zu den Erstunterzeichnern — war die Straffreiheit der einverständlichen Homosexualität unter erwachsenen Männern umstritten.

Trotz dieses Mißerfolgs erlahmte Hirschfeld nicht in seinen sexualreformerischen Bemühungen. In seiner immensen Produktivität veröffentlichte er zahllose Artikel und Broschüren zu Fragen der Sexualität und der Sexualreform. 1910 erschien sein Werk über »Die Transvestiten«, ein Begriff, den er selbst geprägt hatte. Vier Jahre später kam in erster Auflage das wahrhaft enzyklopädische und zum Teil auch heute noch lesenswerte Buch über »Die Homosexualität des Mannes und des Weibes« heraus. Auf über eintausend Seiten werden die biologischen, medizinischen, ethnologischen, geschichtlichen, politischen, sozialen und juristischen Aspekte der Homosexualität behandelt.



Eine neue Phase sexualreformerischer Arbeit begann Hirschfeld nach dem Ende des Ersten Weltkriegs. In Berlin-Tiergarten gründete er das erste »Institut für Sexualwissenschaft«, das bald durch seine Forschungen, durch das Beratungsangebot und die Öffentlichkeitsarbeit weltweit bekannt wurde. Bereits zwei Jahre nach der Eröffnung organisierte Hirschfeld den ersten sexualwissenschaftlichen Kongreß, dem bis 1932 vier weitere Kongresse mit internationaler Beteiligung folgten. Wesentliche Ziele der Arbeit waren die rechtliche Gleichstellung der Frau, die Freigabe von Verhütungsmitteln, die Liberalisierung des Eherechts sowie die Streichung der Paragraphen 218 und 175 aus dem Strafgesetzbuch. In einem Zusammenschluß fortschrittlicher Vereinigungen zum »Kartell für die Reform des Sexualstrafrechts« erarbeitete man einen »Gegenentwurf« zum »Amtlichen Entwurf« einer Reform des Sexualstrafrechts. Strafandrohung für Sexualdelikte sollte nur noch bestehen, »wenn die Tat unter Anwendung von Drohungen oder Gewalt, wenn sie an Geschlechts-unreifen oder Willenlosen oder wenn sie in einer Weise, die öffentliches Ärgernis erregt, vollzogen« wird.

Die angestrebte Strafrechtsreform scheiterte jedoch. Nicht zuletzt der wachsende Einfluß der Nazis behinderte die Arbeit im Strafrechtsausschuß des Reichstages. Hirschfeld, der 1929 als Erster Vorsitzender des WHK zurückgetreten war, trat 1930 eine große Weltreise an, von der er nicht mehr nach Deutschland zurückkehrte. Am 6. Mai 1933 plünderten die Nazis das Institut für Sexualwissenschaft und verbrannten am 10. Mai zusammen mit den Büchern fortschrittlicher und jüdischer Schriftsteller und Wissenschaftler auch die Werke und die Büste Hirschfelds auf dem Berliner Opernplatz (vgl. dg 2/85, S. 24/25). Letzte Versuche Hirschfelds, in Paris ein neues Institut zu gründen, scheiterten. An seinem 67. Geburtstag starb Hirschfeld im Exil in Nizza.

Von der Zerschlagung durch die Nazis hat sich die deutsche Sexualwissenschaft nie ganz erholen können. Versuche nach dem Ende des Zweiten Weltkriegs, an die Traditionen vor 1933 anzuknüpfen, waren zum Scheitern verurteilt: Zwölf Jahre Nazi-Herrschaft hatten ausgereicht, Sexualität und Sexualwissenschaft zu verpönen. Außerdem waren die meisten Sexualwissenschaftler inzwischen nicht mehr am Leben oder noch in der Emigration. Ein zaghafter Ver-

such von Hans Giese 1949 in Frankfurt/Main, das Wissenschaftlich-Humanitäre Komitee neu zu gründen, wurde vom Stadtgesundheitsamt zunichte gemacht, weil der Schwerpunkt der Arbeit auf der Erforschung der Homosexualität liege und jedermann Mitglied werden könne. Auch ein späterer Versuch von Kurt Hiller, zu Anfang der sechziger Jahre mit einer Petition eines neugegründeten WHK in die Diskussion um die Reform des Sexualstrafrechts einzugreifen und vom Bundestag die Streichung des § 175 zu verlangen, blieb erfolglos.

Erst während der Studentenbewegung besann man sich auch wieder auf die Anfänge der deutschen Sexualwissenschaft. Wilhelm Reich, der versucht hatte, Psychoanalyse, Marxismus und Sexualwissenschaft miteinander zu vereinen, wurde studiert und für einige zum Idol neuer Lebensformen. Die seit dem Beginn der siebziger Jahre rasch sich entwickelnde Schwulenbewegung entdeckte auch bald ihren Urvater, Magnus Hirschfeld. Auch wenn man den »kleinbürgerlichen« Charakter der Politik des WHK kritisierte, so erkannte man doch die Verdienste Hirschfelds für den Kampf um die Streichung des § 175 an. Man benannte stolz ein Kommunikationszentrum für Schwule in Hamburg nach ihm. 1982 gründete sich in West-Berlin sogar eine Magnus-Hirschfeld-Gesellschaft. Sie hat sich zum Ziel gesetzt, »das von den Nazis zerstörte Institut für Sexualwissenschaft wiederzuerichten und das Werk Magnus Hirschfelds und seiner Mitarbeiter zu erforschen, erneut bekannt zu machen und im Sinne der modernen Sexualwissenschaft weiterzuführen.«

1983/84 wurde eine zweibändige, allerdings unbefriedigende Auswahl von Beiträgen aus Hirschfelds »Jahrbuch für se-

xuelle Zwischenstufen« veröffentlicht und sein Hauptwerk »Die Homosexualität des Mannes und des Weibes« nachgedruckt.

Allerdings werden in letzter Zeit auch verstärkt kritische Stimmen laut. So schrieb Volkmar Sigusch, Leiter des Instituts für Sexualforschung in Frankfurt am Main und Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung, Hirschfeld habe »wesentlich auf der Schattenseite der Aufklärung« gewirkt. In der »Zeit« konnte man daraufhin die Frage lesen: »Entpuppt sich der Kämpfer für Toleranz als Vorläufer faschistischen Gedankenguts?« Eine unglaubliche Frage angesichts des Schicksals von Hirschfeld. Auch wenn man heute die biologistischen Argumentationen nicht mehr nachvollziehen kann und ablehnen muß, so wird man doch an seiner humanen Grundhaltung keinen Zweifel haben können. Denn gerade die biologische Absicherung seiner Theorie von den sexuellen Zwischenstufen sollte das »Anderssein« als natürlich und damit legitim begründen.

Schon als man Hirschfeld in den zwanziger Jahren von konservativer Seite vorwarf, er verwechselte Agitation und Wissenschaft, glaubte man, seine sexualreformerischen Bemühungen treffen zu können. Heute schlägt man auf seine wissenschaftlichen Aussagen ein und muß vorsichtig sein, daß man damit nicht wiederum die Emanzipationsbestrebungen der Homosexuellen trifft.

Die Diskussion macht es deutlich: Eine wirkliche Auseinandersetzung mit dem Werk Hirschfelds steht noch aus.

Dietrich Treber

Dietrich Treber ist Wissenschaftlicher Angestellter und Lehrbeauftragter für Psychologie am Fachbereich Sozialpädagogik der Fachhochschule Hamburg



Magnus Hirschfeld (2. v.r.) mit den übrigen Leitern des »Wissenschaftlich-Humanitären Komitees«

## FRIDOLF KUDLIEN Ärzte im Nationalsozialismus

KIEPENHEUER & WITSCH



### Fridolf Kudlien Ärzte im Nationalsozialismus

310 Seiten  
Gebunden 48,— DM

Der deutsche Ärztestand wurde bisher nahezu nur nach seiner Beteiligung an NS-Menschenversuchen befragt und beurteilt. Seit einigen Jahren ist die Forschung dabei, die Rolle der Ärzte im Nationalsozialismus in weiteren Aspekten zu untersuchen.

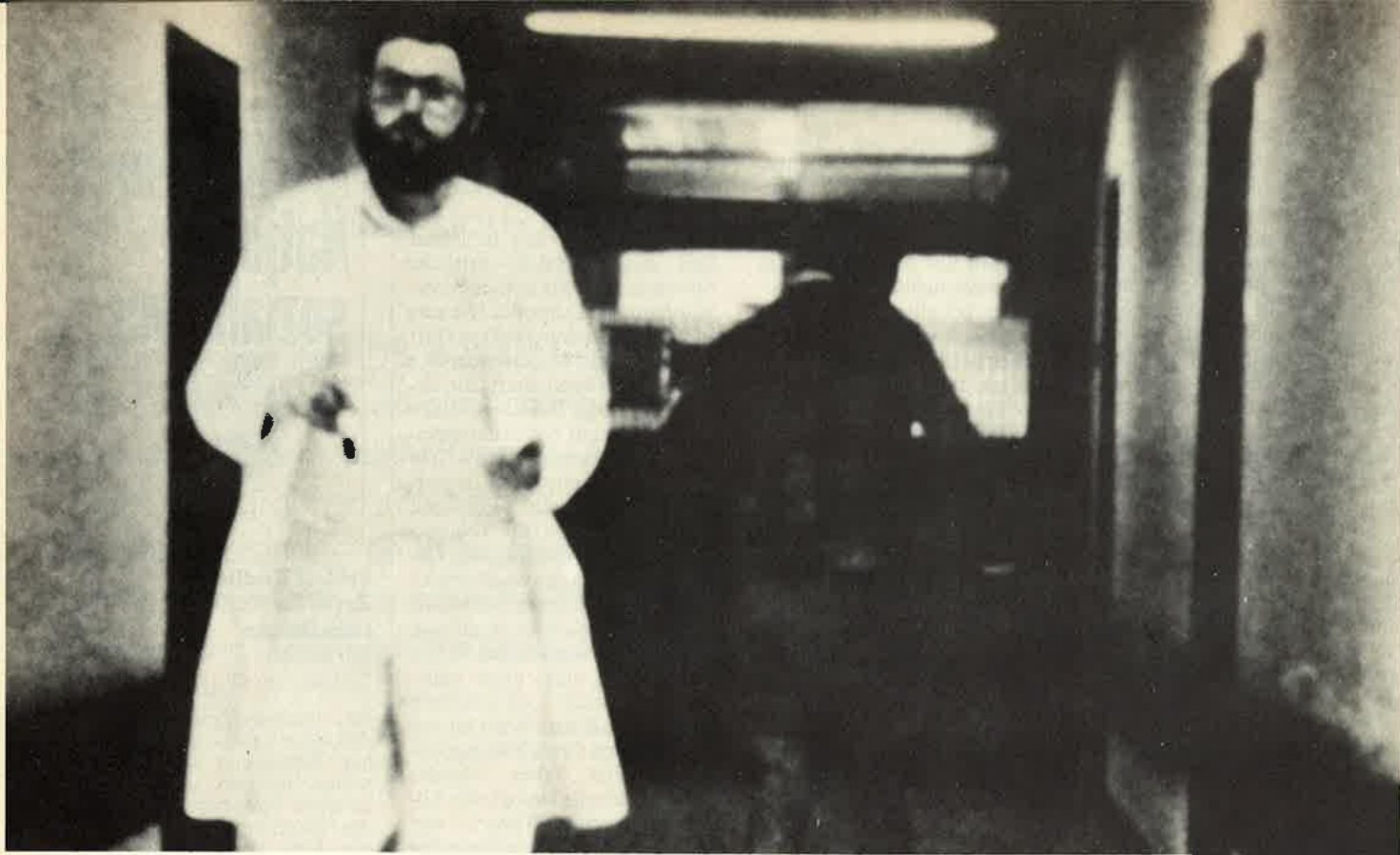
Überraschend groß ist die Zahl von Ärzten und Medizinstudenten schon in der frühesten »NS-Bewegung«. Was waren die Motive solcher Ärzte? Wie steht es mit ärztlicher Kritik am Nationalsozialismus vor 1933? Welche Formen ärztlicher Reaktionen gab es im Dritten Reich? Welche Rolle spielte die politische Indoktrination im Medizinstudium und in den medizinischen Fakultäten? Wie ist der ärztliche Widerstand zu beurteilen? Diesen Fragen gehen die Autoren — Ärzte, Medizinhistoriker, Zeithistoriker, Soziologen — in dem vorliegenden Buch nach und versuchen damit erstmals eine Gesamtdarstellung des Themas »Ärzte im Nationalsozialismus« zu geben.

#### Die Autoren

- Fridolf Kudlien, Jahrgang 1928, Medizinhistoriker, Kiel
- Gerhard Baader, Jahrgang 1928, Medizinhistoriker, Berlin
- Manfred Gaspar, Jahrgang 1948, Soziologe, Kiel
- Alfred Haug, Jahrgang 1956, Arzt, Bremen
- Michael H. Kater, Jahrgang 1937, Zeithistoriker, Toronto
- Werner F. Kümmel, Jahrgang 1936, Medizinhistoriker, Mainz
- Georg Lilienthal, Jahrgang 1948, Medizinhistoriker, Mainz
- Karl-Heinz Roth, Jahrgang 1942, Arzt, Hamburg
- Rolf Winau, Jahrgang 1937, Arzt, Berlin

**k&w**

Kiepenheuer & Witsch



# Ein Versuch es zu filmen

**Johann Feindts Dokumentarfilm über die Rettungsstation / Der Versuch zu leben**

**Der Versuch zu leben**  
**Regie: Johann Feindt**  
**Kamera: Karl Siebig**  
**Ton: Martin Kolasser**  
**Musik: Richard Wester**  
**90 Minuten, BRD 1983**  
**Verleih: Unidoc Film & Video, Dortmund**

**D**as Krankenhaus am Urban steht in Berlin-Kreuzberg, und die Rettungsstelle dort, die größte in Europa, verdichtet noch einmal, was wir mit Kreuzberg verbinden: Elend, Suff, Brutalität. Johann Feindt, einem 34jährigen Arzt und Regisseur, ist das Kunststück gelungen, dort einen Dokumentarfilm zu drehen.

Es ist ein guter Film geworden, einer, der sich sozialpädagogische Aufdringlichkeiten spart, mit flotter Analyse geizt und der auch Banalitäten erträgt: ein Zusammenschnitt aus Szenen bei der Aufnahme, Auftritten eines Betrunknen, Ärzten, Schwestern und Pflegern im Gespräch mit den Patienten und aus vielen Interviews: mit dem Personal, mit einer Fixerin, die auf den Strich geht, einem Alko-

holiker, mit Rettungswagenfahrern, die damit prahlen, daß ihnen nichts Menschliches fremd sei. Mittelpunkt bleibt die Station. Nur zweimal wird der Weg des Patienten in die häusliche Umgebung verfolgt: Der Alkoholiker, der wenige Szenen zuvor noch, mit blutendem Gesicht, auf dem Flur der Station sein »La Paloma« schmetterte, erzählt daheim aus seiner Geschichte; der Türnachbar einer alten Frau, die hilflos in ihrer Wohnung gefunden und zur Rettungsstelle gebracht worden war, teilt in dürren Worten und etwas verlegen aus seinem Leben mit.

Einen Kommentar gibt es nicht. Die Interviewfragen sind kaum zu hören. Auch die Kamera hält sich meist zurück; sie hütet sich aber auch, die Illusion zu erzeugen, da sei ungestaltete Wirklichkeit auf die Leinwand geraten: es ragt schon mal ein Mikrophon ins Bild, und die — unsichtbaren — Filmleute stehen auch mal ein bißchen im Weg.

Ganz frei von Klischees ist der Film aber leider nicht: Warum







etwa müssen sich die Krankenhaustüren eigentlich wie in jedem Fernsehmelodram so geräuschlos, aber demonstrativ hinter den Männern mit der Trage schließen? Mäßig originell finde ich auch den Einfall, einen Krankentransport durch die menschenleeren Korridore aus der Perspektive des liegenden Patienten zu filmen. Gänzlich überflüssig zudem die Einstellung im Zimmer eines alten Mannes (des Herrn Sperber, von dem noch die Rede sein wird), in der heißes Wasser aus der Kaffeemaschine auf in die Gaskanne gestopfte Würstchen träufelt. Da mag man gar nicht glauben, daß die Regie nicht ein wenig nachgeholfen hätte. Aber vielleicht grenzt das schon an Beckmesserei bei einem Film, der von der Kraft seiner Symbole lebt: da fallen platte Allegorien halt unangenehm auf.

Symbole? Ja. In vielen kleinen Szenen ist alles enthalten, was sich sagen ließe. Im Händespiel des Arztes, der gerade sein

Statement abgegeben hat und wartet, daß die Kamera sich verzieht, steckt mehr von der Kreuzberger Wirklichkeit als in den gelegentlichen Schwenks über Hinterhöfe und Abbruchhäuser. Und über den Zustand unserer Beziehungen teilt die Schwester, die den Kopf eines Betrunkenen anhebt, mehr mit als die Einstellung im Treppenhaus mit den Wohnungstüren der alten Frau und ihres 77jährigen Nachbarn.

Sehr gut hat mir gefallen, daß die Figuren nicht denunziert werden. Weder gibt Feindt sie der Lächerlichkeit preis, obwohl einige von ihnen das nach Kräften herausfordern, noch deckt er ihr Elend mit klebrigem »Verständnis« zu. Sie dürfen auf ihre Art anklagen. Auch die Ärzte, Schwestern und Pfleger kommen zu ihrem Recht. Das große Schulterzucken, die Allgemeinplätze, die sie zum »Erfolg« ihrer Arbeit preisgeben, die vielen kleinen und größeren Zynismen, der makabre Sportsgeist, die

obszöne Vitalität, mit der sie sich den Hilflosen zuwenden: das alles läßt immer noch die — mindestens ebenso hilflose — Menschlichkeit durchscheinen. Sie sitzen nicht auf der Anklagebank. (Auch die Pharmaindustrie oder die »Apparatemedizin« ist diesmal nicht an allem schuld.)

Bei einer Figur bin ich mir nicht sicher, ob sie nicht doch vergewaltigt wird. Das ist Herr Sperber.

Herr Sperber ist ein alter Mann, der mit seinem noch älteren Freund zusammenlebt und, nachdem dieser ins Krankenhaus gekommen ist, auch dort aufgenommen werden möchte. Wie der echte Jean Gabin (»Im Kittchen ist kein Zimmer frei«) verfiert er sein Anliegen konsequent und mit beeindruckendem Charme. Wie er da sitzt, frech und ungeschickt Krankheit heuchelt und ebenso höflich wie bestimmt seine Aufnahme verlangt, wird er natürlich gleich zum Liebling des Publikums,

des Klinikpersonals und des Regisseurs. Feindt sagt, Herr Sperber sei eine »positive Figur«, weil er nicht passiv sei, sondern seine Interessen durchsetze. Aber wie? Nicht wie der Junge in einer anderen Szene, der fordernd vor der Pforte steht, weil er seinen toten Vater noch einmal sehen will, aber abgewiesen und schließlich von der Polizei weggeschickt wird. Der setzt sich ja auch nicht durch. Herr Sperber siegt durch unfreiwillige Komik. Er hat etwas Anarchisches, das macht seinen Charme aus und prädestiniert ihn zum Hofnarren. Und die dürfen ja immer etwas mehr. Vielleicht hätte ja auch der »La Paloma«-singende Alkoholiker seine Rolle spielen dürfen, wenn er die Performance etwas gefälliger gestaltet hätte.

Nein, auch Herr Sperber ist kein Heros. Aber es ist das Kennzeichen eines guten Films, daß er mehr sagt, als sein Regisseur auf den Begriff bringt.

Norbert Mappes

# Zurück in die Politik

## »Gruppenpraxler« trafen sich in Bielefeld

**gst — Viele Gruppenpraxler wollen wieder mehr Gesundheitspolitik machen. — Interne Schwierigkeiten haben sie vor allem mit der Gleichberechtigung der Berufe.**

Drei Entwicklungen zeichneten sich bereits ganz zu Beginn ab:

- Der alte Streit, ob nur wer gleich bezahlt und in den Funktionen rotiert, ein »echter« Gruppenpraxler sei, bildete nicht den Knackpunkt. Man redet wieder miteinander.

- Der Ansatz, die Patienten über die Praxis politisieren zu wollen, wird allgemein als gescheitert angesehen. Dafür wirken Gruppenpraxler wieder verstärkt nach außen in die Politik hinein.

- Die Gruppenpraxisbewegung ist zwar inzwischen nicht aus finanziellen oder gruppendynamischen Gründen gestorben, aber durch weitere sogenannte Kostendämpfungsmaßnahmen weitestgehend bedroht als normale Praxen ohne mitfinanzierten psycho-sozialen Bereich.

Diese Einsichten erleichterten die Arbeit in den Arbeitsgruppen ungemein. Die erste stand unter dem Thema »ökonomische Situation der Gruppenpraxen«:

Die Wertigkeitsgefühle der Gruppenpraxismitglieder hängen nicht allein von der Gleichbezahlung ab. Damit werden nicht die Hierarchieprobleme etc. gelöst. Wichtiger ist eine konkrete Arbeitsplatzbeschreibung mit inhaltlichen Vorgaben für alle an den Projekten beteiligten Berufe. Zu den alltäglichen »Banalitäten« gehören auch Verträge mit Regelungen, unter welchen Bedingungen ein Mitglied aus einer Gruppenpraxis ausscheidet.

Gruppenpraxen werden mittlerweile aus den verschiedensten Quellen finanziert, wobei der

psycho-soziale Bereich teilweise durch ABM-Stellen getragen oder durch Fördervereine bezuschusst oder — in einem Fall — vom Finanzamt als Betriebsausgabe einer Praxis anerkannt wird. Als sehr wichtig wurde es erachtet, vorher offensiv mit den bestehenden Institutionen wie Krankenkassen, kassenärztlichen Vereinigungen, Finanzamt, Gesundheitsbehörden zu verhandeln, wie weit diese bereit sind, diese Art von Medizin anzuerkennen und zu akzeptieren. Wenn erst einmal Regresse aufgetaucht, ergibt sich eine viel schlechtere Verhandlungsposition. Man dürfe diese Institutionen auch keinesfalls aus ihrer Verantwortung für diese Bereiche entlassen. Kontrovers wurde diskutiert, ob man nicht besser auf die vorhandenen Einrichtungen der Gesundheitsämter und Wohlfahrtsorganisationen zurückgreifen könne, oder ob eine eigene Einrichtung besser wäre. Bei der ersteren Lösung wäre man in starker Maße abhängig von den Institutionen und müßte Rechenschaft über jedes Verfahren ablegen und könnte leicht im Sinne einer sozialen Kontrolle mißbraucht werden (siehe Drittes Reich).

Einig waren sich in der Mehrzahl die Gruppenpraxler, die Sozialarbeit erst einmal in den Gruppenpraxen zu verankern, denn diese gibt es im Gegensatz zu anderen Ländern wie Großbritannien nur ansatzweise. Allerdings habe sich gezeigt, daß der Ansatz einer »reinen« Gemeinwesenarbeit gescheitert sei, weil man ohne den konkreten Einzelfall gar nicht an die Bevölkerung herankomme. So wurde über zwei solche Aktionen berichtet: In Bielefeld-Stiegholz wird zusammen mit der Fachhochschule eine Aktion durchgeführt: »Stiegholz lebt gesund«, und in Darmstadt-Kranichstein eine Aktion mit dem Thema »Wenn Männer schlagen« in Zusammenarbeit mit dem Frauenhaus, Pfarrer, Chirurgen etc.

Eine zweite Arbeitsgruppe hatte sich die Aufgabe gestellt, Anstöße zu einer gesundheitspolitischen Richtung der Gruppenpraxen zu geben. Dabei zeichnet sich die Arbeit einer Gruppenpraxis dadurch aus, daß einerseits fachübergreifend gearbeitet wird, daß die Gruppenpraxler eine Rückkontrolle ihrer eigenen

Arbeit durch die anderen Mitglieder erhalten, daß in der Regel eine psycho-soziale Versorgung inbegriffen ist, daß die Hilfe zur Selbsthilfe einen wichtigen Arbeitsansatz darstellt, die Prävention im Vordergrund steht und nicht zuletzt die eigene Arbeitsplatzsituation mehr Befriedigung als etwa die Arbeit im Krankenhaus mit sich bringt — durch verminderte Arbeitszeit, freiere Einteilungsmöglichkeiten etc.

Andererseits haben die Gruppenpraxen kaum einen ihrer politischen Ansprüche einlösen können. Jede Gruppenpraxis hat vor sich hin gewurschelt, ein gemeinsamer alternativer gesundheitspolitischer Ansatz ist nicht entwickelt worden. Selbst an kommunaler Gesundheitspolitik haben sie sich nur in Einzelfällen beteiligt. Wenn kommunale Wahlprogramme zur Gesundheitspolitik entworfen wurden, sind sie übereilt und ohne große Diskussion zustandekommen.

Es soll nicht der Fehler gemacht werden, die Prävention schlicht an die kurative Medizin anzuhängen. Die Krankenkassen müssen auf diesem Gebiet stärker gefordert werden, denn ein Prozent der Beiträge soll nach deren eigenen Vorgaben für die Prävention ausgegeben werden. Bei den kassenärztlichen Vereinigungen gehört jedoch die Prävention nicht zu ihrem Sicherstellungsauftrag. Die Krankenkassen haben da einen großen politischen Spielraum.

Für die Bildung eines Dachverbandes oder Vereins der Gruppenpraxen sei es jedoch noch zu früh, auch wenn ausländische Beispiele richtungsweisend für uns sein könnten. So hat der Verband der holländischen Gruppenpraxen erreicht, daß Gruppenpraxen einen zehnprozentigen Zuschlag zum Honorar für die geleistete psycho-soziale Versorgung erhalten. Doch sollten ein bundesweiter Rundbrief und regelmäßige Treffen der Gruppenpraxen organisiert werden, um zunächst die Vereinzelung der Gruppenpraxen zu durchbrechen.

Die dritte Arbeitsgruppe beschäftigte sich mit den Arbeitsweisen und den internen Problemen der Gruppenpraxen. Bestimmte Arbeitsweisen tragen mehr zum Abbau von Hierar-

chieproblemen bei als eine formale Gleichbezahlung. Das fängt bei einer gemeinsamen Anamneseerhebung von Sprechstundenhilfe und Arzt an, geht über selbständige Behandlungen bis zu Hausbesuchen durch die Arzthelferin. Eine Möglichkeit, Gruppenpraxismitglieder für weitere selbständige Arbeiten zu qualifizieren, wurde in der Weiterbildung zum Gesundheitsberater gesehen, wie sie z. B. in Gießen angeboten wird, was allerdings eine reichlich teure Angelegenheit und daher nicht für alle Gruppenpraxler zu bezahlen ist.

Als sehr problematisch wurde das Verhältnis von Arzt zum Psychologen dargestellt. Die Ärzte bemängelten, daß die Psychologen schon bei fünfzehn Patienten »die Klappen dichtmachen« und für aktuelle Notfälle nicht mehr ansprechbar seien. Die Psychologen sehen sich bei dieser Arbeitsweise nur als Auffangbecken für Patienten, bei denen der Arzt nicht mehr weiter weiß. Des weiteren sind die Psychologen von der Gruppentherapie, die schlecht abrechenbar ist, mehr und mehr zur Einzeltherapie übergegangen, um nicht als Kostgänger des Arztes diesem finanziell zur Last zu fallen. Das hat aber wieder Konflikte geschaffen, weil die Ärzte in den Gruppen mehr Patienten unterbringen konnten. Als Weg aus dieser Sackgasse wurde die Einrichtung einer psychologischen Sprechstunde als Bindeglied zur »normalen« Sprechstunde beschrieben.

Diese wenigen Beispiele zeigen, daß die Diskussionen innerhalb und außerhalb erst am Anfang stehen. Künftig sollen regelmäßige Treffen abgehalten werden. Das nächste wird vom 8. bis 10. November dieses Jahres im Gesundheitszentrum Riedstadt stattfinden, wo jedoch Arbeitsgruppen mit berufsspezifischen Ansatz gefordert werden, die z. B. konkrete Arbeitsplatzbeschreibungen für die einzelnen Berufsgruppen erarbeiten sollen. Weitere Punkte sollen alternative Fortbildung, Beispiele aus Holland und die Frage sein, wie Patienten eigentlich die Gruppenpraxen erleben.

In der Zwischenzeit soll ein Rundbrief der Gruppenpraxen den Informationsfluß untereinander in Gang bringen. Er ist zu beziehen gegen großzügige Spende über die Beratungsstelle für soziale Gesundheitsfragen Huckelriede e.V., Buntentorsteinweg 558, 2800 Bremen 1. □





**Schwester Liliane Juchli:  
Sein und Handeln. Ein ABC für  
Schwestern und Pfleger. Edi-  
tion Rocom, Basel 1983**

Schwester Liliane Juchli ist wohl nahezu allen Krankenschwestern und Pflegern ein Begriff. Ihr Unterrichtswerk »Allgemeine und spezielle Krankenpflege« hat sich einen festen Platz in den Regalen der Krankenpflegeschulen erobert.

Ein neues Buch von ihr, »Sein und Handeln«, mit dem Untertitel »Ein ABC für Schwestern und Pfleger«, läßt einen ähnlich hohen Anspruch vermuten. »Für Euch junge Menschen — an Suchende, an Lernende und an alle, die in fleißiger Bemühung sich das Rüstzeug für den Pflegeberuf schon angeeignet haben«, richtet sich das Buch. »Krankenpflege als Hilfe im Beziehungs- und Problemlösungsprozeß, als Unterstützung des Kranken in seinen Bemühungen um Harmonie und Gleichgewicht wird zu einem Beruf mit echtem therapeutischen Wert. Pflege verlangt von der Pflegeperson Qualitäten, die die Ebenen des Menschseins umfassen: die psychologische, die pädagogische und die pragmatische.«

Ganzheitliche Pflege fordert sie: den Patienten als Einheit von Körper und Geist-Seele zu betrachten. Das gelingt nur über den Weg der Selbsterkenntnis, denn »Ausgangspunkt allen Begreifens und Verstehens eines anderen Menschen ist das Begreifen und Verstehen seiner selbst.« Die Krankenschwester soll zum »Sein« gelangen, um pflegerisches Handeln ableiten zu können. »Pflege wird zu einem immer neu zu vollziehenden Akt des Dienstes eines reifen, entscheidungsfähigen Menschen an einem hilfsbedürftigen, im Wandlungsprozeß stehenden Mitmenschen.«

Es klingt alles so wunderbar! Und der Fundus von untermauernden Zitaten von bekannten Psychologen, Medizinern und Philosophen ist beeindruckend. Eine Erweiterung des Pflegebegriffes ist wünschenswert und attraktiv für die Krankenschwester, aber auf ihre Frage, wie sie den neuen Aufgaben gerecht werden soll, erhält sie kaum eine praxisnahe Antwort.

»Wir können es dahin bringen, daß die Zeit nicht uns hat, sondern wir die Zeit.« Ja wie denn? Planstellen werden eingespart und Überstunden mittlerweile auch nicht immer abgefeiert. Kontaktfähigkeit und Liebe zum Patienten für dessen Gesundung werden gefordert. Dazu mag man stehen wie man will. Wie man einem nörglerischen oder depressiven Menschen permanente Liebe erweisen soll, muß einem irgendwann auf dem Weg der Selbsterkenntnis aufgehen.

Viel zu selten geht die Autorin auf konkrete Punkte ein. In den Kapiteln über Information und Klage ist es ihr gelungen, anschaulich deren therapeutischen Wert darzustellen. Aber auf weite Strecken stellt sie lediglich immer neue Forderungen an den »Suchenden und Lernenden«, der darum leicht der Versuchung erliegt, mit beiläufiger Anerkennung das Buch zur Seite zu legen und sich unverändert dem Stationsalltag zuzuwenden.

Kirsten Jung



**Jewgeni Tschasow, Leonid Iljin  
und Angellna Guskowa: Nuklearkrieg.  
Medizinisch-biologische Folgen.  
Standpunkt der sowjetischen  
Mediziner. APN-Verlag,  
Moskau 1984.**

Alles ist abgehandelt in diesem Buch von führenden sowjetischen IPPNW-Ärzten. Ausgehend von den Eigenschaften und der Gefährlichkeit von Kernwaffen, reicht die Darstellung über die Frühfolgen eines Kernwaffenkrieges bis zu den genetischen und Spätfolgen des Kernwaffeneinsatzes. Natürlich fehlen auch nicht ausführliche Darstellungen jener Studien, die sich auf den »nuklearen Winter« beziehen. Besonders erfreulich, daß auch einmal mehr ausgeführt wird zu den zu erwartenden psychologischen Auswirkungen bei Überlebenden eines Kernwaffenkrieges. Insgesamt ist mir eine ähnlich umfassende Darstellung des gesamten Komplexes in deutschsprachiger Literatur des Westens nicht bekannt.

Daß politisch natürlich voll und ganz die Linie der UdSSR vertreten wird, verwundert nicht, ist das 250 Seiten starke Buch ja auch als Pro-

paganda-Mittel gedacht. Ärgerlicher freilich ist die manchmal doch recht komplizierte Sprache und das völlige Fehlen eines Sachverzeichnisses. Man muß also bei speziellen Fragen schon immer ein ganzes Kapitel durchforsten.

Entschädigen dafür kann allerdings der Preis: Nicht einmal fünf Mark. Wer sich mit dem Bezug schwer tun sollte: das Buch kann auf jeden Fall in allen Collectiv-Buchläden gekauft werden.



**Marcel Bühler/Leo Locher  
Geschäfte mit der Armut.  
Pharma-Konzerne in der  
Dritten Welt  
Lamuv Verlag, Bornheim 1984,  
220 Seiten, 16,80 Mark**

Wir haben dieses Buch bereits besprochen, doch ist dieses vorliegende aktualisierte und erweiterte Taschenbuch kaum noch mit der ersten Auflage vergleichbar.

Ausgangspunkt dieses Werkes des Schweizer Volkswirts Marcel Bühler, zu dem in der zweiten Auflage Leo Locher von »Medico international« stieß, sind die Lebensbedingungen der Menschen in der Dritten Welt. Es wird gezeigt, wie wenig überzeugend der Beitrag der multinationalen Konzerne zur Lösung der Gesundheitsprobleme in diesen Ländern ist. Die Dritte Welt ist eine Art »Pharma-Müllkippe«, wo bei uns verbotene Arzneimittel dort trotz ihrer erwiesenen Gefährlichkeit in Apotheken, Krämerläden oder auch beim Straßenverkäufer verkauft werden. Dagegen ist das öffentliche Gesundheitswesen in der Mehrzahl der Länder völlig ungenügend und erreicht bis heute, die Armen nicht. Die blendende Werbung für Arzneimittel sorgt dafür, daß die Armen ihre kargen Mittel für oft schädliche Medikamente ausgeben.

In diesem Buch mit seinen zahlreichen Illustrationen, Bildern und Tabellen findet man rasch und übersichtlich die Hintergrundinformationen, die man anderswo kaum erhalten kann, ob es die Anzahl der Menschen ist, die in der Dritten Welt in Armut leben, ob es eine Tabelle über das Verhältnis von Ein-

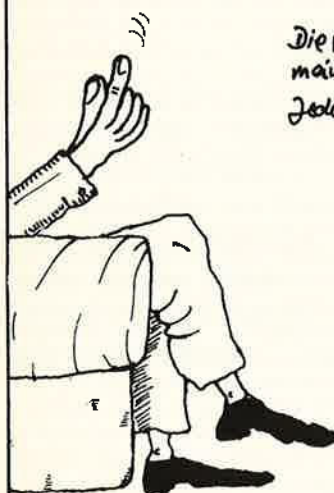
kommen und Säuglingssterblichkeit in Neu-Delhi (Indien) ist.

Kritisch setzt sich das Buch aber auch mit der Politik der WHO auseinander, deren Liste der unentbehrlichen Arzneimittel zwar unterstützt, deren neuester Flirt mit der Pharmaindustrie aber kritisch beleuchtet wird. Das WHO-Konzept »Gesundheit für alle im Jahr 2000« wird von der WHO neuerdings auf die einfache, saubere »Lösung« — die Arzneimittel — reduziert. Das völlig unkonkrete Angebot der Pharmamultis, »Basisarzneimittel« anbieten zu wollen, wird übereilt aufgegriffen, ohne die Bedingungen zu überprüfen. Da aber auch internationale Organisationen unter Erfolgszwang stehen, bietet wenigstens das Angebot der Multis eine Perspektive: die Armen mit billigeren Arzneimitteln zu versorgen. Doch kurative Medizin und Pharmakotherapie sind für die Gesundheitsversorgung der Dritten Welt nicht Mittel der ersten Wahl.

Ein wichtiger Punkt dabei ist sicher die aggressive Politik der USA unter Reagan, die bereits die UNESCO verlassen haben und die WHO unter Druck setzen. Reagan spricht Klartext: wenn die Dritte Welt sich wehren will, wird die Strafe der Ersten Welt folgen. Diese politischen Aspekte der gegenwärtigen internationalen Gesundheitspolitik klar herausgearbeitet zu haben, ist eines der Hauptargumente für den Kauf dieses Buches für den entwicklungs- und gesundheitspolitisch interessierten Leser. gsf

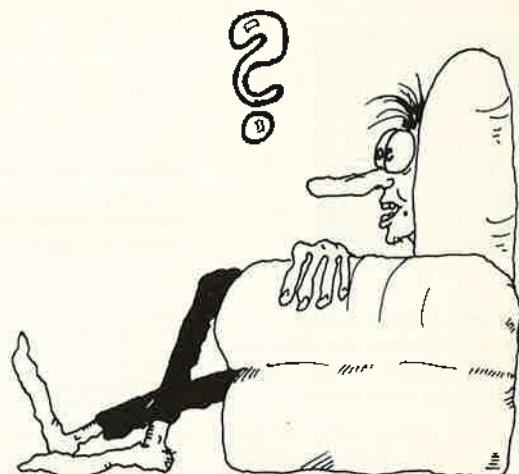


# Prof. Meier und sein Enkel.



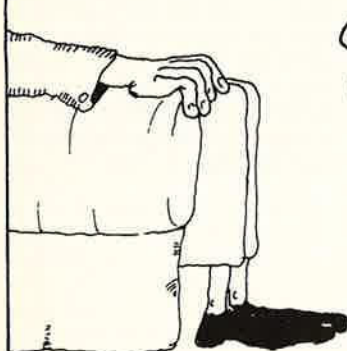
Die moderne Medizin,  
mein Junge... phantastisch!  
Jede Menge Experten...

Augenärzte  
HNO-Ärzte  
Kinderärzte  
Internisten  
Chirurgen  
Neurologen  
Dermatologen  
Gehirnchirurgen  
und nicht zu  
vergessen die  
Genexperten!  
.....



Heißt das ihr zerlegt die Leute  
in Einzelteile?

Mmmhh? Ja...  
So ungefähr könnte man's  
den Laien begrifflich machen.



Ja und kriegt ihr die  
Leute auch immer  
wieder richtig  
zusammen?



...ja, meistens!





# IMPRESSUM

## Herausgeber

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

**Anschrift der Redaktion: Demokratisches Gesundheitswesen, Siegburger Str. 28, 5300 Bonn 3, Tel. 0228 / 468206 (8.30 Uhr bis 12.30 Uhr, montags 19.00 Uhr bis 21.00 Uhr)**

**Anzeigenleitung:** Walter Beilken, Stoinstr. 73, 6300 Gießen, Tel. (0641) 36002.

## Redaktion

Chefredakteur: Norbert Mappes (nm)

**Aktuelle Gesundheitspolitik:** Detlev Uhlenbrock (du), Walter Popp (wp); **Gesundheitsversorgung:** Gregor Weinrich (gw), Uli Menges (um), Joachim Gill (jg); **Arbeits- und Lebensverhältnisse:** Norbert Andersch (na), Kurt Straif (ks); **Pharmazie und Geräteindustrie:** Uli Raupp (urp); **Umwelt:** Peter Walger (pw); **Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen:** Matthias Albrecht (ma), Edi Erken (ee); **Ausbildung:** Eckard Müller (em), Peter Liebermann (pl); **Internationales:** Gunar Stempel (gst), Felix Richter-Hebel (frh), Stephan Schölzel (ss); **Frauenprobleme:** Ulla Funke-Verhasselt (ufv); **Phlogoborule:** Thomas Wellig (tw); **Historisches:** Helmut Koch (hk); **Kultur und Subkultur:** Helmut Copak (hc)

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

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

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

Nachdruck nur nach Zustimmung der Redaktion.

**Redaktionskonto für Spende:**  
Sonderkonto Norbert Andersch  
Postgktoamt Essen Nr. 154 20-430

Die Zeitschrift „DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN“ erscheint monatlich bei:

Pahl-Rugenstein Verlag GmbH, Gottesweg 54, 5000 Köln 51, Tel. 0221/364051, Konten: Postgktoamt Köln 8514-503, Stadtparkasse Köln 10652238 (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 Juniheft: 1. Mai 1985.

Graphik: Christian Paulsen

Titelbild: Francisco Goya

Layout: Stephan Schölzel, Peter Walger, 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, Marie-Theresia-Allee 59, 5100 Aachen, Tel. (0241) 75458; **Ansbach:** Birgit Eschenbacher, Am Heimweg 17, 8600 Ansbach, Tel. (0981) 14444; **Berlin:** Hermann Dittich, Grunewaldstr. 28, 1000 Berlin 41, Tel. (030) 8226328; **Bonn:** Edi Erken, Eckenerstr. 28, 5205 St. Augustin 2 (Hangolan), Tel. (02241) 29178; **Stefan Schölzel,** Bergstr. 8, 5300 Bonn 1, Tel. (0228) 233526; **Kurt Straif,** Reuterstr. 121, 5311, Tel. 212696; **Gregor Weinrich,** Schumannstr. 30, 5311, Tel. 219778; **Bremen:** Cornelia Selke, Clausewitzstr. 25, 2800 Bremen 1, Tel. (0421) 234371; **Bremerhaven:** Gunar Stempel, Virchowstr. 34, 2850 Bremerhaven-Geestemünde, Tel. (0471) 27272; **Darmstadt:** Jürgen Frohnt, Neutscher Weg 3, 6101 Modautal-Ernsthofen; **Dortmund:** Matthias Albrecht, Am Kühlenweg 22, 4600 Dortmund 50, Tel. (031) 753880; **Detlev Uhlenbrock,** Droste-Hülshoff-Str. 1, 4611, Tel. 421768; **Düsseldorf:** Joachim Gill, Fruchtstr. 2, 4000 Düsseldorf, Tel. (0211) 349204; **Duisburg:** Thomas Wellig, Prinz-Albert-Str. 42, 4100 Duisburg 1, Tel. (0203) 342188; **Essen:** Christian Paulsen, Overbeckstr. 16, 4300 Essen 1, Tel. (0201) 743731; **Walter Popp,** Sunderholz 32, 4311, Tel. 441630; **Frankfurt:** Klaus Pricator, Schloßstr. 96, 6000 Frankfurt 90, Tel. (069) 705449; **Gießen:** Claudia Göttmann, Bismarckstr. 6, 6300 Gießen, Tel. (0641) 75245; **Göttingen:** Barbara Wille, Ostlandweg 23, 3400 Göttingen, Tel. (0551) 33710; **Hamburg:** Robert Pfeiffer, Kurfürstenstr. 45, 2000 Hamburg 10, Tel. (040) 6564845; **Hannau/Maintal:** Hans See, Sicking 12, 6457 Maintal 1, Tel. (06181) 47231; **Hannover:** Martin Walz, Tiestestr. 19, 3000 Hannover 1, Tel. d. (05132) 9065571p; (0511) 818868; **Hattlingen:** Wolfgang Münster, Marxstr. 19, 4320 Hattlingen, Tel. (02324) 67410; **Heidelberg:** Michael Gerstner, Burgstr. 44, 6900 Heidelberg, Tel. (06221) 474101; **Karlsruhe:** Claudia Lehner, Schillerstr. 54, 7500 Karlsruhe 1, Tel. (0721) 849948; **Kassel:** Matthias Dippel, Waitzstr. 2d, 3500 Kassel, Tel. (0561) 54925; **Kiel:** Ralf Cüppers, Saarbrückener Str. 176B, 2300 Kiel 1, Tel. (0431) 886397; **Kleve:** Ulla Funke-Verhasselt, Steinbergen 33, 4182 Uedem, Tel. (02825) 8424; **Köln:** Peter Liebermann, Gartheistr. 16, 5000 Köln 60, Tel. (0221) 763844; **Eckard Müller,** Säckinger Str. 4, 5411, Tel. 432919; **Helmut Schopf,** Rhöndorfer Str. 16, 5411, Tel. 428726; **Lengerich:** Jan Hendrik Herdtlass, Niederlingel 3, 4540 Lengerich; **Lübeck:** Angela Schürmann, Stadtweide 99, 2400 Lübeck, Tel. (0451) 503355; **Mannheim:** Werner Weindorf, Friedrichstr. 57, 6800 Mannheim, Tel. (0621) 855405; **Marburg:** Hanna Koch, Altor Ebsdorfer Weg 18, 3500 Marburg; **Minden:** Volker Happpmann, Bäckerstr. 41, 4950 Minden; **Mühlheim/Ruhr:** Norbert Andersch, Muhrenkamp 36, 4330 Mühlheim/Ruhr, Tel. (0208) 33846; **München:** Margret Lambardt, Billrothstr. 7, 8000 München 70, Tel. (089) 781504; **Mindelheim:** Thomas Molcher, Beethovenstr. 4, 8948 Mindelheim, Tel. (08261) 9733; **Münster:** Helmut Copak, Geiststr. 67a, 4400 Münster, Tel. (0251) 794688; **Barbara Halbelsen-Lehnert,** Hoyastr. 11, Tel. 287431; **Uli Menges,** Seppenradeweg 44, Tel. 788399; **Uli Raupp,** Peter Walger, Willi-Hülshoff-Weg 7, Tel. 7801437; **Oldenburg:** Helmut Koch, Saarstr. 11, 2900 Oldenburg, Tel. (0441) 83856; **Recklinghausen:** Petra Voss, Am Lohtor 4, 4350 Recklinghausen, Tel. (02361) 15453; **Remscheid:** Michael Sünner, Lockfickerstr. 50, 5630 Remscheid 11, Tel. (02191) 55279; **Reutlingen:** Helmut Jäger, Ganghoferstr. 12, 7410 Reutlingen, Tel. (07121) 240236; **Riedstadt:** Harald Skrobilies, Freih.-v.-Stein-Str. 9, 6086 Riedstadt, Tel. (06158) 6161; **Siegburg:** Richard Beltzen, Hagebuttenweg 24, 5200 Siegburg-Kaldauen, Tel. (02241) 383590; **Siegen:** Michael Regus, Zur Zinsensbach 9, 5900 Siegen, Tel. (0271) 76860; **Solingen:** Heinrich Recken, Basaltweg 15, 5650 Solingen 1, Tel. (02122) 47885; **Tübingen:** Elke Schön, Jacobgasse 19, 7400 Tübingen, Tel. (0714) 212798; **Ulm:** Wolf Schleinker, Ringstr. 22, 7900 Ulm-Lehr, Tel. (0731) 66544; **Viersen:** Sebastian Stör, Gladbacher Str. 94, 4056 Schwalmatal 1, Tel. (02163) 4191.

# wir über uns



vorab informieren würden. Dies würde uns Gelegenheit geben, wenigstens von Zeit zu Zeit einen Stand zu machen.

## Frauen in der Redaktion

In letzter Zeit haben vermehrt Frauen an den Redaktionssitzungen teilgenommen. Ihre Mitarbeit hat sich auch bereits in den redaktionellen Beiträgen niedergeschlagen, wie jeder Leser selbst feststellen konnte. Wir in der Redaktion hoffen alle, daß dieser Trend anhält, damit der männliche Überhang beim Demokratischen Gesundheitswesen doch allmählich abgebaut werden kann. Wenn noch weitere Frauen Interesse an einer Mitarbeit bei uns haben, sind sie dazu herzlich eingeladen.

Redaktionssitzung ist jeden dritten Mittwoch im Monat um zwanzig Uhr bei Detlev Uhlenbrock in der Droste-Hülshoff-Straße 1 in Dortmund.

## Dioxin-Kongreß

Bisher liegen uns nur wenige Anmeldungen für den Dioxin-Kongreß am ersten und zweiten Juni in Ludwigshafen vor. Wir möchten daher erneut alle Interessenten bitten, sich schriftlich oder telefonisch bei der Redaktion oder beim BBU in Bonn anzumelden.

## Sehnsucht nach Süden

Unsere Abonnentenzahl steigt ständig weiter. Sorge bereitet uns jedoch weiterhin die Verbreitung im süddeutschen Raum. Wir würden uns daher sehr freuen, wenn uns Leser aus Bereichen südlich des Mains über Kongresse, Tagungen oder auch nur Treffen

**dg-Report  
im nächsten Heft:  
»Sterbehilfe«**

# Wir möchten Ihnen einen Zahn ziehe

Den nämlich, daß ein  
magazin für Leute in  
heits- und Sozialberufen eine  
langweilige Angelegenheit ist.

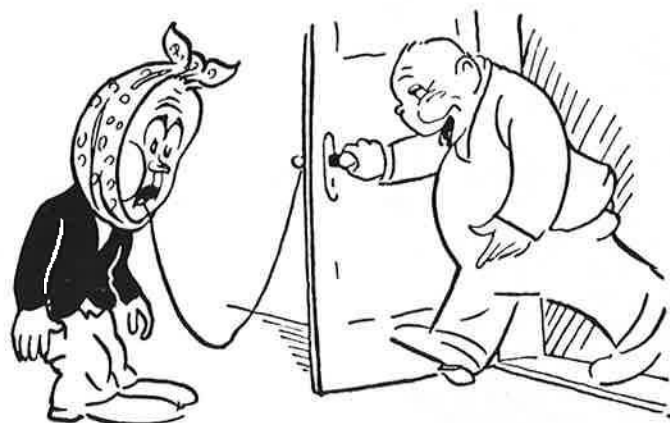
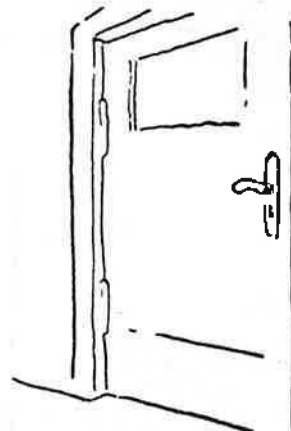
## Entschließen Sie sich zu einem dg- Abonnement!

Daß dieser Schritt kein Reifall  
wird, wollen wir Ihnen gern  
zwölfmal im Jahr beweisen.

## Also, auf geht's!

PAHL-RUG.GOTTESW.54 5000KÖLN  
G 2961 E 394711 357

KARL BOEKER  
CARL VON OSSIEZKY STR. 23 A  
4800 BIELEFELD 1



☐ Ich abonniere die Monatszeitschrift »Demokratisches Gesundheitswesen« zum Preise von DM 3,60 zuzüglich Porto. Das Abonnement verlängert sich um ein weiteres Kalenderjahr, wenn es nicht bis zum 30. September des Vorjahres gekündigt wird.

Name, Vorname

Straße

PLZ Wohnort

Datum, Unterschrift

**Bitte ausschneiden und senden an:**  
**Pahl-Rugenstein Verlag**  
**Gottesweg 54**  
**5000 Köln 51**