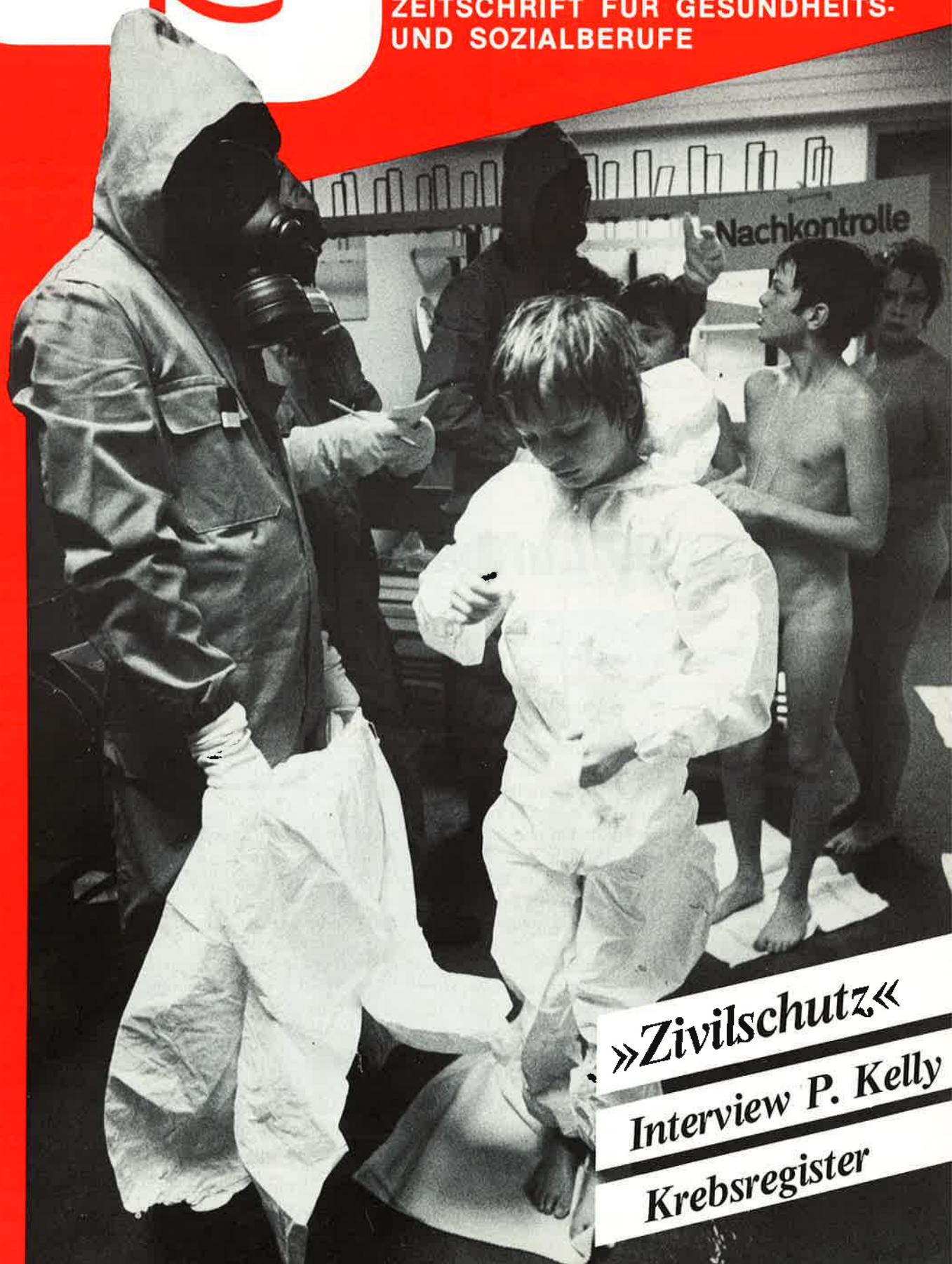


**dg**

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



**»Zivilschutz«**

**Interview P. Kelly**

**Krebsregister**

# der kommentar



dg-Redakteur Edi  
Erken ist Arzt an ei-  
ner Drogenklinik im  
Westerwald

## 99 Luftballons

Ein aufmerksamer Beobachter der Gesundheits- und Sozialpolitik der derzeitigen Bundesregierung kann sie fast wöchentlich aufsteigen sehen: die von Arbeitsminister Norbert Blüm losgelassenen Versuchsballons mit Ankündigungen wohlklingender Gesetzesänderungen, die erstens eine soziale Wohltat für die Betroffenen und zweitens einen tollen Spareffekt bringen sollen. Ist der Ballon dann einmal in der Luft, darf er von allen berufenen und unberufenen Kommentatoren der Zeitungen, von Rundfunk und Fernsehen sowie aller möglichen Verbände zerfetzt werden. Kurzfristig sind die Leserbriefspalten der Zeitungen voll von empörten Zuschriften: das sei alles unwirksam, nicht durchführbar, sozial unausgewogen, zu teuer. Das Thema ist in aller Munde, bis man es nicht mehr hören kann, bis der Minister schließlich verlauten läßt, er habe das alles so ja schließlich gar nicht gemeint, irgend jemand habe nur laut nachgedacht.

Sehr bald dann wird es still um den Vorschlag, man hat ihn ja einhellig abgelehnt, der Minister streift ab, daß er von ihm gekommen sei. Was soll's dann noch? Das ist der Zeitpunkt, zu dem dann genau der nämliche Gesetzesvorschlag, leicht verändert und

mit den nötigen Kompromissen an den Koalitionspartner versehen, in aller Ruhe und Stille im Bundestag eingebracht und beschlossene Sache wird. So oder ähnlich war es, als im vergangenen Dezember aus dem Arbeitsministerium »verlautete«, es werde erwogen, private Unfallfolgen aus der gesetzlichen Krankenversicherung herauszunehmen. Es sei ja nicht einzusehen, daß die Allgemeinheit für die Kosten zum Beispiel eines Skiunfalls aufkommen müsse. Es entstand viel Aufregung um diesen Vorschlag, eine telefonische Anfrage im Arbeitsministerium ergab die erwartete Antwort: davon wisse man nichts, einen solchen Vorschlag gäbe es gar nicht. Jetzt, kaum drei Monate später, verlautet aus gleicher Quelle, angesichts der Kostensteigerungen bei den Krankenkassen müsse man überlegen, Verkehrsunfälle und private Unfälle aus der Leistungspflicht herauszunehmen, dagegen könne man sich ja auch privat versichern lassen (hundertprozentige Selbstbeteiligung des Versicherten!). Sehr ähnlich läuft es bei der Konzertierten Aktion zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen: Blüm läßt verkünden, wenn alle Parteien nicht endlich ordentlich sparen, müsse er sie halt alle mit Gesetzen zur Sparsamkeit zwingen: die Pharmaindustrie, indem er mit möglichen »Positivlisten« droht, die Ärzte, indem er ihnen eine Nullrunde bei den Honorarverhandlungen nahelegt (sonst passiert was!), die Krankenkassen, indem er den Beitragssatz einzufrieren droht. Wie schreibt dazu das »Ärzteblatt Rheinland-Pfalz«: »Allerdings hat die FDP bereits signalisiert, daß es mit ihr einen gesetzlich verordneten Beitragssstopp nicht geben werde.« Und zur Positivliste: »Die FDP hat deutlich gemacht, daß sie dafür nicht zu gewinnen ist. Blüm hält sich bislang bedeckt.« Was eigentlich Sinn der ganzen öffentlichen Redereien des Ministers ist, schreibt das Blatt dann weiter: »Mehr Chancen hat der Vorschlag, die Rezeptblattgebühr durch eine prozentuale Selbstbeteiligung von etwa 20 Prozent abzulösen.

Blüm weiß das alles auch. Aber es macht sich für ein Gewerkschaftsmitglied natürlich besser, zuerst einmal verbal die Pharmaindustrie und die Ärzte kräftig vor's Schienbein zu treten, um dann dem Arbeitnehmer und Gewerkschaftskollegen kräftig per Gesetz das Geld aus der Tasche zu ziehen. Und vorher — lauter bunte Luftballons!

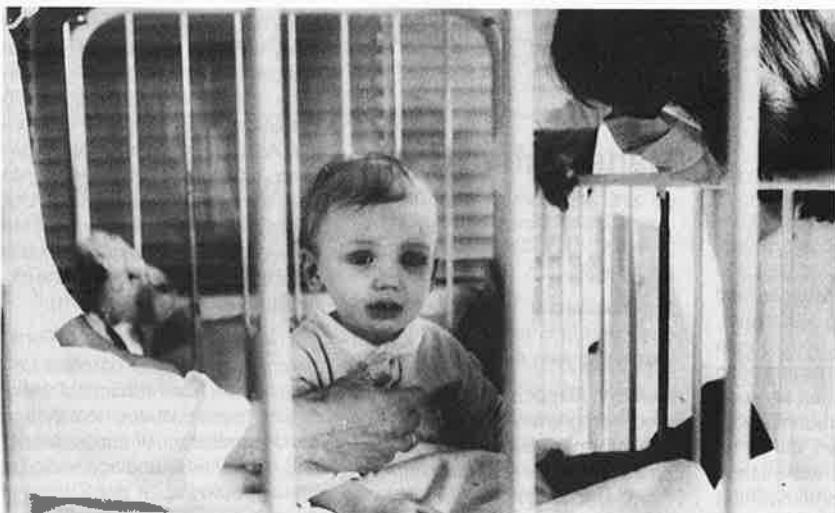
Foto: dpa



**Innenminister Zimmermann hat den Entwurf für ein neues Zivilschutzgesetz vorgelegt. Mit den Gesundheitsberufen hat die Regierung einiges im Sinn. dg-Report von Walter Popp.**

Seite 10

Foto: Malter



**Die Versorgung krebskranker Kinder ist noch immer katastrophal. dg sprach mit Petra Kelly über ihre Initiative.**

Seite 16



**Eines der ärmsten Länder leistet sich eine mutige Gesundheitspolitik: Bangladesh. Die Pharmariesen beäugen die Entwicklung misstrauisch.**

Seite 30

## Inhalt

## dg-Report

Krieg zivil	10
Gesetzentwurf zum Zivilschutz	10
Gegen Registrierung wehren!	14
dg-Interview mit Hermann Kasten	14

## Gesundheitsversorgung

Tod im Badezimmer	16
Interview mit Petra Kelly	16
»Da knubbeln sich die Leute«	22
Eine »Alternativ-Praxis«	22

## Umwelt

Kopfrechnen schwach	19
Dioxin-Spielplatz in Werl	19
Keine Gefahr für gefährliche Stoffe	20
Gefahrenstoffverordnung	20
Gefahr erkannt — Gefahr verschlampt	21
Metaller-Umfrage	21
Freund und Feind	28
Werbung für Holzschutzmittel	28
Spanische R(h)apsodie	25
Massenvergiftung 1981	25

Aktuelle  
Gesundheitspolitik

Wer hat da geraucht?	24
Krebsregister	24
Balken im Auge	32
SPD-Forum in Bremen	32

## Arbeitsmedizin

Was eine Berufskrankheit ist, entscheidet nicht (nur) die Wissenschaft	26
Prof. Gine Elsner	26

## Dokumente

Thesen zur Abschaffung und Überwindung der Psychiatrie (Die Grünen)	I
Thesen zur Reform des Krankenhauses und seiner Finanzierung (dg)	II

## Rubriken

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

# Leser-Briefe

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

## Tiefes Mitleid

dg 3/85: Neue Männer braucht das Land. Dieter Bongers zu den Hintergründen des Männer-Booms

Tiefes Mitleid hat mich in der letzten Zeit öfter mit den durch Frauen und Frauenbewegung verängstigten Männern ergriffen, deren Bedrängnis sich in einem kulturellen Boom Ausdruck verschafft, der selngleichen sucht. Dieter Bongers argumentiert da sicher noch sehr zurückhaltend.

Dennoch muß sich jeder Frau die zugestandenermaßen polemische Frage stellen, was man(n) denn eigentlich noch will. Männer nehmen die Machtpositionen in allen Institutionen mit gesellschaftlichem Einfluß ein, sie haben das Sagen im Beruf, in der Familie, sie diktieren Wissenschaft und Ideologie bis hin-in sexuelle Verhaltensmuster. In diesen Machtpositionen haben sie ein Menschenbild entwickelt, das es erlaubt kapitalistische und patriarchalische Verhältnisse zu reproduzieren; Verhältnisse, in denen die Frau zur doppelt Unterdrückten wird.

Nun kommt eine Minderheit männlichen Geschlechts und erklärt, sie leide unter diesem Menschenbild, wehrt sich, entwirft Gegenbilder. Ich begrüße das, denn davon könnten beide profitieren, Männer und Frauen. Bloß: In den meisten Fällen reduzieren sich die Erkenntnisse der Herren darauf, daß sie mit den überzogenen Anforderungen der Frauenbewegung nicht zu Rande kommen. Auch Dieter Bongers gerät m.E. in das Fahrwasser dieses Schiffes, das unter der Flagge segelt: »Die Frauen haben lange genug über sich nachgedacht, jetzt sind wir mal wieder dran!«

Leider ist das ein Motto, das der Umkehr eines politischen Klimas voll entspricht, in dem eine, wenn auch nur privilegierte Minderheit von Frauen aus traditionellem Rollenverhalten ausbrechen konnte. Sicher, ich unterstelle jedem guten Willen: der Autorin der Stern-Serie über die von garstigen Frauen gebeutelten Seelen; den Männern,

die glauben, mit einer Selbsterfahrungsgruppe den millionsten exklusiven Männerzirkel aufzumachen zu müssen; Herbert Grönemeyer, der rüberbringt, daß das Individuum Mann in keine Schablone und in jede paßt. Ich gestehe auch gerne jedem einzelnen zu, etwas gegen sexuelle Probleme tun zu wollen.

Von dg hatte ich jedoch mehr erwartet als eine weitere Rechtfertigung des Leidens und Nachdenkens von Männern, nämlich einen Artikel, der hinter dem vorgeblich nur Privaten das Politische durchschimmen läßt. Das hieße konkret, daß man nach der Funktion eines Booms fragen muß, der Männerleid in den Mittelpunkt der Diskussion rückt — in einer Phase, wo alle Ansätze zur Emanzipation der Frauen im Keim ersticken werden sollen. Ich nehme an, einiges von dem, was man derzeit zu hören, sehen oder lesen geboten bekommt, würde dann nicht mehr so ungebrochen positiv rezipiert werden können.

ANDREA FUCHS  
Siegen

## Schlager-weisheiten

Ach, du meine Güte! Nun haben also auch die Psychologen mitgekriegt, was längst die Spatzen von den Dächern pfeifen: Männer sind immer so schrecklich verspannt, unterdrücken Gefühle und können sich ihren Geschlechtsgenossen nicht öffnen. Jetzt kriegen sie auch noch Ärger mit den »frauenbewegten Frauen«. Weisheiten, die so trivial sind, daß sie mittlerweile schon im deutschen Schlager verwurstet werden — und das will wirklich was heißen.

Bongers hat, wie er schreibt, 40 Männer zwischen 20 und 40 Jahren zu ihren »Auffassungen über Männlichkeit« befragt und herausbekommen, daß »viele Männer Blockierungen ihren eigenen Gefühlen und Körperempfindungen gegenüber« entwickeln, daß sie immer »ihr Image wahren«. Rivalität gibt es da und Angst vor Nähe. Wer hätte das gedacht?

Wenn ich auch nicht glaube, daß es sinnvoll ist, Altbekanntes stets

bis zum Überdruß zu wiederholen, so wäre es wenigstens nicht schädlich. Ärgerlich aber wird Bongers' Artikel da, wo er zu den Hitparaden-Erkenntnissen ebenso dürftige Schlüsse ableiert.

Der Männer-Boom, meint Bongers, sei »uneingeschränkt zu begrüßen«. Ist ihm nicht aufgefallen, daß die Männerthemeninflation parallel geht mit einer Renaissance der »Männlichkeit«, ja, mit einem regelrechten Männerkult? Man erzähle mir nicht, die alternative Variante sei gerade das Gegenteil davon! Schon gibt es Männergruppen, die meinen, den »oftmals überzogenen« Forderungen der Frauenbewegung etwas entgegensetzen zu müssen. Die, denen es nur auf die Nerven geht, daß immer von den Frauen geredet wird und nie von uns, sind noch die Harmloseren in dieser Szene.

»Ich denke, wir haben eine Menge zu gewinnen«, schreibt Bongers. Allerdings: eine Menge Terrain (zurück!) — und natürlich jede Menge Frauen, die uns verspannt gar nicht mehr so recht mögen.

HEINER KLOPPACH  
Hamburg

## Hanebüchen

dg 2/85: Abschaffung oder Überwindung? Kommentar von Norbert Mappes; dg-Report 3/85: Zehn Jahre Psychiatrie-Enquête

Der Kommentar von Norbert Mappes in dg 2/85 war ebenso ein Ärgernis wie sein Anlaß.

Norbert Mappes behauptet, das Modellprogramm Psychiatrie habe »Keimformen gemeindenaher Psychiatrie möglich gemacht«, ein »System ambulanter Versorgung begonnen«, und die Alternative zur Weiterfinanzierung »der Modellprojekte« sei »die Rückkehr zu den Zuständen der sechziger Jahre«. Wer solchen hanebüchenen Unfug schreibt, zeigt, daß er kaum begriffen hat, worum es geht — genau das haben die Artikel in dg 3/85 dann ja auch deutlich gemacht (und zwar auch ohne daß man sich auf das schwierige Parkett der Diskussion von Fragen wie: Dialektik von Hilfe und Kontrolle, Dominanz des »medizinischen Blicks«, ambulantes Ghetto usw. begeben müßte).

## Fehler, peinlicher

Ein peinlicher Fehler ist uns im Märzheft unterlaufen. Die Stellungnahme von Arnd Schwendy vom Dachverband psychosozialer Hilfsvereinigungen zum Psychiatrie-Modellprogramm (abgedruckt unter DOKUMENTE, S. 1) endet in der zweiten Spalte mit dem Satz: »Daß dieser Ungeist weiter wächst, ist meine größte Sorge.« Mit dem nächsten Satz beginnt eine andere Stellungnahme, die uns erreichte. Sie ist nicht von Arnd Schwendy, sondern von einem Experten, der uns seine Stellungnahme unter dem Pseudonym »Lisek« zugesandt hatte. Wir bitten um Entschuldigung und versprechen, uns zu bessern.

Das Modellprogramm läßt strukturelle Mängel unangetastet, wo grundlegende Reformen vonnöten wären (Andersch); Psychiatrie-Enquête und Modellprogramm bedeuten »keinen tiefgreifenden Einschnitt in der Psychiatrieentwicklung« (Kardorff); das Modellprogramm hat durchgreifende Reformen eher behindert (Schwendy), so außerdem auch schon vor Jahren die Kritik aus den Reihen der DGSP: »Mancher Nachgesang auf das nicht voll realisierte Enquête-Programm klingt so, als wäre ein echtes Reformprojekt um seine Chance gebracht worden.« (Keupp)

Modellprogramm bzw. die Modelldeler haben keinen Einfluß auf die Gesamtentwicklung der westdeutschen Psychiatrie genommen (Schwendy); hier waren andere Kräfte am Werk. Viele Fortschritte gibt es gerade außerhalb der Modellregionen (Schwendy), sie erweisen sich dort auch als »in der Regel dauerhafter« (Andersch). Modellprogramm Psychiatrie bedeutet nicht nur: Einrichtungen für Betroffene, sondern bedeutet auch den Moloch Begleitforschung (Andersch) sowie ein eigenartiges Mißverhältnis von politischer Rhetorik und Aufwand an Koordinationsgremien der faktischen Veränderungen: »im Ergebnis eine Art symbolischer Politik« (Kardorff). Das Modellprogramm geht nahezu völlig am Bereich Arbeit/berufliche Rehabilitation vorbei (Kardorff).

Die von Mappes kritisierte Forderung, das Modellprogramm wie vorgesehen nach 1985 nicht weiter zu finanzieren, ist in einem weitgehend konfusen, unausgegorenen und als Politik-Grundlage völlig unbrauchbaren Papier der Grünen einer der wenigen Punkte, die Hand und Fuß haben — und sie wird deshalb auch von einer Reihe kritischer Psychiatrie-Praktiker und -Theoretiker geteilt. Man kann den Grünen allerdings nicht den Vorwurf der Fahrlässigkeit ersparen, weil sie dieses schwierige Thema in nur zwei Sätzen abhandeln.

Mindestens fahrlässig ist es aber auch, daß Mappes eben diesen zweiten Satz schlichtweg unterschlägt (Absicht — gar vielleicht mit parteipolitischem Kalkül — oder Schlamperei?). Der lautet nämlich: »Über die Fortführung einzelner sinnvoller, im Rahmen dieses Programms entstandener Hilfsangebote muß im Einzelfall entschieden werden.« Damit wird deutlich, daß es den Grünen um das Modellprogramm als Ganzes mit den oben skizzierten Pferdefüßen geht, nicht aber um die einzelnen Einrichtungen (und lange nicht alle von denen sind ein Fortschritt oder auch nur sinnvoll!). Damit wird aber der größte Teil dessen, was Mappes geschrieben hat, gegenstandslos.

DIRK K. WOLTER  
Solingen

## »Milupa« verurteilt

Auf Zustimmung bei den Hamburger Zahnärzten ist ein Urteil des Berliner Kammergerichts gegen den Kindernahrungshersteller Milupa AG gestoßen. Das Urteil richtet sich gegen die Werbung der Firma, in der irreführend der Milupa-Kinder Tee als »ohne Zuckerrübsatz (Saccharose)« hergestellt angepriesen wurde. Zuckertees können schon bei kleinen Kindern zu schlimmen Karieserscheinungen führen. Dabei ist es gleichgültig, ob es sich dabei um Haushaltzucker oder um andere Zucker handelt. Verbraucherorganisationen hatten in der letzten Zeit wiederholt den Gebrauch von ungestüten Tees empfohlen.

## 1986 »Umwelttag«

Einen »Umwelttag« nach dem Vorbild der drei bisherigen Gesundheitstage planen die Umweltverbände für den 6. bis 8. Juni 1986. Unter dem Motto »Ja zum Leben — Mut zum Handeln« bereiten neun

Organisationen das geplante dreitägige Treffen vor. Die Ziele sind eine Aussprache der umweltpolitisch aktiven Personen und Organisationen, eine Standortbestimmung der Umweltbewegung und die Entwicklung von Forderungen.

Mit der Vorbereitung sind neben drei Einzelpersönlichkeiten Vertreter folgender Umweltverbände befaßt: Deutscher Naturschutzbund (DNR), Bund Umwelt- und Naturschutz (BUND), Bundesverband Bürgerinitiativen Umweltschutz (BBU), Greenpeace, Vogelschutzbund, Schutzgemeinschaft Hunte-Weser-Ems (BSH), World Wildlife Fund (WWF) und die Verbraucherzentralen.

Eines der sechs geplanten Foren soll sich mit dem Thema Gesundheit befassen.

Kontakt: DNR, Kalkuhlstr. 24, 5300 Bonn 3, Tel. (02 28) 44 09 09 oder 44 22 77.

## AIDS — was tun?

Mit einem Faltblatt unter dem Titel »AIDS — was tun? Informationen

# WIRTSCHAFT

für homosexuell liebende Männer« verbreitet die Beratungsstelle der Deutschen Gesellschaft für Sozialwissenschaftliche Sexualforschung (DGSS) Ratschläge für homosexuelle Männer, die fürchten, an AIDS



erkrankt zu sein. Außerdem bietet die Gesellschaft den umstrittenen HTLV-III-Test an, der über das Vorhandensein von Antikörpern Aufschluß gibt. Der Gefahr, daß aus diesem Test falsche Schlüsse ge-

zogen werden (»Todesurteil«), will die Gesellschaft durch intensive, persönliche Beratung zuvorkommen. Vollständige Anonymität wird zugesichert.

Informationen sind zu bekommen beim Institut für Lebens- und Sexualberatung (DGSS-Institut), Gerresheimer Str. 20, 4000 Düsseldorf 1, Tel. (02 11) 35 45 91.

## Landtag will Zahnärzte nicht rügen

Einen Antrag von SPD und Grünen im niedersächsischen Landtag, die Hannoveraner Zahnärztekammer wegen einseitiger politischer Stellungnahmen in ihrem Blatt, der Unterdrückung von Minderheitsmeinungen, politischer Agitation und einem Boykottaufruf gegen bestimmte Zahntechniker zu rügen, hat die Landtagsmehrheit aus CDU und FDP abgelehnt.

## Israel im Libanon: Verbrannte Erde

Israelische Besatzungstruppen im Südlibanon haben am 4. März erstmals medizinische Einrichtungen mit Bulldozern zerstört. Betroffen war die gynäkologische Klinik in Bazourieh unweit der südlibanesischen Stadt Tyrus. Diese Einrichtung der libanesischen humanitären Hilfsorganisation AMEL, einer Partnerorganisation der bundesdeutschen sozialmedizinischen Hilfsorganisation medico international, war bereits zweimal in den drei Wochen zuvor Ziel von Übergriffen israelischer Militärs gewesen. Zweimal waren israelische Soldaten gewaltsam in die Klinik eingedrungen und hatten die Einrichtung beschädigt, eine eindeutig als solche gekennzeichnete Notfallambulanz beschossen und teilweise zerstört und den Ambulanzfahrer festgenommen.

Insgesamt sind in den ersten fünf Märztagen von der israelischen Besatzungsmacht mindestens drei medizinische Einrichtungen östlich von Tyrus dem Erdbeben gleichgemacht worden. Zwei von medico international finanzierte Notfallambulanzen wurden gänzlich vernichtet, die Fahrer verhaftet — zusammen mit mehreren Mitgliedern des medizinischen Teams. Die Kliniken (Mutter-Kind-Einrichtungen mit gynäkologi-

scher Funktion) und die Ambulanzfahrzeuge waren eindeutig als solche gekennzeichnet und seit langem regional eingeführt. Das aktuelle Ergebnis dieses unglaublichen Aktes: 20 000 Frauen der näheren Umgebung sind ohne ausreichende medizinische Versorgung im Falle der Schwangerschaft bzw. Geburt. Verletzte können nicht behandelt werden. Dieser Akt verletzt jegliche internationale Rechtsbestimmungen, gegen die die israelischen Regierungen seit Jahren ungerührt und systematisch verstoßen.

In Nabatiya zwangen israelische Soldaten die Klinik, Ihnen für ihr Flutlicht Strom aus dem Krankenhausgenerator zu geben, andernfalls würden sie das Hospital in die Luft sprengen. Daß kein Geld für den Strom gezahlt wurde, versteht sich unter diesen Umständen von selbst.

Insgesamt ist die medizinische Versorgung der Bevölkerung im Südlibanon faktisch zusammengebrochen. Die willkürlich erlassene Ausgangssperre und die Blockierung aller Transport- und Verkehrswege verschärfen die Situation noch. Aufgrund eines Blankoschießbefehls an die israelischen Truppen, der sich »gegen alles richtet, was sich bewegt«, ist jedoch gleichzeitig die Zahl der Verwundeten und Toten dramatisch angestiegen.

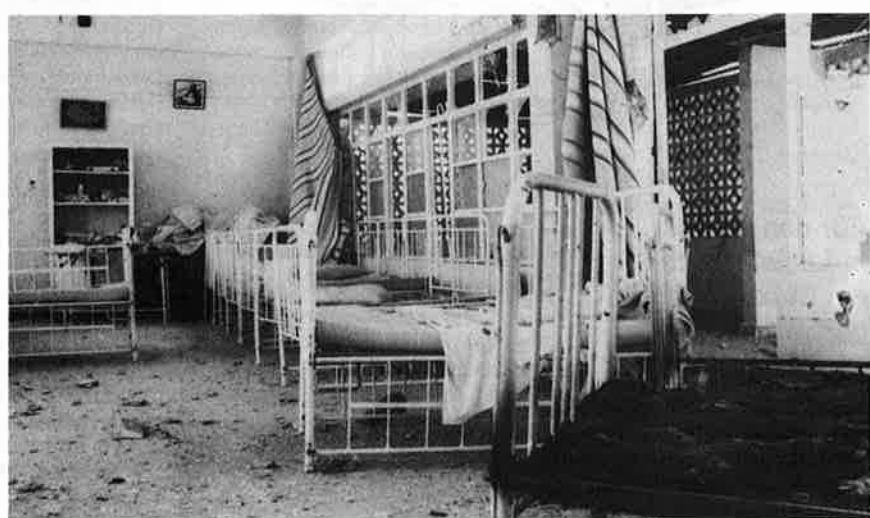
Dazu kommt der Mangel an medizinischem Gerät und Material. Die Hilfsorganisation AMEL hat am 5. März versucht, einen Transport mit Blutplasma und Antibiotika in den Süden zu entsenden.

Keine Tageszeitung, selbst die »taz« nicht, hat die Meldungen über das Verhalten der Israelis im Südlibanon und ein Hilfsaufruf von medico international abgedruckt.

Wir bitten daher unsere Leser, den dringenden Hilfsaufruf um Soforthilfe für den Südlibanon von medico international zu unterstützen. Spenden bitte auf das Konto von medico international bei der Stadtsparkasse Frankfurt, Konto 1800, Stichwort »Libanon«.

Verwüstete Kinderstation im Heim für Alte und psychisch Kranke »Dar-el-Ajaza« in Sabra (August 1982)

Foto: Petra Groll



## Münchener Ärzte gegen Zivilschutzgesetz

»Weil er im Kriegsfall sinnlos und im Frieden bereits politisch gefährlich« sei, haben die Ärzte des Kreis- und Bezirksverbandes München auf ihrer Mitgliederversammlung mehrheitlich den Referentenentwurf zum Zivilschutzgesetz abgelehnt. Abgelehnt wurde ebenfalls die Fortbildung in der »Katastrophenmedizin«. Zusätzlich wurde eine Informationsveranstaltung für die Bevölkerung beschlossen.

Das bayerische Innenministerium als Rechtsaufsichtsbehörde hat die Beschlüsse für rechtswidrig erklärt und ihren Vollzug untersagt.

## US-Veteranen: Krebs durch Dioxin

Den Verdacht, das dioxinhaltige Entlaubungsmittel »Agent Orange« verursache Krebs, hat jetzt eine Studie der Gesundheitsbehörde im US-Bundesstaat Massachusetts erhärtet. Die Behörde verglich die To-

desursachen von 800 Vietnamveteranen mit denen 2500 anderer Soldaten und stieß bei den Kriegsteilnehmern auf neun Todesfälle durch Muskel- oder Weichtelltumoren. Statistisch wären nur 1,9 Todesfälle zu erwarten gewesen.

»Agent Orange« enthält die Wirkstoffe 2,4,5-Trichlorphenoxyessigsäure und 2,4-Di-chlorphenoxyessigsäure, bei deren Produktion als — beabsichtigte — Verunreinigung Dioxin anfällt. Das Mittel, das von US-Flugzeugen im Vietnamkrieg über Wäldern ausgestreut wurde, um die Schlupflöcher der Vietcong-Partisanen sichtbar zu machen, hat in Vietnam zu zahlreichen Mißbildungen bei Neugeborenen geführt.

## Hepatitisimpfung für Homosexuelle (III)

Die Verwirrung um die Berechtigung von Homosexuellen, als besonders gefährdete Gruppe Schutzimpfungen gegen Hepatitis von der Kasse erstattet zu bekommen, hat ein Ende. Nachdem die Bundesregierung in zwei Antworten

auf Fragen des SPD-Abgeordneten Schlatter die Existenz einer Verfügung bestritten hatte, die Homosexuelle von dem Recht auf Erstattung für Schutzimpfungen ausnahm, hat jetzt der Geschäftsführer der Postbeamtenkassenkasse, Gumsch, die Sonderregelung indirekt bestätigt.

In einem Schreiben an den Abgeordneten erklärte Gumsch, das Innenministerium habe seine Verfügung revidiert. Das Rundschreiben Gumschs an die Dienststellen seiner Kasse, durch das die Diskriminierung bekannt geworden war, sei »somit gegenstandslos«.

dg hatte in den Ausgaben 12/84 und 2/85 über den Vorfall berichtet.

## ÖTV-Vertrauensfrauen gefeuert

Wegen »Störung des Betriebsfriedens« hat die Leitung des Knappelsackskrankenhauses in Recklinghausen drei ÖTV-Vertrauensfrauen, von denen eine auch Personalrätin ist, fristlos entlassen. Den drei Frauen wird vorgeworfen, sie hätten eine Übung der Feuerwehr in einer im Krankenhaus verteilten Betriebszeitung als »eine Art Kriegsvorbereitung« interpretiert. Noch am gleichen Tag, an dem die Zeitung verteilt wurde, beschloß der Kuratoriums- und Ausschuß der Klinik die Kündigung.

## Pro Familia gegen Leihmütter-Vermittlung

Gegen »jede Form von kommerzieller und institutionalisierter Leihmütterschaft« hat sich der Bundesverband Pro Familia ausgesprochen. Die »spezielle Form weiblicher Arbeitsleistung, gegen Barzahlung ein Kind auszutragen«, könne für die Frau emotional und sozial zu schweren Problemen führen.

In den Beratungsstellen der Organisation hatten sich in der letzten Zeit Anfragen nach Vermittlung von Leihmüttern gehäuft.

Die Diskussion um die Leihmutter- schaft entstehe nicht zufällig zu einem Zeitpunkt, zu dem die Angst um den Fortbestand der weißen Rasse geschürt werde. So werde jede Chance für die »Produktion« eines weißen, erbgesehenen, deutschen Kindes wahrgenommen, während in der Dritten Welt bis zur Zwangssterilisierung jedes Mittel recht sei, die »Überbevölkerung« zu bekämpfen.

Durch organisierte Leihmutter- schaft sei man der »gezielten Menschenproduktion« ein Stück näher gekommen, da bei als Ware gehandelten Kindern auch Ansprüche an die »Qualität«, also erbiologische Faktoren, zu erwarten seien.

## Dioxin-Kongreß: Allgegenwärtig



### Für den Juni ist in Ludwigshafen ein Dioxin-Kongreß geplant.

Mit dem allgegenwärtigen, aber kaum erforschten »Supergift« Dioxin, das seit Seveso kaum mehr aus den Schlagzeilen kommt, wird sich am 1. und 2. Juni in Ludwigshafen ein ganzer Kongreß beschäftigen. Die Breite

der Themen entspricht voll und ganz der Verbreitung des Gifts.

Professor Wassermann aus Kiel, von der Landesregierung dort wegen unbedeuterer Statements geschaßter Umweltbeauftragter und hervorragender Experte, wird das erste Hauptreferat am Samstagvormittag halten. Thema: Die Allgegenwart der Dioxine, die Spitze eines Eisbergs. Anschließend werden zwei Referate

zu den gesundheitlichen Risiken für »Normalbürger« und besonders für Arbeiter zu hören sein.

Ein dritter Komplex soll sich mit den leidvollen Erfahrungen beschäftigen, die Dioxinopfer bereits machen mußten. dg-Redakteur Peter Walger wird von den Dioxinschäden in Vietnam berichten, wo das Gift als »Zugabe« zu Entlaubungsmitteln nicht nur für eine ökologische Katastrophe, sondern auch für schlimme Mißbildungen bei Neugeborenen Kindern sorgte. Elvira Spill und Thea Bock werden über die Katastrophe von Seveso bei Mailand, wo große Mengen austretenden Dioxins bei der Firma ICMESA für die Verseuchung eines ganzen Landstrichs mitsamt seinen Bewohnern verantwortlich war, und über die Vorfälle in Hamburg und Ludwigshafen sprechen.

W. Hien, »Mitmischer« aus Ludwigshafen, wird über die Gesundheitsgefahren für Chemiearbeiter referieren und auch auf andere Branchen zu sprechen kommen. Von seinem Vortrag werden interessante Aspekte der Zusammenarbeit von Umweltpolitik und Betriebsarbeit, Ökologie- und Gewerkschaftsbewegung erwartet. In Arbeitsgruppen am Nachmittag soll es um die Entstehung und Verbreitung der Dioxine und um Gegenstrategien gehen. Schließ-

lich kommt das Gift im Hausegebrauch ebenso vor wie in chemischen Waffen und in der industriellen Produktion und bei der Müllverbrennung. Außerdem soll die Rede sein von der Problematik der halogenierten Kohlenwasserstoffe insgesamt wie von der chronischen Belastung der Beschäftigten in der chemischen Industrie.

Abschluß und Höhepunkt wird dann am Sonntag, nach der Vorführung einer Theatergruppe am Samstagabend, eine Podiumsdiskussion sein. Zu der Frage: Wie kann die Vergiftung gestoppt werden? erwarten die Veranstalter einen Vertreter der chemischen Industrie, möglicherweise der ortsansässigen BASF, den rheinland-pfälzischen Staatssekretär Professor Töpfer, den Ludwigshafener SPD-Bundestagsabgeordneten Manfred Reimann, Thea Bock von der Grünen-Alternativen Liste in Hamburg und die Arbeitsgruppe »Sanfte Chemie« aus Braunschweig.

Der Kongreß könnte den Erfolg haben, Strategien gegen das Umweltgift auf mehreren Ebenen zu entwickeln. Allzuoft scheitert wirksame Gegenwehr gegen Umweltschäden schließlich auch an der Zersplitterung der Betroffenen in verschiedenen Orten und verschiedenen Arbeitsbereichen.

## »Modimidofr« Präsident?

Gegen den Vorwurf, er sei ein »DiMiDo-Präsident«, der nur an drei Arbeitstagen in der Mitte der Woche seinen eigentlichen Aufgaben nachgehe, hat die Parlamentarische Staatssekretärin im Bundesgesundheitsministerium, Irmgard Karwatzki, den Präsidenten des Bundesgesundheitsamts, Professor Karl Überla, in Schutz genommen. Der SPD-Abgeordnete Udo Fiebig hatte in der Fragestunde auf die zahlreich in der Presse kolportierten Hinweise zu den zahlreichen Nebentätigkeiten des BGA-Chefs Bezug genommen.

Der Professor, so Frau Karwatzki, verstoße mit seinen Nebentätigkeiten nicht gegen das Beamtenrecht. Außerdem habe ihn schließlich die sozialliberale Koalition ins Amt geholt.

## Wieder mehr Alkohol

Neue Zahlen über den Verbrauch von Suchtmitteln aus den Jahren 1983 und 1984 hat jetzt die Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) vorgelegt.

Danach ist der Pro-Kopf-Verbrauch an reinem Alkohol nach einem Rückgang im Jahr 1982 wieder um



0,16 Liter auf 12,4 Liter 1983 gestiegen. Damit liege die Bundesrepublik im internationalen Vergleich hinter Luxemburg, Portugal, Frankreich und Spanien an fünfter Stelle. Der Anstieg sei vor allem auf den höheren Weinverbrauch zurückzuführen. Es müsse mit 15 Prozent alkoholgefährdeten Männern und sieben Prozent alkoholgefährdeten Frauen gerechnet werden, unter ihnen 2 Millionen Alkoholiker.

Der Pro-Kopf-Verbrauch an Arzneimitteln sei 1983 gegenüber dem Vorjahr um 7,3 Prozent angestiegen. Dabei stünden die Psychopharmaka im Umsatzvolumen an vierter Stelle (1970: an siebter Stelle). Die Zahl der Abhängigen wird auf 200 000 bis 800 000 geschätzt.

Die Zahl der Rauschgirototen sei 1984 auf 361 abgesunken (1979 waren es noch 623). Zur Zeit seien etwa 60 000 bis 80 000 Personen von illegalen Drogen abhängig.

## Neue Studie: Luft macht krank

Atemwegserkrankungen treten in von Luftschadstoffen stark belasteten Gebieten deutlich häufiger auf

### »12-Punkte-Programm«:

## Phantasie an die Macht!

### nm — 18 Verbände legten ein gesundheitspolitisches Programm vor

»Wasch mir den Pelz, aber mach mich nicht naß!« Unter diesem Motto könnten die zwölf Punkte stehen, die sich jüngst die Gesundheitspolitische Gesellschaft in Kiel zum Thema Gesundheitspolitik, besonders natürlich: Kostenabrechnung, hat einfallen lassen. Wer da bei der Pelzwäsche trockenbleiben will, sind so ziemlich alle, die am Gesundheitswesen verdienen. Gründlich naß werden sollen alle anderen.

Daß der Kieler Lobbyverein das Gesundheitssystem grundsätzlich erhalten will (Punkt I), versteht sich unter dieser Voraussetzung von selbst. Der zweite Punkt: Wo der medizinische Fortschritt neue Leistungen möglich und nötig macht, soll halt anderswo weniger ausgegeben werden. Im Punkt III werden Zulassungsbegrenzungen für Medizin-, Zahnmedizin- und Pharmaziestudium gefordert.

Nachdem auf diese Weise der gesundheitsberufliche Nachwuchs sein Fett bekommen hat, ist als nächster der Patient an der Reihe. Man hätte gern einen einheitlichen Mindestbeitrag für alle GKV-Mitglieder, der sich an den Einnahmen eines voll Arbeitenden orientiert. Auf deutsch: Arbeitslose sollen selbst sehen, wie sie ihre Wehwehchen finanzieren, Teilzeitarbeiter sich nach 40-Stunden-Jobs umsehen.

Natürlich bleiben auch die Le-

stungen nicht ungeschnitten: da ließen sich etwa die Zuschüsse für Heil- und Hilfsmittel beschränken oder das Sterbegeld streichen. Da die Verfasser des Programms aber in dieser Beziehung auch die Phantasie anderer frei floaten lassen wollen, empfehlen sie eine Kommission, die

was alles angeblich nicht zu den Aufgaben der Kassen gehört. Denkanstöße aber gibt's schon: Mutterschaftsgeld, Schwangerschaftsabbruch, Sterilisation. Wie wär's mit Entbindung, Krankengeld, Freizeitunfällen? Wenigstens im letzten Punkt sind die Verfasser mit ihren Ideen gar nicht mehr so weit zurück: Sportunfälle zum Beispiel hätten sie gern einer »Spezialversicherung« unterstellt.

Klar, daß auch die geschätzte »Selbstbeteiligung« im gesundheitspolitischen Potpourri nicht fehlen darf. Da wird dann auch gleich in die Vollen gegriffen: 20 Prozent bei Arzneimitteln (dann könnte man auch gleich die Negativliste aufheben). Festbeträge bei medizinisch-physikalischen Leistungen und bei der Psychotherapie, beim Zahnersatz und in der Kieferorthopädie.

Zur Krankenhausfinanzierung ist den Denkern noch nichts in den Kopf gekommen. Nicht einmal einer Kommission werden hier kühne Einfälle zugewiesen. Den Patienten zu empfehlen, sich demnächst die Betten selbst mitzubringen, scheint man zumindest vorerst noch nicht für durchsetzbar zu halten.

Fast überflüssig zu erwähnen, daß die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall auf 80 Prozent gekürzt und die Teil-Arbeitsunfähigkeit eingeführt werden soll.

In dem letzten Punkt, in dem vom Ausbau der Prävention die Rede ist, scheint sich beinahe ein weisensfremder Gedanke eingeschlichen zu haben. Aber keine Angst: es soll nur geprüft werden, wie im Rahmen der GKV Anreize zu »gesundheitsbewußter Lebensführung« geschaffen werden kön-

nen. Wenn wir da mal mit einer Idee aushelfen dürfen: Schafft Schadensfreiheitsklassen wie bei der Autoversicherung! Da hätten dann die Asbestarbeiter endlich mal einen Anreiz, mit ihrer ewigen Giftschnüffelei auf Kosten der Solidargemeinschaft aufzuhören. Wer würde da noch gern Krebs bekommen wollen, wenn als Belohnung für Gesundheit die Prämie winkt?

Die Vertreter der 18 Verbände, die da ihren gebündelten Sachverstand ins Programm eingebracht, möchten wir Ihnen nicht vorenthalten:

- Bundesärztekammer
- Bundesapothekerkammer
- Bundesverband der Arzneimittelhersteller
- Bundesverband der Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst
- Bundeszahnärztekammer
- Knappschaftsärzte
- Bundesverband des pharmazeutischen Großhandels
- Bundesverband des Sanitätsfachhandels
- Bundesvereinigung deutscher Apothekerverbände
- Deutscher Apothekerverband
- Deutscher Kassenärzte-Verband
- Freier Verband Deutscher Zahnärzte
- Gemeinschaft fachärztlicher Berufsverbände
- Hartmannbund
- Kassenärztliche Bundesvereinigung
- Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
- Verband der optischen Industrie
- Verband der niedergelassenen Ärzte (NAV)

Nett, sie mal alle so hübsch beisammen zu haben!



sich weitere Streichungen ausdenkt. — Ein weiterer Katalog könnte »Fremdleistungen« umfassen. Auch in diesem Punkt vertrauen die Verfasser des Programms dem eigenen Einfallsreichtum nicht ganz: eine weitere Kommission soll sich ausdenken,

# WISI-MITTEILUNGEN

als in relativen Reinluftzonen. Das ist das wesentliche Ergebnis einer Studie, die der Berliner Umweltsektor 1982 in Auftrag gegeben hat.

Ein Arzt und ein Meteorologe haben über drei Jahre, von 1979 bis 1982, die Diagnosen von etwa 60 000 Patienten zweier Berliner Kinderkliniken miteinander verglichen, von denen eine in einem weniger, die andere in einem stärker belasteten Gebiet liegt, und die Ergebnisse mit den Wetterdaten und den lufthygienischen Messungen verglichen. Besonders deutliche Zusammenhänge ergaben sich beim Bronchialasthma, aber auch bei Pseudo-Krupp-Kindern stieg die Anfallshäufigkeit in der Umgebung von Kraftwerken an Smogtagen.

Der Senat als Auftraggeber hatte die Studie nicht zur Veröffentlichung freigegeben. Die Wissenschaftler stellten die Ergebnisse ihrer Untersuchungen trotzdem der Öffentlichkeit vor.

## Augenärzte gegen Bräunungspillen

Vor der langdauernden und unkontrollierten Einnahme von sogenannten «Bräunungspillen» hat der Sprecher des Berufsverbands der Augenärzte, Grewe, gewarnt. Seit dem August hatten sich die Verbraucherzentralen mehrfach mit entsprechenden Warnungen der Kritik der Hersteller ausgesetzt. Die Befürchtungen der Verbraucherschützer, die Dauereinnahme der Pillen verursache kristalline Einlagerungen im Augenhintergrund, wurde mittlerweile durch verschiedene Untersuchungen aus Düsseldorf, Köln und Tübingen bestätigt.

Demnach sind die Einlagerungen zwar reversibel, doch können bei langer Einnahme schwere Augenschäden entstehen, die sich nach Absetzen des Präparats sogar noch verschlimmern können.

## Marita Wagner zur «Selbstbeteiligung»

Gegen das »hohe Lied der Selbstbeteiligung«, das vor allem von Vertretern der Berufsgruppen und Industriezweige im Gesundheitswe-

Grünen-  
MdB  
Marita  
Wagner



sen angestimmt werde, hat sich die grüne Bundestagsabgeordnete Marita Wagner gewandt. Der Schuldige für die Kostenexpansion werde beim Patienten gesucht und gefunden. Ziel der Anschuldigungen gegen die Patienten sei eine »Mentalitätsänderung der Versicherten«, die dazu dienen solle, die Kosten zwar nicht zu senken, aber umzuverteilen.

Solange die freie Marktwirtschaft fester Bestandteil des Gesundheitssystems sei, werde es auch weiter Kostensteigerungen geben. In diesem Zusammenhang nannte Frau Wagner die Interessen der Pharma- und Geräteindustrie und der freiberuflich tätigen Ärzte.

Kostenbewusster Umgang mit der Krankheit sei nicht Ziel grüner Gesundheitspolitik. Selbstbewusster und kritischer Umgang mit der Krankheit stehe an erster Stelle, betonte die Krankengymnastin, die im Zuge der Rotation in den Bundestag einrückt und im Ausschuss für Jugend, Familie und Gesundheit arbeiten wird.

## Neue Ausbildung für Krankengymnasten

Im Bundestagsausschuss für Jugend, Familie und Gesundheit soll in der nächsten Zeit ein Gesetzesentwurf der Bundesregierung zur Neuregelung der Ausbildung für Masseure, medizinische Bademeister und Krankengymnasten beraten werden. Mit der Erweiterung der Praktikumsstellen für diese Berufe hatte sich bereits im vergangenen Jahr ein Entwurf des Bundesrats befaßt.

Das Gesetz soll noch in dieser Legislaturperiode verabschiedet werden.

## Teusch bekam Recht

Das Landesarbeitsgericht Köln hat in zweiter Instanz ein Urteil des Arbeitsgerichts in Siegburg bestätigt, nach dem die fristlose Kündigung des Siegburger Anästhesisten und ÖTV-Mitglieds Achim Teusch vom Mai 1984 unrechtmäßig war. Teusch war nach seinem Ausscheiden aus dem Betriebsrat von der Krankenhaus-GmbH gekündigt worden, weil er angeblich durch das Verteilen von Gewerkschaftsflugblättern den Betriebsfrieden gestört hatte. (dg berichtete.)

Teusch hatte schon nach dem erstinstanzlichen Urteil weiter beschäftigt werden müssen. Gegen die Verfügung zur Weiterbeschäftigung ist jetzt noch die Revision beim Bundesarbeitsgericht möglich.

Die Kosten des Verfahrens, das Teusch mit Unterstützung der ÖTV durchstand, trägt der Arbeitgeber.

## Geil legt Pflegegesetz vor

Einen Entwurf für ein Bundespflegegesetz hat Anfang März der rheinland-pfälzische Sozialminister Rudi Geil in Bonn vorgelegt. Der Entwurf sieht eine Absicherung des Pflegerisikos durch die Rentenversicherung vor. Auch die gesetzliche Krankenversicherung soll einen Beitrag leisten. Der Anteil von Ländern und Kommunen soll beibehalten werden.

Nach dem Entwurf soll ein allgemeines »Grundpflegegeld« zwischen 203 und 507 Mark gezahlt werden, das bei finanzieller Bedürftigkeit um weitere 448 Mark aufgestockt werden kann.

Die SPD und die Arbeiterwohlfahrt fordern eine bundesweite Pflegeversicherung. Die Grünen haben bereits einen Gesetzentwurf für eine staatliche Absicherung des Pflegerisikos vorgelegt.

## Großbritannien: Nur Billigpräparate

Von April an will die konservative britische Regierung die Ärzte dazu verpflichten, auf Rechnungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes (National Health Service — NHS) nicht mehr teure Markenpräparate, sondern nur billigere, qualitativ gleichwertige Alternativpräparate gleicher chemischer Zusammensetzung zu verschreiben.

Entsprechende Forderungen der Krankenkassen gelten in der Bundesrepublik als nicht durchsetzbar oder gar »verfassungswidrig«.



Stahn-Willig: Rheuma und Büroarbeit

Müller: Der „amputierte Mensch“ — Kritik des Belastungs-Beanspruchungs-Konzepts der traditionellen Arbeitswissenschaft und Arbeitsmedizin

Dokumentation: Neue Pläne für ein Arbeitsschutzgesetz

Bestellungen möglichst umgehend bei: Redaktion WSI-Mitteilungen, Hans-Böckler-Str. 39, 4000 Düsseldorf, Tel. (0211) 434527

Preis des Einzelhefts: 7 Mark; bei Sammelbestellungen Mengenrabatt.

## WSI-Mitteilungen:

# »Arbeit darf nicht krank machen«

Die Projektgruppe Humanisierung der Arbeit des Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Instituts des DGB versucht mit dem Aprilheft der WSI-Mitteilungen eine Bestandsaufnahme — mehr als zehn Jahre nach dem Arbeitssicherheitsgesetz und zehn Jahren nach dem ersten Humanisierungsprogramm der Bundesregierung. Schwerpunkt: »Arbeit darf nicht krank machen.«

### Inhalt:

**Bispinck:** Arbeitsbedingter Gesundheitsverschleiß — Fakten und Argumente

**Zwingmann:** Gesundheit am Arbeitsplatz und gewerkschaftliche Betriebs- und Tarifpolitik

**Konstanty:** Berufsgenossenschaften und präventive Gesundheitspolitik — Bestandsaufnahme und Perspektiven

**Karmaus/Patjens:** Wie gesund

heitsgefährdet ist die Bauarbeit?

**Schart:** Herzinfarkt: Lebenslust oder Arbeitsleid — Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Arbeitsbedingungen am Beispiel der Metallindustrie

**Ewers/Vahrenholt:** Krebsrisiken in der Arbeitswelt

**Frese:** Psychische Gesundheit, Arbeitsbedingungen und neue Technologien

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

# Kleinanzeigen

medico international sucht zum baldmöglichsten Zeitpunkt eine(n)

## Mitarbeiterin oder Mitarbeiter für die Öffentlichkeitsarbeit

Wir wünschen uns eine(n) Mitarbeiter(in) mit journalistischer Erfahrung, mit profunden entwicklungs-politischen Kenntnissen und aktivem Engagement im 3. Welt-Bereich.

Spezielle Fähigkeiten im Erstellen audio-visueller Medien sowie Textverarbeitung und Layout sind Voraussetzung. Zusätzlich erwünscht sind ein organisatorisches Talent innerhalb der Durchführung von Informationskampagnen sowie die Bereitschaft zur Mitarbeit in Solidaritätsinitiativen.

Sie/Er sollte möglichst zwei Fremdsprachen (engl., franz. und/oder span.) beherrschen und bereit sein, in einem Team von hauptamtlichen Mitarbeitern/innen und Zivildienstleistenden eigenständig und verantwortlich tätig zu werden.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen bis Ende Mai 1985 an:  
medico international,  
Hanauer Landstr. 147—149, 6000 Frankfurt

29.-31. März  
Tagung AG SPAK

### Göttingen

Tagung: Finanzierungsprobleme therapeutischer Wohngemeinschaften des Projektbereichs psychisch Kranke der AG SPAK.  
Kontakt: Karl-Ernst Brill, Petrikirchstr. 14, 3400 Göttingen

15.—27. April  
Psychotherapiewochen

Lindau  
35. Lindauer  
Psychotherapiewochen

Kontakt: Sekretariat der Lindauer Psychotherapiewochen, Orlan-dosstr. 8/IV, 8000 München 2, Tel. (089) 29 2522

20. April  
ÖTV-Gesundheitstag

Nürnberg  
Nürnberger Gesundheitstag der ÖTV

Anmeldung: ÖTV-Kreisverwaltung Nürnberg, Postfach 9209, 8500 Nürnberg 1

8.—10. Mai  
Kolloquium  
Soziale Sicherheit

Bonn  
Zweites Kolloquium der Interna-tionalen Gesellschaft für Soziale Sicherheit

Thema: Arbeitssicherung bei Auto-matisierung und neuen Techniken  
Kontakt: Berufsgen. Institut für Arbeitssicherheit, Lindenstraße 8, 5205 St. Augustin, Telefon (02241) 2310

Ostsee, Ferienwohnung in einem einsamen Bauernhaus. Vollkomfort, für Gruppenprojekte geeignet, 4 Personen 50,— DM, 16 Leute 160,— DM. Tel. 030/7 812826

13.—15. Mai  
Krankenpflege-Seminar

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

14.—19. Mai  
Mannheimer Kreis

Kaufbeuren/Allgäu  
Mannheimer Kreis-Tagung 1985  
Thema: Was heißt eigentlich Fort-schritt?  
Kontakt: Detlef Klotz, DGSP, Post-fach 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 2253

## Gesundheitsbrigaden für Nicaragua

Wir suchen dringend

### AB SOFORT

evtl. auch später für einen mindestens 6 monatigen Einsatz im Rahmen unserer Projekte in Nicaragua

— ARZTE/INNEN  
— KRANKEN SCHWESTERN  
— PFLEGER

(möglichst m. Fachausbildung)

Kontakt: Gesundheitsladen Berlin, Gneisenaustr. 2, 1000 Berlin 61 · Tel. 030/693 20 90

Das Pro Familia Zentrum Kassel sucht eine/n Ärztin/Arzt mit Erfahrung in Frauenheilkunde. Einstellung voraussichtlich Ende 1985.

Pro Familia Zentrum Kassel, Frankfurter Str. 133a, 3500 Kassel

Welche (Gemeinschafts-) Praxis oder Klinik sucht Beschäfti-gungs- u. Arbeitstherapeutin (24,w)? Besonderes Interesse am Arbeitsbereich Neurologie u. Pädiatrie.  
Kontakt: M. Böge, Rotenburger Str. 5, 4500 Osnabrück.

# Termine

24.—26. Mai  
Ökologie/Psychotherapie

1./2. Juni  
Ärzte für Umwelt

Lindau am Bodensee  
Arbeitstagung »Psychotherapie und Ökologie«  
Referenten: Till Bastian, Micha Hilgers, Wolfgang Schmidbauer, Christoph Pirker  
Kontakt: Christoph Pirker, Hauptstraße 79, 8992 Wasserburg

6.—8. Mai  
Kinder-/  
Jugendpsychiatrie

Mannheim  
XIX. wiss. Tagung der Dt. Gesell-schaft für Kinder- und Jugend-psychiatrie  
Thema: Langzeitherapie und Ver-lauf bei kinder- und jugendpsych. Erkrankungen / Die Rolle des Va-ters für die Entwicklung von Kin-dern  
Kontakt: Thomas Wiese, Spandau-er Damm 46, 1000 Berlin 19, Tel. (030) 321 40 80

1./2. Juni  
Dioxin-Kongreß

Ludwigshafen-Oggersheim  
Dioxin-Kongreß  
Anmeldung: dg, Siegburger Straße 26, 5300 Bonn 3

13.—15. Juni  
Krankengymnasten-Kongreß

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

20./21. Juni  
Kongreß  
Katastrophenmedizin

Frankfurt  
3. Kongreß der Deutschen Ge-sellschaft für Katastrophenme-dizin, Alte Oper  
Leitthema: Probleme beim Massen-anfall von Kranken und Verletz-ten Auskunft u. Anmeldung: OA Dr. E. März, Chir.-Klinik Kr.-hs. Nord-west, Stiebacher Hohl 2-26, 6 Ffm 90, Tel. (069) 7 601235.

**»Zivilschutz« — unter diesem harmlosen Begriff stehen Pläne, das Hinterland für den großen Krieg fit zu machen. Minister Zimmermann hat einen neuen Gesetzentwurf dazu vorgelegt.**

**Schon jetzt werden Gesundheitsarbeiter fleißig für den Krieg registriert — und wenn ein Nazi-Gesetz für die Rechtfertigung herhalten muß.**

**Was schon alles wieder geht und was noch alles auf uns zu kommt, beschreibt Walter Popp.**

**D**er Inspektor des Sanitäts- und Gesundheitswesens verweist darauf, daß hierbei auch auf die Erfahrungen der Übung WINTEX/CIMEX 83 zurückgegriffen werden kann. So steht es im Protokoll der Ständigen Konferenz »Sanitätswesen in der Bundeswehr und Zivilschutz« vom Februar 1983, und gemeint ist die Diskussion über die Gesundheitsschutzgesetze.

Bei der diesjährigen WINTEX/CIMEX-Plan-Übung der NATO vom 26. Februar bis 13. März konnten die Militärs ihrerseits endlich mal auf zivile Erfahrungen zurückgreifen. Im Januar hatte die nordrhein-westfälische Landesregierung im gesamten Ruhrgebiet Smogalarm ausgegeben, für das westliche Revier den privaten Autoverkehr verboten und die Lösung »Bleib zu Hause« ausgegeben.

Bei der NATO heißt dasselbe »stay-put-policy« und bedeutet: Im Krieg kann angeordnet werden, daß die Bewohner ganzer Landstriche zu Hause bleiben müssen, auch wenn dort die Bomben einschlagen. Nach Ansicht der Militärs ist so die Bevölkerung am besten geschützt, außerdem bleiben die Straßen für das Militär frei und es bedarf ei-

# Krieg zivil

nes geringeren Aufgebots an Polizei, Bundesgrenzschutz und militärischen Truppen gegen die eigene Bevölkerung.

Daß den feinen Unterschied zwischen dem Smog-Plan von NRW und der Aufenthaltsregelung des Katastrophenschutzgesetzes des Bundes nicht jeder merkt, mag verständlich sein. Das Essener Technische Hilfswerk (THW), das sich beklagt hatte, nicht zu Straßensperren herangezogen worden zu sein, mußte die Zurechtweisung der Stadt hinnehmen: »Der Smogalarm ... stellt keinen Katastrophenfall im Sinne des Katastrophenschutzgesetzes dar.«

Daß nicht die gesamte NATO an den Erfolg der »stay-put-policy« glaubt, beweist das V. US-Corps in Frankfurt, das ständig Übungen nach dem NEO-Plan (Noncombatant Evacuation Order) abhält. Danach werden im Krisenfall alle Angehörigen von US-Soldaten, deutsche US-Angestellte und deutsche Ehepartner sowie US-Touristen in die USA ausgeflogen. Haustiere dürfen auch mit: »Das Impfzeugnis muß gültig sein.«

Was den Amerikanern klar ist, daß Deutschland im Krieg vernichtet würde, schlägt sich bei der bundesdeutschen Ärzteschaft in Durchhalteparolen nieder. Professor Ernst Rebentisch, Vorsitzender des Ausschusses für Katastrophenmedizin der Bundesärztekammer, meint, daß im Atomkrieg in der Bundesrepublik fünfzig Prozent der Bevölkerung *nicht* getötet würden. Und das »Deutsche Ärzteblatt« schreibt (Heft 7/1985), daß selbst bei einem umfassenden Nuklearkrieg »von der betroffenen Hälfte der Weltbevölkerung wiederum die Hälfte überlebt.« Nach dem Motto: »Der Staat muß Schutz- und Hilfsvorbereitungen treffen« (Ärzteblatt), »begüßt« die Bundesärztekammer den Entwurf eines Zivilschutzgesetzes, den die Bundesregierung vorgelegt hat, zuletzt den dritten Entwurf vom 14. November 1984.

Erfüllt sich doch mit diesem Gesetz eine jahrelange Forderung der Bundesärztekammer — endlich auch ein Notstandsgesetz für das Gesundheitswesen zu bekommen. Das für sie Machbare hat sie beigetragen: 1981 wurde ein Beirat »Katastrophenmedizin« der Bundesärztekammer geschaffen; und bereits 1980, also wenige Monate nach dem Stationierungsbeschuß der NATO, war die Deutsche Gesellschaft für Katastrophenmedizin gegründet worden. Seitdem häufen sich die Fortbildungsveranstaltungen in Katastrophenmedizin, veröffentlichten immer mehr Landesärztekammern Fortbildungs-

hefte zum Thema — so Nordrhein, Niedersachsen, Bayern.

Außerhalb des ärztlichen Berufsstandes ist die Begeisterung weniger groß über das geplante Gesetz. Der DGB hat erstaunlich deutlich abgewunken: »Nur durch vertrauensbildende Maßnahmen, durch eine enge Kooperation der Weltmächte, die sich auf gegenseitiges Vertrauen stützen muß, ist eine Katastrophe vermeidbar ... Dies ... ist das Gebot der Stunde.« Die Grünen haben das geplante Gesetz als »Kriegsvorbereitungsmaßnahme« abgelehnt.

Foto: dpa



Ablehnung kommt aber auch von den sozialdemokratischen Gesundheitsministern aus Bremen, Hamburg, Hessen und Nordrhein-Westfalen. Ablehnung kommt ebenso vom Bund Deutscher Architekten, mit 4500 Mitgliedern stärkster Verband auf dem Gebiet. Sein Geschäftsführer Steckeweh hält Zivilschutz im Atomkrieg für eine »Selbsttäuschung« und spricht von einer »Verschleuderung von Volksvermögen«. Wesentliche Bedenken kommen auch von den Städten und Gemeinden, auf die der Gesetzentwurf zwar die meisten Pflichten ablädt, die aber eine Aussage über »die zu übernehmenden Kosten« vermissen.

Auch von den Hilfsorganisationen kommt Kritik bis Ablehnung. Ein »Ermächtigungsgesetz für den Innenminister« nennt der Geschäftsführer des Deutschen Feuerwehrverbandes, Reinhard Voßmeier, den Gesetzentwurf. Und der Präsident des Deutschen Roten Kreuzes, der vormalige CDU-Bundes-

tagsabgeordnete Botho Prinz zu Sayn-Wittgenstein, sieht existentielle Grundsätze seiner Organisation, insbesondere den Grundsatz der Freiwilligkeit, berührt. Der Entwurf lasse wichtige humanitäre völkerrechtliche Regelungen der Genfer Rotkreuz-Abkommen unberücksichtigt, und der Prinz stellt fest: Bei wirklichkeitsnaher Betrachtung einer möglichen Konfliktsituation wird davon auszugehen sein, daß breitgefächerte, zentral gelenkte Zivilschutzmaßnahmen in aller Regel nicht wirksam werden können, sondern daß jede Stadt und jedes Dorf auf sich selbst gestellt sein wird.

Daß schließlich auch die SPD-Bundestagsfraktion den Entwurf ablehnt, mag heute keinen verwundern: an der Vorgeschichte freilich hat sie tüchtig mitgestrickt. So wie sie in den sechziger Jahren die Notstandsgesetze erst möglich gemacht hatte, hatte sie geschlossen im Jahre 1980 mitgestimmt, »die Zivilschutzgesetzgebung zu vereinfachen und zu verbessern.« Im Mai 1980 hatte dann die SPD-Ministerin Huber einen Entwurf eines Gesundheitssicherstellungsgesetzes vorgestellt, das die Lücke der Notstandsgesetze im Gesundheitswesen schließen sollte. 1982 — unter dem Druck der Friedensbewegung und vor der sich anbahnenden Wendung der SPD in Sachen Frieden, zog die Huber-Nachfolgerin Anke Fuchs den Entwurf zurück.

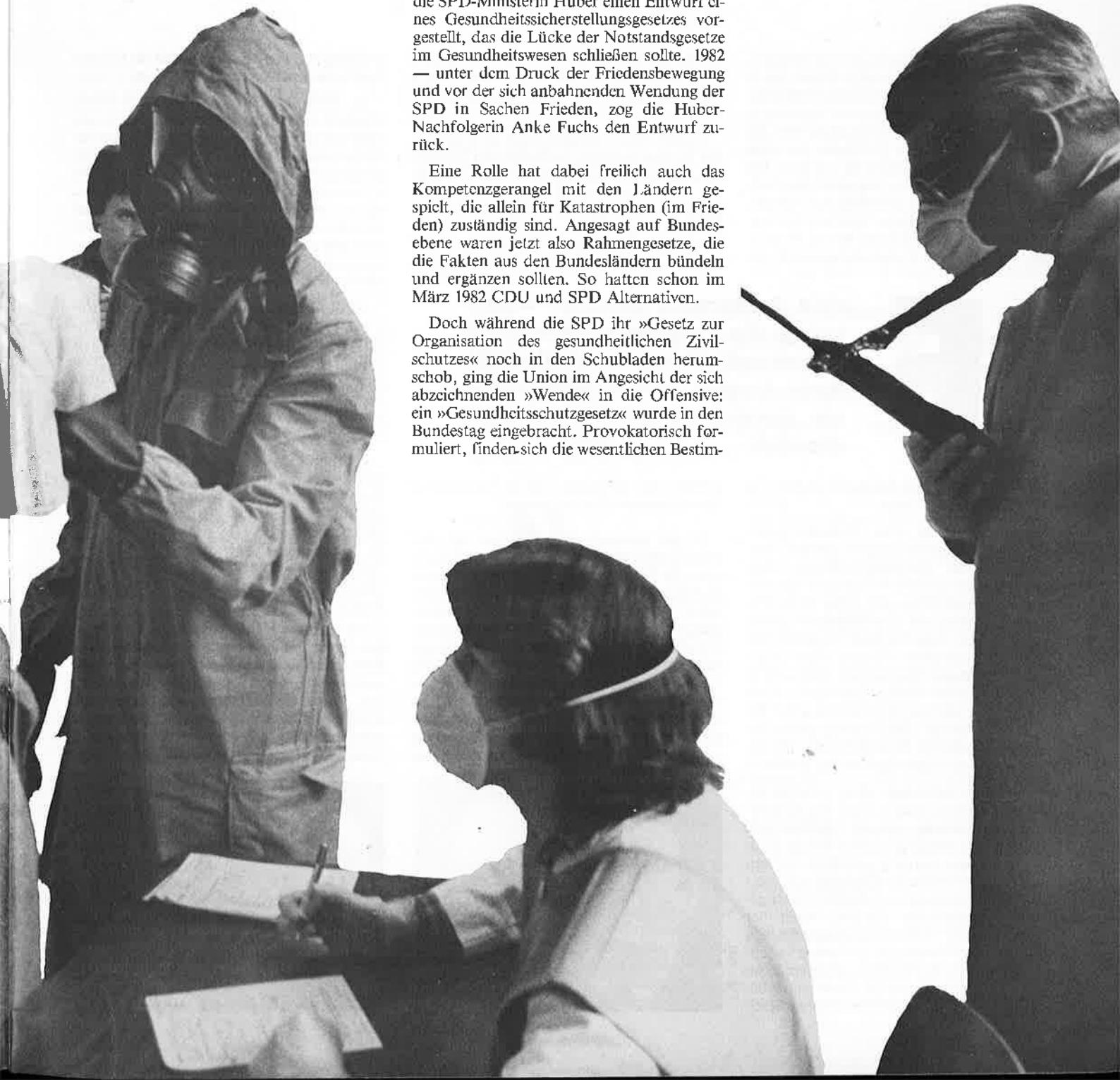
Eine Rolle hat dabei freilich auch das Kompetenzgerangel mit den Ländern gespielt, die allein für Katastrophen (im Frieden) zuständig sind. Angesagt auf Bundesebene waren jetzt also Rahmengesetze, die die Fakten aus den Bundesländern bündeln und ergänzen sollten. So hatten schon im März 1982 CDU und SPD Alternativen.

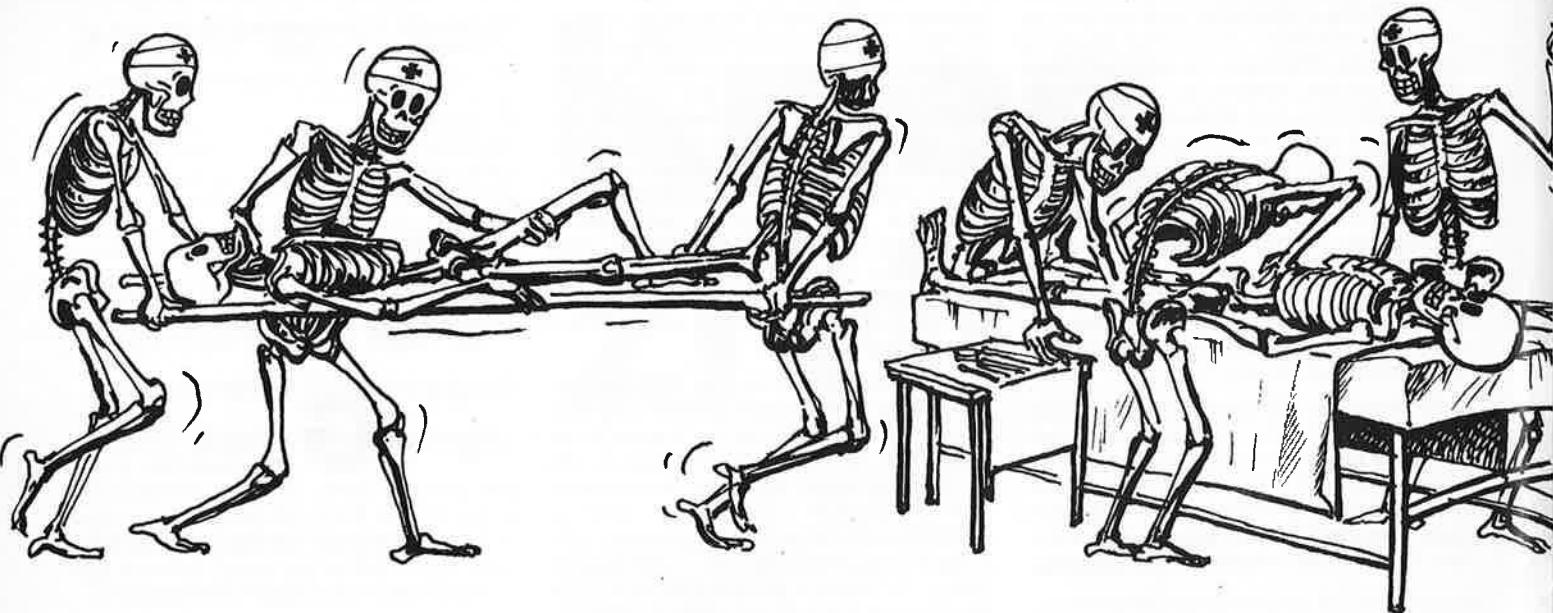
Doch während die SPD ihr »Gesetz zur Organisation des gesundheitlichen Zivilschutzes« noch in den Schubladen herumschob, ging die Union im Angesicht der sich abzeichnenden »Wende« in die Offensive: ein »Gesundheitsschutzgesetz« wurde in den Bundestag eingebracht. Provokatorisch formuliert, finden sich die wesentlichen Bestim-

mungen dieses Gesetzentwurfes auch im geplanten Zivilschutzgesetz. Doch gibt es auf anderen Gebieten im geplanten Zivilschutzgesetz wesentliche Verschärfungen: So sollen Beamte einer grenzenlosen Duldungspflicht unterliegen: Gemeinschaftsunterkunft, Gemeinschaftsversorgung, Abordnung in andere Dienststellen, auch in anderen NATO-Ländern, und Rückholung aus dem Ruhestand sollen möglich werden. Der ABC-feste Bunkerbau in Neubauten soll zur Pflicht werden. Mit höchstens 25 Prozent will sich der Bund dabei finanziell beteiligen.

## G

anz wesentlich: durch das geplante Gesetz wird das Gesundheitswesen für den Kriegsfall formiert. Aus dem bisherigen Zivilschutzgesetz wird übernommen, daß Hilfskrankenhäuser zu bauen und





in vorhandenen Einrichtungen wie Schulen, Heimen usw. vorzuschen sind. Bisher gibt es über zweihundert dieser Kriegskrankenhäuser, deren Aktivierung rund drei Tage dauert und die deshalb in Friedenszeiten, bei den oft zitierten »größeren Unfällen«, gar nicht erst in Anspruch genommen werden. Die meisten Häuser haben lediglich den OP-Trakt trümmer- und strahlensicher unterirdisch ausgebaut; »bisher konnten die notwendigsten Gegenstände wie Betten, Matratzen, Decken und Krankenpflegegerät für

tet werden und können Einbauten angeordnet werden (so wurden deshalb vor einigen Monaten in NRW alle Baumaschinen erfaßt).

Große Macht erhalten nach dem geplanten Zivilschutzgesetz die Städte und Gemeinden. Sie sollen mit den Krankenhäusern über die Erweiterung der Kapazitäten beraten, darüber einen Plan für die gesamte Region erstellen und können die Krankenhäuser »verpflichten, abgestimmte Einsatz- und Alarmpläne zur Bewältigung eines Massen-

reitwillig Auskünfte erteilen und im Frieden bereits das Betreten dulden müssen.

In vielen Ländern gibt es schon heute Empfehlungen an die Krankenhäuser, wie man sich auf den »Katastrophenfall« vorbereiten soll, so in den sozialdemokratischen Ländern NRW und Hessen. Da ist dann, wie in Hessen, die Rede davon, daß Patienten, »deren Behandlung abgeschlossen ist oder zurückgestellt werden kann«, zu entlassen sind und daß Räume für »hoffnungslos Verletzte« einzurichten sind — die Triage feiert also fröhliche Urtärt.

Nicht überall freilich sind derartige Erfolge zu verzichten wie in Baden-Württemberg, wo nach Inkrafttreten des Landeskatastrophenschutzgesetzes von 1979 inzwischen über 70 Prozent der Krankenhäuser über Alarm- und Einsatzpläne verfügen. (In weiteren zwanzig Prozent der Häuser wird dies Ende 1985 der Fall sein.)

Daß mit diesen Katastrophenplänen dann natürlich auch häufiger Übungen in den Krankenhäusern stattfinden werden, ist klar. Die alltägliche Militarisierung wird Einzug halten. Beim WINTEX-Manöver 1981 wurde bereits — wenngleich noch am grünen Tisch der NATO-Militärs — die Entlassung von fünfzig Prozent der Krankenhauspatienten durchgespielt.

Die Städte und Kreise sollen in Zukunft den für den Krieg zu erwartenden Bedarf an Personal, Material und Gütern ermitteln und bei den »zuständigen Behörden« annehmen. Zivildienstleistende sollen ihren zukünftigen Einsatzstellen im Krieg zugewiesen werden. Schließlich wird nach dem neuen Gesetz der Bundesarbeitsminister ermächtigt



## reie Arztpraxis auch im Atomkrieg: die Kammern wollen den Kleinkapitalismus auch über die Katastrophe retten. Dafür sind sie gern mal mit Auskünften dienlich.

mehr als 80 500 Betten beschafft werden,« so der Bundesinnenminister.

Ebenfalls wie im alten Zivilschutzgesetz soll Sanitätsmaterial gelagert werden, vorrangig für die Hilfskrankenhäuser, aber auch für »den zusätzlichen Bedarf der vorhandenen Krankenhäuser«. Über sechs Millionen Tabletten und fünf Millionen Spritzenampullen von etwa hundert »unentbehrlichen« Medikamenten wurden bisher angeschafft, eingelagert und müssen natürlich regelmäßig erneuert werden. Darunter ist auch Haloperidol, das laut Innenministerium benötigt wird für die »Behandlung akuter Erregungszustände bei Einzelpersonen, die ansonsten sich und andere gefährden würden.«

Was tatsächlich heute schon möglich ist, geht weit darüber hinaus: Nach der Apothekenbetriebsordnung müssen Medikamente vom Durchschnittsbedarf einer Woche in allen Apotheken vorrätig gehalten werden. Nach dem Wirtschaftssicherstellungsgesetz kann die Bundesregierung darüber hinausgehende Verordnungen erlassen. Nach der »vordringlichen Werkeleistungsverordnung« kann der Staat bevorzugte Lieferung verlangen. Nach dem Bundesleistungsgesetz kann bereits in Friedenszeiten die Überlassung beweglicher Sachen und von Räumen vorberei-

anfalls von Verletzten und Erkrankten im Verteidigungsfall aufzustellen«.

In die regionale Planung sind auf ausdrücklichen Wunsch der Bundesärztekammer alle Praxen der niedergelassenen Ärzte einbezogen, und es wird ein »Ausgleich zwischen ambulanter und stationärer Versorgung« angestrebt. Dies hat die besondere Unterstützung der Bundesärztekammer gefunden, bleibt so doch das »differenzierte Versorgungssystem« auch im Krieg erhalten. Für die Aufrechterhaltung des ärztlichen Kleinkapitalismus im Atomkrieg akzeptiert die Bundesärztekammer dann auch, daß die Gesundheitseinrichtungen den Behörden be-



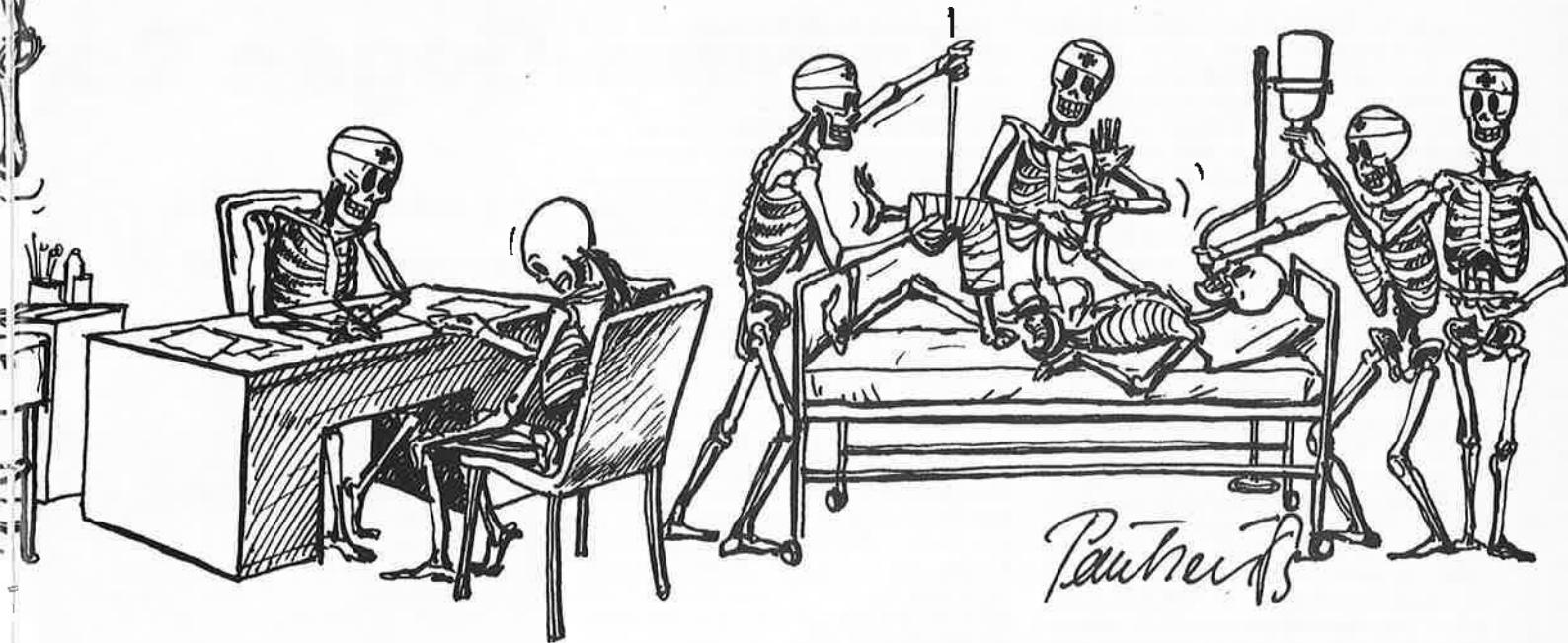
Foto: dpa

Fürchtet um den Grundsatz der Freiwilligkeit: Botho Prinz zu Sayn-Wittgenstein (DRK)



Foto: dpa

Ließ ein »Gesundheitssicherstellungsgesetz« ausarbeiten: Gesundheitsministerin Antje Huber (SPD)



tigt, eine Meldepflicht für alle Gesundheitsberufe per Verordnung — also ohne Kontrolle des Parlaments — einzuführen.

Eine derartige Erfassung der Gesundheitsberufe gibt es bereits seit 1983 in Baden-Württemberg, dem »Musterländer« auch für Kriegsplanung. Im restlichen Bundesgebiet wird in vielen Gesundheitsämtern auf der Basis des »Vereinheitlichungsgesetzes« von 1934 erfaßt. Allerdings hält die Gewerkschaft ÖTV das Gesetz für nicht mehr gültig und wird in dieser Ansicht auch von allen Rechtsgutachtern unterstützt. Die Landesärztekammer Hessen ihrerseits meldete bis vor drei Wochen alle Ärzte an die Kreiswehrersatzämter und stützte sich dabei auf das Wehrpflichtgesetz. Das neue Zivilschutzgesetz hätte so den Vorteil, daß es rechtliche Streitigkeiten und verwaltungstechnisches Chaos beseitigen könnte: alle Gesundheitsberufe könnten bundeseinheitlich für den Krieg registriert werden.

Auf einfache Anordnung des Innenministers sollen die Gemeinden bereits im Frieden die »Einsatzbereitschaft« der Gesundheitseinrichtungen beschließen können. Dann müßten also Betten geräumt, Notbetten aufgestellt werden, Dienstbereitschaft könnte angeordnet werden und die Katastrophenleitung der Krankenhäuser (Ärztlicher Direktor, Pflegedienstleitung und Verwaltungsdirektor) übernahmen das Regiment. Ganz in diesem Sinne sollen die Gemeinden auch Übungen der Hilfsorganisationen wie DRK, Samariterbund usw. »anordnen« können. Wenn »Einsatzbereitschaft« besteht, muß täglich die Bettenbelegung nach oben gemeldet werden und es müssen »zugewiesene Bettenbelegungen durchgeführt« werden.

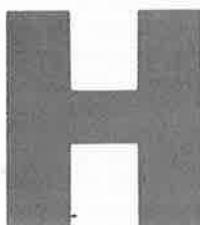


Zog das Gesetz nach Protesten wieder zurück:  
Gesundheitsministerin Anke Fuchs (SPD)

Foto: dpa

Sieht man parallel dazu allin das »War-time-Host-Nation-Support«-Abkommen der Bundesrepublik mit den USA, in dem sich die Bundesrepublik verpflichtet, täglich 1700 verwundete US-Soldaten abzutransportieren und 34000 US-Personen zu dekontaminieren (durch die Bundeswehr!), so wird klar, was das bedeutet: Freimachen der zivilen Krankenhäuser für die Aufnahme von verletzten Soldaten, und das eventuell schon, wenn in Mitteleuropa kein Krieg herrscht und z.B. die USA militärisch im Nahen Osten »eingegriffen« haben.

Entsprechend verhält es sich mit den Schwesternhelferinnen, die im Krieg in den Hilfskrankenhäusern eingesetzt werden sollen. Immerhin 299 000 wurden in 28-Tage-Kursen bisher von den privaten Hilfsorganisationen ausgebildet. Die Kosten werden zu 30 Prozent aus dem Verteidigungsetat und zu 70 Prozent aus dem Zivilverteidigungsetat finanziert. Auch die meisten Rettungshubschrauber werden vom Bund bezahlt. Piloten und Techniker sind meist Angehörige des Bundesgrenzschutzes oder werden zumindest vom Bund finanziert. Die Besetzungen



**aupsache, das Leben retten« — diese Mentalität klingt Politikern freundlich in den Ohren, die an Wirtschaftskrise, Renten und ähnlichem verzweifeln möchten.**

**N**atürlich sollen, wie bisher schon nach dem Gesetz über die Erweiterung des Katastrophenschutzes von 1968, die öffentlichen und privaten Hilfsorganisationen auch im Kriege verpflichtet werden. Dies betrifft immerhin 1,3 Millionen Helfer des Arbeiter-Samariter-Bundes, des Deutschen Roten Kreuzes, der Johanniter-Unfallhilfe, des Malteser-Hilfsdienstes, der Feuerwehren und des Technischen Hilfswerks. Die Kosten für zehn Prozent dieser Helfer werden heute schon vom Bund getragen.



Foto: dpa

Legte einen Entwurf zum Zivilschutzgesetz vor:  
Innenminister Friedrich Zimmermann (CSU)

können so täglich ihre »Lenkungs-, Führungs- und Erkundungsmaßnahmen« (so das Innenministerium) über.

Was im Entwurf eines Zivilschutzgesetzes fehlt, ist die Zwangsfortbildung für Ärzte und andere Gesundheitsberufe. Doch ist dies nur Ergebnis einer realistischen Einschätzung der Regierung, sind doch die Ärztekammern selbst die besten Protagonisten der Fortbildung in Kriegs- und Katastrophenmedizin. »Die Regelung der ärztlichen Fortbildung ist Aufgabe der Ärztekammern, und zwar auch für Notfall- und Katastrophenmedizin«, schreibt die Bundesärztekammer in ihrer Stellungnahme zum geplanten Zivilschutzgesetz, und leitet selbst eine Fortbildungspflicht aus der »Musterberufsordnung für die deutschen Ärzte« her. Dort heißt es freilich nur: »Jeder Arzt ... ist verpflichtet, sich beruflich fortzubilden ... wie es zur Erhaltung und Entwicklung der zur Ausübung seines Berufes erforderlichen Fachkenntnisse notwendig ist.«

Doch immerhin ist der Sprengsatz »staatlich angeordnete Zwangsfortbildung« innerhalb der Ärzteschaft entschärft, und die ultrakonservativ beherrschten Ärztekammern arbeiten ohnehin ganz im Sinne der Regierung: immer mehr Fortbildungsveranstal-

tungen zur Katastrophenmedizin und zur »Hilfe bei Großunfällen« werden angeboten, wo Triage und »Paniktheorie« auf dem Stundenplan stehen — ganz abgesehen von Rheinland-Pfalz, wo im Brand- und Katastrophenschutzgesetz von 1981 die Pflichtfortbildung schon vorgeschrieben ist.

Wie sich die Bundesärztekammer dabei Triage vorstellt, beweist sie in ihrer Stellungnahme; so kann es nach ihrer Ansicht nicht darum gehen, »einen Massenanfall von Verletzten im Krankenhaus zu bewältigen, sondern« darum, »den Strom von Verletzten so zu lenken, daß es nicht zu einem Massenanfall im Krankenhaus kommt.«

Das geplante Zivilschutzgesetz reiht sich in die Reihe der bereits vorhandenen Notstandsgesetze und schließt die Lücke, die für den Bereich des Gesundheitswesens noch besteht. Offensichtlich können in der Bundesregierung wieder Kräfte agieren, die an Krieg und an Sieg denken. Nicht zufällig will die Bundesrepublik an den US-amerikanischen Star-Wars-Plänen teilhaben, ebenso wie sie sich z. B. über das Host-Nation-Support-Abkommen mit den USA an militärischen Abenteuern der »Schutzmacht« wenigstens indirekt beteiligt.

Die Zeit freilich zu einem offenen Bekanntnis zur Politik der Stärke ist noch nicht reif angesichts der Stärke der Friedensbewegung und unter den wachsamen Augen der internationalen Öffentlichkeit. Das Verwirrspiel um die Air-Land-Battle-Strategie, die zwar für die US-Armee in Europa gilt, nicht aber für die Bundeswehr, zeigt dies deutlich. So ist das geplante Zivilschutzgesetz Bestandteil jener inneren Militarisierung, die notwendig mit Aufrüstung nach außen einhergeht.

So schreibt denn auch das Innenministerium in seiner Fibel »Zivilschutz heute«: »In unserer Zeit erlangen politisch-militärische Krisen, Versorgungs- und andere Krisen aufgrund politischer und wirtschaftlicher Pressionen zunehmende Bedeutung. Es sind Krisen unterhalb der Schwelle eines bewaffneten Konfliktes. Derartige Krisen können nur dann bewältigt werden, wenn die Regierung einen ausreichenden, glaubhaften Handlungsspielraum besitzt. . . Zivilschutz ist ein wichtiges Element bei einer Krisenbewältigung.«

Daß obendrein die Mentalität des Zivilschutzes, »Hauptsache das Leben retten«, jene Mentalität der Nachkriegsmonate, manchem Politiker unsrer Tage, der an Wirtschaftskrise, steigenden Renten und ähnlichem verzweifeln möchte, freundlich in den Ohren klingt, kann nicht verwundern. Wie schreibt Admiralärzt Dr. Karl-Wilhelm Wedel, Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Wehrmedizin und Wehrpharmazie? »Schon in normalen Zeiten . . . wird zunehmend erkennbar, daß alle denkbaren und technischen Möglichkeiten zur perfekten Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit nicht mehr bezahlbar sein werden.«

Freilich wächst auch die Ablehnungsfrente. Die IPPNW (Internationale Ärzte zur Verhütung eines Atomkrieges), mit dreitausend Mitgliedern für die Ärztekammern ein recht bedrohlicher Widerpart in den eigenen Reihen, der Hamburger Appell »Gesundheitswesen für den Frieden« und die vielen Initiativen vor Ort schließen sich zunehmend auf das geplante Gesetz ein. Auf einer Tagung am 23. März in Essen haben sie erstmals untereinander und mit anderen berufsbezogenen Initiativen zusammengefunden in der Ablehnung des Gesetzes.

Immerhin konnten die Friedensinitiativen schon 1984 erreichen, daß das Hilfskrankenhaus Huntlosen in Bremen aufgelöst wurde. Ebenfalls immer heftiger reagiert die Gewerkschaft ÖTV, die aufruft, die »Teilnahme an kriegsmedizinischen Planungen, Schulungen und Übungen zu verweigern« und auch Rechtsschutz gewähren will. Auf ihre Intervention hin wurde 1984 in Hessen erreicht, daß die Registrierung in den Krankenhäusern abgeschafft wurde.

Letzten Endes wird nach Meinung vieler Aktiver in den Friedensinitiativen einiges davon abhängen, wieviel vor Ort an Registrierung und Planung offengelegt werden und konkret verhindert werden kann. So haben die v. Bodelschwinghschen Anstalten in Bethel nach intensivem Wirken der verschiedenen Friedensinitiativen beschlossen, das vorgesehene Gesetz abzulehnen, da »eine Zivilschutzgesetzgebung in der jetzt geplanten Form eher sinnlos und gefährlich ist.« Dieser Stellungnahme hat sich inzwischen auch das Diakonische Werk Westfalen angeschlossen. □

## Dr. med. Kölner Dom

Nach Ansicht der Bundesärztekammer sollten »auch die Ärztekammern und die Kassenärztlichen Vereinigungen, Körperschaften öffentlichen Rechts, im Hinblick auf die im Rahmen des Katastrophen- und Zivilschutzes durchzuführenden lebens- und verteidigungswichtigen Aufgaben als Schutzwürdige Objekte bezeichnet werden.«

Was heißt das? Ich habe nachgeschaut und nichts Rechtes gefunden. Gut, es gibt »schutzwürdiges Kulturgut« im Kriegsvölkerrecht. Aber die KV als »Kultur« wie der Aachener Domschatz? Nach den Genfer Zusatzprotokollen von 1949 gilt ein »allgemeiner Schutz ziviler Objekte«. Sollte sich hier ein schlechtes Gewissen bei Karsten Vilmar gemeldet haben? Immerhin — Ärz-

tekammern sollen am Zivilschutz beteiligt sein, und der ist ja Bestandteil der Zivilverteidigung; Ärztekammern wären somit als »militärische Objekte« angrifffbar.

Oder sieht sich die Bundesärztekammer als »Einrichtung, die gefährliche Kräfte enthält«, wie z. B. Staudämme und Kernkraftwerke, die auch nicht angegriffen werden dürfen?

Auch unwahrscheinlich. Ich kann mich nicht recht entscheiden, wie das gemeint ist mit den schutzwürdigen Objekten. Ganz abgesehen davon, wie stellen die sich das vor? Wenn eine Stadt in Schutt und Asche fällt, sollen dann nur die Kirchen, Bauwerke und das Haus der Ärztekammerkreisstelle stehen bleiben?

# Gegen Reg

## dg sprach mit Hermann Kasten vom ÖTV-Hauptvorstand

**dg:** Lieber Michael, die ÖTV hat in den letzten Monaten ja friedenspolitisch einige Schritte nach vorn getan. Aber wie sieht es mit der Umsetzung der Beschlüsse des Gewerkschaftstages und von Erklärungen des Hauptvorstands auf der Ebene der Kreisvorstände und in den Betrieben aus?

**Kasten:** Laßt mich zunächst zu dem Kommentar etwas sagen, die ÖTV habe friedenspolitisch Schritte nach vorn getan. Bei meinen Diskussionen zum früher drohenden Gesundheitssicherstellungsgesetz und zum derzeit drohenden Zivilschutzgesetz habe ich auch immer eine falsche Erwartung über die Möglichkeiten der Gewerkschaften bzw. der Gewerkschaft ÖTV gehabt.

Arbeitnehmer wissen: Frieden ist die Voraussetzung, um überhaupt zu leben. Er ist die Voraussetzung für die Schaffung menschlicher Zustände, d. h. die Grundlage für die Beseitigung von Hunger und Elend und die Erreichung sozialer Sicherheit hier und überall sonst. Insofern muß die Friedenspolitik immer ein Kern gewerkschaftlicher Politik sein. Daß es der Allgemeine Deutsche Gewerkschaftsbund 1933 vorgezogen hat, bis zur Selbstverleugnung dieses Prinzip zu ignorieren, um als Schuhputzer der Macht zu überleben, bestätigt meine Aussage nur. Die Zerschlagung der demokratischen Kräfte damals muß auch damit erklärt werden. Das zunächst mal.

Zweitens, die Art und Weise und Intensität der gewerkschaftlichen Friedenspolitik ist bestimmt vom innergewerkschaftlichen Konsens. Das ist unerlässlich für die Einheitsgewerkschaft. Die Gewerkschaften können es sich nicht leisten, auf diesen Meinungsbildungsprozeß zu verzichten. Und der ist in einer Einheitsgewerkschaft z. B. ausgesprochen schwierig, schließlich sind bei uns Kolleginnen und Kollegen organisiert, die sich außer ihrem gemeinsamen Interesse, als Arbeitnehmer gewerkschaftlich organisiert zu sein, in vielen Fragen politisch z. T. völlig entgegengesetzten Zielen verpflichtet fühlen. Ich will nochmal daran erinnern, daß die Gründung der Einheitsgewerkschaft vor dem Hintergrund der Erfahrungen über die Ohnmacht und Zersplitterung der Arbeitnehmer 1933 erfolgte. Für die friedenspolitischen Möglichkeiten der Gewerkschaften bedeutet aber das Prinzip der Einheitsgewerkschaft, daß wir viel enger an Willensbildungsprozesse in der Gesamtbevölkerung gebunden sind als jemals zuvor. Deswegen gibt es ja nach meiner Meinung einen so bedeutenden Zusammenhang zwischen der Entwicklung gewerkschaftlicher und gesellschaftlicher Ziel- und Wertvorstellungen.

# registrierung wehren!



**Hermann Kasten arbeitet für den Hauptvorstand der ÖTV zu gesundheitspolitischen Fragen.**

Die Friedensbewegung sollte sich das klarmachen. Es bedeutet auch, ihre gesellschaftliche Relevanz ist mitentscheidend für ihren gewerkschaftlichen Einfluß.

Auf dem Gewerkschaftstag in München haben wir dann wichtige friedenspolitische Beschlüsse gefaßt. Darin heißt es zum Beispiel, daß jetzt auch nach dem Beginn der Aufstellung von Atomraketen die zwingende Notwendigkeit besteht, daß die Gewerkschaften „Nein“ zur Weiterverschärfung sagen. Wir fordern den generellen Rüstungsabbau. Alle geeigneten Gremien der ÖTV und des DGB werden aufgefordert, alle geeigneten Mittel einzusetzen, um eine weitere Drehung an der Rüstungsspirale zu verhindern. Das können Informationsveranstaltungen und Protestveranstaltungen sein. Dazu gehört auch der Auftrag, die Diskussion in den Parteien und Gewerkschaften zu verstärken. Die Gewerkschaft ÖTV setzt sich für die Schaffung einer atomwaffenfreien Zone in Mitteleuropa ein. Wir haben in München beschlossen, daß wir unseren Widerstand gegen die Militarisierungstendenzen im öffentlichen Leben verstärken.

Auch zum Gesundheitsschutzgesetz bzw. Zivilschutzgesetz sind die Beschlüsse eindeutig. Wir lehnen jede Vorbereitung des Gesundheitswesens auf den Kriegsfall ab, ohne Wenn und Aber.

Nun geht es im Vorfeld der Zivilschutzgesetzgebung um die Umsetzung. Wünschenswert ist dabei, daß auf jeder Ebene, also Betrieb, Kreis, Bezirk und Bund, Veranstaltungen durchgeführt werden, informiert und mobilisiert wird. Dazu sollte sich jede Kollegin und jeder Kollege aufgefordert fühlen.

**dg:** Der DGB hat sich gegen den Entwurf eines Zivilschutzgesetzes ausgesprochen. Steht die Erklärung nur auf dem Papier oder steckt auch die Bereitschaft des DGB dahinter, konkret etwas gegen die Verabschiedung des Gesetzes zu tun? Inwieweit trägt die ÖTV die DGB-Erklärung, und wie sieht es mit der Unterstützung der anderen DGB-Gewerkschaften aus?

**Kasten:** Die DGB-Erklärung zum Entwurf des Innenministers entspricht in großen Teilen dem Entwurf der Gewerkschaft ÖTV. Natürlich tragen wir diese Erklärung, und natürlich tragen diese Erklärung alle DGB-

Gewerkschaften. Der DGB und die Einzelgewerkschaften haben zunächst mit der Erklärung schriftlich ihren Widerspruch vorgelegt. Wir, d. h. der DGB und die Einzelgewerkschaften, werden in der Anhörung zur Gesetzgebung unseren Widerspruch noch einmal ausführlich begründen. Derzeit laufen im Organisationsbereich der ÖTV Betriebsversammlungen zum Thema, dort, wo die Belegschaften das wollen.

Im Bundesbeamtausschuß der Gewerkschaft ÖTV sind Anstöße gemacht worden, mit den Beschäftigten aus der Hauptabteilung Gesundheitswesen gemeinsame Veranstaltungen durchzuführen. Wenn dies gelingt, finden zwei relevante Betroffenengruppen zusammen — es wäre ein weiterer Schritt nach vorne. Ich verstehe das als konkrete Handlung gegen die Verabschiedung des Gesetzes. Aber reichen würde es nicht, das ist klar.

Einen Überblick über die Aktivitäten in den anderen DGB-Gewerkschaften habe ich nicht, allerdings unterstützen alle DGB-Gewerkschaften die ablehnende Haltung des DGB. Der Grad ihrer darüber hinausgehenden Aktivität hängt eben auch vom Druck ihrer Mitglieder ab. In allen Einzelgewerkschaften gibt es eine hinreichende Beschlusse, um gegen das geplante Zivilschutzgesetz aktiv zu werden, auf Betriebsebene, Kreis-, Bezirks- und Bundesebene, aber es müssen Kolleginnen und Kollegen solche Aktionen tragen. Verknüpfte Aktionen zwischen den Gewerkschaften auf Betriebsebene würde ich mir als nächsten Schritt wünschen.

**dg:** Eine wichtige Rolle für viele Gesundheitsarbeiter spielt ja heute schon die Erfassung, sei es durch die Klinik, durch irgendwelche Landesverordnungen oder durch die Gesundheitsämter. Welchen Überblick hat die ÖTV?

**Kasten:** Derzeit wird fast in jeder Form, offen oder verdeckt, registriert. Dabei wird auf die unterschiedlichsten Begründungen verwiesen. Einmal wird die Genfer Konvention bemüht, dann wieder beruft man sich auf das Direktionsrecht. Es gibt Registrierungen, die mit einem Erlass des Bundesfinanzministers von 1966 begründet wurden, einen Erlass, den es tatsächlich nicht gibt. Später sollte auch in diesem Fall (Kassel) das Genfer Rote-Kreuz-Abkommen herhalten. Besonders peinlich sind die Registrierungen, die unter Berufung auf §1 der Dritten Durchführungsverordnung über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 30. März 1935 durchgeführt werden. Hier beruft man sich auf ein Gesetz, das eindeutig der Kriegsvorbereitung diente und faschistischen Charakter hat. Derzeit gilt noch: alle diese Bemühungen tragen rechtlich nicht. Aufforderungen zur Registrierung können ignoriert werden. Nun gibt es Arbeitgeber, die im Verweigerungsfall Sanktionen androhen. Ich kann den Kolleginnen und Kollegen nur empfehlen, sich nicht einschüchtern zu lassen, sich stattdessen zu wehren, wenn nötig mit Rechtsmitteln. Wir gewähren unseren Mitgliedern Rechtsschutz.

Allerdings gibt es subtilere Methoden, bei

denen die Registrierten oder wir nicht erfahren, daß registriert wird. Es gibt mittlerweile Meldegesetze, die im vorhinein die Erfassung einer Ausbildung im Gesundheitswesen verlangen. Wie und ob diese Daten weitergeleitet werden, ist unklar, aber diese Erfassung muß ja einen Sinn haben. Hier spielt sich einiges im Zwielicht ab, an das man nur schwer herankommt.

**dg:** Nochmal zur Erfassung durch die Gesundheitsämter. Habt Ihr Beispiele, daß die Ämter nach dem Vereinheitlichungsgesetz von 1935 weiter erfassen und daß die Erfassung intensiviert worden ist?

**Kasten:** Ich kann nichts dazu sagen, ob seit Kriegsende bis heute aufgrund des Vereinheitlichungsgesetzes erfaßt worden ist. Es wäre jedenfalls eine Ungeheuerlichkeit, ein wirklicher Skandal.

Bei uns beschweren sich jedenfalls in letzter Zeit zunehmend Kolleginnen und Kollegen, die registriert werden. Deswegen gehen wir von einer Intensivierung aus. In Hessen haben wir erfolgreich so lange Druck ausgeübt, bis diese Maßnahmen eingestellt wurden. Parallel erreicht uns dann ein Katastrophalarplan aus dem St. Joseph-Krankenhaus in Essen. In Baden-Württemberg sollen oder sind in 118 Krankenhäusern Alarm- und Einsatzpläne erstellt worden oder werden erstellt. In Niedersachsen gibt es solche Fälle. Einen abschließenden Überblick haben wir nicht, aber der Trend scheint auch so klar.

**dg:** Wie sieht es eigentlich mit dem Rechtsschutz aus, den Ihr wegen des Vereinheitlichungsgesetzes angeboten habt? Einer Kollegin wurde von ihrer Kreisverwaltung erklärt, die Hauptverwaltung in Stuttgart halte es nach Anfrage nicht für sinnvoll, gegen die Erfassung beim Gesundheitsamt zu klagen. Wollt Ihr doch keine schlafenden Hunde wecken?

**Kasten:** Ich kann mir nicht vorstellen, was da vorgefallen ist. Vielleicht faßt die Kollegin nochmal nach. Wir halten unseren Rechtsschutz aufrecht. Bei einem in Frankfurt begonnenen Verfahren ist die Sache eingestellt worden, weil in Hessen die Registrierung eingestellt wurde. Es wäre wichtig, daß baldmöglichst ein neues Klageverfahren eingeleitet wird. Wenn ein Kreissekretär hier von abrückt, handelt er gegen die Beschlüsse der Organisation.

— Anzeige —

<b>besondere die reise</b>	<b>Georgische Heerstraße</b>	<b>DM 1635</b>
10.-24. 8. 85 Mit dem Bus durch den Kaukasus Ab Berlin		
<b>Wandern am Baikalsee/ Sibirien</b>	<b>24. 8.-7. 9. 86</b>	<b>DM 1697</b>
Ab Berlin		
<b>Mittelasien</b>	<b>11.-19. 10. 85</b>	<b>DM 1337</b>
Ab Berlin direkt nach Taschkent		
<b>Cuba</b>	<b>Traum in der Karibik</b>	<b>DM 1170</b>
	... und überallhin	
<b>hertel-reisen lang'l dörp 12</b>		
<b>2301 hohenhude ☎ 04340/1777</b>		

Foto: Herbert Piel



Foto: Herbert Piel





Foto: Erich Mairer

**Katastrophale Zustände herrschen auf den Stationen für krebskranke Kinder. dg sprach mit Petra Kelly, die sich seit vielen Jahren bemüht, etwas zu verbessern.**

## Tod im Badezimmer

**dg:** Frau Kelly, die Situation krebskranker Kinder zu verbessern, gehört zu den Schwerpunkten Ihrer Arbeit im Bundestag. Wie sind Sie dazu gekommen, sich so intensiv mit diesem Thema zu beschäftigen?

**Kelly:** Meine Schwester ist 1970 mit zehn Jahren an einem Augensarkom gestorben. Da habe ich gesehen, was einen Menschen kaputt machen kann. Einmal war da die ganze sterile, unpersönliche Krankenhausatmosphäre, dann die aggressive Strahlentherapie. Meine Schwester wollte immer nur raus, raus. Die Krankenschwestern auf der Station hatten kaum Zeit für sie. Aber ich habe auch dabei gesehen, daß Kinder mit der Krankheit leben können. Als wir Erwachsenen nur noch geweint haben, hat sie alles sehr tapfer getragen. Noch an ihrem Todestag ist sie zur Schule gegangen.

**dg:** Mittlerweile hat die Bundesregierung ein Modellprogramm entwickelt, nach dem die Kliniken gefördert werden, die krebskranke Kinder behandeln.

**Kelly:** Ja, ganze elf Kliniken werden mit je einer Arzt- und zwei Schwesternstellen gefördert. Aber der Stellenschlüssel an den Kliniken berücksichtigt überhaupt nicht, daß an solche Stationen die Maßstäbe von Intensivstationen angelegt werden müssen. Und was ist mit den anderen Kliniken, es werden ja an insgesamt 25 Kliniken krebskranke Kinder behandelt? Ich weiß aus Mainz und aus Nürnberg, wie katastrophal die Verhältnisse dort sind. Immer wieder schreiben mir Eltern. Es erreichte mich ein Brief aus Tübingen. Eine Mutter schrieb, sie hätten ihr sterbendes Kind ins Bad abgeschoben, weil das Pflegepersonal sich einfach nicht mehr um es kümmern konnte.

Es ist auch unglaublich, was Eltern alles selbst tun, um die Situation ihrer Kinder zu verbessern.

Auch das Personal ist hoffnungslos überlastet. Eine Nachschwester erzählte mir, sie habe aufhören müssen, weil sie es einfach nicht mehr geschafft habe. Sie war für zwanzig Intensivbetten eingeteilt, als einzige! Da haben sechs Kinder erbrochen, sieben lagen im Sterben.

**dg:** Was geschieht denn mit den Geldern, die der Bundeshaushalt für die Krebsversorgung ausweist? Immerhin sind das über zwanzig Millionen Mark.

**Kelly:** Nun, die Erwachsenen haben Priorität. Ich habe versucht herauszubekommen, wieviel davon für die Kinder ausgegeben wird. Die Zahlen sind nicht entschlüsselt; niemand wußte es. Schließlich habe ich nach endlosen Herumtelefonieren herausbekommen, daß es 1,3 Millionen jährlich sind! Die Bundesregierung erweckt den Eindruck, es seien sieben Millionen. Und dazu kommt: Ein großer Teil der 20 Millionen wird gar nicht für die Verbesserung der Lebens- und Pflegebedingungen der Kinder ausgegeben, sondern für die Forschung. Ganz kleingedruckt steht im Bundeshaushalt dazu, daß es gilt, die Tumorzentren weiter zu unterstützen. Viele meinen, daß damit die Behandlung und Versorgung von Krebspatienten gemeint ist — aber zum Beispiel wie im Falle des Tumorzentrums Mainz ist damit Grundlagenforschung und klinische Forschung gemeint — oder Krebsregister. Der Krebs steht in allen Altersklassen von der Kindheit bis ins Greisenalter mindestens an zweiter Stelle der Todesursachen.

**dg:** Das Modellprogramm ist um ein Jahr verlängert worden, läuft



Foto: Herbert Piel



Fotos: Jürgen Schürings

aber dieses Jahr aus. Wie sehen Sie die Chancen, daß es weiter fortgeführt wird?

**Kelly:** Schlecht. Es ist nicht langfristig gesichert. Man wartet jetzt auf die Länder und auf die Kassen.

**dg:** Wieso die Länder?

**Kelly:** Die Universitätskliniken sind als Einrichtungen der Länder den Wissenschafts- und Kultusministern unterstellt, und die haben ja nie Geld. Deshalb habe ich auch als Sofortmaßnahme die Finanzierung durch den Bund gefordert. In Nordrhein-Westfalen haben die Kassen sich jetzt bereit erklärt, einen Sonderpflegesatz zu zahlen. Da wurde mir dann gesagt, ich solle jetzt mal schön stillhalten, die Verhandlungen kämen ja in Gang, und man müsse jetzt erst mal abwarten. Aber in den anderen Bundesländern sieht es schon wieder ganz anders aus. Ich gebe keine Ruhe, bis ich weiß, was in den anderen Bundesländern geschieht.

**dg:** Frau Kelly, Sie haben längst bevor Sie in den Bundestag kamen, erste Aktivitäten für krebskranke Kinder entwickelt. Welche?

**Kelly:** Seit 1973 gibt es die Grace P. Kelly-Vereinigung zur Krebsforschung für Kinder, die den Namen meiner Schwester trägt. Das Projekt, das wir fördern wollen, ist der »Kinderplanet«. Das sollte ein autonomes psychosoziales Modellzentrum sein für krebskranke Kinder, wo sie sich verwirklichen können: Theaterspielen, Musik machen, Spielen. Zwei Architekten haben mir dabei sehr geholfen, einen genauen Plan zu entwickeln. Den gibt es seit 1975. Damals haben wir errechnet, daß die Verwirklichung drei Millionen Mark kosten würde. Ich habe dann überall versucht, die drei Millionen zu bekommen, vergeblich. Wir hatten auch schon ein passendes Gelände in Heidelberg.

**dg:** Nur an einem Ort?

**Kelly:** Ja, zuerst sollte es eine Modelleinrichtung sein. Es ist immer besser, auf ein funktionierendes Modell verweisen zu können, um darauf aufzubauen.

**dg:** Warum hat es nicht geklappt?

**Kelly:** Es hieß, das sei ja antiautoritär. Es paßt eben nicht in die

Vorstellungen hinein: kein Krankenhaus und auch keine Schule! Doch gerade die so notwendige psychosoziale Versorgung hat in der Bundesrepublik fast keine Priorität. Ich weiß aus eigener Anschauung, daß es in anderen Ländern besser ist, in den USA, in Holland und sogar in Polen. Hier bei uns hat es am längsten gedauert, bis diese Hierarchie in den Krankenhäusern so weit abgebaut war, daß erstmal die Voraussetzung für eine menschliche Atmosphäre geschaffen war. Dann hat man gesagt: die Krebskinder sterben ja sowieso, es würde wohl eine Art Sterbeparadies, und sie hätten es dort besser als zu Hause. So zynisch reagierten die Verwaltungsbeamten.

**dg:** Was ja wohl noch nicht einmal stimmt.

**Kelly:** Gerade in der Bundesrepublik gibt es sehr gute Heilungserfolge besonders bei leukämiekranken Kindern. Aber schon allein diese Denkweise! Es geht mir darum, diesen Kindern das Leben lebenswert zu machen. Sie alle haben mit der Strahlentherapie oder mit der aggressiven Chemotherapie am allermeisten zu leiden.

**dg:** Gibt es denn Erfahrungen mit so einer Art Zentrum?

**Kelly:** Die Architekten Braun und Schleckermann, die an dem Projekt gearbeitet haben, konnten in einem Dorf bei Offenbach einen Kindergarten für behinderte Kinder bauen, mit verschiebbaren Wänden, Pyramidendach, mit Räumen für Spiel und Theater und mit Matschräumen.

**dg:** Wie sieht denn die Arbeit der Stiftung heute aus?

**Kelly:** Wir haben jetzt 150 sehr aktive Mitglieder: Ärzte, Eltern, auch krebskranke Kinder, die geheilt wurden. Wir haben 150 000 Mark gesammelt, größtenteils kleine Beträge um die 25 Mark. Ich will das Geld nach dem Gießkannenprinzip verteilen, es soll für ein Projekt bereitgestellt werden oder für konkrete Stellen im psychosozialen Bereich. Wir machen sehr viel Informationsarbeit und bereiten gerade eine alternative Kunstauktion in Bonn vor. Die Pressegespräche geraten schon richtig zu kleinen Seminaren. Vor kurzem haben wir gezielt fünf Journalisten ein-

geladen, denen ein Arzt von den Zuständen in den Kliniken berichtet hat: Die Eltern arbeiten mit auf den Stationen, wischen Erbrochenes auf, kochen selbst, obwohl dafür kaum Einrichtungen vorhanden sind. Nicht einmal ein Bett kann für sie aufgeschlagen werden, weil einfach kein Platz da ist. Hier in Bonn haben Eltern selbst die Türen verbreitert, damit die Betten ihrer Kinder durchpaßten, neue kindgerechte Möbel gekauft und die Abteilung renoviert. Die Journalisten haben gestaunt und sich die Augen gerieben.

**dg:** Auf welche Mithilfe können Sie hier im Bundestag hoffen? Krebskranke Kinder sind doch wohl ein Thema, das sich auch für eine Zusammenarbeit über die Parteidgrenzen hinweg eignet.

**Kelly:** Es sind vor allem die Frauen, die ansprechbar sind, sogar in der CDU und in der FDP. Die Männer winken meistens ab; das sei alles zu unpolitisch. In der letzten Haushaltssdebatte wollten einige Frauen aus der FDP- und der CDU-Fraktion mit uns stimmen, als ich einen Antrag für ein 6-Millionen-Haushaltssatz eingebracht habe. Was sind sechs Millionen, wenn man sich den Bundeshaushalt einmal anschaut? Was da alles allein für die militärische Türkeihilfe gezahlt wird! Die CDU hat dann geschlossen dagegen gestimmt. Einige Frauen sind dann nachher zu mir gekommen und haben erzählt, sie hätten nicht mitstimmen dürfen! Man habe gesagt, es sei genug Geld da. Schließlich hat dann die ganze SPD mit uns gestimmt, das ist schon etwas Seltenes, und Frau Hamm-Brücher mit noch einigen anderen aus ihrer Fraktion. Es fehlten dann nur etwa dreißig Stimmen. Der Antrag wurde abgelehnt.

**dg:** Demnächst steht die Debatte über Ihre Große Anfrage zum Thema Krebs an. Wie sind die Aussichten, daß sich da etwas bessert?

**Kelly:** Es gibt ja mittlerweile viele, die wenigstens betroffen scheinen. Ich möchte eine namentliche Abstimmung über unseren Entschließungsantrag. Aber möglicherweise wird das Thema ganz unten auf die Tagesordnung gesetzt, so daß es erst abends um zehn Uhr dran kommt, wenn keiner mehr da ist. In der Haushaltssdebatte vo-

riges Jahr habe ich in der Begründung zu meinem Antrag den Brief einer Mutter und eines Kinderärztes zitiert. Da unterbrach mich Stücklen, ich solle zum Thema reden!

**dg:** Gibt es Aussichten, die Situation krebskranke Kinder mit den Mitteln der Deutschen Krebshilfe zu verbessern?

**Kelly:** Mit Frau Scheel, der Vorsitzenden der Krebshilfe, habe ich seit 1973 Kontakt. Sie schrieb mir, ich solle unsre Spenden für Spielzeug ausgeben oder der Krebshilfe geben. Bei Frau Scheel geht ein Viertel des gesammelten Geldes in die Verwaltung. Bei uns soll alles direkt den Kindern zugutekommen, die Verwaltungskosten trage ich selber, mit meiner Omi, die nun 79 Jahre alt.

Die Krebshilfe möchte möglichst alles unter ihrem Dach haben. Wenn sich irgendwo Initiativen von unten regen, versucht sie, das in den Rahmen der Krebshilfe aufzunehmen. Sie hat dadurch eine Monopolstellung. Bei Selbsthilfegruppen brustampierten Frauen erschienen schon richtige Vertreter mit Aktenköfferchen, um die Frauen zu bereiten, sie möchten doch den Programmen der Krebshilfe beitreten. Der Organisation geht es in erster Linie um die Forschung, nicht um die Verbesserung der konkreten Lebensbedingungen, obwohl die Leute, die dafür spenden, das glauben. Frau Scheel hat vor kurzem gesagt, sie sei nicht dazu da, etwa Stellen zu finanzieren. Die Krebshilfe sorgt vor allem für die Förderung gewisser Strahlentechnologien und wissenschaftliche Forschung. Sie ist stark industrieorientiert.

Die Krebshilfe initiiert viele Projekte, die dann indirekt von Bund und Land weiterfinanziert werden. Das gibt ihr eine Monopolstellung.

**dg:** Im Oktober vergangenen Jahres haben Sie in Bonn eine große Podiumsdiskussion zu der Situation krebskranke Kinder organisiert. Frau Scheel war nicht dabei. Warum nicht?

**Kelly:** Ich habe sie eingeladen und sie hat mehrmals abgesagt. Sie hat ein Grußwort abgegeben. Ich glaube, daß sie die Konfrontation mit den Krebsärzten und den betroffenen Eltern scheute.

# DOKUMENTE

## Thesen zur Abschaffung und Überwindung der Psychiatrie

Beschlossen von der Bundesarbeitsgemeinschaft Soziales und Gesundheit der Grünen am 1./2. Dezember 1984

### I.

Vier grundsätzliche Züge kennzeichnen den Teil des Staatsapparates, der Psychiatrie heißt. Alternativen zur herrschenden Psychiatrie müssen sich darin bewähren, daß sie diesen Zügen entgegenarbeiten.

— *Die Psychiatrie kommt immer zu spät.* Erst wenn jemand durch Ablehnung und Abschiebung, durch Vereinsamung und Elend zu einem Fall gemacht worden ist, wird er zum Fall für die Psychiatrie. Sie macht aus individuellen Problemen einen öffentlichen Fall — zur Belehrung der anderen und zur Rechtfertigung ihrer selbst.

— *Die Betten, die sie anbietet, sind immer belegt; die Dienstleistungen, die sie anbietet, haben immer ihre Warteschlange.* Die Psychiatrie ist Teil und sanktionsierende Instanz der herrschenden Abschließekultur. Es ist klar, daß man Menschen lieber in »sinnvoller« humane Einrichtungen abschiebt als in Schlangengräben.

— *Die Psychiatrie verwandelt soziales Elend in den Mythos des psychischen Elends.* Sie produziert Spezialistentum, den Mythos der Behandlung, den Mythos scharf abgrenzbarer Zustände wie Alkoholismus, Behinderung etc. Sie schafft Strukturen, in denen Einzelschicksale sich verflüchtigen zu Bildern abstrakter Zustände.

— *Die Psychiatrie kommt auch historisch zu spät.* Die Psychiatrie ist immer eine verspätete Antwort des Staates auf den Druck des Massenelends. Sie bietet dort Behandlung an, wo Sozialpolitik versagt. Sie bleibt vor allem das Phantom von Lösung dort, wo Leute ihre Rechte einklagen könnten.

In den folgenden Passagen wird die These vertraten, daß die deutsche Sozialpsychiatrie diese vier wichtigen Strukturelemente der Psychiatrie nicht nur nicht geschwächt hat, sondern gestärkt hat, weil sie ihnen eine dynamischere, kurz: modernere Facon verschafft hat.

### II.

1. Seit fünfzehn Jahren gilt die Anstaltspsychiatrie als überholt, seit fünfzehn Jahren behauptet die deutsche Sozialpsychiatrie, die ihren institutionellen Höhepunkt im Geist der »Psychiatrie-Enquête« fand, die richtigen Konzepte für die richtige psychosoziale Versorgung in der Tasche zu haben. Nach fünfzehn Jahren verlor eine derartige politische Legitimation ihr Recht, sind die richtigen Konzepte nicht mehr richtig.

2. Die Sozialpsychiatrie ist als Reformbewegung gescheitert, nicht, weil sie keine Erfolge gehabt hat, sondern auch wegen ihrer Erfolge. Sie ist gescheitert, weil sie den Aufbau sozialpsychiatrischer Institutionen nie funktional mit dem Abbau der Anstaltspsychiatrie verbinden konnte. Das war aber ihr wichtigster Anspruch. Sie ist historisch gescheitert, weil ihre allgemeine politische Legitimation zerbrochen ist. Sie entfaltete sich im Rahmen eines Staatsmodells, das Beglückung von oben, das die wohlfahrtsstaatlich-feste Antwort auf alle Nöte verhieß. Dieses Staatsmodell ist schon vor der Wende politisch gescheitert, Angesichts des heraufziehenden Massenelends wird das Versprechen der staatlichen Kompensation von sozialen Schädigungen und Diskriminierungen immer illusorischer.

3. Es ist pure Augenwischerei und Verschleierung, wenn die Sozialpsychiatrie klagt, die Reform sei steckengeblieben, die sozialpsychiatrische Versorgungskette sei Stückwerk. Die Anstaltspsychiatrie und ihre punktuelle, unzurückende sozialpsychiatrische Alternative bilden zusammen ein psychia-

trisches System. Die Kritik an der Anstaltspsychiatrie trifft auch die Sozialpsychiatrie, insofern sie miteinander zusammenhängen. Das gegenwärtige Angebot von therapeutischen Wohngemeinschaften, Sozialpsychiatrischen Diensten, Ambulanzen, Kriseninterventionen, Irrenhäusern und Pflegeheimen stellt ein System des Abschiebens und Hin- und Her-Schiebens, der Selektion, kurz des Kreislaufs der Irren dar, ganz gleich, ob der eine Teil in dem Bewußtsein arbeitet, die Einweisung in den anderen Teil der Institutionen zu verhindern. Dieses System wird sich nicht mehr prinzipiell ändern, was den Kanon der Institutionen betrifft.

4. Die Anstaltspsychiatrie ist durch die Sozialpsychiatrie nicht geschwächt, sondern gestärkt worden.

— Sie ist *innerinstitutionell* gestärkt worden, weil sie durch gemeinschaftliche Einrichtungen den Druck der Lageratmosphäre mindern konnte. Institutionelle Karrieren und Motivationen wurden erleichtert. Wenn es in der Klinik eine imaginäre Warteschlange für Wohngemeinschaftsplätze gibt, erleichtert auch das die Disziplin.

— Sie ist *systematisch* gestärkt worden, weil sie nun inmitten einer Vielzahl sozialpsychiatrischer Institutionen mit ihrer Drehtür den Rhythmus des Kreislaufs der Irren bestimmen kann.

— Sie ist *politisch* gestärkt worden, weil durch die Differenzierung des psychiatrischen Systems der öffentliche Druck auf die Irrenhäuser enorm geschwunden ist.

5. Das psychiatrische System hat an Gefährlichkeit zugenommen. Das heutige System ist flexibel, hochselektiv, undurchsichtig. Es funktioniert als Frühwarnsystem von Krisen, ohne daß es frühzeitig hilft. Die Undurchsichtigkeit des Systems wird nicht gemildert, wenn die Betroffene in eine Klinik engagierter und selbstloser Helfer gerät. Die Abhängigkeit der Betroffenen wird nicht geringer, nur weil er/sie in die Hände von Leuten gerät, die alles daran setzen, daß sie/er nicht in die finsternen Ecken der Psychiatrie abgleitet. Das System ist gerade auch deswegen so gefährlich, weil viele in den sozialpsychiatrischen Diensten sich einbilden können, daß sie das Schlimmste verhindern.

6. Der Drang zur Selektivität und Differenzierung der Patienten hat die Entstehung neuer Lager — z.B. der Pflegeheime — begünstigt.

4. Sie hat für die realen Nöte der Leute in den Gemeinden, im Stadtteil kein klares einfaches System beanspruchbarer Dienstleistungen geschaffen, sondern spezialisierte Institutionen mit Spezialisten, die scheinbar Lösungen versprechen. Sozialpsychiatrische Institutionen sind keine Einrichtungen für Benutzer, sondern Einrichtungen für deren Angestellte.

5. Sozialpsychiatrische Institutionen übernehmen die Probleme der Leute und verwalten sie, statt daß sie eine Öffentlichkeit dafür schaffen und die Gemeinde zur Auseinandersetzung zwingen.

6. Die sozialpsychiatrischen Institutionen haben die Anstaltspsychiatrie immer rechts liegen lassen.

### IV.

#### Grüne Perspektiven

Zur Frage, inwieweit die Politik der Grünen einen Beitrag zur Abschaffung der herrschenden Psychiatrie und zur Überwindung der Psychiatrie leisten kann.

1. *Die Schließung der Irrenhäuser, die Abschaffung der psychiatrischen Lager muß sofort und ohne Wenn und Aber beginnen!*

Ohne die Schließung der Anstalten — der großen und der kleinen — sind alle noch so gut gemeinten Alternativen nur Beiträge zur Verdopplung der Psychiatrie. Die Irrenhäuser suchen sich ihre Klientel. Notwendig ist:

— der sofortige Aufnahmestopp für psychiatrische Anstalten!

— die Nicht-Finanzierung stationärer Betten-Psychiatrie (auch der psychiatrischen Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern) ab dem Jahr 1995!

— die jährliche Reduzierung der zur Anstaltspsychiatrie zur Verfügung stehenden Mittel um 20 % und ihre zweckgebundene Umleitung auf alternative Hilfesformen!

2. *Das »Psychiatrie-Modellprogramm« der Bundesregierung soll mit seinem Auslaufen Ende 1985 nicht fortgeführt werden.*

Das Modellprogramm stellte in keinem Fall eine Alternative zur herrschenden Psychiatrie dar. Über die Fortführung einzelner sinnvoller, im Rahmen dieses Programms entstandener Hilfeangebote muß im Einzelfall entschieden werden.

3. *Den psychiatrischen Patient/inn/en sind Menschen- und Bürgerrechte zu garantieren!*

Sofort und total zu verbieten sind:

— *Elektroschockbehandlungen*, (sie werden in den letzten drei Jahren mit steil ansteigender Tendenz angewandt. Ihre Persönlichkeitszerstörende Wirkung ist umstritten. Auch die zu ihrer Rechtfertigung vorgebrachten Extremindikationen lassen sich anders behandeln, aufwendiger zwar, doch ohne die hirnverbrennende Mißachtung der Persönlichkeit des psychiatrisch Internierten).

— *Kardiazol- und Insulinschocks*

— *Lobotomie (Hirnoperationen)*

— *Zwangsterilisationen* (die bis heute massenhaft und ohne rechtliche Grundlage vor allem an geistig Behinderten durchgeführt werden)

— *Zwangsbehandlungen bspw. mit Neuroleptika, Antidepressiva, Lithium, Fixierungen*

— *Menschenversuche mit Psychopharmaka*

Als *Sofortmaßnahmen* sind notwendig:

— eine Auflage an die regionalen psychiatrischen Institutionen, ein gemeinsames Konzept zur Halbierung der Zwangseinweisungsrate (inclusive vorläufige Einweisungen) innerhalb eines Jahres vorzulegen (die

Zwangseinweisungsrate liegt in der BRD teils um 900% über den Raten vergleichbarer Staaten) — eine Auflage an die psychiatrischen Dienste, den Verbrauch von Psychopharmaka jährlich um die Hälfte zu reduzieren

Um die Menschenrechte innerhalb des noch existierenden psychiatrischen Systems zu gewährleisten ist der Vorschlag des »Psychiatrischen Testaments« (Thomas Szasz, US-Psychiatriekritiker) aufzugreifen: der einzelne soll frühzeitig entscheiden können, welche Behandlungsform ersie im eventuellen Kontakt mit dem psychiatrischen System zulassen will (vergleichbar den Einwilligungserklärungen bei Organtransplantationen).

Um die Teilhabe an der Gesellschaft durch soziale Bürgerrechte zu gewährleisten, sind notwendig:

— ein staatlich garantiertes Mindesteinkommen, das die materielle Armut verhindert!

— Wohnungen, Wohngemeinschaften, Gemeinschaftswohnungen mit Miet- und Hausrecht; kein Therapiezwang, sondern das Recht auf Ablehnung therapeutischer Angebote in öffentlichem Wohnraum!

— Arbeits- und Erwerbsmöglichkeiten in kooperativ organisierten Projekten sowie in »normalen« Lohnarbeitsverhältnissen — anstelle entwürdigender Beschäftigungsverhältnisse in »Werkstätten für Behinderte«.

4. *Der Herrschaftscharakter psychiatrisch-therapeutischer Hilfen ist durch ihre Kommunalisierung und durch den Vorrang der Selbstorganisation Betroffener anzugehen.*

Die Vorhaltepflicht für therapeutische und betreuende Dienste hat bei der Kommune zu liegen. Dazu ist notwendig:

— die Abschaffung des Versorgungsmonopols der niedergelassenen Ärzte, die Auflösung der Kassenärztlichen Vereinigungen

— die Auflösung der überörtlichen Sozialhilfeträger (Landschaftsverbände) als Träger der Anstalten und Asyle für Psychiatrische und Behinderte.

Die Kommunen sind durch entsprechende finanzielle Regelungen (»Pools« der bisherigen Kostenträger) so auszustatten, daß ihre Angebote ab sofort erheblich besser ausgestattet sind als die Finanzausstattung der psychiatrischen Lager.

In jedem Fall haben Hilfeangebote, die durch Vereine, Initiativen usf. erfolgen, in denen Betroffene mehrheitlich Entscheidungen fallen, Vorrang vor kommunalen Angeboten. Das Subsidiaritätsprinzip für Wohlfahrtsverbände (realiter: Wohlfahrtskonzern) und private, profitorientierte Anbieter ist außer Kraft zu setzen.

Wie im einzelnen alternative psychosoziale Dienste aussehen sollen, ist noch nicht ausdiskutiert. Klar ist allerdings auch schon für die heutige Zeit, daß die Mitarbeit von Polizisten und leitende Funktionen von Psychiatern in »Krisen«-Stationen und Kriseninterventionszentren/Krisendiensten aller Art verhindert werden muß. Eine Gemeindepsychiatrie im Sinne der »Psychiatrie-Enquête« darf es nicht geben! Psychosoziale Hilfen dürfen nicht Teil dieses Gesundheitswesens sein, seelische Probleme gehören nicht in die etikettierenden Klauren der Medizin!

Sinnvolle Alternativen könnten sein:

— »Weglaufhäuser«, wie sie bereits in Holland existieren: Verschiedene Berufsgruppen und Freiwillige arbeiten in Verantwortung von Betroffenen und engagierten Bürgern

— Kommunikationszentren in den Stadtteilen

— Kriseninterventionszentren mit Krisenbetten in

den Stadtteilen, die Grundversorgung/Primärversorgung der Bevölkerung garantieren. Solche Zentren dürfen auch institutionell (z.B. durch ärztliche Leiter, Anbindung an Kliniken) nicht Teil des psychiatrisch-medizinischen Apparates sein.

Psychosoziale Hilfen gehören in die Öffentlichkeit: umstrebbar, politisierbar, Konflikte produzierend.

Die Grünen müssen damit beginnen:

— durch Öffentlichkeitsarbeit gegen die herrschende Psychiatrie: Aufklärungskampagnen über den herrschenden Normalitäts- und Krankheitsbegriff, Skandalisierung der Zustände in den Anstalten und Privatheimen

— durch Zurverfügungstellung von Foren in grünen und alternativen Periodika für psychiatrikritische Vereinigungen

— durch Unterstützung all der Gruppen, die die Befreiung der psychiatrisch Internierten in Anstalten und Asylen erkämpfen wollen.

Wir lehnen den Auftrag der Psychiatrie ab!

Wir lehnen den Auftrag an uns, als Betroffene, Bürger und Mitarbeiter der Psychiatrie ab, die Gewalt der Psychiatrie fortzuschreiben!

Wir wissen aber auch, daß die Ablehnung, die Abschaffung der Psychiatrie nur ein, wenngleich unverzichtbarer Schritt ist: ohne Strategien zur Überwindung der Armut, zur Neuordnung der Arbeit und ihrer Wiederanierung durch die Menschen, zum Abbau patriarchalischer Herrschaftsstrukturen wird die Gesellschaft die Psychiatrie immer wieder neu schaffen. Weil sie sie braucht!

## Thesen zur Reform des Krankenhauses und seiner Finanzierung

### Ergebnisse eines dg-Seminars

Am 20. Dezember 1984 hat der Bundesrat die Neuordnung der Krankenhausfinanzierung verabschiedet. Ein Kompromiß zwischen Bundesarbeitsminister Blüm und Bayerns Ministerpräsident am 24.11.84 machte dies in letzter Minute möglich. Die Neuregelung der Krankenhausfinanzierung enthält folgende Kernpunkte:

— Der Bund zieht sich aus der Krankenhausfinanzierung zurück.

— Die Länder behalten — entgegen Blüms Vorstellungen — ihre weitgehenden Rechte bei der Krankenhausplanung.

— Die Pflegesätze richten sich nicht mehr — wie nach dem alten KHG — nach den »nachgewiesenen Selbstkosten«, sondern nach den »vorauskalkulierten Selbstkosten« (Krankenhausbudget).

— Die Pflegesätze werden zwischen Krankenhäusern und Kassen ausgehandelt, bei Nichteinigung entscheidet eine Schiedsstelle.

— Die Krankenhäuser sollen »Gewinn und Verlust« machen können.

(Blüm einigt sich mit Bayern, Frankfurter Rundschau vom 25.11.'84, dg 1/85; Kuhhandel von Blüm und Strauß)

Die Neuregelung stellt einen gewissen Abschluß einer langwierigen Diskussion über die Krankenhausfinanzierung dar; da jedoch diese Neuregelung keines der grundlegenden Probleme der Krankenhausfinanzierung löst und Strukturfragen vollständig ausgeklammert wurden, wollen wir mit diesen Thesen zur Diskussion und Meinungstreit anregen.

Ein so wichtiger Bereich des Gesundheitswesens wie das Krankenhaus darf nicht den Bürokraten aus Verbänden, Ministerien und Sprücheklopfern wie Blüm überlassen werden.

#### Struktur- und Finanzierungsmängel des Krankenhauswesens

Das Krankenhauswesen der Bundesrepublik steht seit einigen Jahren im Zentrum der Kostendämpfungsdiskussion. Ökonomischer, politischer und ideologischer Druck führten zu: Bettenabbau, Personalverknappung, Verminderung von Ausbildungskapazi-

täten, erheblicher innerbetrieblicher Rationalisierung, Privatisierung von Küchen, Labors, Wäschereien und Reinigungsdiensten und verstärkten Selbstbeteiligungslementen (5 DM pro Krankenhaustag).

Im Unterschied zur Krankenhaus-Diskussion Ende der sechziger/Anfang der siebziger Jahre fand und findet die jetzige Diskussion nur auf dem Feld der Finanzierung statt. Damals wurde nicht nur über das gewaltige Defizit der Krankenhäuser gesprochen, sondern auch über den »Pflegenotstand« und innere Strukturreformen des Krankenhauses (Stichwort: Klassenloses Krankenhaus). Bei der aktuellen Diskussion geraten — willentlich oder unwillentlich — die grundsätzlichen strukturellen Mängel unseres Gesundheits- und besonders Krankenhauswesens aus dem Blickfeld. (Zur Vorgeschichte des KHG von 1972 vgl. Dorothee Löber: Krankenhausfinanzierungsgesetz: Finanzreform statt Strukturreform, in: Argumente für eine soziale Medizin, ARGUMENT AS 4, Berlin 1974, S. 119—151).

Die Forderungen nach dem »Klassenlosen Krankenhaus« beispielweise — von Landrat Martin Woythal für das Krankenhaus Hanau formuliert — sind von einer Durchsetzung noch weit entfernt: 1.) Aufhebung der Einteilung in Klassen; 2.) Beseitigung der überlebten Chefärzthierarchie und Einführung einer demokratischen Organisations- und Führungsstruktur auf der Basis der Teamarbeit und der kollegialen Leitung; 3.) Abschaffung des privaten Liquidationsrechts und Vereinheitlichung der Pflegesätze; 4.) Verkleinerung der Fachbereiche auf max. 80 bis 100 Betten; 5.) Variable und freie Besuchszeiten, Ein- und Zweibettzimmen mit sanitären Anlagen, Telefon, verschiedene Speisen für alle. (Martin Woythal: Das Klassenlose Krankenhaus — Eine Zwischenbilanz, Hanau 1972)

Die starre Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung besteht nach wie vor. Sie ist gesundheitspolitisch und medizinisch sinnlos und kostentreibend. (Hagen Kühn: Das Krankenhaus im wirtschaftlichen Verteilungskonflikt, in: das Krankenhaus 5/1983, S. 183—186). Alle bisherigen Versuche zur — auch nur teilweise — Öffnung des Krankenhauses für die vorstationäre und nachstationäre Diagnostik und Be-

handlung wurden von den Standesorganisationen abgeblockt. Trotzdem gibt es praktisch in allen Krankenhäusern sog. »schwarze Ambulanzen«, Spezialsprechstunden, Tumorsprechstunden, die entweder überhaupt nicht abgerechnet (dann also aus dem Pflegesatz mitbezahlt werden!) oder über die Zulassung von Chefarzten abgerechnet werden, die mit den Patienten nichts zu tun haben. Die Strategie des »Bayern-Vertrages« (Prämien-System bei weniger Krankebehandlungen, weniger Rezepten und weniger Krankenhausinweisungen für die niedergelassenen Ärzte) unter dem Motto: »Soviel ambulant wie möglich, soviel stationär wie nötig«, zielt sogar nach einer weiteren ökonomischen Umverteilung aus dem stationären in den ambulanten Bereich. Jüngste Zahlen weisen wieder aus, daß diese Strategie aus gesundheitspolitischen Gründen unsinnig ist und ökonomisch scheitern wird. Der Geschäftsführer der Bayerischen Ortskrankenkassen teilte mit, daß die Ausgaben für die ambulante Versorgung nicht um 4 Prozent, wie vermeint, sondern um 7,5 Prozent angestiegen seien. Gleichzeitig stiegen die Krankenhaustage um 2,5 Prozent.

Die Konsequenzen dieser Trennung von stationär und ambulant sind auch: Planungsmängel bei Großgeräten wie CT oder Kernspintomographen, eine unsinnige Überschwemmung der Praxen mit Ultraschallgeräten und Röntgengeräten. Laborwerte zur Ausnutzung von Laborautomaten zählen mehr als Gespräch oder Hausbesuch, Doppeluntersuchungen, »Auslasten« von Patienten sind an der Tagesordnung. Das Krankenhaus ist nach wie vor rein kurativ ausgerichtet, seine Beiträge zur Rehabilitation, zur Prävention, zur Aufdeckung von Zusammenhängen Umwelt—Gesundheit und Arbeitswelt—Gesundheit sind sehr bescheiden geblieben.

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz von 1972 brachte zunächst die wirtschaftliche und bauliche Sanierung der Krankenhäuser (und Krankenhausträger). »Daneben bewirkte die Finanzreform zwar eine gewisse Initialzündung zum Neubau und zur Modernisierung des Krankenhauswesens, mit dessen Folgekosten aber ebenfalls die Krankenkassen und damit die Versicherten belastet wurden.« (Michael Deitmar: Die Reform der Krankenhausfinanzierung, in: Diskurs 2,

Bremer Beiträge zu Wissenschaft und Gesellschaft, Bremen 1980, S.24—40; Bericht der Bundesregierung über die Auswirkungen des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze vom 30.12.1975, BT-Drs. 7/4530, S. 6; zur grundsätzlichen Kritik vgl.: Hagen Kuhn: Politisch-ökonomische Entwicklungsbedingungen des Gesundheitswesens, Königstein 1980).

Das KHG von 1972 setzte sich in §1 drei miteinander konkurrierende, wenn nicht sogar sich ausschließende Ziele: 1.) wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser; 2.) bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern und 3.) sozial tragbare Pflegegesetze. (Karl Jung: Krankenhausfinanzierungsgesetz, Köln — Stuttgart 1982, S. 367) Damit verfolgt das KHG drei Funktionen: 1.) eine finanzpolitische Funktion, d.h. die finanzielle Sicherung eines wirtschaftlich arbeitenden und leistungsstarken Krankenhauses zu erreichen; 2.) eine ordnungspolitische Funktion, d.h. den staatlichen Einfluß auf das Krankenhauswesen über die finanzielle Beteiligung zu gewährleisten; 3.) eine verteilungspolitische Funktion, d.h. die durch die stationäre Behandlung entstehenden Kosten auf Steuerzahler und Sozialversicherte zu verteilen. (Deitmer, a.a.O.)

„Die Erwartungen, daß das Krankenhausfinanzierungsgesetz auch eine bessere Bedarfsplanung ermöglichen würde, wurden enttäuscht. Fehlende Kriterien für eine bundeseinheitliche Bedarfsplanung, fehlende regionale Plandaten, eine mangelnde Koordinierung zwischen ambulanten und stationären Sektor sowie zwischen dem staatlichen, frei-gemeinnützigen und privaten Krankenhausbereich haben bisher eine bedarfsgerechte Gliederung der Krankenhausversorgung nach Fachbereichen, Versorgungsstufen und regionalen Bedürfnissen verhindert. (Perspektive der Gewerkschaft ÖTV zur Gesundheitspolitik, Stuttgart 1981, S. 14)

Die Krankenhausbedarfsplanung der Länder verdient diesen Namen nicht:

— lediglich die Interessen von Ministerialbürokratie, konfessionellen und privaten Trägern, medizinisch-industriellen Komplex und Arbeitgebern schlugen sich bisher nieder, die bisherige Planung lief lediglich auf Bettenabbau hinaus (vgl. dg 1/79; Farthmann auf dem Flur? — Bettenstreichungen in NRW);

— unklar ist nach wie vor, wer gesundheitliche Bedürfnisse in Bedarf an Krankenhaustleistungen umsetzt;

— Beteiligung von Betroffenen, Patienten, Sozialversicherten oder Kommunen findet nicht statt;

— der Bettenabbau ging im wesentlichen zu Lasten der öffentlichen Krankenhäuser. In letzter Zeit sind Tendenzen zur Privatisierung ganzer Krankenhäuser in Richtung „Krankenhausketten“ sichtbar (Beispiel: Paracelsus-Kliniken) (Vgl. dg 6/83; Klinik-Ketten: Großhandel mit Krankenhäusern). Während die privaten und konfessionellen Krankenhäuser (Caritas, Diakonie) straff organisiert sind, haben die öffentlichen keine entsprechende Interessenvertretung.

— Die Kriterien für die Krankenhausbedarfsplanung sind letztlich ohne wissenschaftliche Grundlagen, müssen sich oft — unausgesprochenen — politischen Vorgaben unterwerfen und weisen erhebliche Unterschiede von Land zu Land auf. (Eggeling/Döcke/Klar: Krankenhausbedarfspläne der Länder — Methoden und Planwerke, In: Fred Eggeling (Hrsg.): Ökonomie und Strategien der Medizinischen Versorgung, BASIG Bd. 8, Berlin 1978, S. 69—83).

Dem Krankenhaus, seinen Patienten und den Beschäftigten fehlen nach innen (z.B. Tendenzschutz in konfessionellen Häusern, kein Betriebsrat oder Personalrat) wie nach außen wirksame Mitbestimmungsmöglichkeiten. Vertikale (zwischen den Berufsgruppen z. B. Ärzte—Schwestern) und horizontale Hierarchien (Innerhalb von Berufsgruppen) verhindern gemeinsame Diskussionen und Entscheidungen über Aufgaben und Organisation oder über Arbeitsbedingungen. Nach außen sprechen die Krankenhäuser zwar durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) scheinbar mit einer Stimme, doch handelt es sich bei der DKG letztlich um einen Arbeitgeberverband, der keine Tarifverhandlungen führt.

Die entscheidenden Mängel des seit 1972 geltenden „dualistischen Finanzierungssystems“ sind:

— die öffentliche Hand (vor allem die Länder) plant

oder genehmigt Investitionen, muß aber für die Folgekosten nicht aufkommen;

— die unklare Abgrenzung von Investitions- und Nutzerkosten führt zu gegenseitigen Abwälzungsversuchen von Staat, Krankenhausträgern und Krankenkassen;

— erhebliche Teile der eigentlichen Investitionskosten müssen über den Pflegesatz finanziert werden (Wirtschaftsgüter mit Lebensdauer bis zu drei Jahren, Ausbildungsstätten, Instandhaltungskosten);

— beim Bau von Krankenhäusern bzw. bei der Instandsetzung, medizinischen Geräten und Arzneimitteln besteht volle Abhängigkeit vom privaten Sektor der Wirtschaft und keine Möglichkeit der Preistransparenz bzw. Preiskontrolle;

— im Zuge der öffentlichen Finanzkrise erfolgte Schritt für Schritt der Rückzug der öffentlichen Investitionsfinanzierung insbesondere des Bundes.

#### Anteile an der Finanzierung des Krankenhauses

	GKV	Öffentliche Hand
1973	58%	15%
1983	70%	9%

Quelle: Entwurf des Gesetzes zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung vom 28.8. '84, Begründung

— die Planung des stationären Sektors findet fast völlig unabhängig von den übrigen Bereichen des Gesundheitswesens statt;

— die Planung greift nur bei Stilllegungen tatsächlich in die Autonomie der Träger ein;

— die Diskussion um einen angeblichen „Bettenberg“ von 30—60000 Betten einerseits und erhebliche Versorgungsdefizite in bestimmten Bereichen konnte durch die Länderplanung nicht transparent gemacht werden. Woher die Zahlen des Bettenberges kommen, ist auch bei intensiver Nachforschung bei Behörden und Krankenkassen nicht herauszubekommen.

— Die Kostenverläufe im Krankenhaus führen dazu, daß mit der Verweildauer als Regulativ gearbeitet wird, und zwar unabhängig von medizinischen Notwendigkeiten. Etwas anderes bleibt dem Krankenhaus auch kaum übrig, da die Belegung des Krankenhauses vollständig von außen gesteuert wird (Einweisung durch die niedergelassenen Ärzte). Im Rahmen der Kostendämpfungspraktik der letzten zehn Jahre konnten die Krankenhäuser mit der Verweildauer kaum noch manövriren, wie die erheblichen Senkungen der letzten Jahre ausweisen.

— Die Festsetzung der Pflegesätze erfolgte in den letzten Jahren kaum noch nach dem „Selbstkosten-deckungsprinzip“ des KHG, sondern nach Verhandlungen entsprechend der jeweiligen Machtpositionen von Krankenhäusern und Kassen; Wirtschaftlichkeitsprüfungen brachten in die Pflegesatzverhandlungen eine Scheinobjektivität.

— Die gegenwärtige Finanzierung „zwingt“ zur Verlagerung von Personalkosten in den Sachkostenbereich: durch Privatisierung vor allem von Wäschereien, Apotheken, Reinigungsdiensten). Sachkosten werden von den Krankenkassen als quasi naturgegeben leichter geschluckt als Veränderungen bei den Personalausgaben.

In den letzten beiden Jahren wurde von Krankenhausträgern, Politikern, Kassen und Medien zunehmend ein Zusammenbruch der dualistischen Krankenhausfinanzierung beklagt. So äußerte sich die Deutsche Krankenhausgesellschaft: „Die DKG hat bereits in ihrer Stellungnahme zum „Krankenhauskostendämpfungsgesetz (KHKG)“ im Juni 1981 festgestellt, daß das „derzeit geltende duale Krankenhausfinanzierungssystem zusammengebrochen“ ist. Das gilt insbesondere für den Bereich der öffentlichen Förderung. Bei den zuständigen Förderbehörden besteht inzwischen ein Antragsstau mit einem Volumen bis zu 15 Milliarden DM.“ (DKG-Thesen zur Neuordnung des Krankenhausfinanzierungssystems, In: das Krankenhaus 1/1983, S. 2).

Die auffällige Übereinstimmung in der Kritik der Krankenhausfinanzierung verdeckte nur zu häufig die völlig entgegengesetzten Analysen ihrer Ursachen und die daraus folgenden Vorschläge zur Änderung dieser Finanzierungssystems. In dieser — oft kaum überschaubaren — Diskussion kämpfen und kämpfen Monisten gegen Dualisten, Bund gegen Länder, A-Länder gegen B-Länder, DKG gegen Krankenkassen, Kirchen gegen Kommunen. Strukturelle Mängel des

Krankenhauswesens gerieten dabei immer mehr aus dem Blick.

#### Struktur- und Finanzierungsalternativen für das Krankenhaus

Alternativen für das Krankenhaus können kaum ohne Überlegungen für das gesamte Gesundheitswesen entwickelt und durchgesetzt werden. Die Sozialabbauprozesse der letzten Jahre haben auch das Gesundheitswesen und die Sozialversicherten als Ganzes getroffen, nicht nur als Krankenhauspatienten oder Rentner beim Kuraufenthalt.

Die Arbeitsgruppe Alternative Wirtschaftspolitik hat in ihren Memoranden '82 und '84 die Grundlinien des Sozialabbaus eingehend untersucht:

— Die Privatisierung sozialer Risiken bedeutet die Einschränkung sozialer Schutz- und Sicherungssysteme und die Ablehnung gesellschaftlich-politischer Verantwortung für die abhängig Beschäftigten und die Familien. Sie führt zu Existenzunsicherheit, zu Verarmung und zu einer Situation des Ausgeliefertseins. Das gilt vor allem für Frauen: Die geschlechtsspezifische Arbeitsteilung, eine der Konstitutionsbedingungen der herrschenden gesellschaftlichen Ordnung, wird hierdurch verschärft.

— Die über hundert Jahre hinweg von der Arbeiterbewegung erkämpften Sozialstaatsprinzipien — das Solidarprinzip, das Prinzip des Rechthabens auf Sozialleistungen und das Prinzip der Bedarfsgerechtigkeit — sind ausgeöhlt worden. Die Sozialpolitik der 80er Jahre wendet sich hin zum Subsidiaritätsprinzip, zum Bedürfnigkeitsprinzip (Leistungen nur noch für die „wirklich Bedürftigen“ — wobei gerade diese faktisch am meisten von den Kürzungen betroffen werden!) und zum Prinzip, Leistungen gemäß einer restriktiv definierten „Finanzierbarkeit“ und nicht gemäß dem Bedarf zuzuschneiden. Das bedeutet eine Durchökonomisierung der Gesellschaft, Sozialdarwinismus statt Sozialstaat.

— Unter den Stichworten „Mißbrauch des sozialen Netzes, Drückebergerum, Anspruchsinflation, Leistungs- und Verantwortungsunwilligkeit, Emanzipationsegoismus“ werden ideologische Offensiven gegen diejenigen geführt, die auf Sozialleistungen Anspruch haben und auf sie existenziell angewiesen sind. So sind Entsolidarisierungsprozesse zwischen Arbeitslosen und Erwerbstägigen, zwischen Deutschen und Ausländern, zwischen nicht-erwerbstägigen Müttern und erwerbstägigen Frauen in Gang gesetzt worden, die zu Sündenbock und Problemverdrängungssyndromen führen. Die von Krise und Arbeitslosigkeit am meisten Betroffenen werden ins Abseits gedrängt. Gesellschaftliches Widerstandspotential wird so auseinanderdividiert und kanalisiert.“ (Arbeitsgruppe Alternative Wirtschaftspolitik: MEMORANDUM '84, Köln 1984, S. 179/180).

Eine Alternative in der Sozial- und Gesundheitspolitik soll nach Auffassung der Memorandum-Autoren folgende Funktionen erfüllen:

— Sie setzt im Präventionsbereich an, um soziale Risiken gar nicht erst entstehen zu lassen. Das bedeutet auch, daß sie vielfältig im betrieblichen Sektor ansetzen und von Maßnahmen der Arbeitsschutz-, Technologie- und Humanisierungspolitik flankiert werden muß.

— Sie sichert die Einzelnen bei sozialen Risiken ab, die gesellschaftlich bedingt sind, indem sie die materielle Existenzgrundlage garantiert und vor Ausbeutung und Abhängigkeit schützt. Damit ermöglicht sie den Widerstand gegen Verschlechterungen und den breiten Kampf um bessere Lebensbedingungen.

— Sie baut die Grundlagen des Sozialstaats sowohl auf der prinzipiellen Ebene als auch in der Umsetzung in die sozialen Sicherungssysteme aus, um Entfaltungsspielräume und gleichberechtigte Lebensperspektiven für alle Mitglieder der Gesellschaft herzustellen. Selbsthilfeinitiativen als eine demokratische und soziale Bewegung von unten ergänzen die sozialpolitischen Einrichtungen im Sinne einer solidarischen Selbstregelung von sozialen Problemen. Dazu müssen ihnen die notwendigen finanziellen und praktischen Unterstützungen gegeben werden.

— Indem die alternative Sozialpolitik Lebensrisiken und Reproduktionsbelastungen der Einzelnen und der Familien gesellschaftlich mitträgt, trägt sie dazu bei, daß sich soziale Beziehungsstrukturen und familiäre wie nichtfamiliäre Lebensformen durchsetzen können, in denen Solidarität, Gleichberechtigung, Selb-

ständigkeit und Freiwilligkeit gelebt werden können. Mit der Übernahme von Reproduktionsrisiken und -belastungen wirkt die alternative Sozialpolitik gegen die geschlechtsspezifische Arbeitsteilung, weil sie die Frauen einerseits direkt entlastet und andererseits Rahmenbedingungen schafft, unter denen Frauen auch in ihren individuellen Beziehungen eher die Auseinandersetzung um ihre Gleichstellung führen können.

Sozialpolitische Alternativen beziehen sich auf zwei Stufen der Konkretion und Umsetzung: Zum einen werden — konkretisiert und nicht nur in allgemeinen sozialromantischen Lernformeln — die Grundsätze und perspektivischen Umrisse der sozialpolitischen Systeme formuliert, auch wenn dies heute vielleicht mehr denn je den Charakter der konkreten Utopie hat. Zum anderen werden kurz- und mittelfristige Forderungen aufgestellt, die unmittelbar jetzt die Folgen von Krise, Massenarbeitslosigkeit und unsozialer Politik für die abhängig Beschäftigten und für die Familien mildern. Damit wird auch das Widerstandspotential gegen weitere Vorschlechterungen gestärkt. Diese Kurzfrist-Alternativen stellen zugleich erste konkrete Schritte in Richtung auf die Fernziele dar.

Sozialpolitische Alternativen zu formulieren, heißt heute in einem nicht geringen Teil, bekannte Reformforderungen der 60er und 70er Jahre zu wiederholen und einzuklagen. Schon das kann u.U. — angesichts der materiellen und ideologischen Rückschritte — einen utopischen, fast revolutionären Stellenwert haben.

(MEMORANDUM '84, Köln 1984, S. 180/181)

Gesundheitspolitische Alternativen müssen sich heute an folgenden Kriterien messen lassen:

1. prophylaktische Eingriffe in die Arbeitswelt und die außerbetrieblichen Wohn-, Umwelt- und Lebensbedingungen;
2. Einschränkung des Profilprinzips im Gesundheitswesen;
3. Umorientierung medizinischer und pflegerischer Leistungsangebote in den ambulanten und präventiven Bereich;
4. wirksame Gestaltungs- und Mitbestimmungsrechte für die Sozialversicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung und in den Einrichtungen des Gesundheitswesens.

Gesundheitspolitische Grundforderungen auf diesem Weg sind:

- Vergesellschaftung der pharmazeutischen, der Pharma- und Geräteindustrie;
- Vereinheitlichung der gesetzlichen Krankenversicherung durch Schaffung einer einheitlichen und versichertennahen Volksversicherung mit progressiver Beitragsstaffelung; Finanzausgleich zwischen allen GKV-Kassen; Aufhebung der Versicherungspflichtengrenze und Beitragsbemessungsgrenze kurzfristig;
- die GKV erhält das volle Selbstverwaltungsrecht, indem die Unternehmer aus ihren Organen ausscheiden (damit die Folgen des Faschismus auch auf diesem Gebiet endlich beseitigt werden!);
- abgestimmte demokratische Planung des gesamten Gesundheitssystems und seiner Teilbereiche: ambulanter und stationärer Sektor, öffentlicher Gesundheitsdienst, Arbeitsmedizin, Rehabilitation, psychosoziale Versorgung und sozialmedizinischer Dienst müssen gemeinsam und durchlässig geplant und entwickelt werden;
- Beseitigung des »Monopols« der niedergelassenen Ärzte auf ambulante Behandlung durch Änderung der Reichsversicherungsordnung (§368n), alle Einrichtungen des Gesundheitswesens erhalten das Recht zu ambulanter Behandlung;
- arbeitsmedizinischer und öffentlicher Gesundheitsdienst müssen ihrer Verantwortung für arbeits- und umweltbedingte Erkrankungen und deren Verhütung gerecht werden;
- in der psychosozialen Versorgung müssen die im Gefolge der Psychiatrie-Enquête entstandenen Modelleinrichtungen der ambulanten, teilstationären und nachstationären Betreuungseinrichtungen dauerhaft abgesichert und Alltag in der gesamten psychiatrischen Versorgung werden;
- Abbau undemokratischer Strukturen im Gesundheitswesen, demokratische innere und äußere Mitbestimmungsregelungen für Sozialversicherte und Beschäftigte;
- Stärkung des öffentlichen Sektors, Abschaffung konfessioneller Sonderrechte, Wegfall des Tendenzschutzes für konfessionelle Einrichtungen;

— ausreichende Personalausstattung zur Erfüllung der gesundheitspolitischen und medizinischen Aufgaben, menschengerechte Arbeitsbedingungen und Arbeitszeitregelungen im Gesundheitswesen.

Schrillt in diese Richtung gingen die IG Metall mit ihrem Gewerkschaftstagbeschuß 1977 zur Einheitsversicherung, die ÖTV in ihren »Gesundheitspolitischen Perspektiven« von 1977, die DGSP mit ihren Forderungen zur Psychiatrie-Reform oder die Arbeitsgemeinschaft der Listen Demokratischer Ärzte in ihrer Stellungnahme zur ambulanten Behandlung Ende 1984.

#### Aufgaben des Krankenhauses

»Im Mittelpunkt des Krankenhausgeschehens steht der Patient. Er hat bedingungslosen Anspruch auf ein Krankenhausbett und auf ärztliche Versorgung, wenn sich dies aufgrund einer ärztlichen Diagnose als erforderlich erweist. Die Aufnahme ins Krankenhaus, die Unterbringung, die ärztliche Leistung und die Pflege haben sich im klassenlosen Krankenhaus ausschließlich nach der Art und dem Grad der Erkrankung zu richten, nicht aber nach seinem Status, seinem wirklichen oder vermeintlichen Einkommen und schon gar nicht nach seiner Zugehörigkeit zu dieser oder jener Krankenkasse. Um den Interessen der Patienten zu jeder Zeit Gehör verschaffen zu können, werden sie im demokratisch gewählten kollegialen Leitungsorganen durch einen Patientenvertreter repräsentiert sein.« (M. Woythal: Das klassenlose Krankenhaus, Eine Zwischenbilanz, Hanau 1972). Die gesundheitspolitische Funktion des Krankenhauses ist die Erkennung, Pflege, Heilung und Linderung schwerer Erkrankungen oder die Pflege Sterbender sowie die Geburt von Kindern. Eine Aufgabenstellung für das Krankenhaus ist sinnvoll nur innerhalb der Aufgabenbestimmung und Planung des gesamten Gesundheitswesens. Zu den Aufgaben des Krankenhauses gehört auch die ambulante Behandlung (prä- und nachstationär) sowie die Dienstleistung von diagnostischen Disziplinen und Einrichtungen.

Nötwendig ist ein ausreichendes Angebot an Krankenhausbetrieben bzw. -behandlungsmöglichkeiten und ein abgestuftes Versorgungssystem (Vgl. Eichhorn, S.: Krankenhausbetriebslehre Bd. 1, Stuttgart 1975, S. 33 ff.; E. Jahn: Neuordnung der Finanzierung oder Strukturreform des Krankenhauswesens? Soziale Sicherheit 10/84, S. 309 ff.)

Das Ziel einer »bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern zu sozial tragbaren Pflegesätzen« stellte sich das Krankenhausfinanzierungsgesetz von 1972 — wenigstens auf dem Papier. Dieses Ziel gerät mit der Neuordnung der Krankenhausfinanzierung nach den Plänen der Rechtskoalition vollkommen ins Hintertreffen: durch den Rückzug des Bundes aus der Finanzierung werden finanzschwache Länder wie Rheinland-Pfalz oder Länder an der Vorschuldungsgrenze wie NRW, Bremen, Saarland Krankenhausmodernisierung oder -neubauten flächendeckend nicht mehr bezahlen. Es mutet wie ein Treppenwitz der Geschichte an, daß die Bund-Länder-Finanzierung der Krankenhäuser auf einer Grundgesetzänderung beruht, die der gleiche F.J. Strauß als Finanzminister durchsetzte (in der Großen Koalition), der jetzt als bayrischer Landesfürst die Aufhebung der Mischfinanzierung betrieb.

Die Planung, Bereitstellung und Unterhaltung der Krankenhäuser ist eine öffentliche Aufgabe — von diesem Grundsatz darf es keine weiteren Abstriche geben. »Marktwirtschaft setzt den aufgeklärten Verbraucher voraus«, erklärte Arbeitsminister Blüm am 14.11.84 vor der Konzertierten Aktion und fuhr fort: »Das Krankenhausfinanzierungsgesetz ist der erste Zug einer neuen Ordnung des Gesundheitssystems.« Die vorgesehenen Änderungen der KH-Finanzierung will die Krankenhäuser »marktwirtschaftlichen Gesetzen unterwerfen, so daß sich hier noch stärker private Versicherungsgesellschaften, Klinikketten à la Paracelsus, Pharma- und Gerätekonzerns tummeln können.«

»Sieht man von einer kleinen Gruppe der erwerbswirtschaftlich orientierten Privatkrankenhäuser ab, dann kann man feststellen, daß die Krankenhäuser zwar Bestandteil unserer Marktwirtschaft sind, daß aber der Sinn wirtschaftlichen Handelns im Krankenhaus ein völlig anderer ist als in den Unternehmungen ... Eine Stadt, ein Kreis, eine Kirchengemeinde oder eine sonstige Vereinigung gründen ein Krankenhaus nicht

um des Erwerbs willen, nicht um mit dem investierten Kapital irgendeine, sei es maximale oder irgendwie begrenzte Rendite zu erzielen, sondern lediglich, um den Bedarf eines jeweils in Frage kommenden Benutzerkreises an Krankenhausversorgungsleistungen zu decken ...« (Eichhorn, S.: Krankenhausbetriebslehre, Bd. 1, Stuttgart 1975, S. 25)

Alle Versuche, den Krankenhäusern ein »Preissystem« diktionieren zu wollen, mit dem sie »im Wettbewerb« bestehen sollen und »Gewinn und Verlust« ausgleichen können, sind aus der gesundheitspolitischen Aufgabenstellung und seinem »Produktionsprozeß« heraus vollständig unsinnig. Sinn ergeben solche Vorstellungen allenfalls in Bilanzen privater Versicherungsgesellschaften oder den Geschäftsberichten der Hospital Corporation of America. Auch die einfache Übertragung von Vergütungssystemen von Krankenhausleistungen wie die »Diagnosebezogenen Gruppen« (DRG = diagnosis related groups) auf die Bundesrepublik, wie in dem »Wannagat-Gutachten« vorgeschlagen oder auch von dem sozialdemokratischen Gesundheitspolitiker Erwin Jahn empfohlen (Gutachten zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung, Wannagat-Gutachten, Bonn, Dezember 1983; Erwin Jahn: Neuordnung der Finanzierung oder Strukturreform des Krankenhauswesens; in: Soziale Sicherheit 1/84 und 10/84), muß Skepsis hervorrufen. Eine gründliche wissenschaftliche Auswertung dieser Vergütungssysteme in den USA steht noch aus. Auch der Vorschlag der »Krankenhausgebührenordnung« (vgl. Wannagat-Gutachten) würde eher dazu führen, die bekannten ökonomischen Nachteile der Einzelleistungsvorgütung der ambulanten Versorgung auf das Krankenhaus zu übertragen.

Neben der Abschaffung der Bund-Länder-Mischfinanzierung durch die Rechtskoalition wird vor allem der vorgesehene Gewinn- und Verlustausgleich (§17) von Blüm als »marktwirtschaftlicher Hebel« gepriesen: »... gibt einen wichtigen Anreiz zu einer wirtschaftlichen Betriebsführung der Krankenhäuser, indem er die Möglichkeit eröffnet, Gewinne zu erzielen. Als notwendiges Äquivalent zu dieser Chance sieht Absatz 1 vor, daß das Krankenhaus für von ihm nicht zu vertretende Verluste, insbesondere Verluste, die auf Unwirtschaftlichkeit zurückzuführen sind, selbst einstehen muß.« (Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung v. 28.8.84, Begründung, S. 51).

Diese Regelung wird in Zusammenhang mit der Streichung der Bundeszuschüsse die gesamte ökonomische Mentalität und das Verhalten der Krankenhäuser und der Beschäftigten in den Krankenhäusern (ausgehend von den Verwaltungen) ändern. War bisher die herrschende Devise: »Wir müssen sparen, um Gewinn zu machen, dann nur dann können wir investieren, um zu überleben!«

Denn nur wer Gewinne macht, soll überleben können!

Die Thesen sind das Ergebnis eines zweiteiligen Seminars der dg-Redaktion (1.9. und 15.12.'84). Sie erheben nicht den Anspruch einer Zusammenfassung der Diskussion aller Teilnehmer.

Matthias Albrecht

# Kopfrechnen schwach

## Dioxin-verseuchter Spielplatz in Werl

**pw — Die Eltern wurden beschwichtigt. Aber die Jubel-Werte waren falsch umgerechnet.**

»Vorab möchte ich Ihnen jedoch mitteilen, daß ich keine Veranlassung sehe, den Spielplatz schließen bzw. die aufgestellten Geräte abzuholen und neu zu imprägnieren.«

Dieser wohl eher aus Unkenntnis als aus eigenem Sachverstand an die Grünen in Werl (Westfalen) gerichtete Satz dürfte Stadt- direktor Dirkmann noch schwer zu schaffen machen. Die grüne Stadtratsfraktion beabsichtigt, NRW-Gesundheitsminister Barthmann einzuschalten, der Stadt- direktor sieht sich gezwungen, ein toxikologisches Gutachten einzuholen, und die Werler Lokalpresse scheint sich auch nicht mehr so sicher zu sein. Es geht um den Kinderspielplatz im Werler Stadtwald.

Nach der Renovierung des Spielplatzes im Sommer 1984 war Benutzern des Trimmfpads aufgefallen, daß das Gelände um den Spielplatz wochenlang nach Lösungsmitteln gestunken hatte. Eltern hatten bei ihren Kindern Schleimhautentzündungen und Augenbrennen festgestellt, nachdem diese in einem der aufgebauten Spielhäuser herumgeturnt hatten. Eine erste Anfrage der Grünen wurde mit den bereits erwähnten Satz kurz und bündig abgewimmelt. Stadt- direktor Dirkmann im gleichen Brief: »... kann das Mittel Xyladecor 200 selbst in geschlossenen Räumen aufgebracht werden. Die Anwendung bei Spielplätzen wird weiterhin für absolut unbedenklich angesehen.«

Nach Angaben der Herstellerfirma Bayer enthält »Xyladecor 200« 0,1 Prozent Lindan und kein Pentachlorphenol — Wirkstoffe, die Holzschutzmittel gefährlich machen. Völlig überraschend war jedoch das Ergebnis einer Probenanalyse, die die Grünen beim Bremer Umweltinstitut in Auftrag gaben. Danach enthielt das Holz pro Kilogramm 2530 Milligramm Pentachlorphenol (PCP) und 140 Milligramm Lindan, beides extrem hohe Belastungswerte. Der Nachweis von PCP veranlaßte die Grünen nachzuholen. Denn



nach den Angaben der Stadtverwaltung durfte PCP gar nicht vorhanden sein.

Die Stadtverwaltung sah sich gezwungen, ihrerseits Probenanalysen in Auftrag zu geben. Nach fast zwei Monaten Bearbeitungszeit trafen die Ergebnisse des beauftragten Hygieneinstituts in Gelsenkirchen endlich ein: PCP und Lindan konnten auch in diesen Proben nachgewiesen werden, und zwar zum Erstaunen der Beteiligten in vergleichbar hohen Konzentrationen.

Für einige Verwirrung sorgte allerdings die ungewöhnliche Maßeinheit des Gelsenkirchener Instituts. Statt in Milligramm pro Kilogramm wurden die Werte in Mikrogramm pro Quadratzentimeter angegeben. Im Dreisatz bewanderte grüne Stadträte brachten Licht ins Einheitsdunkel und errechneten vergleichbar hohe Belastungswerte.

Ein mit Peinlichkeiten übervoller Artikel in der »Westfalenpost« vom 18. Januar 1985 zeigte jedoch, daß zumindest Lokalredakteur Ralf Rensmann über seinem journalistischen Alltag die Grundrechenarten verlernt hat. Unter der Überschrift: »Obst ist tausendfach giftiger als Holzspielgerät im Stadtwald«, wie beruhigend, analysierte Rensmann messerscharf: »In den ermittelten Konzentrationen, es handelt sich durchweg nur um Mikrogrammwerte (1 Milligramm = 1000 Mikrogramm),

können die Kinder mit den Stoffen 'Lindan' und 'Pentachlorphenol' (PCP) niemals in Berührung gelangen.« Und das chemische Nachweisverfahren zynisch auf kindliches Verhalten übertragend, folgerte er, daß sich Kinder »niemals 48 Stunden lang am Holz lutschend auf Spielgeräten aufhalten«. Dem Bremer Umweltinstitut unterstellt der forsche Redakteur Verwechslung von Milligramm und Mikrogramm und übersah dabei, daß Quadratzentimeter und Kilogramm zwar in seinen Artikeln keinen Unterschied machen, wohl aber bei der Beurteilung der Gesundheitsgefahren von Holzgiften. »Irgendwer muß doch da auf dem Holzweg sein«, schließt er seinen Kommentar. In der Tat.

Inzwischen hat eine gut besuchte Veranstaltung zum Thema Holzschutz ohne Gift den Forderungen der Grünen nach Schließung des PCP- und lindanbelasteten Spielplatzes weiteren Auftrieb gegeben. Händler erklärten sich spontan zur Aufnahme PCP-freier biologischer Holzschutzmittel ins Sortiment bereit. Hauptdiskussionspunkt war die mögliche Gesundheitsgefährdung spielender Kinder durch die extrem hoch belasteten Holzspielgeräte. Daß PCP durch Dioxine und Furane in Konzentrationen bis zu zwci Promille verunreinigt ist, dürfte ein zusätzlicher Grund sein, allen Beschwichtigungen der

Stadtverwaltung zum Trotz den Spielplatz zu schließen.

Nicht nur, daß Kinder am Holz oder an den eigenen Fingern lutschen, daß sie die Gifte über die Haut aufnehmen, wenn sie auf den Geräten herumklettern, auch das Einatmen dürfte ein relevanter Aufnahmeweg sein. Die kleinen Spielhäuser müssen in etwa wie Innenräume bewertet werden. Es ist zu vermuten, daß Konzentrationen durch Ausdünsten entstehen, die selbst die gesetzlich festgelegten Höchstwerte für Raumluft übersteigen.

Darüber hinaus bewirkt das Sonnenlicht eine weitere Neubildung von hochgiftigen Umsetzungprodukten einschließlich der höher chlorierten Dioxine und Dibenzofurane — was besonders im Sommer viel ausmacht.

Welche Mengen einzelne Kinder nun tatsächlich aufnehmen, muß durch toxikologische Gutachten abgeschätzt werden. Diese Gutachten aber erst abzuwarten und dann zu entscheiden, heißt auf jeden Fall, gesundheitliche Risiken bewußt in Kauf zu nehmen.

Stoffe, die wie das SevesoGift Nagetiere bereits im Milliardstelgramm-Bereich töten, haben auf Kinderspielplätzen nichts verloren. Im Mikrogrammbereich verpinselt, müßten sie eigentlich den Staatsanwalt auf den Plan rufen. □

ee — Als »industriefreundlich und lasch« wird beim DGB qualifiziert, was der Bund für die neue Gefahrenstoffverordnung vorsieht.

# Keine Gefahr für gefährliche Stoffe

In den Häusern von Arbeitsminister Blüm und Gesundheitsminister Geißler wird gegenwärtig noch an einer neuen »Verordnung über gefährliche Stoffe« gearbeitet, die demnächst dem Bundeskabinett zur Abstimmung vorgelegt werden soll. Damit will die Bundesregierung auf die intensive öffentliche Diskussion der letzten Jahre über Umweltgefährdung durch die Chemieindustrie reagieren — ausgesprochen dürfsig und fast wirkungslos, wie Kritiker, Wissenschaftler wie Gewerkschafter, meinen.

Die Autoren des Entwurfs, so verlautet, wollen z.B. Dioxine nicht einmal als krebserzeugend einstufen, entgegen der Meinung der meisten Wissenschaftler, entgegen auch allen Erfahrungen aus Seveso oder aus Vietnam. Nicht einmal bei diesem Supergift will die Verordnung ein Verbot; im ersten Entwurf waren in der Produktion in Zwischenprodukten sogar bis zu 100 ppm (parts per million) als erlaubt vorgesehen, nach Protesten wurde dieser Wert auf 1 ppm reduziert. In Fertigprodukten, wie z.B. Insektensprays, Holzschutzmitteln, Kosmetika und Kunststoffen, sollen nach dem Entwurf bis zu 5 ppb (parts per billion) Dioxine oder 2 ppb TCDD (Seveso-Gift) enthalten sein dürfen — in Artikeln also, die in geschlossenen Räumen oder sogar direkt auf der Haut Anwendung finden.

Gerade am Umgang mit diesem Stoff wird deutlich, warum z.B. Gewerkschafter den ganzen Entwurf als zu industriefreundlich und lasch einstufen: Bei der Herstellung der genannten Produkte fallen Dioxine bisher unweigerlich als Verunreinigungen an: Je weniger Verunreinigung ein fertiges Produkt enthalten darf, umso intensiver und öfter muß es gereinigt werden, umso höher also steigen die Kosten, umso mehr Abfälle müssen beseitigt werden.

Allgemein wollte der erste Entwurf den Umgang mit krebserzeugenden Stoffen oder solchen, die im Verdacht stehen, krebserzeugend zu sein, erleichtern. Zuerst war geplant, die

## DGB kritisiert Verordnung der Bundesregierung



Einstufung eines Stoffes als krebserzeugend sogar noch zu erschweren: Mindestens drei

Kriterien statt bisher zwei sollten zutreffen, bevor ein Stoff als krebserzeugend klassifiziert wer-

den sollte. Wäre die Beschränkung auf drei Kriterien geblieben, wären etliche Stoffe plötzlich wieder harmlos geworden, die zur Zeit schon als krebserzeugend oder verdächtig gelten.

So läßt sich an vielen Einzelpunkten der sehr umfangreichen Verordnung Kritik üben. Aber: Jede Definition von Grenzwerten ist willkürlich und damit politisch begründet und nicht wissenschaftlich, denn für krebserzeugende Stoffe gibt es ebenso wie für Strahlung keine Untergrenze, unterhalb der keine Schädigung auftritt.

Ein grundsätzlicher Fehler der vorgesehenen Gefahrenstoffverordnung wird besonders in der Kritik des DGB hervorgehoben: Nach wie vor soll ein Unternehmer nicht verpflichtet sein, die technisch bestmöglichen Schutzvorkehrungen zu treffen (z.B. Absauganlagen), sondern er soll seiner Verpflichtung weiterhin genügen können, wenn er seinen Arbeitern individuelle Schutzmaßnahmen vorschreibt, z.B. Atemschutzmasken, Schutanzüge etc. Ebenso wird bisher vielfach beim Lärmschutz verfahren: statt Maschinen leiser zu bauen oder gegen Schallemissionen zu schützen, wird den Arbeitern das Tragen von Schallschutzhörern vorgeschrieben, was, wie bei Atemmasken, kaum einer acht Stunden am Tag durchhalten kann. Die Schuld an seinem Gehörschaden hat er dann schließlich selber: er hat ja gegen die Vorschriften verstoßen.

Schlimm sieht es bisher aus, wenn ein geschädigter Arbeiter erkrankt und glaubt, daß seine Erkrankung berufsbedingt ist. Er selber muß versuchen nachzuweisen, daß seine Erkrankung mit Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit durch Schädigungen am Arbeitsplatz verursacht wurde. Dies gelingt besonders bei Krebskrankungen nur sehr selten, da die Schädigung ja schon Jahrzehnte zurückliegen kann, andere Personen auch keinen Schaden erlitten haben müssen. Deshalb fordert der DGB die Umkehrung der Beweispflicht: Der Unternehmer muß beweisen können, daß ein bestimmtes Produktionsverfahren oder Produkt keine Schäden verursacht, und zwar vor Produktionsbeginn, nicht erst, wenn Arbeiter erkranken und nach Ursachen gesucht wird. Dazu fordert der DGB, für den Arbeiter das Recht auf Leistungsverweigerung einzuführen, wenn er annimmt, daß Arbeitsschutzzvorschriften nicht eingehalten werden.

Vorrangig zu verbessern sind besonders die Vorschriften über

die arbeitsmedizinischen Untersuchungen der Mitarbeiter. Der Unternehmer soll für die langfristige medizinische Überwachung der Mitarbeiter Sorge tragen, die in gefährdeten Bereichen des Betriebes arbeiten, besonders auch bei ausgeschiedenen Mitarbeitern, Rentnern z.B. Dazu sollte durch Staat und Berufsgenossenschaften ein Erfassungssystem gesundheitlicher Gefährdungen durch Arbeitsstoffe aufgebaut werden. Nur so wäre die bisher enorme Dunkelziffer bei arbeitsstoffbedingten Erkrankungen aufzuklären, die nach

Schätzungen des DGB bei etlichen Zehntausend Fällen pro Jahr liegen dürfte.

Alle Diskussionen über eine bessere Gefahrstoffverordnung wären aber vor vornherein sinnlos, wenn nicht gleichzeitig bessere Regelungen zur ihrer Einhaltung erlassen werden. Dies erscheint nur möglich, wenn Betriebs- und Personalräte umfangreiche Mitbestimmungs- und Kontrollrechte erhalten. Ganz besondere Anforderungen sind an Arbeitsmediziner zu stellen. Sie müßten das Recht erhalten,

in Produktionen einzutreten, notfalls Stilllegungen durchzusetzen, wenn sie Hinweise für gesundheitliche Schädigungen der Mitarbeiter entdecken. Dies setzt erstens ganz besondere Kenntnisse voraus, zweitens aber auch eine besondere Rechtsposition des Arbeitsmediziners, der bisher allein vom Arbeitgeber angestellt und abhängig ist. Nur zu einem unabhängigen Arbeitsmediziner werden Arbeiter kommen, wenn sie Sorgen haben, durch die Arbeit krank zu werden. Bisher fürchten viele Arbeiter eine Untersuchung

durch den Arbeitsmediziner, weil sich dabei herausstellen könnte, daß sie nicht mehr gesund genug sind, eine besonders belastende Arbeit auszuführen.

Erhöhte Leberwerte könnten schließlich auch den Verdacht erwecken, Alkoholiker zu sein, statt Anlaß zu sein für Untersuchungen, ob Arbeitsstoffe die Ursache sein könnten. Diese Erfahrungen haben jahrelang Arbeiter bei Dynamit Nobel in Troisdorf gemacht, bevor nach etlichen Toten herauskam, daß bei der Produktion von PVC aus Vinylchlorid Leberschäden ausgelöst wurden. □

# Gefahr erkannt — Gefahr verschlampt

## Umfrage bei Metallarbeitern

**Die Gewerkschaftszeitung »metall« fragte ihre Leser nach Gesundheitsgefahren und Arbeitsschutz.**

Dioxin- und Formaldehyd-Alarm; Schadstoffe in der Luft, die Pseudokrupp, Allergien und chronische Atemwegserkrankungen verursachen; das Kraftwerk Buschhaus soll nun endgültig ans Netz — die Beschäftigten feiern Ministerpräsident Albrecht dafür; Katalysator gegen das Waldsterben ... Dies sind die Überschriften nur einiger Zeitungsmeldungen der letzten Wochen.

Erschreckend genug, zeigen diese schon zur journalistischen Routine gehörenden Zeitungsmeldungen dennoch nur die Spitze des Eisbergs auf, handelt es sich bei ihnen doch »nur« um »Skandale«, also eben Ereignisse, denen ihr alltäglicher Charakter abgesprochen wird. Die »gewöhnliche«, tägliche Vergiftung am Arbeitsplatz, nämlich bei denen, die im Produktionsprozeß chemische Substanzen herstellen oder mit ihnen hantieren müssen, findet dagegen allenfalls in die Schlagzeilen gewerkschaftlicher Publikationen.

Jüngstes Beispiel stellt die Zusammenfassung einer Leserumfrage in der IG-Metall-Mitgliederzeitschrift »metall« (Heft 4/1985) dar, über die man in der Tages- (und natürlich der ein-

schlägigen Fach-)Presse vergeblich auch nur nach der knappsten Zehnzeilen-Meldung suchte. Die »metall«-Redaktion hatte ihre Leser unter dem Titel »Wie gesund ist mein Arbeitsplatz?« danach gefragt, ob sich die Beschäftigten an ihren Arbeitsplätzen durch schädliche Stoffe bedroht fühlten, ob Schutzmaßnahmen dagegen vorhanden seien, ob sie mit (mutmaßlich) krebserregenden Arbeitsstoffen zu tun hätten, ob sie sich genügend über schädigende Substanzen am Arbeitsplatz informiert fühlten und schließlich, ob sie an die angebliche Unverträglichkeit von Umweltschutzmaßnahmen und Sicherheit der Arbeitsplätze glaubten.

Mehr als 3500 »metall«-Leser beteiligten sich an der Umfrage. Ihre Antworten förderten ein hohes Ausmaß an Betroffenheit durch gesundheitsgefährdende Substanzen am Arbeitsplatz zutage. Und sie legten riesige Informationsdefizite und Lücken im Arbeitsschutz offen: Obwohl nach dem Gesetz der Unternehmer verpflichtet ist, die Beschäftigten über alle Gefährdungsfaktoren bei der Arbeit zu informieren, geschieht dies nur bei etwa einem Viertel. Aber auch die anderen Instanzen des offiziellen Arbeitsschutz-Systems scheinen hierbei in ähnlicher Weise zu versagen: Gewerbeaufsicht, Berufsgenossenschaften, Sicherheitsbeauftragte und Betriebsärzte informierten nur zu etwa drei bis 32 Prozent der Befragten.

Nun sind derartige Ergebnisse auch aus anderen Untersuchungen bekannt (so zuletzt aus einer Studie über die Verbreitung und Wirksamkeit des medizinischen Arbeitsschutzes, die das Wissenschaftszentrum Berlin/West vor einiger Zeit vorgelegt hatte), doch haben sie bislang noch nicht zu nachhaltigen Veränderungen in der betrieblichen und überbetrieblichen Organisation des Arbeitsschutzes in der Bundesrepublik geführt. Bemühungen von Gewerkschaften und fortschrittlichen Arbeitswissenschaftlern um ein »Arbeitsschutzgesetz«, das seinen Namen auch verdient, scheiterten zuletzt an der Bonner Wende des Herbstes 1982.

Bedroht durch schädigende Substanzen in der Arbeitsumwelt fühlen sich rund drei Viertel (in Kleinbetrieben mehr als 80 Prozent) der Befragten, wobei vor allem Asbest- und Nickel-Stäube, Dämpfe, Flüssigkeiten und Lösungen, Rauch, Strahlungen usw. im Mittelpunkt stehen. Gefahr erkannt — Gefahr gebannt? Mitnichten, denn die (zum großen Teil vorgeschriebenen) Kontrollen zur Abwehr dieser Gesundheitsgefährdungen gibt es kaum; drei Viertel der Befragten geben an, Kontrollen beim Umgang mit gefährlichen Stoffen fänden nicht oder nur in unzureichendem Maße statt. Als »gründlich genug« (20 Prozent) oder gar »übertrieben scharf« (ein Prozent) werden sie nur von einer Minderheit der Befragten eingeschätzt.

Demnach kann es mit tatsächlich »ausbildungs-« oder »beschäftigungshemmenden« Auswirkungen von Arbeitsschutzgesetzen im Gegensatz zu den zahlreichen Unternehmer- und Regierungsbehauptungen nicht weit her sein. Denn wo Arbeitsschutz nicht oder nur unzureichend praktiziert wird, kann er diese Wirkungen nicht haben. Dafür aber offenbar andere: mehr als zwei Drittel der Befragten haben Angst davor, einmal an einer Berufskrankheit zu erkranken, ein Drittel gibt an, von häufiger auftretenden Beschwerden oder Krankheiten durch die Berufsausübung im Kollegenkreis zu wissen. Die jährlich publizierten Daten über den Neuzugang von Frühinvaliden und die amtliche Berufskrankenstatistik weisen in dieselbe Richtung.

Mehr und besserer Arbeitsschutz in den Betrieben ist also zwingend erforderlich..., aber: gefährdet das nicht die Arbeitsplätze? Diesem wohlbekannten »Argument« (für dessen Stichhaltigkeit übrigens noch niemand den Beweis angetreten hat) scheinen sich die Arbeiter und Angestellten zu einem erstaunlich hohen Anteil nicht länger zu beugen: denn runde 91 Prozent der befragten Beschäftigten in der Metallindustrie meinen, mehr Umweltschutz am Arbeitsplatz gefährde nicht die Arbeitsplätze; sogar 96 Prozent stimmten der Feststellung zu, »meine Gesundheit ist mir wichtiger als ein paar Mark mehr zu verdienen«. Unabhängig von dem Grad der Repräsentativität, den diese »metall«-Umfrage beanspruchen kann — ihre Ergebnisse dürfen optimistisch stimmen für die kommenden betrieblichen Auseinandersetzungen um eine gesunde Arbeitswelt, den Kampf gegen krankmachende Arbeitsstoffe und Arbeitsbedingungen.

Klaus Priester

# »Da knubbeln sich die Leute«

**dg-Redakteur Stephan Schölzel besuchte eine »Alternativ-Praxis«**

»Ich hatte einfach keine Lust mehr, mein weiteres Leben mit der Perspektive zu verbringen, ständig Medikamente einzunehmen zu müssen. Da hab' ich halt jemanden gesucht, der mich von den Medikamenten abbringt, einfach mal was anderes versucht.«

Diejenigen, die sich seit nunmehr über einem Jahr mehr oder weniger erfolgreich darum bemühen, Claudia nach überstandener Bauchspeicheldrüsentzündung auf natürliche Weise über die Folgen dieser Erkrankung hinwegzuhelfen, ohne daß sie ständig Enzymtabletten



schlucken muß, das sind Jörg Pieper und Michael Weber, Ärzte für Naturheilverfahren in Bonn-Beuel, dem Stadtteil, in dem nicht nur *dg* sein Büro hat, sondern auf den auch das linksrheinische Bonn etwas gönnerhaft als die »schäle Sick« hinabblickt. Warum sich dennoch von der anderen Rheinseite und noch von weiter her viele Leute nach Beuel aufmachen, erläutert Claudia folgendermaßen: »Ich glaube, die beiden nehmen sich einfach Zeit für einen. Wenn ich einmal drin bin, dann gehen sie auf mich ein und hören wirklich zu.« Und wo sieht sie die Nachteile? »Genau eben auch an diesem Punkt. Die Organisation hier ist ein einziges Chaos. Termine werden einfach nicht eingehalten, auf ein Rezept muß man manchmal sehr lange warten, das läuft woanders einfach besser.«

## Viel Holz, Blumen und Bilder

An dem Nachmittag, an dem ich die Praxis besuche, ist der Besucherstrom eher mäßig. Morgens sei meist mehr los. »Da knüppeln sich die Leute manchmal im Flur«, erläutert Jörg. Beim Betreten der Praxsräume habe ich eher den Eindruck, in eine Wohnung zu kommen. Von einem langen Flur gehen die Räume ab, von den Farben her gedämpfte Atmosphäre, der Eindruck einer Arztpraxis will nicht so recht aufkommen. Schließlich sieht man einen weißen Kittel. Aber offiziell gehört er gar nicht zur Praxis. Er wird von einer Famulantin getragen, die den beiden zur Zeit über die Schultern schaut. Neben den Sprechzimmern gibt es ein Labor, kleinere Analysen werden hier gemacht, auch ein Gruppenraum ist vorhanden. Der wird jedoch weniger von der Praxis genutzt, als daß er an verschiedene Kleinorganisationen im Alternativbereich, beispielsweise für Bioenergetikabende, vermietet wird. Viel Holz, viele Blumen, viele Bilder an den Wänden, im Wartezimmer Broschüren über Ernährung und gesundes Essen, an der Wand ein Brett als Programmkalender der nicht geförderten Kulturszene.

Jörg Pieper hat vor einigen Jahren die Praxis von einem Arzt für Naturheilverfahren übernommen, der jetzt pensioniert ist. Wie ist er auf die Idee gekommen, sich ausgerechnet mit Homöopathie zu beschäftigen?

gen? Der Vater war Chirurg, zunächst wollte er dann auch Chirurg oder Kinderarzt werden. In seiner Medizinalassistentenzeit lernte er jedoch an der Uniklinik in Bonn an Hepatitis erkrankte Drogenabhängige kennen, die brachten ihn zum ersten Mal auf die gesunde Ernährung. Davon hatte er früher noch nie etwas gehört. Er hat sich intensiv um sie gekümmert, ihre Selbsthilfesversuche im Rahmen der »released people«-Bewegung (den Vorläufern der Heidelberger free clinic) unterstützt, und ist dann zunächst dabei geblieben.

Eine offizielle Stelle an der Bonner Landesklinik wollte man ihm dann aufgrund dieser Vorgeschichte nicht mehr geben, und so hat er denn zunächst viele Vertretungen gemacht, zusätzlich ein Jahr Geburtshilfe, bevor er sich dann schließlich niedergelassen hat. Naturheilkundliches Wissen wurde durch Selbststudium und durch Kurse erworben. Warum nicht weiter mit den Drogenabhängigen? Die psychische Belastung sei auf die Dauer zu groß, das schaffe man als Arzt nur ein paar Jahre, länger gehe schlecht. Besteht denn noch Kontakt zu Drogenabhängigen? Ja, Michael Weber betreut einmal in der Woche eine kleine Klinik für Drogenabhängige in der Nähe von Bonn medizinisch, »all die kleinen Wehwehchen, und natürlich Hepatitis, Scrologie und ähnliche Dinge«, am sprechstundenfreien Dienstagvormittag. Jörg macht dann vorwiegend Hausbesuche.

## Von den Kollegen kritisch beäugt

Die Arbeitszeitbelastung ist auch nicht so gering, wie Jörg es sich vor der Errichtung der Praxis gewünscht hat. Arbeitsbeginn ist jeden Morgen um halb acht. Und der Patientenstamm? In gewissen Kreisen in Bonn gelten die beiden als die Szene-Ärzte, als diejenigen, zu denen man noch am ehesten gehen kann. Das sei schon richtig, meint Jörg, aber es stimme einfach nicht, daß nur die kommen. Ein großer Teil der Patienten sind Beueler Bürger, gesundheitsbewußt, »die essen zum Teil schon ihr ganzes Leben lang Vollkornbrot.« Und Krankschreiben, eher möglich als woanders? Das stimme so auch nicht, im Durchschnitt liege man »niedriger als die anderen Kollegen.«

Der Kontakt zu diesen gestaltet sich jedoch schwierig. Offenheit den alternativen Jungärzten gegenüber tritt wohl kaum auf, ihr Engagement in der IPPNW wird kritisch beäugt; andersherum ist die Offenheit nach Jörgs Ansicht eher größer, »schließlich arbeite ich nicht nur naturheilkundlich, manchmal muß ich auf die üblicherweise verordneten Medikamente zurückgreifen.«

Aber auch die Krankenkassen honorierten die andersgeartete Tätigkeit des homöopathischen Arztes nicht sonderlich. Aufgrund vieler intramuskulärer Injektionen liegen die beiden auf diesem Gebiet natürlich weit über dem Durchschnitt, ein Großteil wird daher nicht erstattet, da man bei dem Dreimontsabrechnungen nicht über dem Durchschnitt der anderen praktischen Ärzte liegen darf. »Überhaupt«, beklagt Michael, »wird das Krankengut, das bei uns natürlich anders als bei einem normalen niedergelassenen Arzt zusammengesetzt ist, zu wenig berücksichtigt. Wir haben viele Tumorpatienten, viele chronisch Kranke, die es an zentralen Stellen ohne Erfolg versucht haben. Diese Patienten benötigen eine andere Behandlung, und da jeder Arzt bei seinen Tätigkeiten die Kollegen nicht übertrifft darf, wird es schwierig in der Abrechnung.« Internisten dürfen ihre Laborleistungen gesondert abrechnen, warum gibt es keine Skala für Ärzte, die naturheilkundlich arbeiten?

Und das politische Selbstverständnis? Jörg: »Das ist schon Basisarbeit, die wir hier leisten: Ernährungsumstellung, Aufklärung über Umweltschadstoffe, Umweltbelastungen, wo werden Sozialleistungen gestrichen?« und so weiter. Deshalb kommen die Leute teilweise auch hierher. Das Arbeitslosengeld wird gekürzt und gestrichen, die Leute wollen da Hilfe und Aufklärung. Michael: »Für mich ist das Beispiel Ernährung immer wieder auch ein politisches Problem. Lebensmittel werden zu Nahrungsmitteln, Nahrungsgütern, die Landwirtschaft wird gepuscht oder man versucht, sie industriellen Rhythmen zu unterwerfen, siehe Massentierhaltung und ähnliche Dinge. Das Futter hierfür muß wieder in der Dritten Welt beschafft werden. Das führt wiederum zu Monokulturen, und so weiter. Gerade bei den jungen Leuten tauchen diese Themen über Gespräche immer wieder auf, und da können wir auch wirksam werden.«

— Anzeige —



AIB-Sonderheft 1/1985

### 10 Jahre befreites Vietnam

Der Versuch die Zukunft zu erobern  
 ● Der wirtschaftliche Wiederaufbau ● Der Kampuchea-Konflikt ●  
 Chinas verdeckter Krieg ● Geschichte des Befreiungskampfes ●  
 Lehren aus dem Vietnam-Krieg (28 S., 2 DM)

### AIB 4/1985

Schwerpunkt: Was steckt hinter Reagans Kampagne gegen den Terrorismus? ● Washingtons Staats-terrorismus gegen Nicaragua, Afghanistan, Angola, Moçambique u.a.  
 Außerdem: ● Peru ● Türkei ● Südafrika ● Palästina ● Sonderteil zu Vietnam

### AIB 3/1985

Schwerpunkt: US-Zentralkommando Südwestasien: Die schnelle Eingreiftruppe steht bereit für den Einsatz im Nahen und Mittleren Osten  
 Außerdem: Libanon: Israels erzwungener Rückzug ● Palästina: Was gefährdet die PLO? ● Pazifik/Philippinen ● Paraguay ● Westsahara ● Brasilien

Einzelheft 2,50 DM, Sonderheft 2 DM, Jahresabonnement 25 DM, 33% Rabatt ab 10 Expl. Vorauszahlung in Briefmarken bei Bestellungen unter 10 DM: Porto 0,60 DM je Heft. Kündigung nur zum Jahresende.

Coupon/Büte einschicken an:

AIB, Liebigstr. 46, D-3550 Marburg

Ich bestelle:

- Expl. AIB-Sonderheft 1/1985  
 Expl. AIB 3/1985  
 Expl. AIB 4/1985  
 ein kostenloses Probeheft  
 ein Abonnement ab Nr. \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Datum/Unterschrift: \_\_\_\_\_

Ich weiß, daß ich die Bestellung innerhalb von 14 Tagen widerrufen kann und bestätige dies durch meine 2. Unterschrift.  
 Unterschrift: \_\_\_\_\_

# Wer hat da geraucht?

## Krebsregister für die »Gesundheitserziehung«

### gw — Die Krebsregister, jahrelang von Medizinern gefordert, sind umstrittener denn je. Zum Teil, weil sie fragwürdigen Zielen dienen sollen.

Das Volkszählungsurteil des Bundesverfassungsgerichts vom 15. Dezember 1983 hatte eine besondere Bedeutung nicht nur für die Abwehr der Totalerfassung der Bürger im Orwell-Jahr. Die Rechtsgrundsätze der Karlsruher Verfassungshüter haben auch spürbare Auswirkungen auf die Auseinandersetzung um die Einführung maschinenlesbarer Personalausweise, den geplanten Mikrozensus und nicht zuletzt auf den Dauerstreit zwischen Datenschützern und Ministerien um die Einführung von landesweiten Krebsregistern. Noch ist der Spruch des Bundesverfassungsgerichts, der die Einschränkung des Rechts auf informationelle Selbstbestimmung nur zuläßt, wenn es im überwiegend Allgemeininteresse geboten ist, nicht in die Gesetzgebung umgesetzt worden.

Die Probleme bei der Einführung von Krebsregistern, die bisher landesweit nur im Saarland und in Hamburg existieren, beziehen sich erstens auf die namenliche Erfassung Krebskranke, zweitens auf die Meldepflicht des behandelnden Arztes und drittens auf die Frage, ob eine ausdrückliche Einwilligung des Patienten zu einer Erfassung notwendig ist. Befürworter des Registers halten die Einwilligung des Patienten für schädlich. Sie weisen darauf hin, daß die Patienten dann auch ausnahmslos über die Diagnose aufgeklärt werden müßten.

In Nordrhein-Westfalen ist am 30. Januar für die Region Münster ein Krebsregistergesetz verabschiedet worden, das den Wünschen der Datenschützer weitgehend entgegenkommt:

- Angaben zur Identifizierung des Patienten nur mit seiner schriftlichen Einwilligung nach Aufklärung über den Zweck der Meldung und Unterrichtung über seine Krankheit;
- Übermittlung von personenbezogenen Daten ohne Einwilligung des Patienten nur, wenn der Patient verstorben ist und

wenn das Interesse an einer wissenschaftlichen Untersuchung im Zusammenhang mit dem Krebstodesfall überwiegt.

- Wenn der Patient seine Einwilligung nicht geben kann, dürfen nur statistisch-epidemiologische Daten weitergegeben werden (vollanonimierte Meldung).
- Die Angaben zur Person und über die Krankheit werden gesondert gespeichert und nur für Forschungszwecke zusammengeführt.
- Die Ärzte sind über eine Soll-Vorschrift zur Mitwirkung am Krebsregister aufgefordert.

Demgegenüber führt in Baden-Württemberg die Datenschutzbeauftragte Ruth Leuze schon seit Jahren einen Kleinkrieg um die Verabschiedung eines Krebsregistergesetzes. Das Register des Krebsverbandes Baden-Württemberg existiert schon seit dem Jahr 1971. In ihrem Tätigkeitsbericht 1984 stellt Frau Leuze fest, daß hier weder die Einwilligung der Patienten eingeholt wird, noch die Daten sicher anonymisiert werden. Ähnlich ist die Situation beim Kno-

chentumorregister Heidelberg und beim regionalen Krebsregister Nordbaden. Hier wird nicht einmal der Versuch einer Anonymisierung der Daten unternommen.

Um die Hürde der ärztlichen Schweigepflicht zu nehmen, begannen 1980 im Landtag die Diskussionen um die Einführung eines Krebsregistergesetzes. Im ersten Anlauf wurde 1982 versucht, durch Änderung des Landesdatenschutzgesetzes die ärztliche Schweigepflicht und darüber hinaus auch alle anderen Berufs- und Amtsgeheimnisse weitgehend zugunsten der Forschung zu lockern. Wegen starken öffentlichen Protests mußte die Landesregierung diese Pläne vorläufig ad acta legen. Im Mai 1984 legte sie dann ein neues Arbeitspapier vor. Im Gegensatz zum nordrhein-westfälischen Krebsregistergesetz sieht das Papier die Meldung ohne Einwilligung der Patienten vor, wenn durch Aufklärung über die Erkrankung die Gefahr gesundheitlicher Nachteile droht. Hierin sieht Frau Leuze einen Eingriff in das jüngst vom Bundesverfas-

sungsgericht bekräftigte Recht des Bürgers, selbst darüber zu entscheiden, was andere über ihn wissen sollen.

Sie unterbreitet darüber hinaus einen Vorschlag zu einer weitgehenden Anonymisierung der an das Register gemeldeten unverschlüsselten Identifikationsmerkmale. Der sieht vor, daß die meldende Stelle (Ärzte und Krankenhäuser) mit einem Taschencomputer die Daten verschlüsseln, wobei die registerführende Stelle einen elektronischen Verschlüsselungsschluß ausgibt. Mit dieser Methode will sie sowohl den Wünschen der Kliniker und Epidemiologen, die den Krankheitsverlauf einzelner Kranker verfolgen wollen, entgegenkommen wie auch die Rechte der Krebskranken besser bewahren.

Diese Vorschläge wurden von der Landesregierung, angesichts der Positionen des Deutschen Ärztetages und einiger Landesärztekammern erstaunlich genug, von der LÄK Baden-Württemberg bisher ignoriert. Im Landtag lehnt nur die Fraktion der Grünen das Arbeitspapier des Sozialministeriums kompromißlos ab. Ob sich dieses Papier trotz satter CDU-Mehrheit im Landtag politisch durchsetzen läßt, ist fraglich.

Vielleicht noch wichtiger als die datenschutzrechtlichen Bedenken gegen die Krebsregister sind die Einwendungen, die gegen die Zielrichtung der mit den Registern verbundenen Forschungsprojekte erhoben werden. So berichtete die Berliner »Tageszeitung« im August 1984 über ein Projekt des Instituts für Sozialmedizin und Epidemiologie des Bundesgesundheitsamtes in West-Berlin, in dem die regionalen Register gegeneinander angeglichen werden sollen, um die dort gewonnenen Erkenntnisse zentral auswerten zu können. Die Datenangleichung erfolgt anonymisiert.

Professor Hans Hoffmeister, Leiter des Instituts, will durch einen Überblick über 15 bis 20 Prozent der Bevölkerung sinnvoll den Ursachen der Krebskrankungen nachgehen. Er interessiert sich vor allem für die krebsfördernden Ursachen im Privatleben der Bundesbürger. Seiner Meinung nach verursachen Rauchen und falsche Ernährung den Löwenanteil von Krebskrankungen. Das Ar-



beisieben spielen so gut wie keine Rolle. »Nur ein bis vier Prozent der Krebserkrankungen entstehen durch arbeitsbedingte Einflüsse.« Ziel eines zentralen Registers sei es, Basisdaten für regionale Untersuchungen zu liefern und die dort gewonnenen Erkenntnisse in gesundheitser-

ziehendem Sinne zu nutzen. So wird es dann auch das Ergebnis der Studie sein, denn Fragestellungen, die man beim Aufbau eines Systems nicht berücksichtigt hat, werden auch später nicht dabei herauskommen.

Zusammenhänge zwischen

Krebsentstehung und Umweltverschmutzung bzw. die Belastung durch schädliche Chemikalien am Arbeitsplatz, die zum Beispiel beim Blasenkrebs und der Produktion des aromatischen Amins 3,3-Dichlorbenzidin bereits bekannt sind, werden durch die Art von Studien

sicher nicht weiter erhellt werden können. Gesundheitserziehung statt Ursachenforschung? Das liegt sicher im Interesse von Hoechst, das die aromatischen Amine weiterhin produziert. □



Foto: dpa

## **— Nicht — wie angenommen — vergiftetes Rapsöl, sondern ein Bayer-Pestizid soll die Madrider Massenvergiftung von 1981 hervorgerufen haben. Die Indizien verdichten sich.**

Nachdem eine Vertreterin des Seuchenbekämpfungsinststituts der USA in Atlanta vor den Fernsehkameras erklärt hat, das gepanschte Rapsöl könne nicht schuld am Tod von über 350 Menschen und der Vergiftung von 24 000 weiteren in Spanien 1981 sein, gewinnt die These spanischer Forscher an Boden. »Nemacur«, ein Pestizid der Firma Bayer, sei der Verursacher des Sterbens. Die spanische Regierung hält gleichwohl nach wie vor an der Rapsöl-Hypothese fest. Die »Tageszeitung« gab in ihrer Ausgabe vom 11. Februar den Bericht einer Madrider Gruppe »Cotacumbak« wieder,

der dagegen die Nemacur-Hypothese erhärtet.

Zweifel an der Rapsöl-Hypothese waren schon im Unglücksjahr 1981 laut geworden. So wurde zeitweise ein unterirdisch gelagerter chemischer Kampfstoff als Verursacher der Katastrophe in Betracht gezogen. Im Zentrum der Diskussion standen freilich einige Ungereimtheiten der offiziellen Version. So beklagte die Firma Rapsa, die anolinhaltiges Speiseöl vertrieben hatte, zum Beispiel auch ausgiebig Katalonien, wo keine Vergiftungserscheinungen auftraten. Eine zweite verdächtige Firma hatte dagegen die betroffenen Gebiete erst beliefert, als dort bereits die ersten Todesfälle aufgetreten waren. Dem US-Seuchenbekämpfungsinsttitut, das das Öl im Auftrag der spanischen Regierung untersuchte, gelang jetzt auch der chemische Nachweis, daß das Rapsöl die Katastrophe nicht hervorgerufen haben kann.

Parallel dazu verfolgte der spanische Gerichtsmediziner Luis Frontela aus Sevilla eine

# **Spanische R(h)apsodie**

## **Verursachte**

## **Bayer-Produkt**

## **Vergiftung**

## **in Spanien?**

andere Spur. Im Dezember vergangenen Jahres gelang es ihm, die Symptome der Vergiftung bei Ratten hervorzurufen. Frontela hatte die Versuchstiere mit Nemacur behandelt. Gegenüber der »taz« erklärte Frontela: »Wir haben anfänglich mit einer Reihe von Insektiziden experimentiert, doch die Symptome der Vergiftung von 81 reproduzierten sich exakt nur mit Nemacur.«

Schon 1981 hatte der Madrider Arzt und Epidemiologe Antonio Mura vermutet, daß die Produkte mit Nemacur behandelter Tomatenfelder aus der Provinz Almeria die Vergiftung hervorgerufen hätten. Mura zufolge haben wenige Bauern in dem Dorf Roquetas Delmar vergiftete Tomaten produziert. Muro hat die Formeln von 3200 in Spanien verwendeten Pestiziden verwendet und stieß auf Nemacur.

Nemacur dient zur Vernichtung von Würmern an den Wurzeln von Feldpflanzen. Sein Wirkstoff Fenamiphos, ein Phosphorsäureester, erzeugt im pflanzlichen Stoffwechsel Abbauprodukte, Metaboliten, die in tierischen und menschlichen Organismen die Cholinesterase hemmen. Wenn dieses Enzym fehlt, kommt es zu einer Überaktivierung des Organismus mit körpereigenem Acetylcholin, das als Nervengift wirkt. In extremen Fällen tritt der Tod durch Lungenödem und peri-

phäre Atemlähmung ein.

Am klinischen Bild, das die Vergifteten boten, fielen einem in diesen Dingen versierten Militärarzt seinerzeit Ähnlichkeiten zu den Opfern bestimmter Kampfgase auf. Es stellte sich heraus, daß die Vergifteten auch auf eine für solche Kampfgasopfer entwickelte Therapie erstaunlich gut ansprachen. So erklärt sich der Verdacht, ein unterirdisch gelagertes Giftgas sei für die Katastrophe verantwortlich. Die betreffenden Kampfgase sind, wie Nemacur, Phosphorsäureester.

Vertreter des Bayer-Konzerns haben die neurotoxische Wirkung von Nemacur bestritten und zudem darauf hingewiesen, daß das Mittel in Spanien seit 1972 im Einsatz sei, ohne daß bisher Vergiftungen bekannt geworden seien. Dagegen wird eingewendet, daß Nemacur bisher vorwiegend auf Blumen- und Tabakfeldern eingesetzt wurde, deren Erzeugnisse nicht gegessen werden. Tomaten- und Paprika-Kulturen wurden aber tatsächlich erstmals 1981 mit Nemacur behandelt. In allen westeuropäischen Ländern mit Ausnahme Spaniens ist das Pestizid verboten; in den USA darf es nur mit scharfen Sicherheitsauflagen verwendet werden. Die WHO stufte Nemacur 1981 auf einer fünfstelligen Skala in der Rubrik Ia (»extrem gefährlich«) ein. □

# Was eine Berufskrankheit ist, entscheidet nicht (nur) die Wissenschaft

**Prof. Gine Elsner, Arbeitsmedizinerin an der Bremer Universität, hat sich in der Geschichte der Berufskrankheiten umgesehen — und nicht nur Wissenschaftshistorie gefunden.**

Am 12. Mai 1925 wurde die Entschädigungspflicht der Unfallversicherung auf Berufskrankheiten ausgedehnt — und seitdem wurde die Liste der Berufskrankheiten ständig erweitert.

Einige Merkwürdigkeiten fallen an dieser Berufskrankheiten-Liste auf. So finden sich die verschleißbedingten degenerativen Wirbelsäulen-Erkrankungen, die häufig zu Arbeits- und Erwerbsunfähigkeiten führen, nicht in der Liste. Sind diese Erkrankungen also nicht berufsbedingten Ursprungs? Wann und warum werden eigentlich Krankheiten in die Berufskrankheiten-Liste aufgenommen? Gibt es besondere methodische Standards, denen Forschungsergebnisse genügen müssen, damit eine Krankheit als Berufskrankheit angesehen werden kann? Und was ist eigentlich der Unterschied zwischen einer Berufskrankheit und einer arbeitsbedingten Erkrankung — diesen Begriff hatte der Gesetzgeber 1974 in das Arbeitssicherheitsgesetz eingefügt.

An drei dieser Erkrankungen soll nachgezeichnet werden, wann und unter welchen Bedingungen sie in die Berufskrankheiten-Liste aufgenommen wurden: an den vibrationsbedingten Gelenkerkrankungen der oberen Extremität, an den Meniskusschäden der Bergarbeiter und an den Erkrankungen des Sehnengewebes und der Sehnenansätze.

Die preßluftbedingten Arthrosen wurden im Jahre 1929 aufgrund von zwei (!) Fall-Darstellungen in die Berufskrankheiten-Liste aufgenommen. Die Begründung für die Anerkennung wurde dann in den Jahren danach erst nachgearbeitet, wobei die regionale Häufung von Bergarbeitern, die mit Preßluft arbeiteten, im Ruhrgebiet und ihre ärztliche Versorgung in den

Knappschaftskrankenhäusern die Forschung erleichterten. Aber auch bei diesen nachträglichen Forschungen wurden keine exakten methodischen Standards angelegt. Es gab keine Kontrollgruppen, keine Vergleichsgruppen: Die Häufung wurde festgestellt, und das Erfahrungswissen der Ärzte reichte aus, um die Berufsbedingtheit zu begründen.

Ähnlich war es auch bei den Meniskus-Erkrankungen der Bergarbeiter. Auch hier fielen die gehäuften Meniskus-Schäden der Untertagearbeiter auf durch die regionale Häufung der Bergarbeiter sowohl im Saarland als auch im Ruhrgebiet. Und auch als diese Erkrankung im Jahre 1952 in die Liste der zu entschädigenden Erkrankungen aufgenommen wurde, lagen keine epidemiologisch-statistisch abgesicherten Ergebnisse vor.

## Erfahrungswissen reichte aus

Fallstudien (ohne Kontrollgruppen!) zeigten Häufungen bei den Bergarbeitern — und damit basta! Daß andere Berufstätige auch knien und auch Meniskusschädigungen davontragen, wurde erst jetzt — rund dreißig Jahre später — im Falle eines Ofenmauers anerkannt.

Sollte also die Aufnahme einer Krankheit in die Berufskrankheiten-Liste nur etwas mit zufälligen regionalen Häufigkeiten zu tun haben? Sollte sie nicht auch etwas mit Wissenschaft zu tun haben?

Im Jahre 1952 wurden auch andere Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates in die Berufskrankheiten-Liste aufgenommen, und zwar die Erkrankungen des Sehnengewebes und der Sehnenansätze. Welche Erkrankungen aufgrund welcher Arbeitsbedingungen darunter zu verstehen seien, erläuterte der zuständige ärztliche Referent im Bundesarbeitsministerium:

»Ursachen dieser Erkrankungen sind Überbeanspruchungen des Sehnengleitgewebes und der Ansätze der Sehnen und Muskeln durch dauernde gleichmäßige Bewegungen, wiederholte heftige Beanspruchungen oder auch übermäßige und ungewohnte Betätigungen. Eine Überbeanspruchung ist z. B. in

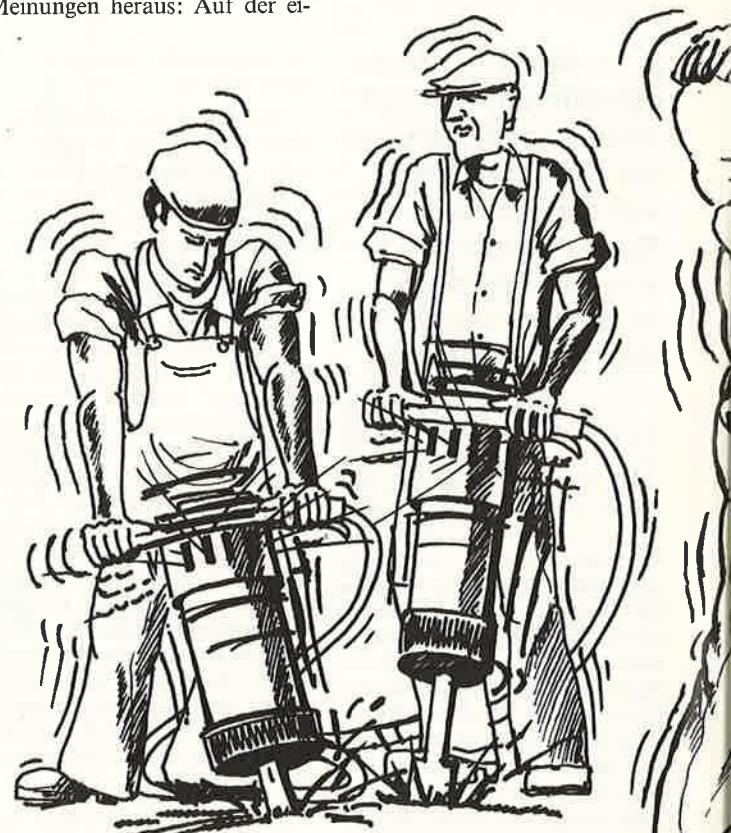
verlängerter Arbeitszeit oder Schwere der Arbeit zu erblicken. Zu diesen Berufskrankheiten gehören die nicht-infektiöse Tenovaginitis, die Peritendinitis crepitans, die nicht-infektiösen und nichtneuralen Formen der Periarthritis humeroscapularis und die Epikondylitis humeri.«

Nach Aufnahme dieser Erkrankungen in die fünfte Verordnung über Berufskrankheiten schnellte die Zahl der Melddungen in die Höhe. Im Jahre 1953 wurden 3858 Fälle zur Anerkennung gemeldet (56 wurden entschädigt), im Jahre darauf wurden 3628 Fälle angezeigt (und bereits 74 Fälle entschädigt). Aber im Jahre 1960 wurden dann nur noch 13 Fälle erstmals entschädigt, und seit den siebziger Jahren fiel die Zahl der erstmals pro Jahr entschädigten Fälle unter zehn. Was war geschehen? Zwar machte die sechste Berufskrankheiten-Verordnung im Jahre 1961 eine Entschädigung davon abhängig, daß der Beruf aufgegeben werden mußte. Aber das kann nicht der alleinige Grund für den Rückgang gewesen sein — denn der Rückgang setzte bereits im Jahre 1960 ein.

Nach dem Erlaß der fünften Verordnung schälten sich zwei Meinungen heraus: Auf der ei-

nen Seite standen die Arbeitsmediziner, die die arbeitsbedingte Genese dieser Sehnen-Erkrankungen postulierten. Und auf der anderen Seite standen die Orthopäden, die sagten, das habe alles nichts mit den Arbeitsbedingungen zu tun, sondern sei anlagebedingt. Diese Sehnen- und Sehnenansatz-Erkrankungen seien Folge eines Halswirbelsäulenverschleißes, und dieser sei niemals arbeitsbedingten Ursprungs — so Reischauer 1958, der das Lager der Orthopäden anführte.

Reischauer hatte diese Meinung bei einer Untersuchung von 100 Patienten mit Brachialgien und Periarthritiden gewonnen. Denn diese Patienten hatten neben den Arm-Neuralgien auch häufig HWS-Veränderungen. Und wenn auch kein röntgenologischer Befund an der Halswirbelsäule zu finden war, so deutete doch eine Kloppempfindlichkeit eines Dornfortsatzes auf die »Bandscheibenbedingtheit des brachialgischen Komplexes«.



Mit Hilfe dieser Untersuchung gelang es, die Arbeitsbedingtheit von Sehnen- und Sehnenansatzerkrankungen in Frage zu stellen. Zur Klärung dieses wissenschaftlichen Streits vergab das Bundesarbeitsministerium

## Orthopäden gegen Arbeitsmediziner

einen Forschungsauftrag, der im Ergebnis aber die Reischauer'sche These unterstrich. Braun und Vetter untersuchten 1956 mehr als 700 Fälle von Sehnen-scheidenentzündungen und ähnlichen Krankheiten — ohne Kontrollgruppe! und im Ergebnis formulierten die Autoren:

»Wir haben (...) den Eindruck gewonnen, daß zumindest für die chronischen Beschwerdezustände ein degeneratives Leiden im Bereich der zugehörigen Segmentabschnitte der Halswir-

belsäule die entscheidende Voraussetzung darstellt.«

Das war bloß eine Meinungsäußerung und hatte mit Wissenschaft und Forschung genauso wenig zu tun wie die Aussage von Reischauer. Der einzige bundesdeutsche Autor, der sich gegen eine solche Argumentation wandte, war Manz. Er fand durchaus gehäufte Epikondylitiden auch ohne Beeinträchtigung der Halswirbelsäule bei entsprechenden Beanspruchungen — bei Maschinenarbeiterinnen, Packerinnen, Stenotypistinnen, Locherinnen und Telefonistinnen. Über die beiden unterschiedlichen medizinischen Lehrmeinungen schrieb er:

»Im wesentlichen stehen sich heute zwei Meinungen gegenüber. Die eine, vertreten vorwiegend von älteren Autoren, besagt, daß es sich ursächlich um einen traumatisch bedingten Schaden ... infolge Überbeanspruchung handelt. (...) Die zweite Meinung entstand etwa

1953, als es notwendig wurde, die im Gefolge der damals neu formulierten Berufskrankheiten-Verordnung einsetzende Flut von Meldungen über entsprechende Schadensfälle gutachtlich zu bearbeiten.«

Diese zweite Meinung herrscht auch heute noch vor — ungeachtet der Tatsache, daß es inzwischen (ausländische) Untersuchungen gibt, die die arbeitsbedingte Genese sowohl der Epikondylitiden als auch der Periarthritiden beweisen. Und dies in methodisch korrekter Weise mit Hilfe von altersstandardisierten Vergleichsgruppen!

Drei Beispiele sollen hier kurz vorgestellt werden. Im ersten Beispiel (Tab. 1) geht es um gehäufte Sehnen- und Sehnenansatzerkrankungen bei Fließbandpackerinnen im Vergleich

Tab. 1  
Häufigkeit von Sehnen- und Sehnenansatzerkrankungen bei Fließbandpackerinnen und Verkäuferinnen (in %)

Symptome	Fließ- band- packer- innen (n- = 152)	Ver- käufer- innen (n- = 133)
Tendinitis am Oberarm	14	5
Acromioclavicular-Syndrom	4	0
Epikondylitis lat.	4	3
Epikondylitis med.	5	0
Pronator-Teres-Syndrom	2	0
	29 *)	8

Quelle:  
Luopajarvi, Kuorinka & Virolainen 1979

\*)  $p > 0,01$

Tab. 2  
Häufigkeit einer Epikondylitis bei Schlachtern und bei Vorarbeitern nach Alter (in %)

Alter	Schlach- ter (n = 90)	Vorar- beiter (n = 72)
31–40 Jahre	6	0
41–50 Jahre	11	0
51–65 Jahre	25	0

Quelle:  
Roto & Kivi 1984  
 $p < 0,05$

Tab. 3  
Vergleich von 17 Patienten mit Schulter-Arm-Syndrom mit 34 Kontrollpersonen, inwiefern die Hände bei der Arbeit über die Höhe des Acromions hinaus gehoben werden mußten

	Arbeit unter d. Höhe d. Acro- mions	Arbeit über d. Höhe d. Acro- mions	Anzahl ins- gesamt
Patienten	6	11	17
Kontroll- gruppe	29	5	34

Quelle:  
Bjelle, Hagberg & Michaelsen 1979

zu Verkäuferinnen. Im zweiten Beispiel (Tab. 2) um gehäufte Epikondylitiden bei Schlachtern. Und die dritte Tabelle (Tab. 3) zeigt, daß ein Schulter-Arm-Syndrom dann gehäuft auftritt, wenn der Arm bei der Tätigkeit ständig über Kopf gehalten werden muß.

## Verordnung schuf Lehrmeinung

Ungeachtet dieser ausländischen Forschungsergebnisse wird die arbeitsbedingte Genese dieser Erkrankungen bei uns weiterhin in Frage gestellt. Inzwischen haben sich auch die Repräsentanten der Arbeitsmedizin der Reischauerschen Meinung angeschlossen. In dem arbeitsmedizinischen Lehrbuch von Valentin, das zur Zeit Grundlage der universitären Ausbildung ist, heißt es:

»Umstritten ist ... eine berufliche Verursachung von Epikondylitis und Styloiditis. Eine Periarthritis humero-scapularis kann nicht als Berufskrankheit gedeutet werden.«

Und Rutenfranz (1984) geht sogar noch weiter, wenn er für die Herausnahme dieser Erkrankungen aus der Berufskrankheiten-Liste plädiert:

»Dabei ist es interessant, darauf hinzuweisen, daß ... nur sehr selten Berufskrankheiten aus der Liste gestrichen werden. Dies könnte an der Irrtumsfreiheit der Wissenschaft liegen, was ich bezweifle, oder an der Unfähigkeit von Gesetzgebern, Irrtümer einzugehen oder positive Änderungen von Lebens- und Arbeitsbedingungen abschließend zur Kenntnis zu nehmen. Dies trifft meines Erachtens ... vermutlich für die BK 2101 (Erkrankungen der Sehnscheiden) zu.«

Die Diskussion um »Berufskrankheiten« oder »arbeitsbedingte Erkrankungen« wird zur Zeit heftig geführt, und der Laie hat häufig den Eindruck: eine Berufskrankheit sei eine Krankheit, bei der in wissenschaftlich einwandfreier Form nachgewiesen wurde, daß ein Zusammenhang besteht zwischen bestimmten Arbeitsbedingungen und der Entstehung einer bestimmten Erkrankung. Dem ist nun aber keineswegs so — wie gezeigt wurde. Ob eine Erkrankung in die Berufskrankheiten-Liste aufgenommen wird, hängt offensichtlich von ganz anderen als von wissenschaftlichen Gegebenheiten ab.

Gine Elsner



# Freund und Feind

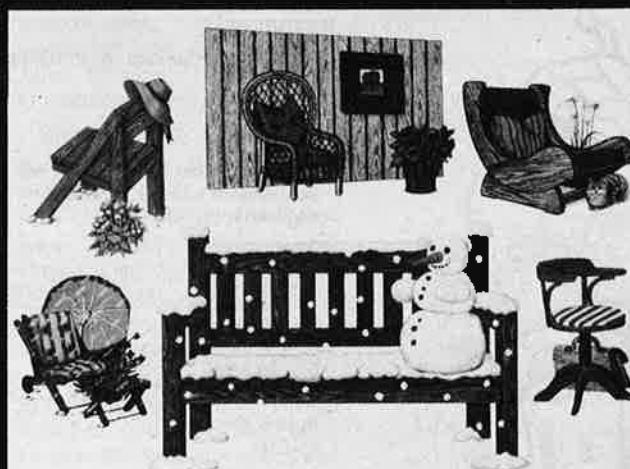
pw — Die Anwendung pentachlorphenolhaltiger Holzschutzmittel ist seit kurzem in den USA erheblich eingeschränkt worden: Die neuen Bestimmungen sehen vor, daß für den Innenbereich jeglicher Gebrauch verboten ist. Im Außenbereich dürfen derartige Mittel nur von eigens geschultem Personal angewandt werden. Es muß eine den ganzen Körper schützende Spezialkleidung einschließlich einer Gasmaske getragen werden.

Damit tragen die US-Behörden Erkenntnissen Rechnung, die in Pentachlorphenol ein erhebliches gesundheitliches Gefährdungspotential für den Menschen sehen.

Im Vergleich dazu muten die bundesrepublikanischen Verhältnisse geradezu mittelalterlich an. Über die Theken der Bau- und Hobbymärkte gelangen PCP-haltige Holzschutzmittel hektoliterweise in bundesdeutsche Wohnungen. Daran haben kaum sichtbare Warnhinweise: »Nicht für innen« nichts Nennenswertes geändert. Und wenn auch das eine oder andere Mittel aufgrund des zunehmenden öffentlichen Drucks inzwischen mit »PCP-frei« wirbt — Lindan, ein ähnlich giftiger Kohlenwasserstoff, ist allemal noch drin.

Ein Blick zurück in die Werbekampagne der siebziger Jahre zeigt, mit welcher skrupellosen Unachtsamkeit diese Wohngifte dem Verbraucher eingeredet wurden.

Beim Umweltbundesamt soll eine Studie unter Verschluß liegen, die das vernichtende Urteil über Pentachlorphenol aus den USA bestätigt. Die meisten dieser Erkenntnisse lagen schon vor, als die hier gezeigten Anzeigen erschienen.



**Platz 1 für die Lasur,  
die Holz schön schützt.**



1979: Immer noch »ideal auch für den Innenbereich«. Jetzt wird auch erstmals die »40-seitige Holzschutzfibel« angepriesen, die zur Verwendung des Präparats auch in Innenräumen anhält. Auch in den Bildern der Werbeanzeigen erscheinen Innenräume, in denen man es sich so richtig schön gemütlich macht.

zum Beispiel  
Sonne und Regen

in dem Film zu sehen.

- Birke
- Tanne
- Eibenholz
- Kastanie
- Tannenzapfen
- Mahagoni
- Palisander
- Sibersilber
- Oliv-Eiche
- Nutbaum
- Tüpfelholz
- Eiche

1100

10 geschoben 100 mit 1-  
1000 200





# Barfuß im Regen

**gut — Bangladeschs  
neue Gesundheitspolitik  
hat zu kämpfen. Die  
einige Pharmafirma  
begegnet harter Konkur-  
renz.**

Die Medikamentenfabrik »Gonoshasthaya Pharmaceuticals« (GPL) hängt eng mit den Zielen des Ursprungprojektes unter gleichem Namen zusammen, eines integrierten Gesundheits- und Entwicklungsprojektes, das — 22 Meilen von der Hauptstadt Dacca entfernt — in Savan, einem ländlichen Gebiet mit ca. 200 000 Einwohnern, liegt. Das Projekt war 1972 von Dr. Zafullah Chowdhury und einer Gruppe weiterer Ärzte gegründet worden, die bereits während des Unabhängigkeitskrieges von 1971 bei der Betreuung von Verletzten und Flüchtlingen zusammengearbeitet hatten. Sie räumten sogleich mit einigen »heiligen Kühen« der Medizin auf, indem sie in

jährlichen Kursen Barfußärzte und -ärztinnen für die medizinische Basisarbeit in den Dörfern und für einfache Operationen ausbildeten.

Mittlerweile gibt es über 60 ausgebildete Barfußärzte, zu meist Frauen, die ihre Arbeit in den Dörfern, den vier Unterzentren und dem Hauptzentrum verrichten. Sie sind in der Lage, Hauptkrankheiten wie Durchfall und Ruhr, Krätze, Lungeninfektionen, Nachtblindheit, Wurmerkrankungen, Blutarmut etc. zu behandeln. Schwierige Fälle werden zu den vier Ärzten im Hauptzentrum gebracht, die die Arbeit der Barfußärzte überwachen und größere chirurgische Eingriffe vornehmen. Aber

die meisten ambulanten Patienten werden von den Paramediznern angeschaut, die auch einige gängige Operationen durchführen. So werden 85 Prozent der Eileiterunterbindungen von den Barfußärzten gemacht — mit einer niedrigeren Komplikationsrate, als es die Ärzte vermögen.

Besondere Aufmerksamkeit bei den Hausbesuchen widmen die Barfußärzte der Gesundheit der Mütter und Kleinkinder. Kinder werden kostenlos geimpft, auch Frauen im gebärfähigen Alter gegen Tetanus. Für diese Aufgaben führen die Barfußärzte Impfstoffe in Thermoskannen und eine kleine Anzahl von Basisarzneimitteln mit sich.

Arzneimittel werden aber nur benutzt, wenn sie wirklich erforderlich sind. Die Prävention steht an erster Stelle. Zum Beispiel Durchfallerkrankungen: Frauen werden angehalten, Kranwasser zum Kochen und Trinken zu benutzen. Ihnen wird gezeigt, daß sie, anstatt teure Antidurchfallmittel zu kaufen, selbst eine orale Rehydrationslösung herstellen können, die sogenannte »lobon gur« aus Lobon (Salz) und gur (Melasse-)Zutaten, die in jedem Ort leicht zu haben sind. Anstatt routinemäßig Vitamin-A-Kapseln abzugeben, versuchen die Barfußärzte, die Mütter zu überzeugen, viel Gemüse bei den Mahlzeiten der Familie zu verwenden. Beim überwiegenden Teil der ca. 17 000 Kinder in Bangladesch, die jedes Jahr ihr Augenlicht verlieren, sind Durchfallerkrankungen die Ursache, die dem Körper seine ohnehin schon geringen Reserven an Vitamin A entziehen.

Obwohl ihr Ansatz präventiver Medizin (z. B. Gewährung von Agrarkrediten, Alphabetisierung und berufliche Bildung der Dorfbewohner) viel weiter gefaßt war als allgemein üblich, stellten die Mitarbeiter des »Kendra« nach fünf Jahren elementarer Gesundheitsarbeit fest, daß ihre Arbeit nur begrenzten Erfolg hatte. Die Dorfarbeit hatte ihnen gezeigt, daß viele der armen Patienten oft ihr letztes Hab und Gut opferten und unnötige und gefährliche Medikamente kauften (Vitamine, Antibiotika), die hauptsächlich von multinationalen Pharmakonzernen angepriesen wurden. Deshalb wurde 1978 die Gonoshasthaya Pharmaceuticals Limited (GPL) gegründet.

Die Fabrik ist eine der größten in Bangladesch und wurde hauptsächlich mit Kapital der holländischen Entwicklungshilfeorganisation NOVIB, einer Anleihe der Bangladesh Shilpa Bank und

weiteren Zuwendungen der britischen Organisationen »OXFAM« und »Christian Aid« gebaut. Obwohl GPL sich auf ausländische Geldgeber stützen mußte, um das Anfangskapital zusammenzubekommen und die internationale Apothekervereinigung in Holland technischen Beistand leistete, ist das Ziel die Selbständigkeit. Die Zeichnungen der Fabrikgebäude, die Klima- und Maschinenanlage wurden von Bengaliern geplant und ausgeführt. Die Produktion, die Qualitätskontrolle und das Marketing werden von bengalischen Managern geleitet, die in der Vergangenheit Erfahrungen bei großen ausländischen Herstellern gesammelt hatten.

Die Regierung hatte noch Anfang 1981 ein Zeichen der Ermüdung gesetzt, indem sie eine pharmazeutische Fabrik, die von ihr geschlossen worden war, dem Projekt zur Wiedereröffnung überließ. Nun soll auch diese Fabrik Medikamente hoher Qualität erzeugen, die zu niedrigen Preisen gehandelt und über Regierungskanäle vertrieben werden sollen.

## Multis bildeten Kartell

Nach einer schwierigen technischen Anlaufzeit begann GPL 1981 mit der Produktion von zwei der 33 wichtigsten Medikamente des bengalischen Gesundheitswesens: Ampicillin und Paracetamol. 1982 kamen sechs weitere essentielle Arzneimittel hinzu.

Als die Firma 1981 der Regierung Offerten für einige Medikamente zum Verbrauch in staatlichen Krankenhäusern machte, schlossen sich die Multis zu einem Kartell zusammen. Für jedes von der GPL angebotene Arzneimittel war plötzlich bei einem Multi ein billigeres Konkurrenzprodukt zu haben.

Bloß bei einem einzigen Medikament versäumten es die ausländischen Konzerne, die GPL-Offerte zu unterbieten. Dies, weil die bengalische Firma das Angebot erst in letzter Stunde gemacht hatte und den Konzernen keine Zeit mehr zur Preissenkung blieb. Darüber hinaus verlor GPL eine Ausschreibung der Regierung aufgrund der Machenschaften eines Rohstoffkonzerns, der die Rohstoffpreise in die Höhe getrieben und mit Regierungsunternehmen und pharmazeutischen Konzernen Absprachen getroffen hatte. Trotzdem verkauft die Fabrik 70 Prozent ihrer Produkte an die Regierung und hat mittlerweile



Die Medikamentenfabrik GPL in der Nähe von Dacca

einen Marktanteil von 5 Prozent (1983) in Bangladesch erreicht. Der Leiter der Fabrik ist Dr. Zafrullah Chowdhury, ein Arzt, der sich schon vor Jahren einen Namen als Vorkämpfer alternativer basisorientierter Medizin gemacht hatte: beim Gonoshasthaya Kendra Projekt.

Die Ziele der Fabrik beruhen auf vier Prinzipien: niedrige Preise, Qualität, ausschließliche Herstellung von Basismedikamenten (essential drugs) und verantwortungsvolles Marketing. Alle Aktien der Fabrik werden von einer wohltätigen Stiftung gehalten, und ihre Gewinne sind nach den Bestimmungen auf 10 bis 15 Prozent begrenzt. Die Hälfte der Gewinne fließt wieder in die Gesellschaft zurück, um die Produktion ausweiten, die Preise weiter senken und Forschung betreiben zu können. Der Rest wird für einen Gesundheitsfond und für Entwicklungsprojekte benutzt. Mittlerweile werden bereits 30 Medikamente hergestellt, die alle in der WHO-Liste der Basismedikamente enthalten sind.

Zur Unterstützung einer Informationskampagne »Gesundheit für alle« in Bangla Desh, die von Gonoshasthaya Kendra organisiert wird und die neue Gesundheitspolitik Bangladeshs (siehe dg 3/85 »David gegen Goliath«) breiter bekanntmachen will, haben sich in einer einzigartigen internationalen Gemeinschaftsaktion unter Führung der britischen Organisation »War on Want« nichtstaatliche Vereinigungen aus Norwegen, Schweden, Finnland, Holland, Dänemark, Frankreich, Belgien, Großbritannien, Irland, Kanada, Australien und der Bundesrepublik zusammengefunden, die dafür 700.000 Mark zur Verfügung stellten. Die Bundesrepublik wird durch Terre des

Hommes vertreten, die allein 70000 Mark zur Informationskampagne beisteuert. Beginn des Projekts war im Juli 1983.

Ziel der Informationskampagne ist es, die Vorteile des 1982 erlassenen Gesetzes zur neuen Medikamentenpolitik deutlich zu machen und den erwartenden Reaktionen der multinationalen Pharmakonzerne fundierte Argumente entgegenzustellen.

Hauptsächlich sollten drei Zielgruppen angesprochen werden: Ärzte und Gesundheitspersonal (ca. 12000), Apotheker bzw. andere im Verkehr und Vertrieb Tätige (ca. 17000) und Verbraucher in städtischen Gebieten und später in ländlichen Regionen.

Zweck der Bemühungen ist, durch Informations- und Erziehungsarbeit langfristige und nachhaltige Bewußtseinsänderungen sowohl der »Verschreiber« als auch der »Verbraucher« zu bewirken.

Vor allem jedoch sollen die Bemühungen unterstützt werden, einen nationalen pharmazeutischen Katalog herzustellen. Das Informationsmaterial soll nach Einrichtung einer eigenen kleinen Druckerei in Selbstproduktion hergestellt werden, wobei die Kosteneinsparung 75 Prozent beträgt. Die Druckerei kann außerdem durch Aufträge von außerhalb zur Selbstfinanzierung beitragen.

## Mit Volkstheater gegen teure Arznei

Unterstützt werden soll die Kampagne durch Anzeigen in der Tagespresse und Wochenschriften, die dafür 700.000 Mark zur Verfügung stellten. Die Bundesrepublik wird durch Terre des

wo sie dreimal täglich gezeigt werden, und im Fernsehen (zweimal wöchentlich). Damit die Kampagne auch in die Dörfer getragen werden kann, wo diese Medien gar nicht vorhanden sind, sind Ausstellungen, Dia-Ton-Serien und »Volkstheater« geplant.

Mittlerweile ist auch in Dacca, der Hauptstadt von Bangla Desh, eine Koordinationszentrale für die Kampagne eingerichtet worden, die mit einem Koordinator und zwei Projektarbeitern besetzt worden ist.

Die Mitarbeiter werden von einem gewählten Komitee von fünf Personen unterstützt und kontrolliert, die aus den Reihen von 35 Landesorganisationen und nichtstaatlichen Organisationen kommen. Die Liste der 220 Basismedikamente mit Erläuterung liegt mittlerweile gedruckt mit einer Auflage von 20000 Exemplaren vor (in Bengali-Sprache). Ca. 8000 feste Bestellungen von Ärzten und Apothekern sind eingegangen.

Mehrere Anzeigen in der Tagespresse und Wochenschriften wurden inzwischen veröffentlicht. Von 18 geplanten Tagungen konnten mehrere nicht stattfinden. Auch der Aufbau der Koordinationsstelle gestaltete sich schwieriger als geplant.

Der Hauptgrund dieser Schwierigkeiten ist die labile politische Lage, in der sich das Land befindet. Der Druck auf die Militäregierung von Seiten der Pharmaindustrie und der westlichen Länder wird größer. Andererseits werden Forderungen nach Rückkehr zu einer zivilen Regierung lauter.

Trotzdem: Bangladesch gilt als Vorbild für weitere 80 Länder, die diesen Schritt für eine neue Gesundheitspolitik noch nicht vollzogen haben. □

# Balken im Auge



Foto: dpa

## Bremen: SPD-Forum zu gesundheitlichen Folgen der Arbeitslosigkeit

**gst — Bremens SPD ließ sich hochkarätige Referenten kommen. Das Publikum las dem Veranstalter die Leviten.**

»Die gesundheitlichen Folgen von Arbeitslosigkeit stärker in den Vordergrund zu rücken, weil sie oft langfristige Gesundheitsschäden nach sich ziehen«, sei das Ziel des Forums »Armut und Gesundheit« der Bremer SPD-Bürgerschaftsfraktion, hieß es im Einladungsfaltblatt. Immerhin kamen ca. 200 Zuhörer in das Haus der Bürgerschaft, um den vier Referaten und der anschließenden Diskussion zu folgen.

»Wer Sozialpolitik machen will, muß sich zu allererst intensiv mit ökonomischen Fragen beschäftigen, um den immer wiederkehrenden ‚Argumenten‘, es sei kein Geld da, entgegentreten zu können.« Mit dieser Vorbemerkung leitete E.-U. Huster vom kirchlichen Dienst in der Arbeitswelt der evangelisch-lutherischen Landeskirche Hannover sein Referat »Strukturprobleme und Perspektiven in der Sozialpolitik« ein. Der Referent rechnete seinen Zuhörern vor, daß allein im letzten Jahr vor allem von den Großunternehmen

600 Milliarden nicht investiert worden seien, sondern in die Rücklagen geflossen seien, bei meist glänzenden Abschlüssen der Unternehmen. Die »Gewinnmitnahmen« der Großunternehmen ständen im Vordergrund der »Wendekoalition«, nicht die Beseitigung der Massenarbeitslosigkeit.

Die drastischen Kürzungen beim Arbeitslosengeld schilderte der Autor des Buches »Die neue Armut«, Hans Nakielski. Bekamen 1974 noch 87 Prozent aller Arbeitslosen auch Arbeitslosengeld, so ist dieser Anteil heute auf 42 Prozent gesunken. 33 Prozent der Arbeitslosen (ca. 800 000 Menschen) gehen mittlerweile leer aus. Darüber hinaus gibt es mittlerweile ca. 1,3 Millionen nicht registrierte Arbeitslose (vor allem Frauen, Dauerarbeitslose, sogenannte Schwervermittelbare mit gesundheitlichen Einschränkungen etc.), die sich gar nicht mehr beim Arbeitsamt melden, da sie sowieso kein Geld bekämen und die Arbeitssuchende resigniert abgebrochen hätten.

Einen Indikator für das Ausmaß einer zunehmenden Verarmung stellen die mittlerweile 230 000 Arbeitslosenhaushalte dar, die von der Sozialhilfe leben (d.h. Familien, die weder Arbeitslosengeld noch -hilfe, noch Unterstützung von anderen Familienangehörigen erhalten können, was im Rahmen der Be-

dürftigkeitsprüfung nachgewiesen werden muß).

Außerdem ist kräftig bei den Bezügen von Arbeitslosengeld und -hilfe gespart worden, indem die Anwartszeiten für das Erlangen von Arbeitslosengeld verlängert worden sind, Urlaubsgelder, Überstundenvergütungen und Weihnachtsgeld nicht mehr auf die Höhe der Arbeitslosenunterstützung angerechnet werden. So beträgt das Arbeitslosengeld für Verheiratete real nur 61 Prozent des vorherigen Verdienstes. Der durchschnittliche Arbeitslosenhilfesatz für einen Verheirateten beträgt gerade 759 Mark im Monat. Arbeitslose Ledige erhalten noch viel weniger. Arbeitslosen Jugendlichen wurden die Bezüge um ein Drittel gekürzt.

Wilhelm Thiele von der Berliner Arbeitsgruppe Strukturforschung im Gesundheitswesen an der Technischen Universität wies mit umfangreichem Datenummaterial nach, daß sich Schichtenunterschiede auch in unterschiedlicher medizinischer Behandlung niederschlagen. Arbeitslose Hochdruckkranken werden in einem sehr viel geringeren Maße als solche erkannt und behandelt als Berufstätige und haben eine entsprechend geringere Lebenserwartung. Kinder aus arbeitslosen Familien nehmen nur halb soviel Vorsorgeuntersuchungen wahr wie andere Famili-

lien, obwohl bei ihnen eine ungleich größere Gefährdung vorliegt.

Der Krankenstand in den Betrieben habe sich nicht deshalb um 18 Prozent gesenkt, weil die Arbeitnehmer gesünder geworden wären, sondern weil in den letzten Jahren eine betriebliche Gesundheitsselektion stattgefunden habe. Es seien vorwiegend »kranke« Mitarbeiter entlassen worden, die Olympiareifen seien übriggeblieben.

Das eindrucksvollste und auch konkreteste Referat hielt Dr. Thomas Kieselbach von der Universität Bremen: »Die gesellschaftliche Verarbeitung von Massenarbeitslosigkeit: Gesundheits- und sozialpolitische Konsequenzen aus der Arbeitslosenforschung.«

Zwölf konkrete Forderungen stellte der Referent, eine der wichtigsten: der Arbeitslosenpaß (verbilligte Fahrten, verbilligter Zutritt zur Volkshochschule etc.). Der Individualisierung (sogenannte selbstverschuldete Arbeitslosigkeit) und der Naturalisierung (sogenannter natürlicher oder saisonaler Arbeitsmarktsockel) der Arbeitslosigkeit müsse entgegengetreten werden. CDU-Arbeitslosenprogramme nach dem Motto: Wie bewerbe ich mich richtig? führten bei den Arbeitslosen über kurz oder lang zur Erkenntnis, daß keine wie immer geartete Änderung des eigenen Verhaltens zum Ziel Arbeit führt. So förderten solche Programme sogar noch die Resignation.

Hatten die Referenten mit kaum einem Wort erwähnt, daß ein großer Teil der Sparmaßnahmen im Sozialbereich bereits von der sozialliberalen Koalition eingeleitet worden war, entwickelte sich in der heftige Kritik an der alten SPD/FDP-Regierung und der Bremer SPD-Politik. Ein Antrag zur Einführung eines Arbeitslosenpasses in Bremen sei trotz absoluter SPD-Mehrheit gescheitert.

Zahlreiche weitere konkrete Forderungen wurden vorgebracht, wie die Einbeziehung der Beamten und Selbständigen in die Arbeitslosenversicherung oder die Abschaffung der Bedürftigkeitsprüfung, die eine familiensprengende Wirkung aufweist, wenn zum Beispiel Eltern zur Finanzierung des vierzigjährigen arbeitslosen Sohnes herangezogen werden. □

Philipp Herder-Dorneich/  
Alexander Schuller: **Die Ärzteschwemme, Nomos-Verlagsgesellschaft Baden-Baden 1985, 232 Seiten, 66 Mark**

Wer die öffentliche Diskussion um die »Ärzteschwemme« aufmerksam, skeptisch, verunsichert oder verärgert verfolgt, wird sicher gerne — wie es der Schreiber dieser Buchbesprechung tat — nach einem solide aussehenden Buch greifen, um nähere Informationen oder Hintergrundwissen zu bekommen. Um es gleich vorwegzunehmen: der bekannte Name der Herausgeber, des Verlages und der hohe Preis haben nicht entfernt ausgereicht, um den Anspruch dieses Buches einzulösen. Statt einer seriösen und faktenreichen Auseinandersetzung mit dem Thema eine Sammlung, um nicht zu sagen ein Sammelsurium, unverbunden nebeneinanderstehender Aufsätze, allesamt Vorträge des »4. Kölner Kolloquiums«; diese Kolloquien werden regelmäßig von dem konservativen Professor für Sozialpolitik Herder-Dorneich organisiert.

HERDER-DORNEICH  
SCHULLER (Hrsg.)

## Die Ärzteschwemme



Nomos Verlagsgesellschaft Baden-Baden

In dem einleitenden Beitrag untersucht Herder-Dorneich die »Ärzteschwemme« als Steuerungsproblem. Herder-Dorneich geht an das Problem rein unter ordnungs-politischen Gesichtspunkten heran, so daß Fakten nicht weiter stören dürfen: »Bereits Mitte der sechziger Jahre beginnt sich das Problem der »Ärzteschwemme« anzu-bahn« (S. 13). Tatsächlich sank die Zahl der Studienanfänger von 5900 (1962) auf 3029 (1969) ab — nämlich mit der Einführung des *Numerus clausus*.

Hintergründe zur Entstehung der Diskussion um die »Ärzteschwemme« erfährt der Leser nicht. Warum 1978 Studien des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung des Wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkassen erschienenen, warum die Standesblätter tagelang tagaus von dem »drohenden Ärzteproletariat« fäselten, kann man bei Herder-Dorneich nicht erfahren. Der dg-Leser konnte sich dagegen schon im April-Heft 1984 informieren.

Herder-Dorneich untersucht dann die »Abhängigkeitsvariablen des Angebots« an Ärzten. Hier sinniert er z.B. über die mögliche »abschreckende Wirkung« von hohen Studiengebühren: »wenn der Rückzahlungspflicht ein hohes Berufsrisko gegenübersteht.« (17) Was folgt daraus? »Da es bislang weder eine Reservearmee an Ärzten noch Studiengebühren an bundesdeutschen Hochschulen gab, sind wir hier in starkem Maße auf Vermutungen angewiesen.« (17)

Der letzte Halbsatz scheint auch die Grundlage der weiteren Ausführungen zu sein. Herder-Dorneich entwickelt zwei »Szenarien« zur Eindämmung der Ärzteschwemme: das »liberalistische Entwicklungsszenario« (23) und das »etatische Entwicklungsszenario« (28). Das erstere sieht nach Herder-Dorneich die weitere Entwicklung so, »daß vermehrtes Angebot an ärztlichen Personen zu sinkenden Einkommen führe und sinkende Einkommenserwartungen für Ärzte den Anreiz zur Ausübung dieses Berufes verringern und damit den Zustrom abbremsen würden.« (24)

Dem »etatischen Szenario« unterstellt Herder-Dorneich, »daß die Ärzte unter wachsendem Einkommensdruck schließlich bereit sind, die Freiberuflichkeit aufzugeben und zu versuchen, als Angestellte oder Beamte in ein umfassendes öffentliches Gesundheitswesen aufgenommen zu werden.« (29) Beide Szenarien verwirft Herder-Dorneich sogleich wegen unrealistischer Annahmen, um dann mit der Andeutung einer »systemkonformen Steuerungsstrategie« abzuschließen: die Verlängerung der Ausbildung, Verschärfung des *Numerus clausus*, Verschärfung von Prüfungen sowie Maßnahmen, die die vermehrte Zahl von Absolventen des Medizinstudenten aufzufangen (unterversorgte Gebiete, Gruppenpraxen) und in andere Berufe abdrängen.

Hans-Joachim Wirzbach, Hauptgeschäftsführer der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, beschäftigt sich mit den »Quantitativen Perspektiven der Ärzteschwemme« (37 ff.) — als einziger im ganzen Buch.

Ärzte	berufs-tät. Ärzte	Anteil in %
1960:	80792	74486
1970:	103981	92773
1980:	164124	139452
1983:	184228	152158
		82,5%

Der Beitrag von Wirzbach zeigt verschiedene Tendenzen:

• Die Anzahl der Ärzte insgesamt steigt unbestreitbar: der Anteil der berufstätigen nimmt deutlich ab (Folge einer besseren Altersversorgung, höherer Frauenanteil).

• Das Verhältnis Allgemeinärzte/Fachärzte hat sich in den letzten 25 Jahren vollständig umgekehrt, heute sind 60 Prozent der niedergelassenen Fachärzte, nur noch 40 Prozent Allgemeinärzte.

• Aufgrund der ungünstigen Altersstruktur wird in den nächsten fünf Jahren ein großer Teil der niedergelassenen Ärzte ausscheiden. Für die Zukunft will Wirzbach die ausschließlich schwarzmalenden Prognosen nicht übernehmen: »Nach den bisherigen Ergebnissen erscheinen die Hochrechnungen alle recht großzügig.« (55) Das schließt auch die eigenen Berechnungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ein.

Resümee: »Genaue Angaben darüber, wie sich diese Zahlen in den nächsten 15 Jahren entwickeln werden, sind nicht möglich ...«

Bei allen Vorbehalten gegenüber Aussagen, die auf wenig gesicherten Daten beruhen, wird man vermuten können, da sich vom Jahr 2000 an das Verhältnis zwischen Angebot und Bedarf an Ärzten in der Bundesrepublik normalisiert. Bis zu diesem Zeitpunkt ist mit einer Ärzteschwemme zu rechnen, wobei davon auszugehen ist, daß der Bedarf an Krankenhausärzten weitgehend gedeckt ist, daß in anderen Bereichen Ärzte noch aufgenommen werden können und daß auf dem Sektor der niedergelassenen Kassenärzte ebenfalls noch ein Bedarf besteht, der sich nicht nur aus der Veränderung der Krankheitsbilder ergibt, sondern auch aus der Veränderung der Altersstruktur der Bevölkerung.« (58)

Auch wenn man dieser Einschätzung noch an einzelnen Punkten begründet widersprechen kann, überrascht doch der wenig hysterische Ton, der sonst die Verlautbarung der Standesorganisationen in den letzten Monaten gekennzeichnet hat. Einige Fragen berührt Wirzbach leider auch nicht: Welche harten Daten außer den Studienanfängerzahlen und den Approbationen gibt es über den ärztlichen Arbeitsmarkt? Warum gehen alle Prognosen von einer völlig unveränderten Struktur unseres Gesundheitswesens aus?

Im Abschnitt »Verstrickungen der Bildungspolitik« stellen einige Beiträge die Ärzteschwemme als reine Folge einer verfehlten sozialliberalen Bildungspolitik dar; so G. Petersen in einer Ansammlung konservativer Bildungsweisheiten (63 ff.). In die gleiche Kerbe haut Heinrich Schipperges, Heidelberg Professor für Medizingeschichte, in seinem Aufsatz: »Ärzteschwemme — Gründe, Folgen, Rezepte: Fünf Thesen zum Problem der „over-education“« (79).

Im letzten Abschnitt des Buches werden Steuerungsmöglichkeiten

zur Bewältigung der »Ärzteschwemme« diskutiert.

G. Spielmeyer, Richter am Bundessozialgericht, kommt in seinem Beitrag zu dem Schluß, daß zur Steuerung der kassenärztlichen Versorgung die Vergütung auch als Pauschalvergütung gezahlt werden könnte — statt der heute geltenden Einzelleistungsvergütung — und daß ein solches System sozialer sei als das heute gültige. (133) Auch Theo Thiemeyer, Sozialwissenschaftler aus Bochum, greift zu dieser These, verbunden mit der Erwartung, daß der »Ärzteschwemme«, die auch von ihm nicht grundsätzlich in Frage gestellt wird, durch Verhandlungen zwischen den Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen gesteuert werden könne (145 ff.). F. Geigant untersucht in seinem Beitrag die »Möglichkeiten und Grenzen der Gewinnung zusätzlicher Arztsitze durch Arbeitszeitverkürzung bei niedergelassenen Ärzten in der Bundesrepublik Deutschland« (193). Zwar sieht er Arbeitszeitverkürzungen grundsätzlich in der Praxis als sinnvoll und möglich an, wittert jedoch hinter einer allgemeinen Diskussion um diese Frage wieder einmal Gefahr für die »Grundfesten ärztlicher Betätigung in Form der Ausübung eines freien Berufes« (223).

Dieses Buch kann seinem Anspruch nicht gerecht werden, den Leser umfassend über das umstrittene Thema zu informieren. Die meisten Beiträge verbleiben auf der rein ideologischen Ebene, die »Ärzteschwemme« wird als vorgefundenes Naturereignis angenommen. Erfreulicherweise bleibt der Beitrag von Wirzbach davon ausgenommen, er kann auf den kurzen Nenner gebracht werden: Es wird nichts so heiß gegessen, wie's gekocht wird.

Empfehlenswert ist das Buch allenfalls als Pflichtlektüre für Rezessenten, glücklicherweise wirkt der hohe Preis zusätzlich abschreckend (66 Mark). Und das trotz der im Vorwort erwähnten finanziellen Förderung durch den Bundesverband der Deutschen Zahnärzte.

Matthias Albrecht



# IMPRESSUM

## Herausgeber

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

**Anschrift der Redaktion:** Demokratisches Gesundheitswesen, Siegburger Str. 26, 5300 Bonn 3, Tel. 0228 / 46 82 00 (8.30 Uhr bis 12.30 Uhr, montags 19.00 Uhr bis 21.00 Uhr)

**Anzeigenleitung:** Walter Beilken, Steinstr. 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 Straßl (ks); **Pharmazeutische Industrie:** Ulli 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-Höbel (frh), Stephan Schözel (sts); **Frauenprobleme:** Ulla Funke-Verhasselt (ufv); **Pflegberufe:** Thomas Wetzig (tw); **Historisches:** Helmut Koch (hk), **Kultur und Subkultur:** Helmut Copak (hc)

Der für das jeweilige Ressort zuständig oder allein genannte Redakteur ist verantwortlicher Redakteur im Sinne des Pressegesetzes.

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

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

Nachdruck nur nach Zustimmung der Redaktion.

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

**Die Zeitschrift „DEMOKRATISCHES GE- SUNDHEITSWESEN“ erscheint monatlich bei:**

Pahl-Rugenstein Verlag GmbH, Got- wesweg 54, 5000 Köln 51, Tel. 0221/364051, Konten: Postgiroamt Köln 6514-503, Stadtsparkasse Köln 108 52238 (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 Nichtscheinungen durch höhere Gewalt kein Entschädigungsanspruch.

Redaktions- und Anzeigenschluß für das Malheft: 1. April 1985.

**Graphik:** Christian Paulsen

**Titelfoto:** dpa

**Layout:** Edi Erken, Helmut Copak, Norbert Andersch, Walter Boilken

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

**JSSN: Nr. 0172-7091**

## dg-Kontakte

**Aachen:** Erhard Knauer, Maria-Theresia-Allee 59, 5100 Aachen, Tel. (0241) 75459; **Ansbach:** Birgitta Eschenbacher, Am Heimweg 17, 8800 Ansbach, Tel. (0981) 14444; **Berlin:** Hermann Dittrich, Grunewaldstr. 28, 1000 Berlin 41, Tel. (030) 8226328; **Bonn:** Edi Erken, Eckenerstr. 28, 5208 St. Augustin 2 (Hangelar), Tel. (02241) 29178; Stefan Schözel, Bergstr. 8, 5300 Bonn 1, Tel. (0228) 233526; Kurt Straßl, 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. (0711) 27272; **Darmstadt:** Jürgen Fohrert, Neulicher Weg 3, 6101 Modautal-Ernsthofen; **Dortmund:** Matthias Albrecht, Am Kuhlenweg 22, 4600 Dortmund 50, Tel. (0231) 753880; Detlev Uhlenbrock, Drostehülfshoff-Str. 1, 4611, Tel. 421768; **Düsseldorf:** Joachim Gill, Fruchtstr. 2, 4000 Düsseldorf, Tel. (0211) 349204; **Duisburg:** Thomas Wetzig, 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 Priester, Schloßstr. 96, 6000 Frankfurt 90, Tel. (069) 705449; **Gießen:** Claudia Göttmann, Bismarckstr. 6, 6300 Gießen, Tel. (0641) 75245; **Göttingen:** Barbara Wille, Ostlandweg 23, 3400 Göttingen, Tel. (0551) 33710; **Hamburg:** Robert Pfeiffer, Kurfürstenstr. 45, 2000 Hamburg 70, Tel. (040) 6564845; **Hanau/Maintal:** Hans See, Südring 12, 6457 Maintal 1, Tel. (06181) 47231; **Hannover:** Martin Walz, Tiestestr. 19, 3000 Hannover 1, Tel. d. (05132) 8065571; (0511) 818868; **Hattingen:** Wolfgang Münster, Marxstr. 19, 4320 Hattingen, Tel. (02324) 67410; **Heidelberg:** Michael Gerster, Burgstr. 44, 6900 Heidelberg, Tel. (06221) 474101; **Karlsruhe:** Claudia Lohner, Schillerstr. 54, 7500 Karlsruhe 1, Tel. (0721) 849948; **Kassel:** Matthias Dippel, Waitzstr. 2d, 3500 Kassel, Tel. (0561) 54925; **Kiel:** Ralf Cüppers, Saarbrücker Str. 176B, 2300 Kiel 1, Tel. (0431) 586397; **Kleve:** Ulla Funke-Verhasselt, Steinbergen 33, 4182 Uedem, Tel. (02825) 8424; **Köln:** Peter Liebermann, Garthstr. 16, 5000 Köln 60, Tel. (0221) 763844; Eckard Müller, Säckinger Str. 4, 5141, Tel. 432919; **Helmut Schaaf, Rhöndorfer Str. 5, 5141, Tel. 428726; Lengerich:** Jan Hendrik Herdtlass, Niederrinckel 3, 4540 Lengerich; **Lübeck:** Angela Schürmann, Stadtweide 99, 2400 Lübeck, Tel. (0451) 503355; **Mannheim:** Werner Wehdorf, Friedrichstr. 57, 6800 Mannheim, Tel. (0621) 855405; **Marburg:** Hanna Koch, Alter Ebsdorfer Weg 18, 3550 Marburg; **Minden:** Volker Happmann, Bäckersstr. 41, 4950 Minden; **Mülheim/Ruhr:** Norbert Andersch, Muhrenkamp 36, 4330 Mülheim/Ruhr, Tel. (0208) 33846; **München:** Margret Lambardt, Billrothstr. 7, 8000 München 70, Tel. (089) 781504; **Mindelheim:** Thomas Melcher, Beethovenstr. 4, 8948 Mindelheim, Tel. (08261) 9733; **Münster:** Helmut Copak, Geiststr. 67a, 4400 Münster, Tel. (0251) 794688; Barbara Halbisen-Lehnert, Hoysbach, 11, Tel. 287431; Uli Menges, Soppenradweg 44, Tel. 783399; Ulli Raupp, Peter Walger, Willi-Hölscher-Weg 7, Tel. 7801437; **Oldenburg:** Helmut Koch, Saarstr. 11, 2900 Oldenburg, Tel. (0441) 83856; **Recklinghausen:** Patra Voss, Am Lohor 4, 4350 Recklinghausen, Tel. (02361) 15453; **Remscheid:** Michael Sünder, Lockflickerstr. 50, 5630 Römerscheid 11, Tel. (02191) 55279; **Reutlingen:** Helmut Jäger, Ganghoferstr. 12, 7410 Reutlingen, Tel. (07121) 240236; **Riedstadt:** Harald Skroblios, Fraich.-v.-Stein-Str. 9, 6086 Riedstadt, Tel. (06176) 6161; **Siegburg:** Richard Beitzel, Hagedornweg 24, 5200 Siegburg-Kaldauen, Tel. (02241) 383590; **Siegen:** Michael Regus, Zur Zinsenbach 9, 5900 Siegen, Tel. (0271) 76860; **Solingen:** Heinrich Recken, Basaltweg 16, 5650 Solingen 1, Tel. (02122) 47885; **Tübingen:** Elke Schön, Jacobgasse 19, 7400 Tübingen, Tel. (07071) 212798; **Ulm:** Wolf Schleiner, Ringstr. 22, 7900 Ulm-Loehr, Tel. (0711) 66544; **Viersen:** Sebastian Stierl, Glaubacher Str. 94, 4056 Schwalmstadt 1, Tel. (02163) 4191.

# wir über uns



## dg prominent

Für einige Resonanz hat Peter Walgers Artikel »40 Tote bei Smogalarm?« in der Märznummer gesorgt. Der Bundesverband Bürgerinitiativen Umweltschutz griff die Rechnung aus dg auf und forderte auf ihrer Basis eine Verschärfung der

Smogverordnung und die Neufestlegung der Gebietsgrenzen. Die dg-Berechnung und die BBU-Forderungen waren der Deutschen Presse-Agentur eine Meldung wert. Am 1. März, unmittelbar nach Erscheinen des Hefts, ging die Meldung über

den Ticker: »BBU fordert verschärzte Smog-Verordnung — Nach Alarm statistisch 40 Todesfälle zu erwarten«. dpa: »Vor Journalisten in Bonn verwies BBU-Vorstandsmitglied Klaus Kall auf eine Berechnung der Zeitschrift „Demokratisches Gesundheitswesen“, nach der nach der Smog-Alarm-Periode im Ruhrgebiet statistisch 40 Todesfälle zu erwarten seien.«

Die »taz« berichtete ausführlich in ihrer Ausgabe vom 2. März. Auch die »Süddeutsche« brachte am 4. März eine eigene Meldung. Ein Anruf des WDR-Fernsehens blieb leider ohne publizistische Folgen. Angst vor den militärtanten Ruhrgebietbürgemeistern?

Wenigstens lokales Aufsehen erregte dg-Redakteur Walger mit einem Vortrag im westfälischen Werl. Er hatte auf Einladung der Grünen zu Schäden durch Holzschutzmittel berichtet (siehe Artikel in diesem Heft). Die Lokalpresse gab den dg-Erkenntnissen breiten Raum. Ja, wenn's dann wirklich so dicht nebendran einschlägt ...

**dg-Report im nächsten Heft:  
Allergien und Umwelt**

# Könnte Herren

PAHL-RUG. GOTTESW. 54 5000 KOELN  
G 2961 E 394711 353

KARL BOEKER  
CARL VON OSSIETZKY STR. 23 A

4800 BIELEFELD 1



**Das Geld auf der Bank?  
Den heißen Draht zur großen  
Industrie? Das Gesicht?  
Wohl kaum.  
Aber vielleicht das fehlende  
dg-Abo?  
Damit könnte heute schon  
Schluß sein!**



Ich abonneiere die Monatszeitschrift Demokratisches Gesundheitswesen zum Preise von DM 3,60 zzgl. 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**

