

Nr. 3/85 · März 1985 · Einzelheft 5 Mark · Im Abonnement 3,60 Mark · G 2961 E

dg

DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN

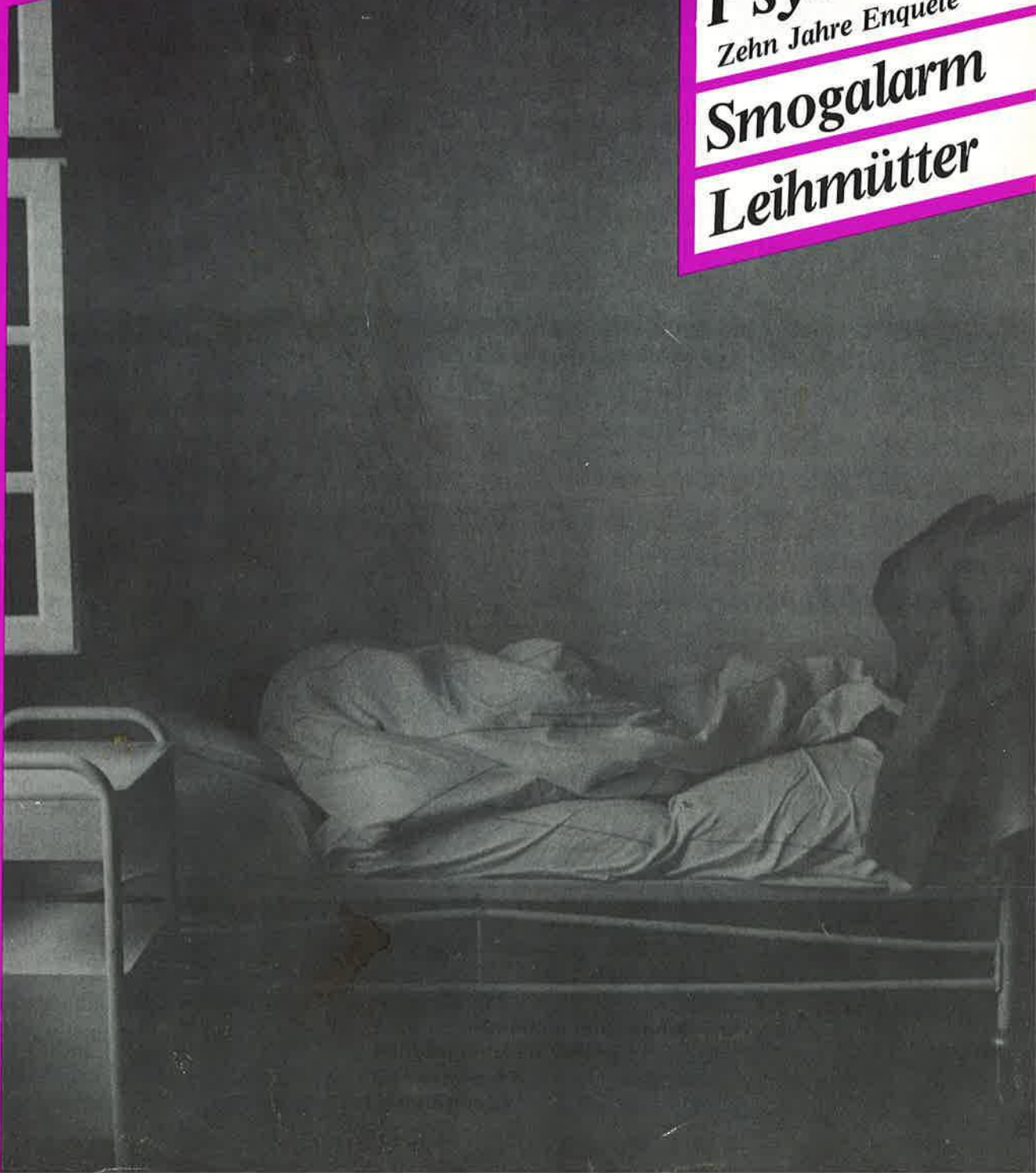
ZEITSCHRIFT FÜR GESUNDHEITS-
UND SOZIALBERUFE

Psychiatrie

Zehn Jahre Enquête

Smogalarm

Leihmütter



der kommentar



dg-Redakteur
Matthias Albrecht
ist Chirurg
in Dortmund.

»Modell Bayern«?

In unserer »pluralistischen« Medienlandschaft gehen kleine Meldungen oft unter. So auch dieser Tage die Meldung, daß der »Bayern-Vertrag« — 1979 zwischen den RVO-Kassen und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns vereinbart — mit katastrophalen Ergebnissen das Jahr 1984 abschloß.

Erinnern wir uns: Im Sommer 1979 schlossen Bayerns KV-Chef Sewering und der Geschäftsführer des Landesverbands der Ortskrankenkassen Hans Sitzmann einen neuartigen Vertrag über die kassenärztliche Versorgung ab. Für die Gesamtvergütung wurde eine prozentuale Steigerungsrate von 6 Prozent als Obergrenze vereinbart. Doch derartige Vereinbarungen gab es schon mehr als genug. Der »Bayern-Vertrag« sah als besonderen Clou vor: Würde die vereinbarte Steigerungsrate um mehr als 10 Prozent überschritten, müßten die bayerischen Kassenärzte nur dann nicht mit Honorarkürzungen rechnen, wenn sie auf vier Gebieten Einsparungen erzielen könnten:

- weniger Krankenhauseinweisungen,
- geringere Arzneimittelausgaben,
- weniger Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen,
- weniger Ausgaben für physikalische Maßnahmen (Bäder, Massagen).

Das ganze wurde mit dem Slogan »Soviel ambulant wie möglich, so viel stationär wie nötig!« publikumswirksam verkauft.

Das strategische Ziel dieser Vertragspolitik war von Anfang klar: durch weniger Krankenhauseinweisungen sollten die Kassen bei den stationären Ausgaben entlastet werden, die so eingesparten Gelder sollten in den ambulanten Bereich umverteilt werden.

Den bayerischen Weg beschritten bald andere Kassenverbände und KVen, um bei der

Verteilung des Honorarkuchens nicht zu kurz zu kommen. Na und? könnte manch einer sagen, warum denn nicht? Es könnte doch auch aus der Sicht der Versicherten und aus gesundheitspolitischen Überlegungen sinnvoll sein, die Krankenhauseinweisungen zu begrenzen und mehr als bisher den ambulanten Bereich auszubauen. Warum soll die klinische Maximalmedizin unnötig auf Menschen losgelassen werden?

Ja, in einem rational organisierten Gesundheitswesen kommt dem ambulanten Bereich ganz sicher die entscheidende und leitende Funktion zu. Wer es ernst meint z.B. mit einer Konzeption der primären Gesundheitsversorgung (primary health care-Konzept der WHO), müßte auch an unser ambulantes System inhaltliche Anforderungen stellen: seine Funktion in Prävention, Früherkennung, Behandlung und Langzeitbetreuung von chronisch Kranken.

Doch diese Funktion hat unser ambulantes System, die kassenärztliche Versorgung, nicht. In einer Hinsicht jedoch hat es die entscheidende steuernde Funktion: in ökonomischer Hinsicht. Das Kleinunternehmen Kassenspraxis veranlaßt den größten Teil aller Kassenausgaben: Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel, ambulante Behandlung werden direkt veranlaßt, Krankschreibungen und Einweisungen in das Krankenhaus indirekt. So wie die Einzelpraxis sich den ökonomischen Gesetzen der Gewinn- bzw. Umsatzsteigerung unterwerfen muß, wie auch immer der einzelne Arzt seine Arbeit selber sehen mag, so verhält sich konsequent der gesamte Bereich des ambulanten Sektors, gut gemanagt durch die Kassenärztlichen Vereinigungen.

Doch jetzt hat der Bayern-Vertrag — wie schon 1983 — mit negativen Zahlen abgeschlossen:

7,5 Prozent gingen die Kosten für die ambulante Versorgung in die Höhe, vereinbart waren 4 Prozent. Es gab sowohl eine Ausweitung der Zahl der Behandlungsfälle als eine Ausweitung der Leistungen »pro Fall«. Im gleichen Zeitraum stieg die Zahl der Krankenhaus-Tage um 2,5 Prozent, die Arzneimittelausgaben um 9 Prozent.

Damit hat der Bayern-Vertrag wiederum seine eigenen Zielsetzungen nicht erreicht. Die gesamte Kostendämpfungsstrategie à la Sewering ist auf Grund gelaufen.

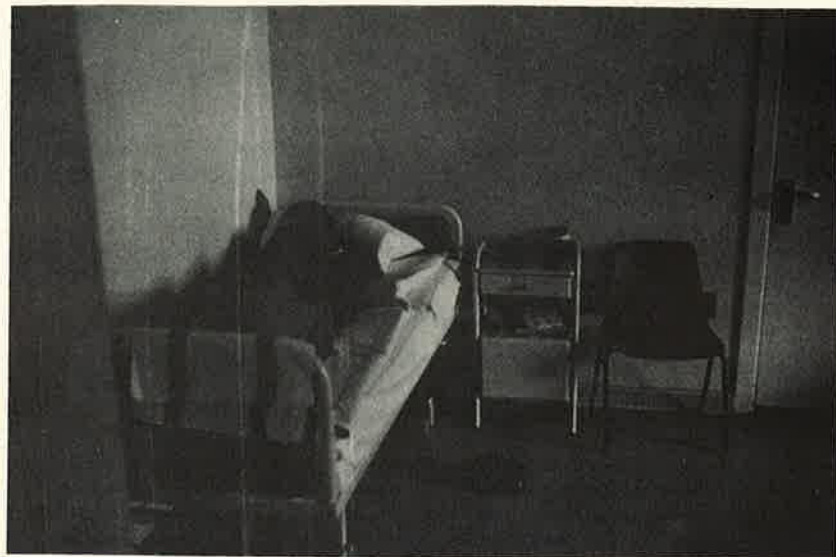
Der Schwarze Peter liegt allerdings nicht nur bei der Kassenärztlichen Vereinigung, sondern auch bei jenen Krankenkassengeschäftsführern, die glauben, sie könnten den ambulanten Ausgabenbereich von der Kostenseite in den Griff bekommen, ohne das Einzelleistungsvergütungsprinzip in Frage zu stellen. Dieser naive Kinderglauben könnte die Krankenkassen und ihre Beitragszahler noch viele Beitragserhöhungen kosten.

DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN

ZEITSCHRIFT FÜR GESUNDHEITS-
UND SOZIALBERUFE

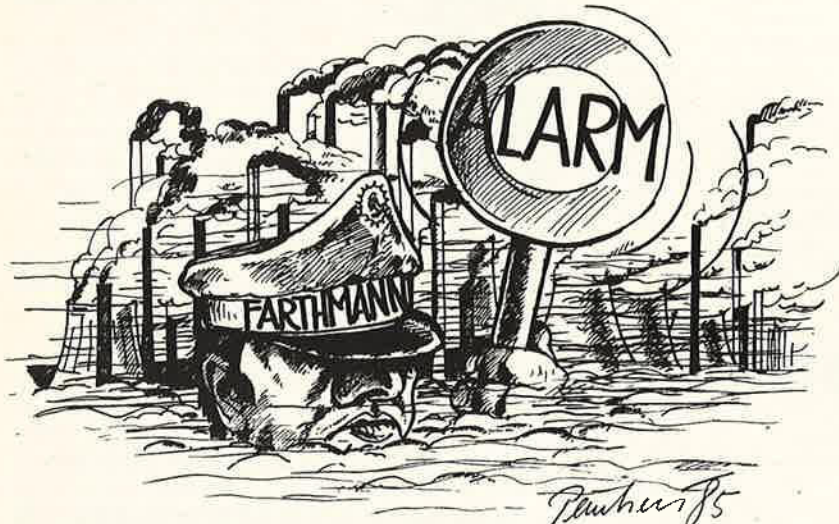
Inhalt

3/85



Vor zehn Jahren legte die Enquête-Kommission zur Psychiatrie ihren Bericht vor. In diesem Jahr läuft das »Modellprogramm« aus. Was ist für die Betroffenen herausgekommen?

Seite 10



Sechs Tage Smogalarm im Ruhrgebiet — und angeblich keine Folgen für die Gesundheit der Bewohner. Aber in den Grenzwerten sind sogar Tote statistisch einkalkuliert.

Seite 16



»Neue Männer braucht das Land« — sang Schlagerstar Ina Deter. Ein Psychologe zu den Hintergründen des Männer-Booms.

Seite 20

dg-Report

Außer Spesen nichts gewesen? Zehn Jahre Psychiatrie-Enquête	10
Psychisch krank — gibt's das?	14

Umwelt

40 Tote bei Smogalarm? Grenzwerte kalkullieren Tote ein	16
Ziemlich ätzend Formaldehyd im Präpariersaal	19
Droge-rie Gift-Selbstbedienungsläden	24

Frauen

Unbequeme Wahrheiten Geißlers §218-Studie	18
Ganz neue Mütterlichkeit Leihmutterschaft	26

Psychologie

Neue Männer braucht das Land Hintergründe des Männer-Booms	20
---	----

Pflegeberufe

Protrahierte Schwangerschaft Hebammengesetz	22
Edelmut tut Trägern gut Krankenpflege-Ausbildungsprogramm	23

Ausbildung

Arztbesuch Studenten belagerten Ärztekammer	26
--	----

Internationales

David gegen Goliath Bangladesch contra Pharma-Multis	28
---	----

Aktuelle Gesundheitspolitik

Same procedure as every year Rentenfinanzierung	30
--	----

Ethik

Abschied vom »Med-Bullen«? Zwangsernährung humanisiert	31
---	----

Dokumente

Was hat sich in den letzten zehn Jahren für Psychiatrie-Betroffene geändert? Stellungnahmen von Arnd Schwendy, Redaktion »Türspalt«, Heiner Keupp, Ernst v. Kardorff	I
Erfordernisse einer gemeindenahen Psychiatrie aus der Sicht der Betroffenen und ihrer Angehörigen Von Edgar Pommerin	III

Rubriken

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

Leser-Briefe

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

Ignoranten

Pharmakritik in dg; der Leserbrief ist gekürzt.

Ihr jammert stetig über teure, irrationale und schädliche Arzneimittelverschreibungen und glaubt das ganze an »Bestechungsversuchen« der pharmazeutischen Industrie mittels Kugelschreibern, Hochglanzbroschüren oder auch Büchergaben festmachen zu müssen oder an der Informationslosigkeit der bundesdeutschen Roten Liste. In unserem Kollegenkreis haben viele Ärzte ein »schlechtes Gefühl« bei ihren Verschreibungen. Sie werden nicht oder nicht wesentlich von Pharmareferenten und ihren Gaben beeinflusst, sondern sie klagen über »fehlende« Informationsmöglichkeiten. Hier läge

eine Aufgabe für euch: wir haben aber bislang keine diesbezüglichen Informationen in eurem Blatt gelesen. Warum?, es gibt exzellente Informationen auch im deutschsprachigen Raum. Kennt ihr sie nicht, wollt ihr nicht darauf hinweisen oder fühlt ihr euch nicht kompetent, solche Zeitschriften und Bücher zu besprechen? Statt des stetigen Jammerns und wie in der letzten Nummer reichlich lächerlichen Anzeigenkritiken könntet ihr auf die anzeigefreien Zeitungen des Hans Marseille Verlags mit ihrem meist exzellenten Teil »Arzneimittelkritik« hinweisen und obendrein auch noch lernen, wie man operationale Arzneimittelkritik oder Anzeigenkritik formulieren sollte (samt medizinischer und pharmakologischer Literatur).

Euer allenthalben bekennerhaft proklamiertes medizinisches Niveau pendelt sich wohl am Erkenntnisstand des Kiepenheuer & Witsch Verlages und seiner penetrant rechthaberisch selbsternannten Spezialisten ein. Der Unterschied zu den Standesblättern liegt nicht mehr in der Sachkunde, sondern in der jeweils wort- und bilderreich (auch bei euch) ausgewählten Gesinnung. Lesenswert und wohlformuliert fanden wir in den letzten Nummern die Beiträge von E. Wulff und E. Jahn. Jahns Anmerkungen zu dem Buch »Bittere Pillen« habt ihr dann gleich eine Re-

plik nachgeschoben, die Formulierung und Niveau, aber halt mit anderen Gesinnung, sich harmonisch in sämtliche Standesblätter hatte einfügen lassen. Statt zu argumentieren wird bezichtigt und geeifert (Jahns Bemerkungen seien »bedenklich« oder »unerträglich« etc.), Leute, deren Gesinnung den Autoren paßt, werden statt mit Argumenten mit zeilenlangen Titeln und Ämtern vorgeführt, und als Papst der Wissenschaftlichkeit werden die ÖTV-Forderungen auf dem 12.



Bundeskongreß des DGB feierlich präsentiert.

Offensichtlich hat sich niemand in eurer Redaktion die Mühe gemacht, die Beurteilungen in den »Bitteren Pillen« zu überprüfen. Die verbindenden Texte entsprechen häufig nicht einmal der eingangs zitierten Literatur, allenfalls dem »arznei-telegramm«, das leider auf einem ähnlichen Niveau dahinschwimmt. Nicht wenige Zitate sind falsch wiedergegeben oder

verfälschend zitiert, oder an selbst für dieses Buch besonders merkwürdigen Aussagen sind zwar Literaturziffern angehängt, aber die Stellen fehlen dann im Verzeichnis. Neben einer Fülle teilweise auch sinnentstellender Druckfehler (jeder konservative Medizinverlag ließe ein solches Manuskript/Druckfahne/Umbruch nicht durchgehen) sind die meisten pharmakologischen Aussagen falsch. Von einer pharmakotherapeutischen Repräsentanz dieses Werkes können nur wissenschaftlich und ärztlich Ahnungslose oder Ignoranten sprechen.

ANSELM HIRSCHBICHLER
Frankfurt

Freie Menschen

dg 1/85: Leserbrief von R. Beitzen,
dg 2/85: Leserbrief von Sabine Schneiderhan

Ich verstehe und teile die Reaktion von R. Beitzen. Auch meine Meinung ist, daß der DGB die Interessen der Arbeitnehmer nicht vertritt, sondern Hand in Hand mit dem reaktionären »Kapital« arbeitet. Das hat er oft genug bewiesen.

Die vielen Arbeitnehmer in den von der Kirche betriebenen Einrichtungen haben keinerlei Vertretung in der Tarifrunde (Kirche = Staat im Staat). Mein Rückschluß: Schluß mit der Einheitsgewerkschaft DGB. Freie Gewerkschaften für freie Menschen.

PAUL KRÄMER
Linz

Unheimliche Begegnung

Von einem wunderlichen Zusammentreffen berichtet uns dg-Leser Ralf Cüppers aus Kiel.

Können Sie sich folgendes vorstellen: Sie schreiben einen Artikel für einen begrenzten Leserkreis, in dem Sie die Politik einer Behörde kritisieren. Drei Jahre später schickt die Bundesbehörde einen Mitstreiter 500 Kilometer weit zu Ihnen nach Hause, um diese Kritik im persönlichen Gespräch mit dem Bürger auszuräumen.

Illusionen von einer fernen sozialistischen Zukunft?
Alltag in der BRD im Jahre 1984!

Der besagte Artikel erschien in der »intern« Nr. 9-10/1981. Das ist ein Diskussionsorgan, das von der Deutschen Friedensgesellschaft — Vereinigte Kriegsdienstgegner in kleiner Auflage

an aktive Mitglieder verschickt wird. Inhalt des Artikels war, das Bundesamt für den Verfassungsschutz bereite durch Verleumdung der DFG-VK Berufsverbote für deren Mitglieder vor. Die Mitglieder der DFG-VK müssen ungeachtet unterschiedlicher politischer Auffassungen im Detail geschlossen dagegen vorgehen. Ausgrenzung der Kommunisten arbeitet den Berufsverboten in die Hände.

Als ich am 27. 11. 1984 von der Arbeit kam, wurde ich auf der Straße vor meinem Wohnhaus als der Verfasser dieses Beitrages angesprochen. Der junge Mann stellte sich als »Nissen wie der Korn« vom Bundesamt Verfassungsschutz Köln vor. Er hatte auch seinen Dienstausweis dabei. Seine Behörde sei durch unsachgemäße Kritik ins Gerede gekommen und seine Aufgabe sei es, diese im persönlichen Gespräch mit mir auszuräumen.

Er hatte den Artikel nicht mit, wußte aber, daß ich ihn als Landesvorsitzender der DFG-VK unterzeichnet hatte. Er schien auch zu wissen, daß ich auch jetzt noch als Landesvorstandsmitglied der DFG-VK aktiv bin. Das ist ja auch kein Geheimnis. Seine dummdreisten Argumente im einzelnen wiederzugeben, wäre das Papier nicht wert. Immerhin sah er sich genötigt, sich insoweit zu verteidigen, daß seine Behörde nicht die Friedensbewegung als solche überwache. Ihn interessiere nur die kommunistische Unterwanderung der Friedensbewegung.

Vielen Dank für die Offenheit. Es lohnt sich wirklich nicht, ein Wort weiter mit solchen Leuten zu diskutieren. Nach wenigen Sätzen tritt die Gesinnungsschnüffelei als Ziel eines solchen Gespräches deutlich hervor.

Wie Don Quichotte de la Mancha gegen die Windmühlentügel anritt, kämpft das Kölner Bundesamt für Verfassungsschnüffelei gegen die »kommunistische Unterwanderung der Friedensbewegung«. Nachdem die Herren sich vor wenigen Monaten beim derzeitigen Landesvorsitzenden der DFG-VK, Ulrich Cremer, eine Abfuhr holten, versuchten sie es danach bei dem ehemaligen und

blamierten sich ein weiteres Mal. Sie können doch nicht ernsthaft erwarten, daß eine derart dummdreiste Anmache zur Entsolidarisierung führt. Die Schlußfolgerung des drei Jahre alten Artikels wird nur bestätigt: Ausgrenzung der Kommunisten arbeitet den Berufsverboten in die Hände.

Aber schön wäre es doch, wenn wir in unserem Land ein politisches Klima hätten, wo ohne Angst vor Berufsverbot eine offene politische Diskussion möglich ist. Lieber Herr Nissen, versuchen Sie es doch folgendermaßen: Sorgen Sie dafür, daß Reinhard Winkler, Reinhard Fröschlin, Hans Hartwig Lau und die vielen anderen Berufsverbotsopfer eingestellt werden. Danach treffen wir uns in einer gemütlichen Kieler Kneipe zu einer öffentlichen Podiumsdiskussion. Sie brauchen mich dann nicht mehr im Dunkeln auf der Straße anzusprechen. Sie hätten dann nichts mehr zu verbergen.

Bis dahin muß ich dazu auffordern, die Telefonnummer, die mir zur Vereinbarung eines Diskussionstermines gegeben wurde, dazu zu nutzen, gegen Berufsverbote und Gesinnungsschnüffelei zu protestieren: Köln 4713, Herr »Nissen wie der Korn«.

Ralf Cüppers

Benebelt

Heftige Kritik am Bildungssystem der Bundesrepublik hat der Verband der Narkoseärzte, die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin, geübt. In einer Stellungnahme ihres Vorsitzenden Ahnefeld heißt es, an den Universitäten werde nur die »mittelmäßige Masse« gefördert und die Elitebildung behindert. Die Reformen im Bildungswesen seien schuld daran, »daß zahlreiche mangelhaft ausgebildete Studenten keinen Einstieg ins Berufsleben finden und von der Gemeinschaft unterhalten werden müssen.«

WSI: Frauen weniger krank

Das Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Institut des DGB hat in einer Untersuchung das Vorurteil widerlegt, berufstätige Frauen feierten häufiger krank als ihre männlichen Kollegen. In betrieblichen Krankenstands- und Fehlzeitenanalysen war behauptet worden, weibliche Beschäftigte fehlten in den meisten Wirtschaftsbereichen öfter.

Die Untersuchung des WSI über die Entwicklung des Krankenstandes der Pflichtversicherten seit 1954 zeigte, daß nach gleichen Werten für Männer und Frauen der Krankenstand weiblicher Beschäftigter nur zwischen 1960 und 1969 leicht höher war. Seit 1970 liegt er merklich unter dem der Männer.

Laut WSI läßt die Auswertung nach Alter, Erkrankungsarten und Quali-

fikation allerdings auf frauenspezifische Belastungssituationen schließen: Monotone, einseitige geistig-nervliche und körperliche Beanspruchung seien häufig Kennzeichen der Arbeit von Frauen. Eine besondere Belastung stelle darüber hinaus die Notwendigkeit dar, neben der Berufsarbeit im Haushalt tätig zu sein.

»Nurse power«

Neunzehn Krankenschwestern und Krankenpfleger aus dem ganzen Bundesgebiet trafen sich Mitte Januar in Ulmbach zu einer Arbeitssitzung unter dem Thema »Mögliche und (noch) unmögliche Widerstandsformen in der Krankenpflege«. Auf dem Treffen wurden vor allem die ideellen Widerstände gegen eine selbstbewußte Interessenvertretung bei den im Pflegebe-



ruf Tätigen erörtert. Ziel ist die Entwicklung einer politischen Krankenpflegebewegung.

Die Teilnehmer wollen sich das nächste Mal vom 14. bis 17. Juni 1985 treffen.

Anmeldungen bei: Sepp Strauß, Einöde 31, 8961 Wildpöhrle.



Ernährungsbericht verschweigt Karies-Gefahren

Ausführliche Kritik am Ernährungsbericht 1985, der im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten von der Deutschen Gesellschaft für Ernährung erstellt wurde, haben zwei Experten der Vereinigung Demokratische Zahnmedizin im Auftrag der Bundesfraktion der Grünen geübt. Die beiden Zahnärzte, Burghard Hahn und Rolf Schlömer, kritisieren vor allem, daß im Ernährungsbericht die ernährungsbedingte Volkskrankheit Karies nur ein einziges Mal, die Parodontose dagegen überhaupt nicht erwähnt werde. Bemängelt wird auch das Fehlen eines Hinweises auf irreführende Werbemethoden und Verkaufsstrategien der Süßwarenindustrie.

Unter den Autoren des Ernährungsberichts vermissen die Kritiker einen Vertreter der zahnmedizinischen Fachrichtung.

Umweltverbände zum Smog

Anläßlich der Smogalarme in mehreren Teilen der Bundesrepublik haben die Umweltschutzverbände BBU, BUND, Robin Wood, Greenpeace, die Elterninitiativen gegen

Pseudo-Krupp und die AG Juristen gegen Wald- und Menschensiechtum in einer gemeinsamen Erklärung eine vernünftige, ökologische Energiepolitik und eine Reihe von Sofortmaßnahmen gefordert. Die Verbände verlangen eine sofortige Untersuchung der Ursachen, Erscheinungen und Folgen der Smogsituation, eine Überprüfung, ob der Vorsorge-Passus des Immissionsschutzgesetzes eingehalten wurde, eine bundeseinheitliche Smogalarm-Regelung nach den Werten der WHO, sofortiges Tempolimit und eine Umstellung der Energieversorgung dahin, daß der Grundlastbereich der Stromversorgung von den emissionsgünstigen Kraftwerken getragen wird und die emissionsungünstigen in die Reserve genommen werden.

Allgemeinärzte EG-einheitlich?

Vom Jahre 1990 soll nach einem Vorschlag der EG-Kommission die Ausbildung der Allgemeinmediziner in den Mitgliedsländern vereinheitlicht werden. Nach und nach sollen so EG-einheitlich ausgebildete Ärzte die bisherigen praktischen Ärzte ablösen.

Außerdem schlug die Kommission vor, von 1993 an nur noch weitergebildete Allgemeinärzte für die Tätigkeit im jeweiligen Sozialversicherungssystem zuzulassen.

Hepatitis-Impfung für Homosexuelle: Bürokratismus oder Diskriminierung?

»Homosexuelle Beamte sollen als einzige Personengruppe auch dann keine Beihilfe zu den Kosten einer Schutzimpfung gegen Hepatitis B bekommen, wenn der Arzt eine solche Schutzimpfung für erforderlich hält.« Das meldete die taz im Novemberheft 1984. Die »Taz« griff die Meldung auf und veröffentlichte sie auf der ersten Seite.

SPD-MdB Günter Schlatter hat in der Sache nachgefaßt.

Die Verfügung war uns über ein Rundschreiben der Postbeamtenkrankenkasse bekannt geworden. Dessen Verfasser berief sich auf einen Entscheid des Postministers, der sich wiederum aus einer Verfügung des Innenministers ergeben habe. In dem Schreiben war ausdrücklich von einer »speziellen Ausnahmeregelung für den genannten Personenkreis« die Rede gewesen —

eine völlig unverblühte Diskriminierung.

Schlatter wollte wissen, ob das alles stimmt.

Anfang Dezember antwortete die Bundesregierung: im Ton präzise, in der Sache nebulös. Eine solche Verfügung des Innenministers gebe es nicht.

Der Abgeordnete ließ nicht locker: Mitte Januar fragte er erneut und erwähnte auch ausdrücklich das Schreiben der Postbeamtenkrankenkasse.

Und siehe da: Daß ein solches Schreiben existierte, ließ sich nicht leugnen. Der Postminister hatte gegenüber der Kasse verneint, daß Schutzimpfungen für Homosexuelle generell übernommen würden. Wörtlich verfügte er: »Der Bundesminister des Innern hat einer Anerkennung der Beihilfefähigkeit für die Hepatitis

B-Schutzimpfung für Homosexuelle nicht zugestimmt, auch wenn diese der Arzt für erforderlich hält.«

In ihrer Antwort an Schlatter zog sich die Bundesregierung darauf zurück, es gebe »öffentliche Empfehlungen« der Landesgesundheitsbehörden, wessen

SPD-MdB
Günter
Schlatter



Schutzimpfungen zu erstatten seien. In diesen Empfehlungen sind die Risikogruppen aufgeführt. Es ist schon merkwürdig genug, daß sich die Homosexuellen offenbar nicht darunter befinden. Denn daß sie ein besonderes Risiko tragen, kann niemand bestreiten.

Aber es sind »Empfehlungen«. Normalerweise entscheidet der Arzt, wer eine Schutzimpfung nötig hat, also ein besonderes Risiko trägt. Das gilt allgemein — nur nicht für Homosexuelle. Bei ihnen werden die Empfehlungen als zwingende Richtlinien gehandhabt, egal, was der Arzt dazu sagt.

Daß sich hinter den scheinbaren bürokratischen Sachzwängen eben doch eine ausdrückliche Diskriminierung von Homosexuellen verbirgt, hat NRW-Gesundheitsminister in der Antwort auf eine Anfrage des Landtagsabgeordneten Albert Klüttsch (SPD) klargemacht:

»Die Hepatitis B-Schutzimpfung wird von mir für bestimmte Risikogruppen, zu denen auch Männer mit homosexueller Lebensführung gehören, nach dem Bundes-Seuchengesetz empfohlen. Ich sehe keinen Grund, diese Schutzimpfung bei dem genannten Personenkreis beihilferechtlich anders als andere notwendige Schutzimpfungen zu behandeln.«

Wir auch nicht.



Grüne gegen Meldepflicht

Gegen die von der SPD-Fraktion im Landtag Baden-Württemberg geforderte Meldepflicht für Pseudo-Krupp-Erkrankungen hat sich der Landesverband der Grünen gewandt. Bei der Meldepflicht handele es sich, so der Fraktionssprecher Gerd Schwandner, um eine »technologisch-bürokratische Scheinlösung«. Die Ursachen der Krankheit seien hinlänglich bekannt. Jetzt gelte es, die Schadstoffemissionen zu reduzieren.

Röntgengeräte mangelhaft

Die regelmäßige technische Überprüfung von Röntgengeräten durch den Halter oder die entsprechende

Behörde sieht ein Referentenentwurf des Arbeitsministeriums vor. Anlaß für die Änderung der Röntgenverordnung lieferten Prüfungsergebnisse des TÜV, der 4668 Geräte kontrolliert hatte. Die Überprüfung ergab: neun Prozent der Röntgeneinrichtungen wiesen mindestens beim Strahlenschutz Mängel der Klasse 1 auf, 27 Prozent Mängel der Klasse 2 und 20 Prozent wurden der Klasse 3 für kleinere Strahlenschutzmängel zugeordnet.

Dem hessischen Gesundheitsministerium scheint die Überprüfungspraxis nicht scharf genug. Der TÜV schätzt, daß sich die Strahlenbelastung durch regelmäßige Kontrollen der Röntgengeräte um fast die Hälfte einschränken ließe.

Vorschrift über »arbeitsmedizinische Vorsorge«

Eine Unfallverhütungsvorschrift mit dem Titel »Arbeitsmedizinische Vorsorge« gaben 1984 die gewerblichen Berufsgenossenschaften heraus.

Die Vorschrift faßt bislang an verschiedenen Stellen formulierte Verpflichtungen für arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen zusammen. Darüber hinaus wird ein erster Schritt in Richtung auf gesicherte statistische Erhebungen über die Wirkung krebserzeugender Arbeitsstoffe getan: in Zukunft muß ein Unternehmer jeden Arbeitnehmer anmelden, der länger als sechs Monate krebserregenden Substanzen am Arbeitsplatz ausgesetzt war. Zusätzlich unterliegen die Betriebe der Verpflichtung, für die Betroffenen Gesundheitsakten zu führen.

Diese sind bis zu deren 75. Lebensjahr aufzubewahren, um der langen Latenzzeit von Krebserkrankungen gerecht werden zu können.

Merckle-Werbung irreführend

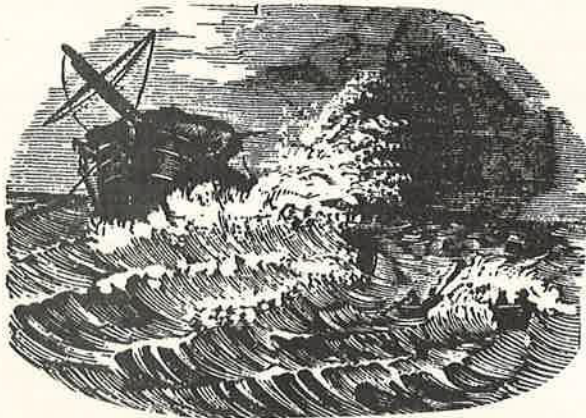
Als »irreführend« hat das Berliner Bundesgesundheitsamt die Werbung der Blaubeurer Firma Merckle bezeichnet, die empfiehlt, die Rheumapräparate Butazon und Glukokortikoid »lose« miteinander zu kombinieren, nachdem deren feste Kombination in einem Präparat mit Wirkung vom 1. Januar 1985 verboten worden war.

Das Unternehmen hatte in seiner Werbung einen Satz aus der Verfügung des Bundesgesundheitsamts, der auf die Möglichkeit hinwies, beide Präparate in begründeten Ausnahmefällen miteinander zu kombinieren, sinnentstellend so zitiert, daß der Eindruck entstehen mußte, das Amt habe deren Kombination nach gerade empfohlen.

Kongreß

»Wir warnen vor dem Atomkrieg«

Scharfer Wind aus Norden



»Insbesondere konservativ eingestellte Kolleginnen und Kollegen... werden kein Verständnis dafür haben, daß man die ursprünglich gewählte Aufgabe zugunsten einer Diskussion verläßt, in der es vorrangig um die Gleichstellung von Krankenpflegern und Medizinern geht.« Dies ist die Quintessenz einer geharnischten Stellungnahme, die Dr. Norbert Jungsbluth im Auftrag der gesamten Ärztein Initiative aus 2980 Norden der Münsteraner Gesundheitsinitiative übersandte. Die »Initiative Gesundheitswesen für den Frieden« aus Münster plant bereits seit Monaten Beiträge und Aktionen, die erstmals auch den Pflegekräften eine Beteiligung am »Medizinischen Kongreß gegen den Atomkrieg«, der Ende Oktober in Mainz statt-

finden wird, sichern soll (siehe dg 1/85). Nach dem ersten bundesweiten Organisationstreffen im November letzten Jahres wurden Ergebnisprotokolle an alle Gesundheits- und Ärztein Initiativen versandt. Zum zweiten Treffen am 26.1. hatten sich knapp 20 Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus diversen Gesundheitsberufen und Initiativen in Münster eingefunden.

Der Brief aus Norden, »so die einhellige Meinung, zeigt, wie wichtig, ja vordringlich diese Themen auf dem Kongreß sind. Es reiche eben nicht, am Feierabend Vorträge und Unterschriftensammlungen gegen den Krieg zu planen und die tagtäglichen Herrschafts- und Hierarchiestrukturen, wie sie besonders in Gesundheitsberufen anzutreffen

sind, nicht auch als Ursache und Lernprozeß für gewaltsame Auseinandersetzungen zu erkennen. Eigentlich müßte es selbstverständlich sein, daß Ärzte, die sich gegen gewaltsame Auseinandersetzungen engagieren, auch am Arbeitsplatz die mehr oder weniger offenen Unterdrückungsmechanismen gegenüber nichtärztlichen — und besonders den Frauenberufen — erkennen und ändern. Aber, war man sich einig, so ist das oft nicht!

Die Planung der Themen und Aktionen, die auf dem Mainzer Kongreß vorgestellt werden sollen, nahm Form an: Geschichte der Kriegsrankenflege, karitatives Dienen, Hierarchie — auch in der Friedensdiskussion, Zivilschutzgesetz und Auswirkung auf Pflegeberufe, Kriegsplanung contra Sozialplanung... in Seminaren und Kontaktgruppen sollen diese Themen auf dem Kongreß Platz finden. Die Mainzer Organisatoren hatten schon Zustimmung signalisiert. Ärger und Enttäuschung machte sich allerdings bei Durchsicht des vorläufigen Kongreßprogrammes breit. Lediglich ein Plenarvortrag mit 30 Minuten Zeitbegrenzung war für die gesamten vier Kongreßtage eingeplant. Typisch auch — bemerkte eine Krankenschwester: Keine einzige Frau, die einen Hauptvortrag hält. Salz in die Wunde streut auch die Nachricht von der sehr kurzfristigen Absage der Mainzer Initiative, nicht zu dem Treffen zu kommen, verbunden mit der Aufforderung, die Absprachen in Mainz zu treffen. Natürlich würden die Schwestern flitzen, wenn die Herren Ärzte ruhen, meinte jemand lakonisch.

Auch die Eintrittspreisgestaltung für den dreitägigen Kongreß erregte Mißfallen und Unverständnis. 100 Mark für Ärzte und 50 Mark für Studenten und andere Berufsgruppen. Das grenzt an einen Ausschuß der Auszubildenden und auch vieler Nichtärzte. Das können die sich wohl nicht vorstellen, daß ein Arzt mit 2500 Mark im Monat gut 100 Mark hinlegen kann, aber einer Schwester mit 1200 Mark monatlich die 50 Mark verdammt schwerfallen.

»Die Rheingoldhalle in Mainz und das Schloß haben wir angemietet«, argumentiert Roland Rüböl von der Mainzer Initiative. »Das kostet uns weit über 100000 Mark.« Auf die mangelnde Präsenz von Frauen angesprochen, meint er, die Organisatoren hätten viele mögliche Referentinnen angesprochen, keine hätte zusage können.

Am letzten Februarwochenende wird nun eine Abordnung der Beschäftigteninitiativen nach Mainz reisen. Stärkere Staffellung und Verrbilligung der Eintrittspreise und Redezeit für eine zweite Referentin sind entscheidende Forderungen.

»Wir können uns des Eindrucks nicht erwehren, daß die in Münster gewählte Thematik dazu dienen soll, auch diesen Teil der Friedensbewegung zu verkleinern und zu schwächen, so daß wir in unserer Initiative übereinstimmend ablehnen, an dem geplanten Kongreß teilzunehmen.« (Doktor Jungsbluth) Es bleibt zu hoffen, daß in Mainz nicht der »Wind von Norden« weht. Aber vielleicht überlegen die es sich ja auch nochmal.

Clauss: Vorsicht bei Organspende-Ausweisen

Vor dubiosen Vereinen hat der hessische Minister für Arbeit, Umwelt und Soziales Armin Clauss (SPD) im Zusammenhang mit der Bitte an die Bürger gewarnt, in einem Notfallausweis die Bereitschaft zur Organspende zu erklären.

Ausdrücklich warnte Clauss vor »zweifelhaften Geschäftsführern«, die die gute Sache der Organspende für ihr persönliches Geschäft ausnutzen. Drei Frankfurter Vereine, die »Deutsche Gesellschaft für Organspende«, der »Verein zur Förderung der Organspende« und die »Deutsche Lebenswacht e.V.«, nutzten Organspender aus, um die Kassen ihres dubiosen Vereins aufzufüllen. Sie schwatzten Bürgern persönliche Daten ab und sammelten bei Ärzten Geldspenden in Millionenhöhe.

Wer Organe spenden wolle, solle sich an den Arbeitskreis Organspende in Neu-Isenburg (Telefon (06102) 39999) beim Kuratorium für Hemodialyse wenden.

Konferenz zur Gentechnik

Zu einer Aktionskonferenz über die Problematik Frauen und Gen- und

Reproduktionstechnik vom 19. bis 21. April 1985 in Bonn rufen der Arbeitskreis Frauen bei den Grünen im Bundestag und der »Verein sozialwissenschaftliche Forschung und Praxis für Frauen« in Köln auf.

Gen- und Reproduktionstechnik richten sich nach Auffassung der Veranstalterinnen mit ihren Folgen besonders gegen Frauen. Auf der Konferenz sollen die Risiken erörtert und Möglichkeiten der Abwehr diskutiert werden.

Das Programm ist erhältlich bei: Die Grünen im Bundestag AK Frauen Bundeshaus 5300 Bonn 1

USA: Geplantes Arzneimittelgesetz »menschenrechtswidrig«

Ein Gesetzesvorhaben der USA, das den Export von nicht zugelassenen Medikamenten in andere Länder erlaubt, attackiert das »Koordinationskomitee für Basisgesundheitsfürsorge« (CCPN) in Thailand, eine von Terre des Hommes unterstützte nichtstaatliche Hilfsorganisation. In einem Schreiben an die Senatoren Kennedy und Hatch wies CCPN darauf hin, daß bereits jetzt 46 Prozent der beziehbaren Arzneimittel entweder in den



USA verboten oder als »nur für den Export bestimmt« ausgewiesen seien. Hersteller und Exporteure versorgten die thailändischen Prüfstellen oft mit unzureichenden oder falschen Angaben über die Zusammensetzung der Medikamente, um Zugang zum Markt zu erhalten. Das geplante Arzneimittelgesetz fördere diese Praxis noch. CCPN forderte die Senatoren auf, sich gegen das Gesetzesvorhaben zu verwenden, da es gegen die Menschenrechtserklärung der UNO und gegen die Forderungen der WHO verstoße.

Kein Formaldehyd-Grenzwert für Innenräume

Die Bundesregierung ist von ihrer ursprünglichen Absicht abgerückt, den Grenzwert für Formaldehyd in Innenräumen auf 0,1 ppm (Teile von einer Million) festzulegen. Stattdessen sollen alle formaldehydhaltigen Gegenstände, die in Innenräumen Verwendung finden, jeweils den Emissionswert von 0,1 ppm nicht überschreiten. Das teilte die Bundesregierung auf eine Anfrage des Grünen-Abgeordneten Wolfgang Ehmke mit.

Nach einer solchen Regelung ergäbe sich unter Umständen, wenn sich in einem Innenraum mehrere formaldehydhaltige Gegenstände befinden, deren Emissionswert je-



Grünen-MdB Wolfgang Ehmke

weils unter 0,1 ppm liegt, ein Gesamtimmissionswert von weit über 0,1 ppm: so etwa, wenn die Wohnung mit UF-Schaum isoliert ist und mit formaldehydhaltigen Möbeln, Teppichen und Kleidungsstücken bestückt ist. In diesem Falle kann, so die Bundesregierung, »niemand haftbar gemacht werden«. Die Verantwortung für die Einhaltung des Richtwerts von 0,1 ppm liegt somit ausschließlich beim Verbraucher.

Bundesgesundheitsamt: Winterschlußverkauf



urp - Der Präsident des Bundesgesundheitsamtes (BGA), Karl Überla, ist wegen ausufernder Nebentätigkeiten ins Gerede gekommen. Sein Vize hat gekündigt. Der »juristische Sachverständige« des Amtes ist zur Gegenseite gewechselt.

Unter der Hand wird er als »Spagat-Professor« oder »DiMiDo-Präsident« bezeichnet, weil er seinen Amtsgeschäften in Berlin nur dienstags bis donnerstags nachgehe und sonst in seiner Heimatstadt München aktiv sei. Seit BGA-Präsident Überla via *Monitor* und *Spiegel* ins Gespräch gekommen ist, wird seine Zukunft im Amt eher als mies beurteilt. Bei allem berechtigtem Interesse der Medien an Amtsführung und

Person sowie Nebentätigkeiten des Präsidenten geraten entscheidende Entwicklungen anderer BGA-Abteilungen unverdientermaßen ins Dunkel.

Zum 31.12.1984 hat der Vizepräsident des Amtes, Lewandowski, das BGA verlassen und ist zum Pharma-Konzern Ciba-Geigy in Basel übergelaufen. Der Jurist Lewandowski, früher Leiter der Rechtsabteilung des BGA, war wesentlich am Entstehen dieses Arzneimittelgesetzes beteiligt. Danach wurde er Vizepräsident. Durch seine Funktionen hat er sicher in nationalen Behörden sowie international ausgezeichnete Kontakte und Kenntnisse erworben. Ciba-Geigy, einer der größten Arzneimittelkonzerne der Welt, wird sich nicht lumpen lassen.

Bevor Burkhard Sträter zum juristischen Deinst des BGA kam, war er Richter am Verwaltungsgericht in Berlin. Sein Vorteil bei Eintritt ins Amt: er kannte das Gericht, wo die Verwaltungsstreitigkeiten BGA contra Industrie ausgefochten werden. Durch seine lange Tätigkeit kennt er jetzt auch den juristischen Dienst beim BGA. Im Tätigkeitsbericht 1983 schrieb er: »Im Mittelpunkt ... standen Auseinandersetzungen mit pharmazeutischen Un-

ternehmen im Vollzug des Arzneimittelgesetzes, ... Für diesen Bereich erscheinen besonders erwähnenswert die Bemühungen des Amtes zum Verbraucherschutz ...« Jetzt geht auch B. Sträter. Er wechselt zur Rechtsanwaltskanzlei Wartensleben in Stolberg bei Aachen, die sich einen Ruf bei rechtlichen Auseinandersetzungen der Pharmaindustrie mit dem BGA erworben hat — auf Seiten der Industrie.

Der Weggang — oder sollte man besser sagen: der Wegfang? — von Lewandowski und Sträter reiße im BGA so große Löcher, daß Insider behaupten, das Amt müsse jetzt ohne jeden juristischen Sachverstand agieren.

Es kann sicher nicht im Interesse der Verbraucher sein, wenn qualifizierte Sachverständige der obersten Kontrollbehörde ihren Sachverstand der Gegenseite zur Verfügung stellen und — quasi wie im Winterschlußverkauf — die Regale geräumt werden. Auch das hohe Geldsummen den Abgang erleichtert haben sollen, macht die Runde. Über die Destabilisierung des Amtes dürften sich in der Industrie jedoch nur die Kurzsichtigen freuen: Der Verlust an Glaubwürdigkeit der Kontrollbehörde macht Verbraucher eher kritischer.



NRW-Minister Zöpel kritisiert Klinikum Aachen

Mit dem nordrhein-westfälischen Minister für Landes- und Stadtentwicklung Christoph Zöpel (SPD) hat sich erstmals ein Mitglied der Düsseldorf Landesregierung kritisch zu dem Großprojekt des Klinikums Aachen geäußert. Vor dem Parlamentarischen Untersuchungsausschuß, der die zahlreichen Pannen bei der Entstehung des Klinikums unter die Lupe nehmen soll, nannte Zöpel den Bau »ein Experiment, das man lieber hätte bleiben lassen sollen«. Noch eine Woche zuvor hatte Ministerpräsident Rau das Großkrankenhaus als »das Lebenswerk des Landes« gewürdigt.

Ministerpräsident Johannes Rau wird das Aachener Klinikum am 21. März einweihen.

Bibliographie Kinder- und Jugendgesund- heitsschutz

Eine erste internationale Bibliographie mit allen Veröffentlichungen zum Kinder- und Jugendgesundheitschutz ist beim Lehrstuhl für Kinder und Jugendgesundheitschutz der Ostberliner Humboldt-Universität (Charité) erschienen, dem ersten und bisher einzigen Lehrstuhl dieser Art in der Welt. Das Werk umfaßt 363 Titel aus dem Jahr 1983.

Zu beziehen ist die Broschüre beim Herausgeber, Prof. Dr. sc. med. A. Sälzer, Reinhardtstr. 34, DDR — 1040 Berlin.

BBU kritisiert Chemikaliengesetz

Eine Novellierung des Chemikaliengesetzes fordert der Bundesverband Bürgerinitiativen Umweltschutz (BBU). Die Kritik des Verbandes richtet sich vor allem dagegen, daß das Gesetz eher die Interessen der chemischen Industrie berücksichtigt als die der Bevölkerung.

Prüfung und Anmeldung alter und neuer Chemikalien erfolge viel zu schleppend. Außerdem beschränkten sich die Behörden bei der Bewertung neuer Chemikalien auf die Angaben der Industrie, ob die Produkte umwelt- und gesundheitsverträglich seien.

CSU: Alleingang bei Pflege- versicherung

Noch in diesem Jahr will die CSU in Bayern in Zusammenarbeit mit den Leistungsträgern ein bayernspezifisches Modell für eine neue Pflegekostenregelung erarbeiten. Wie der gesundheitspolitische Sprecher der CSU-Landesgruppe in Bonn, Faltthäuser, in München mitteilte, sei mit einer bundeseinheitlichen Pflegeversicherung in dieser Legislaturperiode nicht mehr zu

rechnen. Favorisiert werden Pläne, die neue Versicherung an die Gesetzliche Krankenversicherung anzubinden.

Bourmer: Wahlkampf für die CDU

Der Präsident des konservativen Ärzteverbands Hartmannbund und der Ärztekammer Nordrhein, Professor Horst Bourmer, will die CDU im nordrhein-westfälischen Landtagswahlkampf beraten. Dies bestätigte der Ärztefunktionär auf eine Anfrage der »Ärzte-Zeitung«. Die Übernahme eines Ministeramts nach der Landtagswahl stehe für ihn »gegenwärtig« nicht zur Diskussion.

Klage gegen Schwangerschafts- abbruch auf Krankenschein

Nach der baden-württembergischen CDU hat jetzt auch die bayerische CSU angekündigt, sich für eine Klage gegen die Krankenkassenfinanzierung von Schwangerschaftsabbrüchen stark zu machen. Die Klage einer Einzelperson, der Journalistin Ursula Zöllner, war im vergangenen Jahr vom Bundesverfassungsgericht aus formalen Gründen zurückgewiesen worden. Nach dem Spruch des Gerichts steht aber Verfassungsorganen, wie etwa einem Bundesland, der Klageweg nach wie vor offen.

Eine parlamentarische Initiative von 72 CDU/CSU-Abgeordneten zur Änderung des Paragraphen

200f der Reichsversicherungsordnung (RVO), der die Frage der Finanzierung von nicht strafbaren Abbrüchen regelt, war im vergangenen Jahr gescheitert.

Viele Frühinvaliden

Im Jahre 1983 entfielen mehr als die Hälfte aller Zugänge bei den Versichertenrenten in der Arbeiterrenten- und Angestelltenversicherung auf Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrenten. Damit hat sich die seit vielen Jahren zu beobachtende Entwicklung fortgesetzt, daß die Frühinvalidität die bei weitem verbreitetste Form des Rentenzugangs ist.

Differenziert nach Versicherungszweig und Geschlecht ergeben sich für 1983 folgende Werte: Arbeiterrentenversicherung für Männer 55,1 Prozent, für Frauen 59,2 Prozent; Angestelltenversicherung für Männer 32,7 Prozent, für Frauen 42,8 Prozent.

Das hohe und langfristig wachsende Maß der Frühinvalidität läßt sich auf verschiedene Einflußfaktoren zurückführen: Neben der hohen Arbeitsbelastung und den durch die Arbeitswelt bedingten gesundheitlichen Schäden wirken auch die Rechtsprechung und die Arbeitsmarktlage auf die Beantragung von Erwerbs- bzw. Berufsunfähigkeitsrenten ein.

Von 1972 bis 1983 sank das durchschnittliche Rentenzugangsalter bei den Arbeitern von 59,5 auf 57,9 Jahre, bei den Arbeiterinnen von 60,8 auf 59,7 Jahre, bei den männlichen Angestellten von 61,8 auf 60,4 Jahre und den weiblichen Angestellten von 60,0 auf 59,4 Jahre.

Bundesbank zur Krankenversicherung: Schuster, bleib bei deinem Leisten!

In ihrem aktuellen Januar-Monatsbericht nimmt die Bundesbank die »aktuellen Tendenzen in der finanziellen Entwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung« unter die Lupe. Was sich im Presseecho als interessanter Bericht anhörte, entpuppt sich beim Lesen als durchaus hausbackenes Papier: »Die Auffassungen darüber, wie eine langfristig wirksame Kostendämpfung zu erreichen ist, sind sehr unterschiedlich. Die Vorstellungen reichen von einer Durchsetzung marktwirtschaftlicher Prinzipien im Gesundheitswesen bis hin zu

einer — weitgehend staatlichen — Steuerung des Angebots an Gesundheitsleistungen.«

Der Bundesbank-Bericht zählt zunächst Bekanntes auf:

- Der Ausgabenanstieg bei der GKV gingen im zweiten Halbjahr um 5 Prozent, in den ersten drei Quartalen 1984 schon um 8 Prozent nach oben;
- bei den Ausgaben der GKV stiegen diejenigen für die Rentner überproportional an;
- der Krankenstand der Versicherten ging von 5,7 Prozent 1980 auf 4,4 Prozent 1983 herunter;

- 1984 lagen die Beitragssätze der ca. 1200 gesetzlichen Krankenkassen bei durchschnittlich 12 Prozent (zwischen 6 und 14 Prozent).

Den Ausgabenblock Nummer eins sieht die Bundesbank im Krankenhaus mit 31 Prozent der GKV-Ausgaben, tatsächlich liegen die Ausgaben für die gesamte ambulante Versorgung weit über 35 Prozent. Etwas konzentriert vermerkt die Bundesbank, daß die Krankenkassen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen immer Honorarverträge abschließen mit Mengenbegrenzungen, daß jedoch die Ausgaben pro Fall erheblich über diesen Abschlüssen liegen. Nicht umsonst mißt die Bundesbank den Ärzten eine »Schlüsselrolle« zu, »da sie mit ihren Dispositionen nicht nur die Aufwendungen für ambulante Behandlung, sondern auch den Arzneimittelaufwand, die Krankenhausbenutzung und darüber

hinaus die Belastung der Unternehmen durch die Lohnfortzahlung mit beeinflussen.«

Obwohl die Bundesbank zugibt, »daß der Ausgabenanstieg der in der gesetzlichen Krankenversicherung in den letzten Jahren nicht aus einer steigenden Inanspruchnahme durch die versicherten Erwerbstätigen resultiert«, empfiehlt sie für die Sozialversicherten mehr »Kostenbewußtsein« und wünscht für sie »mehr Markttransparenz«. Welches Interesse die Bundesbank an der GKV haben könnte, bleibt in dem Bericht verborgen. Lediglich die bekannte Formel von der »aus wachstumspolitischen Gründen erforderlichen Verringerung des Staatsanteils« deutet den Interessenhorizont an. Es ist der gleiche, der die »Fünf Weisen« in ihren jährlichen Gutachten zu marktwirtschaftlichen Rezepten für die Sozialpolitik veranlaßt.

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

Kleinanzeigen

Die Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT) sucht eine(n)

Referent(in) für Fort- und Weiterbildung

Hauptaufgabe wird die Arbeit an Entwicklung, Umsetzung und Auswertung des Konzeptes »Tätigkeitsfeldorientierte Fortbildung« sein. Grundidee dieses Konzeptes ist der Aufbau von Fortbildungsreihen, die jeweils ein bestimmtes psychosoziales Tätigkeitsfeld und das therapeutische und beraterische Handeln von darin Tätigen zum Thema haben.

Die nach BAT bezahlte Stelle ist angesiedelt im Team der Geschäftsstelle der DGVT in Tübingen.

Aus den Bewerbungsunterlagen sollte hervorgehen, in welchen psychosozialen Bereichen die Bewerber bisher berufstätig waren und welche Erfahrungen sowohl der Teilnahme als auch der Durchführung von Fortbildung sie mitbringen.

Die Bewerbungsunterlagen sind baldmöglichst zu richten an die

Aus- und Weiterbildungskommission der DGVT
Geschäftsstelle Tübingen
Friedrichstraße 5
7400 Tübingen

6.—8. März Fortbildung Sexualmedizin

Frankfurt am Main 9. Frankfurter Fortbildungskurs für Sexualmedizin

Thema: Der Arzt, sein Patient und das sexuelle Symptom
Kontakt: Prof. V. Sigusch, Abt. f. Sexualwiss., Theodor-Stern-Kai 7, 6000 Frankfurt 70, Tel. (069) 63 01 76 14

7.—9. März Tagung Dialysepflege

Ulm 10. Internationale Dialysefachtagung für Krankenschwestern und -pfleger

Kontakt: Prof. Franz, Sektion Nephrologie, Steinhövelstr. 9, 7900 Ulm, Tel. (07 31) 1 79 23 27

9./10. März Rettungssanitäter

Frankfurt Notfallsymposium des Berufsverbandes der Rettungssanitäter

Kontakt: Hans Neukirchinger, Sudetenring 14, 6072 Dreieich 1, Tel. (061 03) 3 32 21

15.—17. März Gruppenpraxen-Treffen

Bielefeld Erstes bundesweites Gruppenpraxen-Treffen

Anmeldung: Heinz Kraus, Beratungsstelle für soziale Gesundheitsfragen, Buntentorsteinweg 558, 2800 Bremen 1, Tel. 0421/ 87 57 00

23. März Zivilschutz-Tagung

Essen Zivilschutz für Euroshlma? Fachtagung gegen das geplante Zivilschutzgesetz

Ort: ehem. Päd. Hochschule, Henri-Dunant-Straße, 4300 Essen 1
Anmeldung: Siehe Rückseite dieses Heftes

21.—23. März Medizinsoziologie

Hannover Medizinsoziologische Forschung in der BRD — Versuch einer Bilanz

Kontakt: Akademie für Sozialmedizin, Konstanty-Gutschow-Str. 8, 3000 Hannover 1, Tel. (0511) 532 54 08

29.-31. März Tagung AG SPAK

Göttingen

Tagung: Finanzierungsprobleme therapeutischer Wohngemeinschaften des Projektbereichs psychisch Kranke der AG SPAK.

Kontakt: Karl-Ernst Brill, Petri-Kirchstr. 14, 3400 Göttingen

15.—27. April Psychotherapiewochen

Lindau 35. Lindauer Psychotherapiewochen

Kontakt: Sekretariat der Lindauer Psychotherapiewochen, Orlan-

Gesundheitsbrigaden für Nicaragua

Wir suchen dringend

AB SOFORT

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

— **ÄRZTE/INNEN**
— **KRANKENSCHWESTERN**
/ **-PFLEGER**

(möglichst m. Fachausbildung)

Kontakt: Gesundheitsladen Berlin, Griesenaustr. 2, 1000 Berlin 61 - Tel. 030/693 20 90

Suche Infos über **private Alten- und Krankenpflege** (rechtliche Situation, gesundheitspol. Bewertung, Frage der Selbständigkeit usw.). Wer hat praktische Erfahrung?
H. Bresser, Am Triller 9, 6600 Saarbrücken

Umbrien/Toscana

Häuser und Wohnungen in schönen Hügellagen, Gegend Arezzo, Perugia, Cortona, einfacher Komfort, gruppenfreundlich und preisgünstig, von Privat zu vermieten.

Informationen unter: Eugen Götz, Häberlstraße 21, 8000 München 2, Tel. (089) 53 61 75, Telefonbesetzung Mo. u. Di. 9 bis 18 Uhr, sonst Anrufaufzeichnung

Niedergelassener Kinderarzt am westlichen Ruhrgebietsrand sucht **Kinderarzt/ärztin** zur Kooperation. Kontaktaufnahme unter Chiffre 010385 an dg, Siegburger Str. 26, 5300 Bonn 3

Termine

dostr. 8/IV, 8000 München 2, Tel. (089) 29 25 22

8.—10. Mai

Bonn/Hennef Arbeitssicherheit bei neuen Technologien Kolloquium zu Arbeitssicherheitsfragen bei Automatisierung und neuen Techniken

Kontakt: Berufsgenossenschaftliches Institut für Arbeitssicherheit, Lindenstraße 80, 5205 St. Augustin, Tel. (022 41) 2 31-0

13.—15. Mai Tagung »Eßstörungen«

Malnz Fachtagung: »Eßstörungen«. Ambulante und stationäre Behandlungsmöglichkeiten.

Kontakt: Verband ambulanter Behandlungsstellen für Suchtkranke/Drogenabhängige, Karlstr. 40, 7800 Freiburg, Tel. (07 61) 20 03 63/9

14.—19. Mai Mannheimer Kreis

Kaufbeuren/Allgäu Mannheimer Kreis-Tagung 1985

Thema: Was heißt eigentlich Fortschritt?

Kontakt: Detlef Klotz, DGSP, Postfach 1406, 3000 Hannover 1, Tel. (0511) 80 01 85

20./21. Juni Kongreß Katastrophenmedizin

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

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

Vor zehn Jahren legte die Enquête-Kommission für die Psychiatrie ihren Bericht vor. Heraus kam ein »Modellprogramm«, das eine Psychiatrie »erproben« sollte, die eh schon überfällig war.

Ende dieses Jahres soll auch dieses Programm auslaufen: die weitere Finanzierung ist unsicher.

Was hat die Psychiatrie-Diskussion den Betroffenen gebracht? Norbert Andersch zieht eine kritische Bilanz.

Die letzten zwei Jahre habe ich als Arzt in einem psychiatrischen Ambulanzdienst gearbeitet, zusammen mit Krankenschwestern und Sozialarbeitern. Notfalleinsätze, mobile Krisenhilfe, Hausbesuche bei chronisch und schwer Kranken, ihre soziale und medizinische Unterstützung waren unsere Tagesaufgaben. Schwierig war der ständige Wechsel zwischen banalen und schwerwiegenden Situationen: Selbstmordversuch und akute Psychose, schwere Depression und Alkoholrausch, aber auch Gerichtstermin, Gang zum Sozialamt, Haare schneiden und Tapezieren bei Patienten — das alles gehörte zum Tagesplan der Mitarbeiter.

Ziel unserer Arbeit war nicht Heilen, sondern zu helfen, daß Menschen möglichst lange und zufrieden oder erträglich in ihrem Lebensmilieu bleiben konnten, oder daß sie, nach Isolation und Erkrankung, wieder möglichst viel von dem erreichten, was sie sich selbst zum Ziel gesetzt hatten.

Die Adressaten unserer Arbeit waren in der Mehrzahl Menschen, die von sich aus keinen Arzt aufsuchten, die oft keine Kraft hatten, aus Isolation und Hilflosigkeit herauszukommen, aber auch solche psychisch Kranken, die andernorts Dauerpatienten von Langzeit- und Pflegeeinrichtungen sind.

Außer S

Spektakuläre Situationen gab es auch — aber weniger, als ein Außenstehender erwarten würde.

Isolation, Ausgrenzung, Krankheit und Verzweiflung laufen oft leise ab, ohne Aufsehen. Laut wird es meistens erst, wenn es zu spät ist: wenn das Ordnungsamt Türen aufbricht, wenn Polizei und Feuerwehr die Szene beherrschen. Das wird zum Brandmal, das Nachbarn, »die Straße«, jahrelang nicht vergessen. Solche angsterfüllten Situationen bleiben bei den Betroffenen oft ein Leben lang zurück, produzierten Panik und Furcht vor dem »Krankwerden«, lassen bei jedem Martinshorn, bei jedem Polizeiwagen schlimme Gefühle, Scham und Wut, hochkommen.

Solche Situationen zu verhindern, war auch unsere Aufgabe. Unsere Arbeitsmöglichkeiten waren gut, wenn sie mit der Alltagsrealität in der BRD vergleiche: eine kleine, mitten im Ort gelegene, sozialpsychiatrisch orientierte Klinik im Hintergrund, mit Aufnahmepflicht für alle Stadtbezirke, aber ohne geschlossene Stationen. Die Kollegen des Sozialpsychiatrischen Dienstes verstanden sich mehr als engagierte Helfer denn als



Spesen nichts gewesen?

Staatsbedienstete. Wir konnten flexibel reagieren, einzeln arbeiten oder im Team. Kostenträgerstreit und Papierkram gab es so gut wie nicht. Krankenscheine mußten wir niemandem abverlangen. Krisenvermeidung, Behandlung und Nachsorge — alles in einem Dienst.

Solche ungewöhnliche Arbeit gibt es hierzulande eher selten. »Modellprogramm Psychiatrie« ist das Schlagwort, unter dem das »multiprofessionelle Ambulanzteam« fungiert. Allerdings nur noch bis Ende 1985: dann sind auch in der Modellregion Herne im Ruhrgebiet die »Reformzeiten« vorbei.

Ambulanzteams in der Psychiatrie sind keine umwälzende Sache. Aber das Beispiel Herne zeigt, was im Bereich psychiatrischer Behandlung erwartet werden kann. Noch zehn Jahre vorher mußten jedes Jahr mehrere Hundert Heraner ins hundert Kilometer entfernte Landeskrankenhaus, 40 Prozent davon mit Zwang. Für viele von ihnen war es der endgültige Abschied aus ihrem Wohnort. Seit 1984 werden alle psychisch Kranken in Herne selbst behandelt. Die Zahl der Zwangseinweisungen liegt mit 2 Prozent bei einem Zwanzigstel früherer Verhältnisse. Der Krankenhausaufenthalt ist durchschnittlich nach 35 Tagen zu Ende — gegenüber 160 im früheren Landeskrankenhaus.

Tagesklinik und Übergangshaus, ein personell starker sozialpsychiatrischer Dienst und das modellgeförderte Ambulanzteam erlauben in Herne eine ambulante Versorgung von vielen, die andernorts die Langzeitstationen füllen. Kontakte zu ehemaligen Heranern — manche von ihnen seit mehr als 30 Jahren in »Behandlung« im LKH — wur-

den geknüpft. Auch sie sollen, wenn sie es wünschen, an den Heimatort zurück.

Wie kam das Modellprogramm zustande? Die Bundesrepublik hatte Mitte der siebziger Jahre völlig den Anschluß an den mitteleuropäischen Standard einer »zivilisierten« Psychiatrie verloren. Eine Untersuchungskommission legte die bekante »Enquête« vor. »Elende und menschenunwürdige« Bedingungen wurden regierungsamtlich konstatiert.

Ziel des Modellprogramms sollte es sein, in speziell ausgesuchten Regionen auszutesten, welche Versorgungsmodelle sich als praktikabel erweisen würden, um eine »bedarfsgerechte und umfassende« psychiatrische Versorgung zu gewährleisten. So zumindest die Absichtserklärung der damaligen Bundesregierung.

So gut sich die Sache anhörte und so viele Einzelpersonen in den wenigen Modellregionen davon profitiert haben mögen, so viele Pferdefüße hat die ganze Geschichte auch.

Was sich als klug durchdachter Reformplan nach außen präsentierte, entpuppte sich als potemkinsches Dorf. Sporadische Ergänzung der herkömmlichen Versorgung an wenigen Orten brachte das Programm, wo eine grundlegende Reform notwendig gewesen wäre.

Nur ganze zwei Prozent der Bevölkerung kamen so in den Genuß der häufig vor Ort völlig unkoordinierten Maßnahmen. Die Modellidee erwies sich als kluger Schachzug: die Kritiker wurden getröstet — auf den St.

Nimmerleinstag, wie man heute weiß. Die ehemals politische Diskussion wurde auf die ferne Ebene wissenschaftlicher Erörterung gehoben. Wer denkt da nicht an ähnlich »durchschlagende« Modellreformen wie die Gesamtschule oder heuer das Tempolimit?

Die umfangreichen ausländischen Erfahrungen — uns um Jahre voraus und unentbehrlich für jeden, der an ernsthafte Veränderung dachte — wurden großzügig ignoriert, oder, wie es heute scheint, absichtlich. An Strukturreform etwas des zersplitterten System von Krankenkassen, Rentenversicherung und Sozialhilfeträgern traute man sich nicht heran. Selbst in den Modellregionen blieben diese Verhältnisse unangetastet, ebenso wie das ambulante Behandlungsmonopol der niedergelassenen Ärzte und die Schwerpunktkontrolle der klinischen und medizinischen Versorgung.

Hinzu kamen »Grundsatzprobleme« zwischen Regierung und Opposition und das Ausscheiden der meisten CDU-Länder aus dem Programm. Die radikale Kürzung der Reformgelder tat ein übriges. Von 500 Millionen im ersten Ansatz dürften Ende 1985 knappe 240 Millionen in das Modellprogramm geflossen sein. Und auch das nur mit Einschränkungen.



Zwischen 30 und 50 Millionen Mark von diesem Betrag steckt sich nämlich der »Begleitforschungs«-Konzern Prognos in die Tasche. Und der Rest wurde nicht nach reformierten, sondern nach den bekannten alten Kriterien verteilt: Klotzen statt Kleckern, Beton vor Menschen, oder: 1. Baukosten, 2. Sachkosten, 3. Personalkosten. Das wenige, das unter drittens angekommen ist, dürfte zumindest für die fünf Jahre des Modellprogramms etlichen Bundesbürgern genutzt haben. Aber es ist weniger als wenig.

Für das Modell Herne sahen die Relationen etwas besser aus. Doch auch hier ging von fast 15 Millionen mehr als ein Viertel in eine umstrittene Baumaßnahme: die Erweiterung einer jetzt schon als Ghetto geltenden Werkstatt für Behinderte. Weit vom Zentrum der Stadt entfernt, befriedigt die Riesenanlage nach Meinung vieler am ehesten den Geltungsdrang eines ambitionierten Geschäftsführers.

Mehr als eine Million ging an das Ambulanzteam: genug Geld, um sinnvolle Arbeit und vernünftige Strukturen zu testen. Doch das Ambulanzteam war eine halbe Totgeburt. Hier war möglich, was mit dem Ablauf des Modells unweigerlich zu Ende ist: eine Verbindung von Sozialarbeit und medizinischer Behandlung, Arbeit quer über Kostenträgerstrukturen hinweg. Es hat sich bewährt, war humaner und sogar billiger. Aber niemand hat, weder vor noch nach dem Modellversuch, ernsthaft daran gedacht, ein solches patientennahes und unbürokratisches Konzept wirklich einzuführen. Positive Erfahrungen im Einzelfall auf der einen Seite und die »Modellmisere« auf der anderen sind keine Gegensätze.

Die gute personelle Ausstattung manches Modellprojekts machte die guten Ergebnisse für die Kranken möglich. Doch gerade dieser Modellcharakter wird heute so mancher Einrichtung zum Verhängnis. Man glaube doch nicht im Ernst daran, daß Stadt und Land mitten in der Finanzkrise derartig luxuriöse Pilotprojekte weiterfinanzieren würden: so klingt es heute. Die Qualität der Versorgung, der Nachweis beeindruckender Ergebnisse für die Patienten, so hatten viele Mitarbeiter geglaubt, seien ihre Trümpfe in der Diskussion. Doch das interessiert zehn Jahre nach der Enquête keinen Stadtkämmerer mehr.

Die Psychiatrie-»Reform« war, wie andere sozialliberale Reformansätze vor ihr, eine Expertenreform. Mit dem abflauenden Wind sozialliberalen Reformeifers schien die psychiatrische Katastrophe soeben noch erkannt und gebannt. Das unkritische Vertrauen in sogenannte Experten war Mitte der siebziger Jahre noch ungebrochen, und selbst mancher kritische Geist hoffte — auch angesichts der Berge beeindruckender Tabellen und Planungsmaterialien — auf die Machbarkeit dieser Reform »von oben«.

In die Psychiatriediskussion war ja auch neuer Wind gekommen. Staatlicher Planungseifer und sozialpsychiatrische Aufbruchsstimmung schienen sich sinnvoll zu ergänzen. Der Glaube an die staatliche Planbarkeit psychischen Elends traf sich mit der Hoffnung auf endgültige Heilung psychisch Kranker.

Experten hatten in Bonn gesprochen. Und ob beabsichtigt oder nicht: Auch die engagierten Sozialpsychiater überzogen — die Nachwehen der Studentenrevolte noch in den Gliedern — die Einrichtungen, die sie umkrempeln wollten, mit einer endlosen theoretischen Expertendebatte. Hier entfaltete sich neben einer gezielten Öffentlichkeitsarbeit der Bundesregierung auch jene gewaltige Rhetorik, die Berge von Papier verschlang, ganze Zeitschriftenjahrgänge mit Beschlag belegte und doch letztendlich »in einem eklatanten Mißverhältnis zu faktischen Veränderungen« (von Kardorff) stand.

Verteilt wurde nach dem bekannten Modell: Klotzen statt Kleckern, Beton vor Menschen, oder: 1. Baukosten, 2. Sachkosten, 3. Personalkosten. Was bei den Menschen ankam, war weniger als wenig.

Erst in den letzten zwei, drei Jahren dämmerte es so manchem wirklich selbstlosen professionellen Kämpfer, daß die Patienten, die Betroffenen, in die ganze »Reform« nie einbezogen waren. Und so ist es eigentlich bis heute geblieben.

Nun paßte das, was Kranke und Isolierte zu sagen hatten, auch eigentlich niemandem recht ins Konzept. Für den Psychiater alter deutscher Schule war ein redender Irrer eh schlecht vorstellbar. Aber auch wir Reformen hatten unsere Vorstellungen, wie die Patienten und wie die Verhältnisse zu sein hätten.

Daß Menschen nicht Heilung, sondern Toleranz, nicht sozialistische Entwürfe, sondern eine Wohnung suchten, dämmerte uns reichlich spät. Nicht wenige von uns hofften, in der Psychiatrie ihre zum Teil konfuse Vorstellungen von gesellschaftlichen Widersprüchen in praxi wiederzufinden. Wo chronisch Kranke händcringend Arbeit suchten, debattierten wir stundenlang, ob wir es dem Individuum zumuten könnten, »in den entfremdeten Arbeitsprozeß zurückzukehren«.

Eine vielarmige Krake hat sich über die Psychiatrie gestülpt. Ihre Arme: eine rein »wissenschaftliche« Kartei, Basisinformationssysteme, Registrierung psychiatrischer Mitarbeiter, indiskrete Fragen der »Begleitforscher«.

Die Einsicht, daß das der falsche Weg war, war eine schwere Geburt. Einsicht war ohnehin eine eher seltene Konsequenz der Experten. Mehr warfen das Handtuch und

resignierten — nachdem ihr Konzept nicht ins Schwarze getroffen hatte. Statt veränderter Realität gab und gibt es eine neue theoretische Debatte. Papiere machen die Runde. Vom Versagen der Sozialpsychiatrie ist die Rede. Und keine Lösung weit und breit.

Modellvertreter spielten auch hier eine eigene Rolle. Sie sitzen und saßen auf allen Foren. Auch ich selbst oft freiwillig-unfreiwillig dort mitgemacht. Wir gaben den Ton an, wir bestimmten das Bild. Die Regelspsychiatrie, das Alltagselend in den unveränderten Verhältnissen, kam nicht zu Wort. Deren Vertreter saßen nicht im Saal oder trauten sich nicht, etwas zu sagen, glaubten sich den

vermeintlichen Veränderungen um Jahre hinterher. Tatsache aber ist das Gegenteil. Modellverhältnisse waren und sind die absolute Ausnahme — und von 1986 an nicht einmal mehr das.

Ein weiterer Faktor kommt hinzu: Tagtäglich steigen Massenarmut und Elend, wie wir es seit den Anfangsjahren der Republik nicht mehr kennen. Reaktionäre Politik und Sozialabbau entziehen Tausenden von Menschen die Basis für eine »bürgerliche«, integrierte Existenz. Verzweiflung prägt oft die Stimmung. »Rehabilitation« und »Wiedereingliederung« haben einen wirklichkeitsfremden, sarkastischen Klang bekommen.

Das dauernde Zurückgestoßenwerden in Ausgrenzung, soziale Krise und Arbeitslosigkeit — trotz eigener Bemühungen, trotz der Sysphusarbeit der Therapeuten, hat eine Form ganz spezifischer, resignativer Erkrankungen zur Folge, die bei Langzeitarbeitslosen und den Opfern der »neuen Armut« immer häufiger festzustellen ist.

Ein weiteres dunkles Kapitel muß erwähnt werden: die Erfassung und Verdattung psychisch kranker und isolierter Menschen. Eine vielarmige Krake — von der jeder Fangarm nur das Beste für das Opfer will — hat sich über die Psychiatrie gestülpt. Das geht von der nur »wissenschaftlichen« Kartei

beim Zentralinstitut für seelische Gesundheit bis zu den Basisinformationssystemen, zu denen sich immer mehr Kliniken anschließen, von einer Sozialrubrik im Volks-



zählungsformular — die in fataler Weise an die faschistische Geisteskrankenpolitik erinnert — bis zur Registrierung psychiatrischer Mitarbeiter bei den Wehrbereichskommandos. Da sind die Pläne für die Eliminierung psychisch auffälliger »Panikpersonen« im Krisenfall und die Lagerung gigantischer Mengen von Psychopharmaka beim Innenministerium. Da ist das Erfassungsnetz von Prognos, das als »Begleitforschung« nicht nur die Erkrankung, sondern auch persönliche Verhältnisse, Sexualprobleme und Straffälligkeit registrieren will. Das alles natürlich ohne das Wissen und ohne das Einverständnis der so selbstlos umsorgten Patienten.

Aus dem Begriff »Begleitforschung« konnte man den Schluß ziehen, zumindest Betroffene oder Mitarbeiter psychiatrischer Einrichtungen könnten für die eigene Arbeit wichtige Daten — etwa Aufenthaltsdauer etc. — abrufen. Doch weit gefehlt. Nichts gibt die Kölner Prognos-Zentrale von sich. Stattdessen überzieht sie die Modelleinrichtungen mit endlosen Dokumentationsvorhaben, die fachlich unsinnig sind und tief in die Persönlichkeitssphäre von Patienten und Mitarbeitern eingreifen.

Massiven Widerstand haben die einschmeichelnden Prognos-Vertreter allerdings hinnehmen müssen. Waren die Modellregionen zwar zur »Forschungsmitarbeit« verpflichtet, so weigerten sich in Herne wie andernorts Krankenhauspersonal und Ambulanzmitarbeiter, die endlose Verdattung mitzumachen. Personalinformationen wurden zum Beispiel in der Ambulanz nur nach Zustimmung des Patienten weitergegeben.

Was Prognos aus diesem rudimentären Datensalat herauscomputert, läßt einem allerdings schon jetzt die Haare zu Berge stehen:

Beispiel 1: Die von Ambulanzteams versorgten schwer und chronisch Kranken weisen nicht den gleichen Grad an Verelendung, Arbeitslosigkeit und Nichtseßhaftigkeit auf wie herkömmliche hospitalisierte Langzeitpatienten. Prognos schließt daraus nicht etwa auf eine aktive und erfolgreiche Ambulanztätigkeit, sondern resümiert, hier würden Leichtkranke von einem personalaufwendigen Projekt versorgt, die anderswo genauso gut der niedergelassene Nervenarzt betreue. *Beispiel 2:* Patient X wurde 1970 ins Landeskrankenhaus Eickelborn aufgenommen. Dort blieb er sieben Jahre. In der ortsnahen Klinik und bei Ambulanzbetreuung wird er seither jedes Jahr für vierzehn Tage bis drei Wochen aufgenommen. Sonst geht er seiner Arbeit nach. Schlußfolgerung Prognos: Ambulanzteams erhöhen und senken nicht, wie erhofft, die Aufnahmezeiten.

Beide Beispiele stellen die erfolgreiche Arbeit des Ambulanzteams geradezu auf den Kopf, wecken den Konkurrenzneid der niedergelassenen Ärzte und schieben die Einrichtung in die Ecke überflüssiger Luxusangebote. Hier deutet sich schon das reaktionäre und praxisferne Konzept an, das derartige Institute befähigt, alle beliebigen und gewünschten Ergebnisse an die Auftraggeber nach Bonn zu liefern.

ch will nicht schwarz in schwarz malen. Es soll nicht der Eindruck entstehen, die Verhältnisse seien schlimmer als vor der Enquête.

Bewegung gibt es mehr und mehr bei den Betroffenen und ihren Angehörigen. Bleibende Veränderungen und sinnvolle Einrichtungen sind — Ironie des Modellgedankens

— hin und wieder gerade in nicht geförderten Regionen als Ergebnis lokaler Auseinandersetzungen entstanden. Sie erweisen sich in der Regel als dauerhafter als die geförderten Einrichtungen, denen mit den Bundesmitteln jetzt auch die Luft ausgeht.

Die baulichen und therapeutischen Verbesserungen sollte niemand geringschätzen, der die alten Verhältnisse nicht kennt. Auch glaube ich nicht an die Theorie von der neuen leisen Kontrollfunktion der Sozialpsychiatrie. Langzeitpatienten im LKH sein — das ist Kontrolle total. Wo vom Pinkeln bis zum Zigarettenstummel in der Tasche alles öffentlich ist, da gibt es keine Steigerung mehr. Auch sind Ambulanz und Sozialarbeiter nicht die willfährigen oder dummen Handlanger des Staates. Mehr Ambulanz ist immer noch mehr Freiheit und weniger Gewalt und Zwang.

Aber die versprochene Reform ist es nicht gewesen. Die Strukturen sind unverändert. Die Menschen bleiben weiter im Gestrüpp der Kostenträger auf der Strecke. Das medizinische Modell lebt weiter, das Krankenhaus bleibt der Schwerpunkt. Präventive Ansätze und sozialarbeiterische Projekte werden wohl für gescheitert erklärt werden.

Positiv bleibt, daß mehr und mehr auch die Mitarbeiter sich ihrer Rolle bewußt werden und Widerstand üben gegen reaktionäre Tendenzen. Die breite Faschismusdiskussion seit dem ersten Gesundheitstag ist ein deutliches Indiz, daß man sich nicht mehr zum blinden Vollstrecker staatlicher Planung hergeben will. Die Sozialpsychiatrie hat nicht alles erreicht, was sie will, aber sie ist noch längst nicht am Ende. □

Psychisch krank

Sind »psychisch Kranke« nur eine Erfindung derer, die ausgrenzen wollen? Sind psychische Störungen eine direkte Funktion sozialen Elends? Die Unsicherheit über diese Fragen ist auch bei den Professionellen groß.

Solange auch eine gesellschaftstheoretische Klärung des Begriffs psychischer Krankheit fehlt, kann jeder sich nach eigenem Interesse das für ihn Opportune herausuchen. Dies gilt insbesondere, was die Entstehung — und damit auch die (kausale?) Therapie der schweren Psychosen oder auch Schizophrenien betrifft. Die Frage nach der Wertigkeit biologisch-genetischer Faktoren einerseits und psychologisch-sozialer andererseits läßt sich heute noch nicht sicher beantworten. Gleichwohl besteht in der internationalen Diskussion ein Konsens darüber, daß in fast allen Erkrankungsfällen ein Zusammenwirken mehrerer der genannten Faktoren (sog. multifaktorielle Genese) beteiligt sein muß, über deren Gewichtung allerdings erhebliche Meinungsunterschiede bestehen.

Doch nicht wenigen psychiatrisch Tätigen ist auch das noch zu kompliziert. Viele suchen einen schnellen Weg in die leichter zu begreifenden monokausalen Erklärungen. So bleibt so manchem »Organopsychiater« alles die Erbmasse und manchem Mikrobiologen alles die Synapsen. Aber auch unter Sozialpsychiatern, Familientherapeuten und Tiefenpsychologen gibt es nicht wenige, die über den engen Tellerrand des eigenen Denkansatzes nicht hinauskommen. Für eine dritte Gruppe schließlich ist die Psychiatrie schlechthin Instrument staatlicher Repression. Am beliebtesten aber ist die »pragmatische« Grundhaltung: »Alles kann helfen, Hauptsache, es wird mit Überzeugung und Konsequenz vertreten.«

Hat der Begriff psychischen Krankseins überhaupt eine Entsprechung in der Wirklichkeit, oder unterliegt seine Interpretation und Anwendung wechselnder Beliebigkeit?

»Natürlich gibt es keine Gesellschaftsform ohne seelisches Leiden und auch keine Gesellschaftsformation ohne gesellschaftlich bedingte seelische Leiden. Die Illusion, durch gesellschaftliche Veränderung seelische Leiden überhaupt abzuschaffen, muß als psychohygienisch schädlicher und selbstzerstörerischer Wunschtraum abgeschrieben werden.« Dieser Satz stammt — auf Anhieb mag es verwundern — von dem Psychiater Erich Wulff, gedacht nicht etwa als Herabminderung der sozialen Bedingtheit seelischer Erkrankungen, sondern als Replik auf die oft zu simple, undialektische und idealistische Auffassung von psychischer Erkrank-

kung als direkter Funktion sozialer Verelendung. Die Sozialpsychiatrie hat in den Wortbegriff aufgenommen, was sie als wesentliche Ursache psychischen Leidens bekämpfen will: die sozialen Ursachen und Bedingungen psychischen Krankseins.

Noch viel radikalere Positionen gab es zum Ende der sechziger Jahre. Da wurde die Existenz psychischer Erkrankung überhaupt bestritten: »Es gibt keine Pathologie« — sagte Matza — »sie existiert ausschließlich im begrifflichen Bereich.« Und bei Cooper kann man nachlesen: »Schizophrenie gibt es nicht, es gibt nur Personen, die als schizophren behandelt und ausgeschlossen werden.«

Selbst in den frühen Schriften Basaglias — der allerdings ein unvergessener Mann der Tat und weniger des Wortes war — finden sich psychiatrische Patienten nicht als Kranke, sondern als Randgruppe und individuelle Außenseiter, in denen Triebkraft für eine soziale Revolution vermutet wird. Sie sollen Kristallisationskerne gegen eine kapitalistische Gesellschaft sein, die über einen umfassenden Apparat zur Manipulation von Bedürfnissen, Gefühlen und Bewußtsein der Menschen verfügt. Diesen Psychiatriekritikern erscheint die kapitalistische Gesellschaft als in sich geschlossenes, nicht widersprüchliches System, dem nur von außen beizukommen sei.

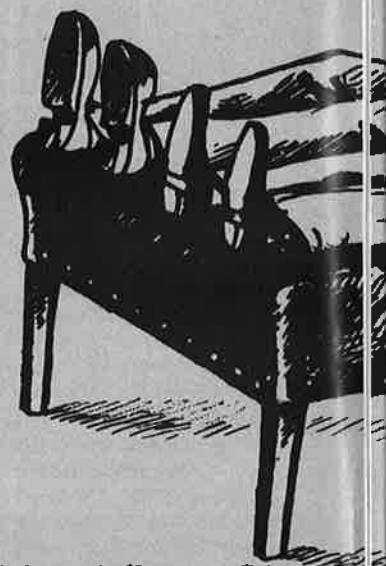
Psychisch Kranke: Kristallisationskerne für den Widerstand?

Beliebt und weit verbreitet ist nach wie vor die — in Grenzen berechnete, aber oft verabsolutierte — Auffassung von psychischer Erkrankung als Normabweichung, nach deren Relativitätsbegriff heute verrückt, was unter anderen Umständen normal sein kann — und umgekehrt.

Gemeinsam ist allen diesen Auffassungen, daß sie psychische Störungen als objektiv reales Phänomen leugnen. »Krankheit« ist nur noch eine Form von Normabweichung oder ein Prozeß der Klassifizierung durch andere; nicht Ablauf eines dialektischen Prozesses zwischen gesellschaftlichem Bedingungsgefüge und den biologischen Grundlagen menschlicher Existenz, sondern nur noch abstrakte Begrifflichkeit.

Verwunderlich sind und waren solche Auffassungen nicht. Sie richten sich gegen die Dogmen der klassischen Psychiatrie, gegen die biologische Sicht vom Menschen als ausschließlichem Naturwesen, gegen die Behauptung von der psychischen Störung als einem unvermeidlichen Schicksalsschlag, ohne Zusammenhang mit der sozialen Existenz des Menschen, gegen das Postulat der Unheilbarkeit und gegen die schrecklichen Folgen solcher »Wissenschaft«, die in Ausgrenzung und Vernichtung von Hunderttausenden endete.

Nicht immer hatten naturwissenschaftliche Sichtweisen so reaktionären Charakter.



So etwa war Griesingers Auffassung: »Geisteskrankheiten sind Gehirnkrankheiten«, in der zweiten Hälfte des letzten Jahrhunderts, bei aller vulgärmaterialistischen Beschränktheit ein Fortschritt und half, die psychischen Erkrankungen aus dem Dunstkreis von Magie und Teufelsglauben zu befreien.

Das Problem des Mißbrauchs und der reaktionären Indienstnahme des biologischen und naturwissenschaftlichen Aspekts psychischer Erkrankung kann jedoch nicht dadurch geklärt werden, daß diese Seite menschlicher Existenz einfach als möglicherweise mitbeteiligte Krankheitsbedingtheit gelehnet wird. Es erfordert stattdessen eine »dialektische Bestimmung des wirklichen Vermittlungszusammenhangs von Biologischem und Sozialem beim Menschen« (Weise). »Die Denunziation einer bornierten naturwissenschaftlichen Medizin ist berechtigt (...), soweit sie deren Einseitigkeit in Frage stellt.« Sonst ist es eben nicht möglich, die komplexen psychopathologischen Phänomene als einfache Folge kausale Folge gestörter Funktionen des Zentralen Nervensystems zu interpretieren; genauso wenig wie es überhaupt — selbst bei Infektionskrankheiten — rein natürliche Krankheitsursachen gibt, die unabhängig von der Gesellschaftsform und dem Lebensmilieu wirksam werden.

Wo Schizophrenie ausschließlich als Interaktionsprozeß definiert wird und psychische Erkrankung nur Negation herrschender Normen mit dem Ziel der wahren Selbstfindung und Autonomiebestrebung gegenüber

- gibt's das?



uns« (Weise) hat Wolfgang Jantzen für den Begriff psychischen Krankseins mit dem Überbegriff der »Isolation« gekennzeichnet.

»Krankheit ist in seiner Freiheit gehemmtes Leben«

Psychische Fähigkeit als Widerspiegelung des objektiv Realen kann, so die (vereinfachte) materialistische Auffassung, auch unabhängig von den gerade geltenden Normen und Etikettierungsprozessen einer faßbaren Störung unterliegen. Die Störung, so Gleiss, liegt nicht im abstrakten Individuum und auch nicht primär in den gesellschaftlichen Normen, sondern im realen Lebensprozeß des Individuums mit seinen vielfältigen und komplizierten Bedingungen. »Die schizophrenen Prozesse können deshalb als krankhafte Veränderung der höchsten Form der Wechselwirkung von Organismus und Umwelt, der Widerspiegelungstätigkeit des Menschen in Form des Verhältnisses Individuum — Gesellschaft betrachtet werden«, schreiben Thom und Weise.

Idealismus und gedankliche Hybris stehen hinter der Überlegung, ein — in sich ständig gesunder — Mensch sei immer nur der Seismograph ihn umgebender Widersprüche und pathologischer Prozesse in Natur und Gesellschaft.

Formen und Symptome psychischen Krankseins erweisen sich in der Tat immer als Produkte der jeweiligen gesellschaftlichen Lebensform der Menschen. Die Krankheit aber selbst behält unabhängig davon den Charakter einer Störung. Die Idee psychischer Gesundheit, so Erich Wulff, sei umgekehrt »als größtmögliche Freiheit der Einstellung zu wechselnden Herausforderungen« zu charakterisieren. »Die gesellschaftliche Bedingung zur massenhaften Hervorbringung solcher Persönlichkeitsbedingungen« liege allerdings »noch weit im utopischen Bereich.« Norbert Andersch

gesellschaftlichen Instanzen und Familie ist, da wird in der Tat jede Form von Psychotherapie nur Anpassungsübung und gewinnt den Charakter eines gefährlichen und subtilen Repressionsinstruments.

Gesellschaftliche Realität: Nicht einfach ein Konglomerat von Normen

Tatsächlich aber besteht gesellschaftliche Realität nicht ausschließlich und nicht primär aus einem Konglomerat von Normen, sondern stellt sich dem Menschen als gegenständliche und widersprüchliche Realität dar, bei der auch die beste »Anpassungstherapie« — von den Herrschenden sicher intendiert — nicht verhindern kann, daß die Widersprüche in der Realität weiterbestehen und somit auch weiter erfahrbar und damit wirksam sind.

Die Überbewertung der Normen und die nahtlose Einordnung aller Erscheinungsformen von Psychiatrie als Repressions- und Reglementierungsinstrument des Staates führt zu einer eindimensionalen, unrealen und Ohnmacht produzierenden Sichtweisen, in deren Augen psychiatrisch Tätigen automatisch zu Handlangern von Staatskontrolle verkommen. Diese Auffassung ist genauso unsinnig wie die Annahme, daß sich der Arbeiter durch Teilnahme am kapitalistischen

Produktionsprozeß mit Haut und Haaren dem Kapital verkauft habe. »Die Einflußnahme«, so Gleiss, »auf psychische Entwicklungsprozesse ist zwar weder in der Erziehung noch in der Psychotherapie trennbar von ideologischer Beeinflussung; sie ist mit ihr jedoch nicht identisch.«

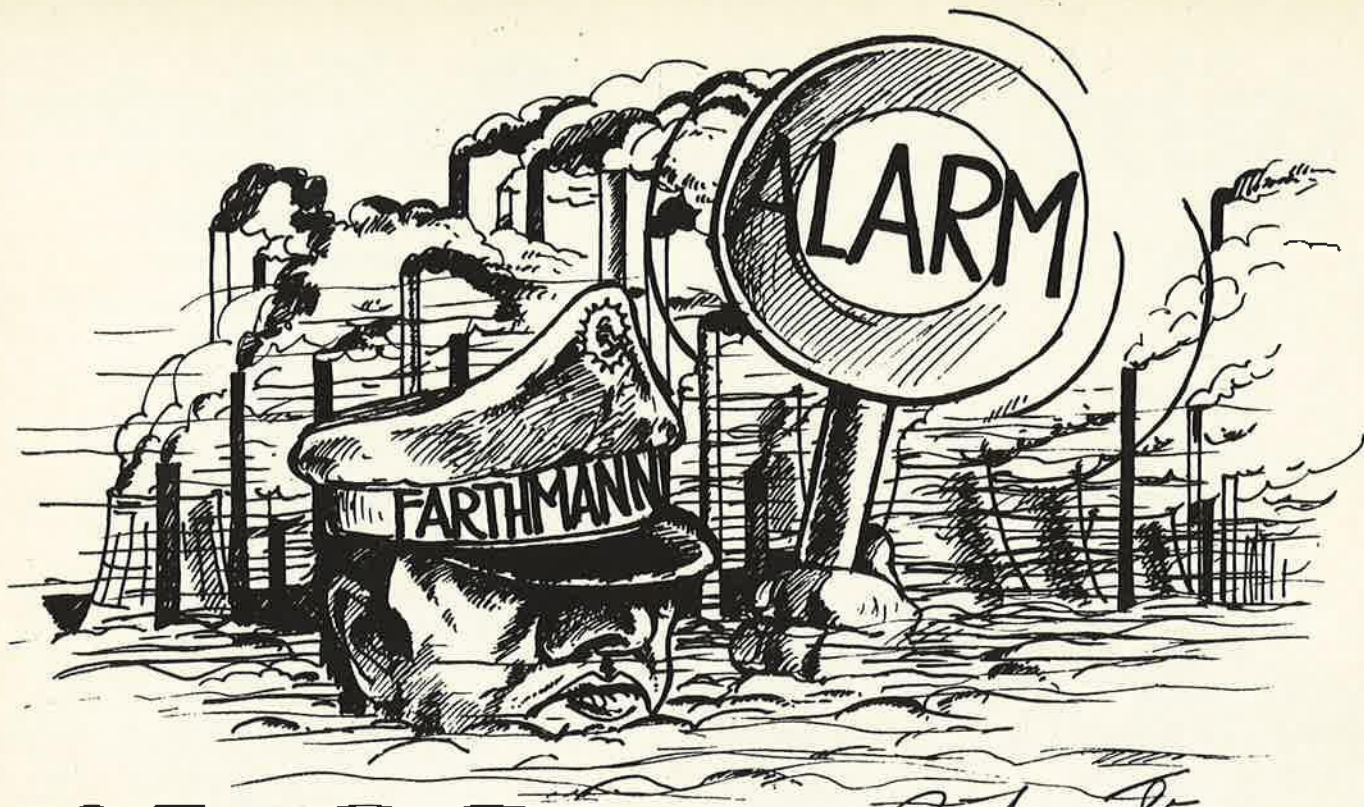
Allen antipsychiatrischen Theorien sind — bei radikaler Ablehnung der herrschenden Psychiatrie — mehrere Wesenszüge gemeinsam:

1. eine Verabsolutierung der sozialen und gesellschaftlichen Seite der menschlichen Existenz bei gleichzeitigem Ignorieren seiner biologischen »ersten Natur«, die »in großen Teilen selbst Niederschlag vergangener Arbeitstätigkeit im Nervensystem ist« (Hollitscher);
2. eine Reduzierung der menschlichen Existenz auf Beziehungen und auf die Kommunikationsebene bei Ausschaltung des Begriffs der menschlichen Tätigkeit, vermittels derer, im Arbeitsprozeß, der Mensch die reale Welt und ihre Widersprüche erst sich aneignen kann;
3. das Mißverständnis, kapitalistische Repression sei ausschließlich oder vorwiegend direkte Unterdrückung von Menschen durch Menschen und nicht über Waren, verdinglichte Verhältnisse, vermittelte.

»Krankheit«, so hat Karl Marx formuliert, »ist in seiner Freiheit gehemmtes Leben.« Das in diesem Zitat angesprochene »Moment der Einschränkung des Vermögens oder der Möglichkeit zur aktiven Mitgestaltung und Aneignung der Welt außer

Literatur

- Wulff, Erich: Psychisches Leiden und Politik. Frankfurt/Main 1961.
- Henkel/Roer: Häufigkeit, Sozialverteilung und Verursachung psychischer Störungen in der BRD. In: Soziale Medizin III (Argument-Sonderband). Berlin (West) 1976.
- Thom/Weise: Medizin und Weltanschauung. Berlin (DDR) 1973.
- Hollitscher, Walter: Die menschliche Psyche. Köln 1983.
- Marx/Engels: Werke. Bd. 1. Berlin 1957.
- Abholz/Gleiss: Zur Frage der Anpassung in der psychiatrischen Therapie. Das Argument Bd. 71. Berlin (West) 1972.
- Basaglia, Franco: Die negierte Institution. Frankfurt/Main 1981.
- Gleiss, Irma: Der konservative Gehalt der Antipsychiatrie. Das Argument Bd. 69. Berlin (West) 1975.
- Laing, R.D.: Phänomenologie der Erfahrung. Frankfurt/Main 1970.
- Cooper, D.: Psychiatrie und Antipsychiatrie. Frankfurt/Main 1971.
- Matza, D.: zitiert nach Keupp, Heiner: Der Krankheitsmythos in der Psychopathologie. München 1972.
- Leontjew, A.N.: Probleme der Entwicklung des Psychischen. Berlin (DDR) 1967.
- Griesinger, W.: Die Pathologie und Therapie psychischer Krankheiten. Stuttgart 1845.
- Opleika, Michael: Thesen zur Abschaffung und Überwindung der Psychiatrie. Bonn 1984.



40 Tote bei Smogalarm?

Bei den Grenzwerten sind Tote statistisch einkalkuliert

**pw — Minister
Farthmann hält ein
Gutachten zu den
Grundlagen der
neuen Smog-Verord-
nung unter Verschluß.
Aus gutem Grund.**

»Verhinderung katastrophen-
ähnlicher Folgen« und nicht etwa
Vermeidung jedes gesundheitli-
chen Risikos war das erklärte Ziel
der nordrhein-westfälischen Lan-
desregierung bei der Neufassung
der Smogverordnung, die gerade

rechtzeitig mit Eintreten einer
Smog-Wetterlage am 17. Januar
1985 in Kraft trat. Die wesentlich
niedrigeren Richtwerte der Welt-
gesundheitsorganisation (WHO)
sollen dagegen ausdrücklich »je-
des gesundheitliche Risiko ver-
hindern«.

Der Unterschied macht 40 To-
te aus.

»Ohne gravierende gesund-
heitliche Auswirkungen«, so
scheint die jüngste Smogepisode
nach ersten offiziellen Stellung-
nahmen glücklich an uns vor-
übergezogen sein. Kaum war das
Ende dieser ersten, auf der Basis
der neuen NRW-Smogverord-
nung ausgerufenen Smogperiode

verkündet: »Die austauschbare
Wetterlage ist beendet; die Smog-
warnung wird aufgehoben«, ließ
NRW-Sozial- und Gesundheits-
minister Professor Friedhelm
Farthmann keine drei Tage ver-
streichen, um mit ersten »Er-
kenntnissen« aufzuwarten.

Eine telefonische Umfrage in
den kreisfreien Städten und Krei-
sen des westlichen und östlichen
Ruhrgebietes hatte ihm »einen
ersten Gesamteindruck« vermit-
telt, demzufolge »dank der (...)
eingeleiteten Gegenmaßnahmen
(...) es uns gelungen zu sein«
scheine, »die Smogepisode vom
16. bis 21. Januar 1985 ohne gra-
vierende gesundheitliche Auswir-
kungen zu überstehen«. So Farth-
mann auf einer Pressekonferenz
am 23. Januar in Düsseldorf.

ge, verbucht die NRW-Landesre-
gierung die erste Bewährungspro-
be der neuen, verschärften Smog-
verordnung als vollen Erfolg.
Probleme scheint es nur auf ab-
soluten Nebenschauplätzen ge-
ben zu haben, zum Beispiel bei
der Erteilung von Ausnahmege-
nehmigungen vom Fahrverbot
und bei der rechtzeitigen Be-
kanntgabe von Schulfrei.

Diese rosarote Sicht der grauen
Wirklichkeit kann nicht wider-
spruchlos hingenommen wer-
den. Minister Farthmann hält ei-
nen Teil seiner Kenntnisse zu-
rück, wenn er seine »Blitzumfra-
ge« zur Basis seiner vorläufigen
Auswertungen macht, weiß er
doch selbst, daß Gesundheits-
schäden bei hoher Smogbela-
stung, besonders das Ansteigen
der Sterblichkeitsrate, nicht so-
fort, sondern erst nach ein paar
Tagen aufzutreten pflegen. Die
frühe Entwarnung ließ schnell
diejenigen wieder von »überzoge-
nem Umweltschutz« reden, den
die NRW-Verordnung ohnehin
ein Dorn im Auge war. So for-
derte denn auch Dr. Jürgen
Philipp, Umweltschutzbeauftragter
bei Thyssen-Stahl, in einer er-
sten spontanen, später zurück-
gepöfferten Einschätzung: »Der
Maßnahmenkatalog ist mehr oder
weniger überflüssig. Die alten
Werte müssen wieder auf den
Tisch.«

Neun Leichen pro Million

»Die Auslösewerte für den Smog-
index sind so zu wählen, daß die
kumulative Schadstoffwirkung
auch bei anhaltenden Smogsitu-
ationen zu keinen katastrophen-
ähnlichen Folgen führt. Insbeson-
dere ist sicherzustellen, daß zu-
sätzlich Todesfälle in der Größen-
ordnung früherer Smogepisoden
in London, New York und dem
Ruhrgebiet nicht auftreten. (...)»
Deshalb ist der Auslösewert der
höchsten Alarmstufe so festzu-
setzen, daß das Risiko unterhalb
der Grenze von zehn zusätzli-
chen Todesfällen pro Million Ein-

wohner bleibt. (...) Der Auslöse-
wert der Alarmstufe III erfüllt die-
ses Kriterium (maximales Risiko
[...] entspricht neun zusätzlichen
Toten pro Million). Die Wahl des
Auslösewertes der Alarmstufe I
erfolgt gemäß (...). Dieser Auslö-
sewert entspricht ... 3,5 zusätzli-
chen Toten pro Million.«

Aus: Wissenschaftliches Gutachten
über die Kriterien des Smogwarn-
dienstes, erstellt von Prof. Dr. Hans-
Werner Schlipkötter, Medizinisches
Institut für Umwelthygiene, Düssel-
dorf, S. 25

Stichprobenartige Umfragen
bei niedergelassenen Allgemein-
und Kinderärzten sowie Interni-
sten ergaben einen weitgehend
unveränderten Patientenbesuch.
Die größeren Kliniken des Ruhr-
gebiets vermerkten gleichfalls
keine auffällige Veränderung bei
den Neuaufnahmen von Patien-
ten. Wohlgermerkt, ein erstes Re-
sümee aus telefonischer Umfrage
und stichprobenartiger Befragung,
zwei Tage nach Ende des
Smogalarms, weder repräsentativ
noch wissenschaftlich fundiert.

Aber nach dem Motto: der er-
ste Eindruck ist immer der richti-

Es ist ohnehin nicht so, daß das Ausbleiben überfüllter Intensivstationen, auf der Straße tot umfallender Menschen oder überlaufender Arztpraxen gleichbedeutend mit fehlenden gravierenden Gesundheitsauswirkungen sei.

Schauen wir uns einmal die Kenntnisse an, die Farthmann eigentlich haben sollte: Professor Dr. Hans-Werner Schlipkötter, Leiter des Medizinischen Instituts für Umwelthygiene in Düsseldorf, hat sie ihm immerhin in einem wissenschaftlichen Gutachten vor gar nicht so langer Zeit, nämlich im September 1984, zusammengetragen. Das Gutachten hatte Farthmann selbst in Auftrag gegeben. Es sollte die Frage klären, ob die Werte der alten Smogverordnung noch mit aktuellen medizinischen Erkenntnissen übereinstimmen. Mit dem Gutachten, das heute wie eine Verschlusssache gehandelt wird und kaum aufzutreiben ist, wurde immerhin erreicht, daß die seit 1974 gültige Smogverordnung hinsichtlich der Auslösekriterien für Smogalarm nach Paragraph 3 wesentlich verschärft wurde.

Entscheidend bei der Begründung war nun nicht das Ziel, Gesundheitsgefahren völlig zu beseitigen, sondern sie lediglich zu verringern. Bewußt grenzt sich das Gutachten nämlich von den lufthygienisch relevanten Grenzwertvorschlägen der WHO ab, wie zum Beispiel für Schwefeldioxid (SO_2) einen Richtwert von 0,1 bis 0,15 Milligramm pro Kubikmeter als Ein-Stunden-Mittelwert vorsehen. Dieser Wert entspricht einem Sechstel bis einem Viertel des jetzt gültigen Richtwertes in Nordrhein-Westfalen für die Ausrufung der Smogalarmstufe I, der bei 0,6 Milligramm pro Kubikmeter als Drei-Stunden-Mittelwert liegt.

Schlipkötter zu den WHO-Werten: »Sie sind medizinisch begründet und markieren den Bereich, innerhalb dessen kein Gesundheitsrisiko für die Allgemeinbevölkerung erkennbar ist. Sie enthalten einen Sicherheitsfaktor, um ein Gesundheitsrisiko auch bei Berücksichtigung der vielfältigen Kombinationswirkungen sowie der unterschiedlichen Empfindlichkeit bestimmter Bevölkerungsteile zu vermeiden.«

Da die empfohlenen WHO-Werte bei praktischer Anwendung aller Voraussicht nach zu einem Dauersmogalarm führen würden, fand es Schlipkötter offensichtlich illusorisch, sie in seine eigenen Empfehlungen aufzunehmen.

Trotz der Verschärfung bleiben die NRW-Werte um ein Vielfa-

ches über denen der WHO. Es bleibt also eingeständnermaßen ein Gesundheitsrisiko.

Es ist unbestreitbar, daß Luftverschmutzung krank macht. Bereits Schadstoffkonzentrationen, die deutlich unter den Alarmstufe-I-Werten liegen, führen zu einer Verschlimmerung des Zustandes bereits Erkrankter sowie zu einem Anstieg der Sterblichkeitsrate. Zahlreiche Studien, unter anderem aus Dinkirchen (an der französischen Küste) und aus Berlin, Auswertungen früherer Smogepisoden des Ruhrgebiets, Berlins, New Yorks und vor allem Londons lassen das gesundheitliche Risiko bei den jeweiligen Schadstoffhöhen einigermaßen abschätzen. Schlipkötter: »Obwohl derartige Mortalitätsberechnungen eine grobe Vereinfachung der medizinischen Zusammenhänge darstellen, sind sie gegenwärtig das einzige Verfahren, welches eine Risikoabschätzung für die Allgemeinbevölkerung erlaubt.«

Nach der alten Smogverordnung bedeutete zum Beispiel das Ausrufen der Alarmstufe I im ungünstigsten Fall Schwefeldioxid- und Schwebstaubkonzentrationen von je 0,8 Milligramm pro Kubikmeter über mehr als 24 Stunden. Nach den vorliegenden Sterblichkeitsberechnungen hätten solche Werte 14,4 zusätzliche Tote pro eine Million Einwohner bedeutet. Das zugrundeliegende Berechnungsmodell, von Larsen 1970 entwickelt, wird im Schlipkötter-Gutachten ausführlich diskutiert. Danach führen die neuen Werte der Alarmstufe I, berechnet nach der Summe von Schwefeldioxid und zweifachem Schwebstaubwert (im Gutachten wird noch der 2,5fache Wert vorgeschlagen), zu einer Verringerung der zu erwartenden Übersterblichkeit auf 24 Prozent, also auf etwa 3,5 zusätzliche Tote pro eine Million Einwohner.

Die neuen Werte der Alarmstufe II bedeuten demnach 5,8, die der Alarmstufe III neun zusätzliche Tote.

Die Smogperiode vom Januar dauerte knapp sechs Tage, davon galt im östlichen Ruhrgebiet für knapp 24 Stunden die Alarmstufe II, im westlichen Ruhrgebiet etwa 27 Stunden die Alarmstufe II und knapp 20 Stunden die Alarmstufe III. Betroffen waren etwa 4,6 Millionen Einwohner in diesen als Smog-Gebiete ausgewiesenen Regionen. Hätte die Smogverordnung auch in der sogenannten Rheinschiene südlich von Duisburg gegolten, so hätte hier sicher während der gesamten Periode die Alarmstufe I gelten müssen. Betroffen waren die Städte Düsseldorf, Neuß, Ratin-

gen, Leverkusen, Köln und möglicherweise auch Bonn, insgesamt weit über zwei Millionen Menschen zusätzlich.

Bezogen auf die Sterblichkeitszahlen, die aufgrund der Modellberechnungen Schlipkötters zu erwarten sind, ist also davon auszugehen, daß die Smogperiode etwa sieben Millionen Menschen derartig belastet hat, daß mindestens mit etwa 3,5 Toten pro eine Million Einwohner, also mit etwa 25 zusätzlichen Toten, gerechnet werden muß. Da 4,6 Millionen Einwohner des Ruhrgebiets über ein bis zwei Tage mit den Werten der Alarmstufe II, davon 2,15 Millionen Einwohner des westlichen Teils sogar fast einen Tag mit den Werten der Stufe III belastet wurden, ist die Zahl von 25 sicher zu niedrig angesetzt.

Auf die Gesamtrechnung übertragen, bedeuten diese weiteren Belastungen eine Erhöhung der zu erwartenden zusätzlichen Toten auf etwa 40 Menschen.

Und auch diese Zahl dürfte noch niedrig angesetzt sein, da erstens die Randzonen der Smoggebiete und der Rheinschiene nicht mit berücksichtigt sind und zweitens das Berechnungsmodell von Belastungen länger als 24 Stunden, aber nicht von mehreren Tagen, insbesondere nicht von sechs ganzen Tagen, ausgeht. Ob aber eine Smogperiode von sechs Tagen bei gleichen Alarmstufen mehr zusätzliche Tote als eine von zwei Tagen Dauer verursacht, kann zwar angenommen, aber nur schwerlich exakt beziffert werden.

Aber auch mit anzunehmenden 40 zusätzlichen Toten ist das ganze Ausmaß der gesundheitli-

chen Auswirkungen nicht annähernd erfaßt. Die Verschlimmerung des Zustands bereits Erkrankter, akute Schübe bei Patienten mit einer chronischen Bronchitis, Anfälle von Asthmatikern oder von Pseudo-Krupp-Kindern, akute Atemwegserkrankungen bei ansonsten Gesunden, Verschlechterung bei Allergikern oder Herz-Kreislauf-Kranken — alle diese Folgen sind in eine Gesamtbewertung einzubeziehen.

Daß man an die Daten durch Blitzumfragen und Telefonanrufe nicht herankommt, scheint auch Farthmann klar zu sein. Selbst die systematische Befragung von niedergelassenen Ärzten und in Kliniken dürfte nur einen Teil der Erkrankungsfälle erfassen. Immerhin hat man tagelang besonders Lungen- und Herz-Kreislauf-Kranke aufgefordert, zu Hause zu bleiben und die Wohnung nicht zu verlassen.

Auch dient die Smog-Vorwarnphase, also die Alarmstufe I, ja unter anderem dazu, daß sich Risikopatienten mit den erforderlichen Medikamenten eindecken, so daß es gar nicht unwahrscheinlich ist, daß viele von ihnen auch tatsächlich zu Hause geblieben sind. Von vielen Eltern an Pseudo-Krupp leidender Kinder wissen wir, wie selten sie bei Anfällen einen Arzt aufsuchen, wie hoch der Anteil von Selbstmedikation ist.

Jede bloße Ärztebefragung wird daher das wahre Ausmaß der Gesundheitsschäden nicht erfassen. Wir sind gespannt auf die Ergebnisse der Untersuchung durch Schlipkötters Institut. Angefordert von Minister Farthmann, soll die Auswertung im Juli 1985 abgeschlossen sein. □

Morphin gegen Smog

Durchführungsbestimmungen der Smogverordnung, Absatz IV d:

»Für die ärztliche Behandlung erhöht smoggefährdeter oder smoggeschädigter Personen haben die aus Anlage 8 ersichtlichen Medikamente und Geräte Bedeutung. Die Gesundheitsämter haben darauf hinzuwirken, daß die in Anlage 8 aufgeführten Medikamente und Geräte im Smogfall in ausreichender Menge zur Verfügung stehen.«

Anlage 8:
Medikamente und Geräte für den Smogfall

1. Sauerstoffgeräte für Spontanatmung (Reiz/Stickgase) und künstliche Beatmung (CO)
2. Atropin (wegen Sensibilisierung der Acetylcholin-Rezeptoren der Atemwege durch z.B. SO_2)
3. NaHCO_3 (0,5 und 1,0%ig) für

Auge und Luftwege (Tropfen bzw. Spray) bei Reizgasen

4. Na-thiosulfat (1%ig) falls Cl mitspielt (als Aerosol)
5. Tris-Puffer (THAM) = Tris (hydroxymethyl)aminomethan zur Herstellung des Säure-Basen-Gleichgewichts bei der NO_2 -Vergiftung, auch bei SO_2 -Vergiftung
6. Prednisolon (oder andere Glukokortikoide) bei drohendem Lungenödem
7. Strophanthin bei drohendem Lungenödem
8. Calciumglukonat bei drohendem Lungenödem
9. Morphin (zur Ruhigstellung) bei drohendem Lungenödem
10. Glukose (20-30%ig) bei drohendem Lungenödem
11. Nor-Adrenalin bei Schocksyndrom
12. Antibiotika gegen drohende Infekte

Eine Studie zur Praxis des Schwangerschaftsabbruchs fiel dem Ministerium zu kritisch aus. Jetzt wird sie von der DGVt veröffentlicht.

Unbequeme Wahrheiten

Geißler hielt §218-Studie zurück

Was die gängige Praxis des Schwangerschaftsabbruchs angeht, sind uns die Niederländer schon lange ein großes Stück voraus. Das wußte auch Antje Huber, derzeit Gesundheitsministerin, als sie Dezember 1981 eine großangelegte Studie über die Abtreibungspraxis in Westeuropa und den USA bei den Niederländern Ketting und Van Praag in Auftrag gab. Die beiden sind Mitarbeiter der NISSO (Nederlands Instituut voor Sexualsociologisch Onderzoek) und der STIMEZO: ein großer niederländischer Verband für »medizinisch verantwortliche Schwangerschaftsunterbrechungen«, dem 11 der 20 Abtreibungskliniken in den Niederlanden angehören.

Mit dem Ziel einer umfassenden Bestandsaufnahme der Abtreibungspraxis in neun europäischen Ländern und den USA befragten die Untersucher alle Personen und Instanzen, von denen sie annahmen, daß sie über die gängige Praxis der Abtreibung im jeweiligen Land informiert seien. Dazu gehören die Mitarbeiter von Beratungs- und Abtreibungseinrichtungen, Regierungen und Wissenschaftler.

Neben einer detaillierten Beschreibung der historischen Veränderungen der Abbruchgesetzgebung in den einzelnen Ländern leistet die Studie eine genaue Analyse der Differenz zwischen Gesetz und Praxis. So ist es zum Beispiel für eine Engländerin trotz der ähnlich restriktiven Gesetzgebung wie in der BRD wesentlich einfacher, zu einem Abbruch zu kommen, einfach aufgrund der liberalen Auslegungspraxis.

Die restriktive Handhabung in der Bundesrepublik führt zu einem »Abtreibungstourismus« innerhalb der Bundesrepublik und zu einer ebensolchen Wanderung aus den südlichen Bundesländern nach England und in die Niederlande. Vor diesem Hintergrund kommen die Autoren zu der Feststellung, daß die Bundesrepublik zusammen mit der Schweiz das Schlußlicht im internationalen Vergleich bildet.

Außerdem hat sich eine immense Zahlenklüft zwischen den durch das Statistische Bundesamt und den durch die Studie ermittelten Abtreibungen aufgetan. In Hessen sind dem Statistischen Bundesamt neun abtreibende Stellen genannt, Pro familia überweist aber an 18 verschiedene Behandlungszentren. So liegt die Gesamtzahl der Abtreibungen nach der Studie bei 300 bis 350 000 gegenüber ca. 90 000, die das Statistische Bundesamt angibt.

Nach dem Motto des Sprechers von Minister Geißler, Hartwig Möbes: »Wir halten die Studie aufgrund der enthaltenen Angaben nicht für veröffentlichungswürdig, erst recht nicht auf Kosten der Steuerzahler«, wurde die Arbeit der Niederländer, die immerhin 150 000 Mark gekostet hat, systematisch totgeschwiegen. Als Mitautor Ketting, »aufgrund der positiven Reso-

nanz der Mitarbeiter im In- und Ausland«, beim Minister die Rechte für eine Veröffentlichung in niederländischer Sprache beantragte, wurde mit der genannten Begründung nur eine Auflage von 250 Stück für die Mitarbeiter zugelassen. »Es wurde klar, daß für eine Veröffentlichung politischer Druck gegen Geißler nötig ist«, so Ketting gegenüber dg.

Hier kam die Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, ein kritischer Psychologenverein, ins Spiel. Mitarbeiter der DGVt hatten die Arbeit ins Deutsche übersetzt und traten bis Oktober vergangenen Jahres mehrmals ans Ministerium heran, um im Eigenverlag die Studie als Grundlage für die laufende Diskussion um den Paragraphen 218 herausgeben zu können.

Nach einer schriftlichen Absage kam dann am 16. Januar durch eine kleine Anfrage der SPD-Bundestagsabgeordneten Renate Schmidt zu den »zensurähnlichen Maßnahmen Geißlers« Wirbel in die Angelegenheit. Verschiedene Organisationen, Rundfunk und Presse meldeten sich zu Wort. Dennoch, am gleichen Abend wiederholte der schon zitierte Sprecher Geißlers die Absage an die DGVt. Am Morgen des folgenden Tages gab es dann die unerwartete Wendung: Eine Mitarbeiterin des Spiegel, die einen Artikel über die Studie verfaßte,

war direkt vom Ministerium gebeten worden zu schreiben, daß die »DGVt auf eigene Kosten« die deutsche Fassung verlegen dürfe.

Erst auf wiederholte Anfrage beim Ministerium ging eine schriftliche Genehmigung und am 21. Januar auch eine Presseerklärung heraus, die besagt, daß »das Ministerium niemanden, der die Studie lesen will, daran hindern will«, was, wie beschrieben, unwahr ist. Die Studie belegt aber einige dem Ministerium sehr unliebsame Argumente für die Legalisierung der Abtreibung, wie den schon angeführten »Abtreibungstourismus« oder die Tatsache, daß es keinen Zusammenhang zwischen der Geburtenrate und der Zahl der Abtreibungen gibt.

So scheint das Ministerium unliebsame Fakten lieber totzuschweigen und überläßt die Angriffe gegen abtreibende Frauen und gegen eine liberale Abtreibungspraxis den »privaten« Organisationen, die Bezeichnungen wie »Mörderinnen« und »faschistoider Massenmord« bekanntermaßen locker im Munde führen. Nur stetiger politischer Druck kann verhindern, daß sich das festigt, was im Moment laut Studie für die Praxis der Abtreibung in der BRD gilt: »Die konservative Ausnahme in der westlichen Welt.«

Karin Kieseyer



DOKUMENTE

Was hat sich in den letzten zehn Jahren für Psychiatrie-Betroffene verändert?

Arnd Schwendy
(Dachverband psychosozialer Hilfsvereinigungen, Bonn)

Da die Kritik der angeblich gescheiterten Reform »in« ist, möchte ich zunächst einige Pluspunkte nennen:

- die Landeskrankenhäuser sind besser geworden: mehr Personal, weniger Betten, differenziertere Hilfen;
- es ist eine Reihe von psychiatrischen Abteilungen entstanden, die — mit Hilfe von gemeinnützigen Vereinen — in ihren Regionen auch Angebote für Langzeitkranke/seelisch behinderte Menschen machen;
- die Zahl der Tageskliniken und der niedergelassenen Nervenärzte hat sich erhöht;
- Länder, Kommunen und freie Träger haben angefangen, sozialpsychiatrische Dienste aufzubauen;
- psychosoziale Hilfsvereinigungen — als Bürgerinitiativen ehren- und hauptamtlicher Mitarbeiter — haben in vielen Regionen »Lebenswelten« für ehemalige Anstalts-Bewohner in den Gemeinden geschaffen: durch Wohnangebote, Freizeit- und Kontaktzentren, »Firmen«, mitmenschliche Begleitung im Alltag. (Im Dachverband Psychosozialer Hilfsvereinigungen e.V. sind jetzt über einhundert solcher Initiativen zusammengeschlossen, es gibt sicher weitere hundert.);
- die sogenannte Lalenhilfe hat sich emanzipiert und begreift, daß sie neben der Sorge um den einzelnen Betroffenen auch ein öffentliches Mandat hat, für die Interessen der psychisch Kranken einzutreten;
- die Angehörigen wurden von der Psychiatrie »entdeckt« und machen sich nun selbständig als Bundesverband mit vielen örtlichen Selbsthilfe-Initiativen, die auch politisch zunehmend wirksamer werden;
- es ist eine Generation von sozialpsychiatrisch Tätigen aller Berufsgruppen herangewachsen, die lernt, wie man in der Gemeinde arbeitet;
- der anfängliche Präventions- und Heiler-Wahn ist einer realistischen Einschätzung (die m.E. nicht mit Resignation verwechselt werden darf) im Hinblick auf die langfristig beeinträchtigten Menschen gewichen: Lebensbegleitung statt Therapie erkennen immer mehr (wenn auch noch viel zu wenige) als angemessene Antwort;
- in den Massenmedien sind Sachverstand und Sympathie für die Sache der psychisch Kranken (nicht so sehr für die Sache der Psychiatrie) gewachsen;
- nicht zuletzt durch das in seiner Bedeutung von vielen unterschätzte Modellprogramm Psychiatrie (das die neue Bundesregierung fortführt) sind die Sozialversicherungen sowie die Politik von der Gemeinde- bis zur Bundesebene permanent mit den vielen ungelösten Rechts- und Finanzierungsfragen konfrontiert;

Diese Frage legte die dg-Redaktion einigen im psychiatrischen Bereich tätigen Organisationen und Einzelpersonen vor. Wir dokumentieren die Antworten.

— in den Kommunen — nicht nur des Modellprogramms — ist das Bewußtsein gewachsen, daß auch psychisch Kranke Bürger sind, für die die Gemeinde zu sorgen hat.

Leider läßt sich diesem Positiv-Katalog eine genauso lange Mängelliste entgegensetzen: Die Wirtschaftskrise hat sicher keine Gruppe so hart getroffen wie die seelisch Erkrankten und Behinderten. Vom »alten Elend« der Psychiatrie zur »neuen Armut«: Die Sozialhilfe reicht nicht mehr für ein Überleben draußen, Ausbildungs- und Beschäftigungschancen sind gleich null. Das erzeugt neues seelisches Leid. Ein vielerorts verbessertes Hilfsangebot sieht sich also noch größerer Not gegenüber und kann ihr u.a. oft deshalb nicht wirksamer begegnen, weil das Hilfsangebot weitgehend unkoordiniert, ja konkurrierend entstand und der Kontrolle durch Bürger, Betroffene und politische Instanzen entrückt ist. Mehr Unzufriedenheit und Kritik als vor Beginn der Reform sind die Folge.

Belastend wirkt außerdem, daß Zehntausende von Langzeitkranken »vergessen« wurden, d.h. abgeschoben wurden in Heime und Anstalten, nicht teilhaben an vielfältigen Bemühungen der Integration. Dies wird genauso gern verdrängt, wie der psychiatrische Holocaust des Nationalsozialismus: 40 Jahre nach dem »Zusammenbruch« gibt es zwar — und das halte ich übrigens für den größten Fortschritt der letzten Jahre — in der Psychiatrie eine aktivere Auseinandersetzung mit den Mordaktionen des Dritten Reiches, aber immer noch keinen Versuch der »Wiedergutmachung«: »Euthanasie«-Opfer, d.h. ihre Familien, und Sterilisationsopfer wurden noch immer nicht in den Personenkreis derer aufgenommen, die im Bundesentschädigungsgesetz als Opfer des Nationalsozialismus aufgeführt wurden. Gleichzeitig findet Professor Hackethal Belfall von sich liberal-humanitär dünkenden Kreisen, wenn er dafür wirbt, daß Leben Unheilbarer zu beenden: Daß dieser Ungeist weiter wächst, ist meine größte Sorge.

In wenigen Monaten wird es in dieser Republik einige hundert Arbeitslose mehr geben, was angesichts der Wirtschaftsstatistik nicht weiter ins Gewicht fallen dürfte. Aber die, die's erleiden, werden wahrscheinlich nie wieder die Chance haben, in ihrem erlernten

Beruf angestellt zu werde; vielmehr werden sie sich einreihen in das Heer arbeitsloser Sozialarbeiter und Psychologen und werden auf die Sozialpolitik der Rechtskoalition schimpfen. Obwohl die an der Liquidation des »Modellprogramms Psychiatrie« die geringste Schuld hat. Wenn die Bundeszuschüsse für psychosoziale Modelleinrichtungen in diesem Jahr abgestellt werden, so lag dies in der Natur der Sache, war von den sozialliberalen Psychiatriereformern so und nicht anders angerechnet.

Denn was sollte da im »Modell« erprobt werden? Etwa, daß Sozialarbeiter und Therapeuten geeignet sind, einer von der Entwicklung des Gemeinwesens abgekoppelten, mit einer unbewältigten Vergangenheit befrachteten totalitären Institution auf die Sprünge zu helfen? Oder, daß die medizinischen Gulags nicht mehr die zeitgemäße Versorgung psychischer Störungen in einer immer störanfälligeren Welt darstellen? Hierzu hätte es keines Modellprogramms bedurft, denn all dies war spätestens seit dem 25. 11. 1975 in der Bundestagsdrucksache 7/4200 (Psychiatrie-Enquête) nachzulesen.

Natürlich hat sich die Psychiatrie seither entwickelt, aber es wäre ein Irrtum zu glauben, daß die Bundesmittel irgendeinen wesentlichen Einfluß auf diese Entwicklung genommen hätten, mit Ausnahme jener Regionen, die direkt vom Bonner Geldregen bewässert wurden. Gerade diese Regionen jedoch haben jetzt am meisten zu bluten, werden trotz hektischer Rettungsaktionen bewährte Hilfeleistungen aufgeben müssen und auf Jahre hinaus in Stagnation verharren.

Der Grund hierfür liegt einfach darin, daß unser Finanzierungssystem sozialer und medizinischer Hilfen so antipsychiatrisch wie nur möglich ist und daß sich daran unter den noch unter den Sozialliberalen eingeleiteten und von den Gewerkschaften applaudierten Kostendämpfungsmaßnahmen (die bekanntlich die Profitsteigerungen der Leistungsanbieter noch beschleunigt haben) nichts geändert hat.

Wo immer sich außerhalb der Modellregionen psychiatrische Fortschritte ereigneten (und davon gibt es eine Menge), so wurden diese in einem zähen politischen Kampf errungen und sind finanziell in den tiefsten Löchern des Sozialgesetzdschungels versteckt. Der Aufwand an Zähigkeit und Verhandlungsgeschick, mit dem Selbstverständlichkeiten, wie z.B. Wohngeld für einen Patienten, der entlassen werden soll, erstritten werden müssen, ist dem Nichteingeweihten unvorstellbar.

So bleibt eine durchgreifende Reform des Gesundheits- und Sozialwesens, deren Zustandekommen das Modellprogramm kaum befördert, aber in vieler Hinsicht behindert hat, eine Aufgabe der Zukunft, und man kann erwarten, daß diese Zukunft unter den Befürwortern neokonservativer Sozialdemagogie eher Trübes verheißt. Daran ändert auch nicht, daß die psychisch Kranken mit dem CDU-MdB Walter Picard einen Fürsprecher von Format haben; einen solchen sucht man bei den sogenannten Reformkräften in SPD und Gewerkschaften vergebens.

Redaktion Türspalt
(Psychiatriezeitung;
Postfach 46, 8000
München 65)

Zehn Jahre — ein Grund zum Nachdenken? Wir hatten »damals« vergeblich geäußert: durch die Psychiatrie-Enquête wird eine Psychotechnokratie zwangsläufig, die es unmöglich macht, wirkliche und inhaltliche Veränderungen im einzelnen, von Problemen ausgehend, zu erreichen. Wir waren damals noch eine Selbstorganisation, die seit 1969 Gelder vom Land, vom Bezirk und von der Stadt erhielt, und wir wußten,

daß die Verwirklichung der Enquête das Ende aller freien Selbstorganisationen bedeutete, die durch ihre Kritik an der Psychomedizin ja schon immer — besonders für das »Vertrauensverhältnis« der Ärzte zu sich selbst — ein Dorn waren.

Und so war's dann auch: der Landespsychiatrieplan wurde von den Fans der Enquête zu deren Verwirkli-

chung entworfen (vgl. Türspalt Nr. 4) und uns hierauf die Gretchenfrage gestellt: entweder ihr werdet ein Sozialpsychiatrischer Dienst (SPDi) oder ihr bekommt nur noch ein Zehntel eures Geldes. SPDi, das heißt: Supervision durch Psychiater, öffentliche Rechenschaft vor der Psychiatrie (besonders bei der Medikamentenverweigerung), öffentliche Verpflichtung und Verantwortung für eine Unmasse von Problemen, die mit winzigen Mittelchen kaschiert werden sollten. — Nein danke.

Wir konnten nicht mehr weitermachen, weil die Gelder weder für eine Arbeitsstelle noch für die Miete reichten: nach drei Jahren gab es folgerichtig auch keine Selbsthilfegruppen mehr in München. In den SPDies setzten sich schnell die Leute durch, die dem «flächendeckenden Massenproblem» am ehesten gerecht wurden, andere hatten irgendwann die Nase voll.

Heiner Keupp (Prof. Dr., Psychologe in München)

Eine Strukturreform der westdeutschen Psychiatrie hat nicht stattgefunden. Daraus darf aber nicht geschlossen werden, daß die Psychiatrie-Enquête gescheitert sei. Einige ihrer Ziele sind durchaus erreicht. Ihr Hauptziel war die Modernisierung der Psychiatrie, die ja in dem Zustand der Fünfziger und Sechziger wirklich ein Schandmal in einem so fortschrittlichen kapitalistischen Land wie der BRD sein mußte. Selbst der Deutsche Ärztetag hat sie Ende der Sechziger zur Sanierung freigegeben. Die Expertenkommission hat den Modernisierungsauftrag mit jener technokratischen Gründlichkeit übernommen, die dem wohlfahrtsstaatlichen Planungshorizont der siebziger Jahre entsprach. Orientiert war die Planung an international salonfähigen psychosozialen Versorgungssystemen (wie den USA oder Holland). Herausgekommen ist ein annähernd lückenloses Netz, das über alle denkbaren psychosozialen Krisenherde geworfen werden sollte. Psychisches Leid sollte von einem System «fürsorglicher Belagerung» eingefriedet werden. Im Gesamtergebnis ließ sich aus dem voluminösen Expertenbericht eine «rundum erneuerte» Psychiatrie herauslesen, in der eine ungebrochene Dominanz des «medizinischen Blicks» und der ärztliche Profession vorgesehen ist. Ihr Herzstück bleibt die Anstalt (die natürlich jetzt zum Fachkrankenhaus weiterentwickelt wird). Sie soll baulich saniert, auch verkleinert und ein bißchen dezentralisiert werden, das Personal soll besser ausgebildet werden und ein paar Sozialarbeiter und Psychologen sollten auch eingebaut werden. Die vermutlich einzigen innovativen Elemente der Enquête waren wohl regionale Koordinations- und Kooperationsgremien und die ambulanten sozialpsychiatrischen Dienste.

Die von der Redaktion gestellte Frage, ob die seit der Psychiatrieenquête unternommenen Bemühungen um eine Reform der Psychiatrie ernsthafte Fortschritte für die Betroffenen erbracht haben, ist strenggenommen weder von den Praktikern noch von den Forschern, sei es innerhalb oder an den Rändern der Psychiatrie, zu beantworten. Aber auch die (noch vereinzelt) Stimmen der Patienten selbst sagen nur die halbe Wahrheit: welcher Praktiker kennt nicht jene Patienten, die um der Beseitigung ihrer quälenden Ängste willen sogar selbst um den Elektroschock, die so genannte «symbolische Hinrichtung» (E. Wulff), nachsuchen oder jene, die in der Psychiatrie aufgrund ihrer persönlichen Erfahrungen nicht mehr als ein staatlich organisiertes System der Vernichtung und Ausgrenzung sehen können? Wie also beginnen und mit welchen Maßstäben messen, was sich seit der Enquête für die Patienten zum Positiven gewandelt hat? Ohne hier eine befriedigende Lösung anbieten zu können, schlage ich zur Annäherung ein Herangehen unter vier Gesichtspunkten vor:

1. Welchen Charakter hatte jener durch die Enquête eingeleitete, durch Landespsychiatriepläne, kommunale Planungen und die Novellierung der PsychKGs fortgesetzte und mit den Modellprogrammen («kleiner Modellverbund», Bundesförderung von 1976 bis 1980;

Wie hätte es auch sein sollen mit diesem Bundestagsbeschuß, der nichts anderes war als die Handhabung der Probleme durch Versorgung (d.h. Unterbringen, Ruhigstellen und Beschwichtigen), durch Medizinisierung («Gleichstellung der psychisch Kranken mit den somatisch Kranken» heißt hier eben vor allem: Anpassung an die Medizin und Unterwerfung sozialer Krisen unter Pharma- und Isolierstechniken) und durch präventive Ausrottung (vgl. als Beispiel die Sterilisation als «genetische Prävention» gegen die «Vererbung psychischer Krankheiten» S. 787 ff, besonders S. 789 in Drucksache 7/4201). Soll das etwa die Probleme von Menschen beantworten, die sozial isoliert und materiell demontiert worden waren? Nein — es ging um die bessere Funktionalisierung der altbekannten psychiatrischen Säuberungsmittel: Isolation durch Diagnose (Stigmatisierung), Lähmung durch

Mir ist die Unterscheidung zwischen Modernisierung und Strukturreform wichtig. Mancher Nachgesang auf das nicht voll realisierte Enquête-Programm klingt so, als wäre ein echtes Reformprojekt um seine Chance gebracht worden. Wenn sich die Reformgruppierungen nicht von diesem Mythos lösen, verpassen sie die Lektion, die uns durch die Entwicklung der letzten Jahre erteilt wurde. Als wir im Herbst 1980 auf dem Bonner Marktplatz für die Auflösung der Großkrankenhäuser demonstrierten, hatten wir uns erstmals aus den Fängen des Enquête-Reformismus befreit, aber offensichtlich nur für ein kurzes Wochenende. Es war ja auch nicht sehr viel mehr als ein trotziges Rebellieren, in dem sich die Enttäuschung darüber Luft machte, daß unsere «psychiatriegestaltenden» Blütenträume von der sozialliberalen Bundesregierung vor einer fiskalpolitischen Frostperiode nicht bewahrt werden konnten. Zwar haben wir die «Auflösung der Großkrankenhäuser» noch nicht aus unserem Forderungskatalog gestrichen, aber das Festhalten an dieser Lösung hat etwas Ritualistisches an sich. Die Anstalt ist gestärkt aus dem endgültigen Scheitern oder der anhaltenden Krise des Wohlfahrtsstaates hervorgegangen. Vor allem konservativ geführte Kliniken präsentieren sich wieder mit ungebrochenem oder zurückgewonnenem Selbstbewußtsein der Öffentlichkeit. Sie sind sich ihrer gesellschaftlichen Nützlichkeit und Notwendigkeit wieder sicher. Die tiefe gesellschaftliche Spaltung, die sich durch die bundesrepublikanische Gesellschaft zieht, hat die klassischen gesellschaftlichen Kontrollstrukturen wieder belebt. Der für die Psychiatrie seit ihrer gesellschaftlichen Etablierung so grundlegende Zusammenhang von Not und Leid, Armut und psychischen Störungen ist wieder sichtbar geworden. Die innere Militarisierung der bundesrepublikanischen Gesellschaft (das Setzen auf Stärke, Härte, Leistungsbereitschaft und Elite) führt mit Notwendigkeit zur Regeneration des Kontrollmandats der Psychiatrie. Die Sogwirkung der Anstalt, ihr Prinzip des gesellschaftlichen

Psychopharmaka, E-Schock und Isolierzelle und Chronifikation seelischer Not zum braven Patienten. Alle diese Mittel wurden bestärkt und vermehrt — sonst nichts!

Genauere Auseinandersetzung findet man im Türspalt Nr. 4, S. 12 ff und im Überblick im Türspalt Nr. 11 (im Artikel «Raus aus dem Irrenhaus! Anmerkungen zum derzeitigen Stand der Psychiatrie-Diskussion»). Folgerungen gegen die Enquête sind die Forderungen von Türspalt, Irren-Offensive, Indianerkommune und Graue Panther, die ebenfalls in Türspalt Nr. 11 abgedruckt sind.

Redaktion «Türspalt»
Postfach 48
8000 München 85

Ausschlusses, droht auch die wenigen Alternativstrukturen, die in den letzten Jahren entstanden sind (z.B. SPDIs oder Wohngemeinschaften), zu untergraben.

Unser größter Fehler als Reformbewegung war wohl, daß wir uns immer für eine bessere Versorgung von Menschen mit psychischen Problemen eingesetzt haben, nicht für eine Befreiung. Wir haben den Versorgungspol gegen den Kontrollpol der Psychiatrie stärken wollen. Wir haben nicht genügend beachtet, daß die Psychiatrie von Beginn an durch den Doppelcharakter von Versorgung und Kontrolle gekennzeichnet war. Jetzt erkennen wir wieder besser die häßliche Fratze der Kontrolle, weil für die Versorgung weniger Ressourcen verfügbar sind. Auch «fürsorgliche Belagerung» im Sinne umfassender therapeutischer Normalisierungsprogramme stellt eine spezifische Kontrollform dar. Die fürsorgliche Komponente tritt immer mehr in den Hintergrund, und es bleibt die Belagerung.

Die Veränderungsimpulse, die ich gegenwärtig sehe, kommen fast nur von Psychiatriebetroffenen, und sie sind für uns Professionelle alles andere als bequem. Es werden einerseits elementare Menschenrechte eingeklagt (z.B. Ablehnung von jeder Form von Zwangsbehandlung) und andererseits selbstbestimmte und organisierte Lebensformen gefordert. Diese Forderungen mögen sich oft nicht mit dem vertragen, was wir für therapeutisch notwendig halten (im «wohlverstandenen Interesse» der Patienten), aber sie stellen Ansätze der Gegenkontrolle dar. Der Zunahme an staatlicher und administrativer Kontrollmacht kann nur durch Stärkung von Selbstorganisation und durch das Einklagen von Menschenrechten eine wirksame Gegenkontrolle entgegengesetzt werden. Wir werden uns hier für neue Bündnisse öffnen und von unserem professionellen Mythos trennen müssen, daß wir stellvertretend für die Betroffenen «zu ihrem Besten» handeln können.

Ernst v. Kardorff (Dipl.-Psych., Dipl.-Soz., Münchner Projektgruppe für Sozialforschung)

Modellprogramm Psychiatrie der Bundesregierung 1980—1985; Modellprogramme von Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz im wesentlichen abgeschlossene Veränderungsprozeß?

2. Wie hat sich der Gedanke einer sozialen und beruflichen Rehabilitation im Rahmen einer gemeindenahen und bedarfsgerechten Versorgung bei der Um- und Neuorganisation institutioneller Strukturen und organisatorischer Praktiken niedergeschlagen?

3. Welche veränderten professionellen Sichtweisen und Perspektiven haben sich durchgesetzt und welche Konsequenzen hat dies für die Stellung des Patienten in der Versorgung?

4. Wie hat sich die rechtliche und soziale Stellung des Patienten in der psychiatrischen Versorgung verändert?

zu 1): Zunächst ist daran zu erinnern, daß die Empfehlungen der Psychiatrieenquête keinen tiefgreifenden Einschnitt in der Psychiatrieentwicklung seit dem zweiten Weltkrieg darstellen; sie fassen vielmehr den Diskussions- und Entwicklungsstand der um eine interne Modernisierung und ambulante Ergänzung der Versorgung sowie um einen Abbau offensichtlicher Mißstände bemühten Experten und Politiker zusammen. Die Empfehlungen gehen dabei von den beiden «bewährten» Säulen der Versorgung, der Anstalt und dem niedergelassenen Neurologen, aus und versuchen mit Hilfe des Konzeptes «Standardversorgungsgebiet» auf eine strukturfunktionale Weise krasse Versorgungslücken durch komplementäre Dienste, Vorschaltambulanzen, sozialpsychiatrische Dienste und Nachsorgeeinrichtungen «bedarfsgerecht» und «gemeindenah» abzudecken. Die besondere Bedeutung, die angesichts der zersplitterten organisatorischen und finanziellen Zuständigkeiten der Koordination und Kooperation zu Recht beigemessen wird, verweist aber andererseits auch darauf, daß es sich bei der «Reform» ganz wesentlich um den (im Ergebnis nur sehr bedingt erfolgreichen) Versuch einer effizienteren, rationelleren und kostensparenden Verwaltung der Irren handelt. Demgegenüber treten die faktischen Bemühungen um eine soziale Wiedereingliederung deutlich in den Hintergrund. Die Inhalte und der

bisherige Verlauf der von der Bundesregierung und einigen Länderregierungen initiierten und geförderten Modellprogramme scheinen diese Vermutung zu bestätigen: hier handelt es sich im wesentlichen um Modernisierungshilfen, die die teilweise Neu- und Umorganisation der psychiatrischen Versorgungsformen zu erproben oder politisch durchzusetzen. Dabei steht die politische Rhetorik und der Aufwand an politischen Koordinationsgremien auf allen Entscheidungsebenen in einem eigenartigen Mißverhältnis zu den faktischen Veränderungen, so daß man im Ergebnis von einer Art symbolischer Politik sprechen könnte.

Tatsächlich handelt es sich bei den Umsetzungsmaßnahmen vor allem um den beständigen und aufwendigen Versuch, den zwischen den beteiligten korporatistisch organisierten Interessengruppen (Träger, Verbände, Kassen, Berufsverbände; Kommunen, Parteien) etablierten Wohlfahrtskompromiß im politischen Gleichgewicht zu halten. Wenn auf dieser Ebene nach den Verbesserungen für die Patienten gefragt wird, so haben die »elenden und menschenunwürdigen Umstände« in den Anstalten und Heimen zwar den Anlaß für die Reformbemühungen abgegeben; ihre Beseitigung tritt aber im Verlauf der politischen Umsetzungsversuche zusehends in den Hintergrund bzw. wird von den z.T. selbstproduzierten »Sachzwängen« einer sozialtechnischen Modernisierungspolitik und den Eigenlogiken der politisch-administrativen Implementations- und Durchsetzungsprobleme verdrängt.

zu 2): Auch nach zehn Jahren Reformansätzen steht die psychiatrische Klinik nach wie vor im Zentrum der Versorgung. Zwar wurden die Kliniken z.T. intern »humanisiert« (bessere bauliche Voraussetzungen, Abschaffung der Anstaltskleidung; interne Sektoralisierung; psychotherapeutische und sozialtherapeutische Verfahren; vielfältigere Beschäftigungs- und Freizeitangebote; besser ausgebildetes Personal etc.); gleichwohl beherrscht die Logik der Anstalt nach wie vor das Bild der Versorgung (z.B. die institutionell-organisatorischen Zwänge, die allein mit der Größe der Anstalten zusammenhängen; die Versorgung ist auf die Anstalt hin konzipiert). Wesentliche Veränderungen

gen und Neuerungen haben sich allerdings im komplementären und nachsorgenden Bereich ergeben. Hier ist mit den Sozialpsychiatrischen Diensten, therapeutischen Wohnangeboten, Übergangsheimen und Treffpunkten eine deutliche Verbreiterung und Differenzierung des Versorgungsangebotes für die Patienten entstanden. Skeptisch muß hier allerdings die Frage beantwortet werden, ob damit die angestrebte soziale Integration und Rehabilitation der Patienten entscheidend vorangekommen ist: Im Hinblick auf den Sozialpsychiatrischen Dienst zeigen erste Erfahrungen, daß er sich — aufgrund fehlender eigener Ressourcen: zuwenig Personal, keine Krisenwohnungen, medizinisches Behandlungsverbot u.a. — im wesentlichen zu einer Drehscheibe und Verteilungsinzanz im psychiatrischen Kreislauf zu entwickeln scheint. Die Übergangseinrichtungen, therapeutischen Wohngemeinschaften und Treffpunkte scheinen ebenfalls weniger zur Rückkehr der Patienten aus der Krisenbewältigung in die bürgerliche Normalexistenz (falls dies ein wünschenswertes Ziel ist) beizutragen, als vielmehr Wartepositionen zur Frühberentung, zur Heimunterbringung und zu einem Leben in einem im Anwachsen begriffenen von der übrigen Gesellschaft abgesonderten »ambulanten Ghetto« zu schaffen, das von den Professionellen therapeutisch begleitet und überwacht wird. Dazu trägt auch das weitgehende Fehlen wirksamer Einrichtungen zur beruflichen Rehabilitation bei. Hier muß auch die Frage gestellt werden, ob (vor allem angesichts der strukturellen Arbeitsmarktkrise) eine solche Integration überhaupt sozialpolitisch gewünscht wird.

zu 3): Die wesentlichen Impulse für und Interessen an einer Reform der Versorgung stammen von den Psychiatrieexperten selbst und nicht von der Politik oder den »Betroffenen« (selbst eine Wortschöpfung der Experten). Diese Tatsache hat den Charakter der bis heute stattfindenden Veränderungen mit durchaus ambivalenten Auswirkungen auf die Stellung des Patienten in der Psychiatrie geprägt. Wenn in der psychiatrischen Praxis auch das medizinische Modell noch dominiert, so ist es vor allem um psychotherapeutische, gruppenspezifische, familien- und angehörigenorientierte und sozialarbeiterische Momente erweitert worden. Dies hat zu einem vertieften Ver-

ständnis der psycho-sozialen Situation der Patienten ebenso wie zu einem vielfach verständnisvolleren Umgang mit dem Patienten geführt. Dabei sollte aber die Seite einer oftmals erhöhten und von Seiten des Patienten schwer zu durchbrechenden persönlichen Abhängigkeit und damit die Gefahr einer ins »ambulante Ghetto« hinein ausgeweiteten, nunmehr »weichen« sozialen Kontrolle nicht übersehen werden. Ebenso wenig ist die Tendenz zu übersehen, daß sich Patienten wie Professionelle in der paragesellschaftlichen Realität der Anstalt und des ambulanten Ghettos einrichten und die Psychiatrie zunehmend zu einer »Lebensschule« für den Zustand einer dauerhaft ausgegrenzten sozialen Existenz am Rande der Gesellschaft zu werden droht.

zu 4): Weil die Enquêteempfehlungen in der Reform der Psychiatrie vorrangig ein sozialtechnisches Problem gesehen haben und die gesellschaftliche Funktion der Psychiatrie als Ordnungs- und Kontrollwissenschaft nie ernsthaft zur Disposition gestellt wurde (Differentialdiagnose, Selektion, Ausgrenzung, Verwaltung der Irren), verwundert es nicht, daß die Stellung des Patienten als Rechtssubjekt, als Bürger, keine große Beachtung gefunden hat. Auch die Novellierungen der PsychKGs haben hier nur vereinzelte Verbesserungen gebracht, die durch die in diesen Gesetzen oft erheblich ausgeweitete Expertenmacht (Gutachterwesen, therapeutische Betreuung quasi als Auflage etc.) wieder zunichte gemacht wurden (vgl. u.a. Reichel 1980). Auf diese Problematik haben die Psychiatriebeschwerdezentren immer wieder und nur in Einzelfällen erfolgreich aufmerksam gemacht. Besonders von diesem für den Patienten rechtsfreien Raum betroffen sind die langfristig hospitalisierten Patienten. Sie sind es schließlich auch, die am stärksten unter der Vernachlässigung des Zusammenhangs zwischen Psychiatrie und Armut zu leiden haben und die darüberhinaus auch institutionell (verstärkte Tendenz zur Trennung von Akutpatienten und Pflegefällen) durch die »Reform« in keiner Weise besser, durch die Abschiebung in Heime z.T. eher noch schlechter als vorher dastehen. Wenn man die Langzeitpatienten zum Maßstab des Erfolges einer Reform macht, dann kann man sie — trotz vieler Verbesserungen im einzelnen — als gescheitert betrachten.

Die Erfordernisse einer gemeindenahen Psychiatrie aus der Sicht der Betroffenen und ihrer Angehörigen

Von Edgar Pommerin

Vortrag bei der Tagung der »Aktion psychisch Kranke« am 5./6. Dezember in 1984 in Bonn.

— Ich bin Vater eines seit mehreren Jahren seelisch erkrankten Sohnes, der nach wiederholten Aufenthalten in psychiatrischen Kliniken immer wieder bei uns zu Hause lebte und jetzt, nach zweijährigem Aufenthalt in einem Übergangsheim, in einer Wohngemeinschaft in Bonn den Versuch des Selbständigwerdens unternimmt.

— Ich bin Vorsitzender des Bonner Vereins »Hilfe für psychisch Kranke e.V.«, einer Aktionsgemeinschaft von Angehörigen seelisch Erkrankter und Behinderter, die versuchen, sich einerseits selbst zu helfen durch gegenseitige Unterstützung und Beratung, andererseits durch Einflußnahme auf die Kommunalpolitik dazu beizutragen, daß vorhandene Versorgungslücken geschlossen werden, die es auch hier in der Bundeshauptstadt gibt.

— Schließlich bin ich Sprecher der Angehörigenvereine, die sich im Dachverband Psychosozialer Hilfsvereinigungen zusammengeschlossen haben, um von dieser Plattform aus einen Bundesverband der Familien seelisch Erkrankter und Behinderter als Interessen- und Selbsthilfeorganisation aufzubauen.

— Schon im letzten Jahr hat die Aktion Psychisch Kranke bei einer Tagung in Offenbach einem Angehörigen Gehör verschafft, dem Bürgermeister eines dortigen Nachbarortes. Ich begrüße es sehr, daß die Aktion diese Tradition fortsetzt. Wir Angehörigen meinen, daß ohne unmittelbaren Dialog mit den betroffe-

nen Familien die bedarfsgerechte Planung nicht zu leisten ist, die in der Psychiatrie-Enquête immer wieder beschworen wird. Wenn sich Planung und Praxis psychiatrischer Versorgung nicht primär an den Familien, also ihren erkrankten und gesunden Mitgliedern orientiert, läuft sie an der Sache vorbei. Ich erinnere daran, daß England, das Mutterland der Gemeindepsychiatrie, die Integration der Versorgung in die Kommunen vor allem deshalb einige Jahrzehnte früher als wir beschlossen hat, weil damit die fachlich als notwendig erkannte Zusammenarbeit zwischen dem gesamten sozialen Netzwerk für den Patienten und der Familie ermöglicht wurde. Hierzulande geht dieser Familienbezug der Gemeindepsychiatrie vielfach verloren. Gründe dafür: die Diskussion um die richtige Größe von Standardversorgungsgebieten, die optimale Entfernung zum nächsten Krankenhaus, Verwaltungsgrenzen etc. Dies alles ist wichtig, führt aber nicht automatisch zu einer bedarfsgerechten Versorgung. Wir haben heute in der Bundesrepublik Regionen, in denen es eine Fülle von stationären, teilstationären und ambulanten Diensten und Einrichtungen für seelisch Erkrankte und Behinderte gibt. Diese Versorgungsangebote sind zwar räumlich gemeindenah, von der Funktion her aber arbeiten sie vielfach nicht gemeindenah. Sie arbeiten nur in wenigen Ausnahmefällen mit den Familien und ihrem Bezugsfeld, der Nachbarschaft im Wohnviertel, zusammen.

Wenn also die Fülle der Dienste, die die Psychiatrie-Enquête vorgeschlagen hat, einen Sinn bekommen, mit Leben erfüllt werden soll, dann ist eine Orientierung an den Bedürfnissen der Familien erforderlich. Ich gestehe Ihnen — den Politikern und Verwaltungsfachleuten — gern zu, daß es für Sie sehr schwierig ist, herauszufinden, ob es ausreichend Angebote gibt, und, ob diese Angebote familiengerecht arbeiten.

Bevor ich skizziere, welche Erfordernisse gemeindenaher Versorgungssysteme aus der Sicht der Familien und damit auch aus der Sicht der Betroffenen zu erfüllen hätten, möchte ich einige Bemerkungen über das mangelnde Problembewußtsein machen, das in der Kommunalpolitik in bezug auf das Thema »Psychiatrie« notgedrungen herrscht. Es ist ein Faktum, daß sich unsere Kommunen weitgehend nicht für psychisch Kranke und Behinderte verantwortlich fühlen, weil sie die Kompetenz dafür auf überörtliche Körperschaften übertragen haben: Landschaftsverbände, Landeswohlfahrtsverbände, Träger überregionaler Großkrankenhäuser etc. Das führt zu einer kuriosen Situation: In den Städten, in denen am wenigsten für die psychisch Kranken getan wird, gibt es scheinbar auch die größte Zufriedenheit. Die Kranken werden in viele Kilometer weit entfernte Landeskrankenhäuser gebracht, Wohnungen werden hinter ihrem Rücken mit Hilfe der Kommunalbehörden aufgelöst. Wenn es sich um chronifizierte Prozesse handelt, werden die Kranken vom Krankenhaus in weit entfernte Pflegeheime »verschubt«, wie dieser Vorgang heute noch in der Amtssprache lautet. Dies alles geschieht ohne Wissen der zuständigen Kommunalpolitiker und auch meist, ohne daß jemand dagegen seine Stimme erhebt. Erst wenn schließlich in einer solchen Stadt der erste Baustein für eine gemeindenaher Versorgung gelegt worden ist, regt sich Kritik, weil schnell deutlich wird, wie unzureichend dieser erste Baustein für sich allein wirkt. Mit dem Angebot wächst also kritisches Bewußtsein. Dies führt vielerorts dazu, daß die Kommunalpolitiker, die sich für den ersten Baustein stark gemacht haben, zurückschrecken, weil sie statt Dankbarkeit nur Kritik ernten. Die Enttäuschung darüber kann ich zwar verstehen, aber nicht billigen:

Wenn Sie ein neues Gymnasium in Ihrer Stadt planen und außer der Hausmeisterwohnung und der Sexta keine weiteren Angebote machen, werden Sie schnell Ärger mit den Eltern bekommen. So bruchstückhaft wie dieses konstruierte Beispiel aber ist in den meisten Städten das psychiatrische Angebot.

In Kreisen, Städten und Gemeinden, in denen sich noch gar nichts tut, sollten sich die Kommunalpolitiker und Verwaltungsleute die Mühe machen, selbst einmal Daten und Fakten über die Notlage ihrer psychisch kranken und behinderten Mitbürger zu erheben. Dazu einige Hinweise:

1. Vom zuständigen Landeskrankenhaus können Sie sich darüber informieren lassen, wieviele Bürger aus Ihrer Stadt dort im Laufe eines Jahres Aufnahme finden und wie viele wieder wohin entlassen werden, nach Hause (also in die Familien, und dies sind die meisten), in Pflegeheime, in Übergangswohnheime, in Wohngemeinschaften. Sie können bei dieser Gelegenheit auch nachfragen, wieviel Prozent der Patienten freiwillig, also ohne Gerichtsbeschluss, eingewiesen wurden. Liegt die Rate der Zwangseingewiesenen über 20 Prozent — und dies ist leider sehr häufig der Fall —, so ist dies ein deutlicher Hinweis auf Mängel in der Basisversorgung Ihrer Kommune. Regionen, die einigermaßen ordentlich versorgt sind, wie Mönchengladbach oder auch Offenbach, haben eine Zwangseingewiesenenrate von ca. 10 Prozent. Dies nicht, weil die Kranken dort »vernünftiger« sind, sondern weil es im Vorfeld der Krankenhäuser ambulante Dienste gibt, die die Betroffenen motivieren und weil — dies kommt hinzu — die Kranken selbst Vertrauen zu dem Krankenhaus gefaßt haben, also eher freiwillig hineingehen.

2. Sie können im Allgemeinkrankenhaus Ihrer Kommune den Internisten fragen, wie viele Patienten nach Selbstmordversuchen jährlich in seinem Hause Aufnahme finden und ob ein psychiatrischer Konsiliar-dienst für diese Menschen vorhanden ist.

3. Sehr ergiebig dürfte es sein, wenn Sie beim Sozialamt, etwa in der Familienfürsorge, nachforschen lassen, wieviel Prozent der Sozialhilfeempfänger schon Berührung mit der Psychiatrie hatten. Die gleiche Untersuchung kann man bei der zuständigen Landesversicherungsanstalt im Hinblick auf Frührenten wegen seelischer Leiden anstellen. Wie Sie vielleicht wissen, ist die Rate von Frühinvaliden in diesen Fällen überproportional.

4. Sie können bei den Familiengerichten nachfragen, für wie viele Bürger Vormundschaften oder Pflegschaften wegen psychiatrischer Leiden eingerichtet wurden.

5. Sie können mit Sozialstationen und Altenheimen in Ihrer Region sprechen und sich erkundigen, wie viele Altersverwirrte dort jährlich in psychiatrische Einrichtungen überwiesen werden müssen, weil man dort — vielleicht mangels fachlicher Beratung durch kompetente Fachärzte und psychiatrische Dienste — sich nicht anders zu helfen weiß.

6. Sie können bei Polizei, Ordnungsamt, Feuerwehr, Gesundheitsamt und Allgemeinkrankenhaus fragen, wie viele Notfälle es nachts, an Wochenenden und nach Feierabend gibt und wie hoch der Anteil psychiatrischer Fälle dran ist. Fragen Sie bei dieser Gelegenheit gleich, wie mit psychisch Kranken verfahren wird. So wurden noch bis vor kurzem in einer großen nordrhein-westfälischen Stadt vom Gesundheitsamt Sammeltransporte (sehr ähnlich Gefangenentransporten) zusammengestellt, um die Patienten dann en bloc zum 120 Kilometer entfernten Landeskrankenhaus zu bringen.

Ich komme nun zur Kernfrage dieses Referats: zu den Erfordernissen aus der Sicht der Betroffenen und ihrer Angehörigen. Was ich dabei vortrage, beruht auf persönlichen Erlebnissen, auf Erfahrungen unseres Bonner Vereins, vor allen Dingen aber auf einer Auswertung der Erfahrungen von ca. 40 uns bekannten Angehörigengruppen und -vereinigungen in allen Teilen der Bundesrepublik. Wir haben in den letzten drei Jahren vier bundesweite Tagungen mit Vertretern von Angehörigeninitiativen durchgeführt. Landauf, landab ist man sich in der Beurteilung der Situation einig. Dabei mag es für Sie interessant sein, daß die Defizite, die den nachfolgend geschilderten Forderungen der

Familien zugrunde liegen, im Prinzip überall gleich sind: Sie sind in gut versorgten Gebieten wie Bremen oder München genauso anzutreffen wie in nur spärlich versorgten Gebieten, wie etwa in Schleswig-Holstein oder manchen ländlichen Räumen.

Wichtig für die Beurteilung der nachfolgenden Forderungen mag für Sie die Tatsache sein, daß die Familien, die sich zusammenschließen, allesamt das Konzept einer gemeindenahen Versorgung, wie es die Enquête vorgezeichnet hat, rückhaltlos bejahen. Es handelt sich hier nicht — wie etwa in Italien — um eine Protestbewegung gegen eine Reform, sondern für die Durchsetzung einer solchen, die bisher leider nur halbherzig betrieben wurde.

Die Familien, die sich zusammenschließen, haben zu 80 Prozent als schizophrene bezeichnete Kranke, die restlichen 20 Prozent verteilen sich auf manisch-depressive Psychosen und schwere Neurosen. Die Patienten sind meist zwischen 18 und Mitte 40 Jahre alt. Sie zählen zu dem Personenkreis, den Experten als »die neuen Chronischen« bezeichnen: Es sind Menschen, die über viele Jahre hinweg immer wieder in schwere Krisen geraten, die stationäre Aufenthalte erforderlich machen. Menschen, die dadurch entweder den Einstieg in ein Berufsleben gar nicht erst finden, oder aber aus dem gerade begonnenen Berufsleben herausgeworfen werden.

Jahrelange verzweifelte Bemühungen, es immer wieder zu versuchen, die nicht aufhörende Suche nach neuen Rehabilitationsangeboten und Hilfen, kennzeichnen den Alltag dieser Familien. Sie sehen sich dabei einem Versorgungssystem gegenüber, das entweder kaum zu identifizieren ist, weil es keine Dienste gibt, die sich zuständig fühlen, oder welches nicht zu durchschauen ist, weil es eine Fülle von Angeboten bietet, die sich aber nur für Teilaspekte des komplexen Problems zuständig fühlen. Wer sich einen Eindruck verschaffen will von derartigen scheinbar überversorgten Regionen, der nehme beispielsweise den psychosozialen Wegweiser der Region Heidelberg mit seinen über 200 ambulanten Angeboten zur Hand. Als dort vor kurzem das Experiment gemacht wurde, für chronisch psychisch Kranke nach Entlassung aus einem beruflichen Trainingszentrum Nachsorgeeinrichtungen zu finden, meldeten alle aufgeführten Stellen Fehlanzeige. Dafür fühlten sie sich nicht zuständig.

Aus der Sicht der Familien läuft etwas grundsätzlich schief bei der Art, wie in der Bundesrepublik gemeindenahes psychiatrisches entwickelt wird. Der größte Mangel, aus der Erfahrung der Familien, besteht in folgendem: Wenn sie sich bereit finden, ihre Kranken nach der ja immer kürzer werdenden stationären Behandlung wieder zu Hause aufzunehmen, gibt es keine familienentlastenden Hilfen!

Derartige familienentlastende Hilfen müßten folgendes bieten:

1. Einen Rund-um-die-Uhr-Notfalldienst, den sie anrufen können, wenn sich zu Hause die nächste Katastrophe anbahnt. Ein solcher Notfalldienst ist jedoch nur funktionsfähig, wenn er außer dem Kriterium der ständigen Dienstbereitschaft noch folgenden Anforderungen erfüllt:

a) Er muß über ein oder mehrere Krisenbetten verfügen, um den Kranken zur Entlastung der häuslichen Situation aus dem überreizten Milieu herausnehmen zu können (und sei es nur für wenige Tage). Es gibt in der Bundesrepublik einige komplementäre Einrichtungen, z.B. Übergangseinrichtungen, die derartige Krisenbetten mit Erfolg anbieten — man braucht dazu nicht immer gleich ein ganzes Krankenhaus.

b) Der Dienst muß ein überschaubares Gebiet verbindlich versorgen, d.h., er muß verpflichtet worden sein, in einem geographisch definierten Gebiet bestimmte Problemgruppen und deren Familien zu unterstützen. Durch eine solche Arbeitsweise wird er im Laufe der Jahre seine »Gemeinde« so gut kennenlernen, daß er bei Kriseneinsätzen abschätzen kann, wie z.B. die Tragfähigkeit der Familie, ihres Umfeldes bzw. der Nachbarschaft beschaffen ist. Nur wenn der Mitarbeiter eines solchen Dienstes alle diese Aspekte berücksichtigen kann, kann er kompetent entscheiden, in welcher Form zu helfen ist: Ob durch ambulante Beratung, Entsendung einer häuslichen Kranken-

pflegerin oder ob durch eine vorübergehende Einweisung, um nur einige Interventionsmöglichkeiten zu nennen.

c) Ein solcher Dienst kann nicht auf den Schultern einer einzelnen Person beruhen, sondern er muß von mehreren Mitarbeitern, möglichst verschiedener Disziplinen, die sich fachlich und menschlich ergänzen, betrieben werden: Sozialarbeiter, Krankenpflegepersonal etc.

d) Dieser Dienst hat nach dem Prinzip zu arbeiten: Ich gehe zu dir! Nicht: Komm du zu mir!

3. Die Familien fordern, daß sie im Gesundheits- und Sozialausschuß, im Behindertenbeirat, in psychosozialen Arbeitsgemeinschaften und anderen kommunalen Gremien gehört werden, bevor psychiatrische Dienste geplant und finanziert werden. Nach unseren Beobachtungen gibt es augenblicklich eine nur bedingt sachgerechte Allianz der Träger der freien Wohlfahrtspflege, die sich regional mit den für die Finanzierung verantwortlichen Behörden und Stellen zu sogenannten Ligen der freien Wohlfahrtspflege zusammenschließen. Wir müssen bei allem Respekt vor den Leitungen und dem Einsatz der freien Träger der Wohlfahrtspflege feststellen, daß diese sich dabei nicht in erster Linie an den Interessen der Betroffenen orientieren, sondern vielfach diejenigen der Träger als gewichtiger erscheinen lassen. So ist es kaum möglich, auf kommunaler Ebene verbindliche Arbeitsabsprachen der freien Träger herbeizuführen, um bestehende Versorgungslücken zu schließen und um Doppelangebote zu vermeiden. Freiheit schlägt hier in Beliebigkeit und Unverantwortlichkeit um. Es ist ein offenes Geheimnis, daß ausgerechnet die Dienste, die für die bereits in der Psychiatrie-Enquête skizzierten Problemgruppen der Psychiatrie vorhanden sein müßten, nur selten geschaffen werden. Es sind diese die Dienste, die Mitarbeiter und Träger schwerer fordern als die üblichen Beratungsstellen. Man hat es hier häufig mit als unsympathisch und störend empfundenen Mitmenschen zu tun, mit Zeitgenossen (voller Angst), die nicht in die Praxis kommen, denen man immer wieder nachsteigen muß, die einem, wenn man schon einen Hausbesuch macht, mehrmals die Tür vor der Nase zuschlagen, bis sie ihr Mißtrauen endlich überwinden haben und wenigstens einen Türspalt öffnen, mit Menschen, die auf die herkömmlichen Beratungs- und Therapiemethoden nicht ansprechen, mit Menschen, die mehr brauchen als nur Gespräche, nämlich Lebensbegleitende, u.U. lebenslange Hilfen. Es sind dies:

Ich komme zum Schluß: Wir Familien der Betroffenen können Ihnen als kommunal Verantwortliche nur sagen, wo wir Lücken sehen, und wie wir uns die Schließung dieser Lücken denken. Dahinter stehen komplexe rechtliche Probleme, Zuständigkeitsfragen, der Streit um die Subsidiarität etc. Dies zu lösen, überschreitet unsere Kompetenz. Wir möchten Ihnen heute hierzu nur sagen:

— Wir machen Sie als Kommunalvertreter verantwortlich für das Wohl Ihrer psychisch kranken Mitbürger und deren Familien.

— Wir machen Sie verantwortlich für die Klärung der ungelösten Fragen. Wir haben dabei große Erwartungen und denken, daß diese nicht überhöht sind. Die kommunale Selbstverwaltung hat sicher schon schwierigere Probleme in den letzten Jahren zu lösen gewußt — In Verkehr, Stadtsanierung, Schulentwicklung, Jugendhilfe etc.

Wir wollen aber auch uns selbst in die Pflicht nehmen, indem wir mehr Familien befähigen wollen, sich selbst zu helfen. Diese Selbsthilfe kann aber nur auf der Basis einer bedarfsgerechten Grundversorgung gedeihen, sie kann eine solche nicht ersetzen.

— Wir wollen Sie in den Rathäusern schließlich nicht nur in die Pflicht nehmen, sondern wir wollen Ihnen auch bei der Lösung konstruktiv zur Seite stehen: ohne Ideologien, ohne parteipolitische Schlagseiten, ohne überzogene Versorgungsansprüche — aber mit der Entscheidung der Verzweifelten, die erkannt haben, daß sie sich zusammenschließen müssen, um ihre Rechte endlich durchzusetzen.

Es dürfen nicht noch einmal zehn Jahre vergehen, ohne daß wirklich etwas geschieht!

Ziemlich ätzend

Köln: Formaldehyd im Präpariersaal

In diesem Präpariersaal arbeiten 320 Kölner Medizinstudenten.

Kölner Studenten holten einen Umweltexperten in den Präpariersaal. Er maß schwindelerregende Formaldehydwerte.

Was seinen an ätzende Dämpfe gewöhnten Schleimhäuten im Präpariersaal der Universität Köln zugemutet wurde, war selbst Herrn Hein, Mitarbeiter des Kölner Umweltschutzamts, ein bißchen viel. Die Luft in dem Saal, in dem regelmäßig 320 Studenten an Leichenteilen arbeiten und die der Meßtechniker der Abteilung für Luft- und Lärmuntersuchung als »ziemlich beißend« empfand, enthielt eine Formaldehydkonzentration von 3,1 ppm*.

Um die Luft als »ziemlich beißend« zu empfinden, hätten die Studenten freilich keinen Fachmann gebraucht: schon das ganze Semester über hatten sich allwöchentlich Teilnehmer des Präparierkurses bei der Fachschaft der Medizinstudenten beschwert. Die Augen trünten ihnen, und die Nasen ließen sich gar nicht mehr abwischen, so wund waren sie. Auch allergische Reaktionen waren aufgetreten.

Institutsleiter Professor Benno Kummer wußte nichts von dem Umweltexperten in seinem Präpariersaal. Das Umweltamt war von Studenten alarmiert worden. Kummer hatte Klagen seiner Studenten auch schon mal mit dem Hinweis auf seine eigene Gesundheit abgewimmelt. Und der Kölner Pharmakologie-Professor

Bruns hatte gar gemeint: »Formaldehyd kann gar nicht krebserzeugend sein. Anatomen leben erwiesenermaßen extrem lange.«

Mit dieser Art wissenschaftlicher Beweisführung gab sich der Meßtechniker allerdings nicht zufrieden. Am vorletzten Tag des Präparierkurses maß Hein über eine halbe Stunde, zwischen 14 und 14.30 Uhr, den Spitzenwert von 3,1 ppm.

Bisher war nur einmal jährlich vom Anatomieinstitut ein 24-Stunden-Mittelwert mit einem sogenannten Speichermesser ermittelt worden. Dieses Gerät blieb dann einfach einen ganzen Tag und eine ganze Nacht im Saal: also auch, wenn die Präparate, wie die meiste Zeit über, entfernt oder verdeckt waren und die Belastung entsprechend gleich null war — und sich eben auch niemand im Saal befand. Für das 24-Stunden-Mittel gilt seit 1971 ein Wert von 1 ppm als maximale Arbeitsplatzkonzentration (MAK).

Seit Formaldehyd 1983 von der Kommission zur Prüfung gesundheitsschädlicher Arbeitsstoffe in die Kategorie der lokalreizenden Stoffe aufgenommen wurde, gelten freilich auch strengere Werte für die Spitzenbelastungen zu

einzelnen Tageszeiten. So darf der Grenzwert von 2 ppm höchstens achtmal pro Schicht und dann auch nur für jeweils höchstens fünf Minuten überschritten werden.

Daß zumindest diese neueren Grenzwerte klar überschritten wurden, hatte die Messung zweifelsfrei ergeben. Dabei hatte das Umweltamt noch einen günstigen Tag erwischt: viele Präparate waren zu Semesterende schon aus dem Saal entfernt worden, und nur noch einige Muskelpräparate belasteten die Atemluft. Auch die Studenten empfanden die Belastung an diesem Tag als geringer.

Die Erregung des Institutschefs nach Bekanntwerden des Meßergebnisses galt weniger der Gesundheitsgefährdung seiner Studenten als vielmehr der Tatsache, daß überhaupt ohne sein Wissen gemessen worden war.

Studenten, die ihm das Ergebnis persönlich überbrachten, warf Kummer kurzerhand aus seinem Dienstzimmer. Noch am gleichen Tag argwöhnte der Anatom auf Anfrage von dg, die Studenten hätten wohl kaum »aus ernsthaften Motiven« gehandelt. Überdies sei »offensichtlich

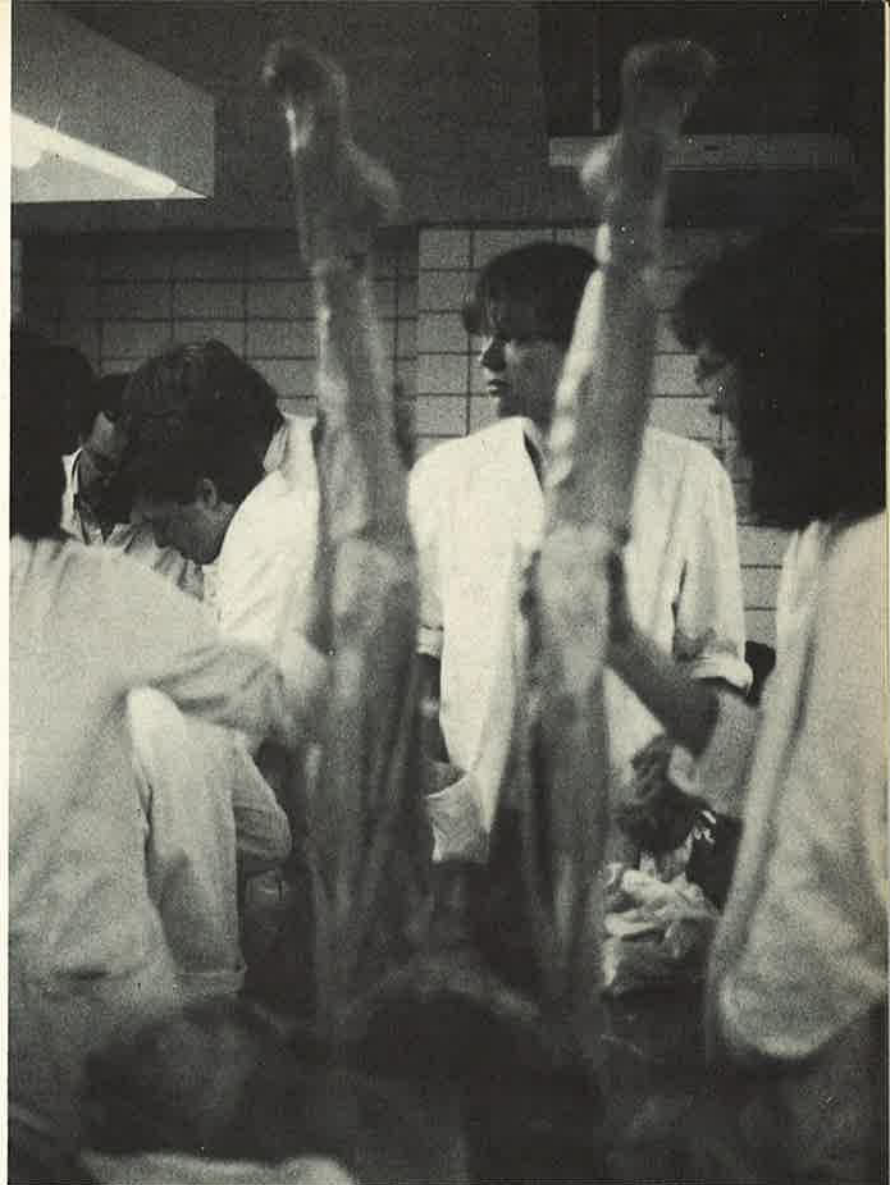
Hausfriedensbruch« begangen worden.

Abhilfe ist dementsprechend kaum zu erwarten. Kummer hatte gegenüber seinen Studenten die Verwendung von Formaldehyd als »einzige Möglichkeit der Fixation, die Infektionen vermeidet«, verteidigt.

Einige seiner Fachkollegen sind da anderer Meinung. In Hannover und Mainz wird mit Alkohol präpariert. An der Medizinischen Hochschule in Hannover macht man seit 15 Jahren mit einer Mischung aus 8 Liter Alkohol (Butanol), 0,7 Litern 37prozentigen Formaldehyds und je einem Viertelliter Glycerin und gesättigter Phenollösung die besten Erfahrungen. Von Infektionen wurde nie etwas bekannt.

Der verdeckten Androhung gerichtlicher Schritte, zu der sich Institutschef Kummer genötigt sah, sehen die Studenten gelassen entgegen — gelassener jedenfalls als dem nächsten Präparierkurs.

Uschi Thaden



*ppm: parts per million (Teile von einer Million Teile)

Uschi Thaden studiert Medizin in Köln.

Es ist schon ein paar Jahre her, daß diese Lösung als Hit von Ina Deter durch die Hitparaden zog. Inzwischen haben auch andere »die Männer« ins Blickfeld gezogen: Der *Stern* widmete uns eine Serie, eine Vielzahl populärer Literatur beschreibt die Veränderungen in der Männerrolle.

Der New-Comer der Musikszene von 1984, Herbert Grönemeyer, komponierte neben seinem Hit »Bochum« auch einen Song über Männer.

Was löst diese Beschäftigung mit Männern aus, worum geht es dabei? Braucht »das Land« wirklich »neue Männer«?

Zuerst einmal eine persönliche Bewertung: Daß Männer und Männlichkeit in Zeitschriftenartikeln und wissenschaftlichen Arbeiten zunehmend zum Gegenstand werden, ist ungeschminkt zu begrüßen. Auch wenn dabei viele alte Klischees ausgegraben werden: es ist an der Zeit, über Mann-Sein und Männlichkeitsideologie umfassender zu diskutieren.

Die Frauenbewegung hat mit viel Elan in den vergangenen Jahren Weiblichkeits- und Mütterlichkeitsideologie kritisiert. Natürlich wirken mächtige Regeln wie: »Eine Mutter muß sich für ihre Kinder aufopfern« noch weiter, gerade die reaktionären Seiten der Mütterlichkeitsideologie werden ja auch von der CDU propagiert. Aber diese Regeln bleiben nicht mehr gänzlich unangetastet. Es existiert eine umfangreiche Literatur über Lebensentwürfe von Frauen, es gibt inzwischen selbst in den kleinen Provinzstädten Frauengruppen, in denen Frauen über ihr Selbstverständnis und ihre Konflikte diskutieren.

Demgegenüber ist die Männlichkeitsideologie noch weitgehend stabil. Die vorliegenden Artikel registrieren subjektive Erschütterungen bei Männern, z. B. zunehmende Impotenz, allgemeine Versagensängste, Unsicherheiten darüber, wie nun überhaupt mit Frauen umgehen, aber über die Männlichkeitsideologie in Sprache und Kultur wird selten reflektiert. Gerade im Verhältnis der Geschlechter finden sich viele Elemente des gesellschaftlichen Überbaus, die weit aus der Vergangenheit stammen und u. a. feudale Lebensweisen widerspiegeln, z. B. die katholische Auffassung, die Frau soll dem Mann untertan sein.

Für die heutige Situation ist es besonders wichtig, daß viele Elemente der Männlichkeitsideologie zu festen Eckpfeilern der bürgerlichen Klassenideologie insgesamt geworden sind und damit

zur Aufrechterhaltung von Unterdrückungsverhältnissen beitragen. So ist z. B. die Verachtung und Geringschätzung von Frauen — weil sie anders sind — dem Fremdenhaß eng verwandt, der ein solidarisches Umgehen mit ausländischen Minderheiten so schwer macht. Ohne die Wirkung der Männlichkeitsideen wären auch die soldatischen Tugenden nicht denkbar, mit deren Hilfe deutsche Soldaten Europa in Schutt und Asche gelegt haben. Die traditionellen Werte, die zu einem Mann gehören, werden auch noch heute in Büchern, Filmen und Unterrichtsmaterialien und u. a. der Reklame verbreitet: durchsetzungsfähig, unbeugsam, mutig, entschlossen, standhaft, treu einer Sache (!) ergeben.

Die Erfahrungen, die einige Männer in den letzten Jahren als »Softies« machten, belegen dies: Weder die damit umworbenen Frauen waren davon begeistert, noch die anderen Männer; die sahen diese weichen Männer eher als Überläufer. Daß ein solches individuelles, einsames Verhalten nicht erfolgreich ist, wird auch durch die Ergebnisse meiner Ar-

beit über Männer selbstbilder gestützt. Ich habe 40 Männer zwischen 20 und 40 Jahren über ihre Auffassungen von ihrer Männlichkeit befragt. Die von ihnen geschilderten Selbstbilder und Konflikte waren in den Grundzügen althergebrachte Muster.

Durch die frühe Erziehung zur Selbstständigkeit und zur Beherr-

Zum Therapeuten erst, wenn es gar nicht mehr geht

schung von Gefühlen entwickeln viele Männer Blockierungen ihren eigenen Gefühlen und Körperempfindungen gegenüber. Sie sind mit viel Energie beschäftigt, ihr ideales Selbstbild (d. h. ihr Image, das die Regeln der Männlichkeitsideologie enthält) zu wahren. Durch den mangelnden Kontakt zu ihren Gefühlen übersehen sie häufig auch Körpersignale des »Es ist was nicht in Ordnung«. Sie gehen erst zum Arzt

oder Psychotherapeuten, wenn es gar nicht mehr anders geht. (In den Praxen von Psychotherapeuten sind im Schnitt weniger als ein Drittel der Klienten Männer, in den Aufnahmestationen der Krisenintervention ist das Verhältnis umgekehrt.)

Sich gegenüber anderen Männern zu öffnen, wird durch die Rivalität und die Angst vor Nähe zu Männern erschwert, gegenüber Frauen hemmt die starke Angst vor Frauen den Kontakt: Die dauernde Unterdrückung von Gefühlen, von Hilflosigkeit, Bedürfnis nach Zärtlichkeit und Geborgenheit staut diese so auf, daß eine sehr große Angst entsteht, was alles passieren könnte, wenn die Schleuse einmal bricht. Oft sind auch real die Frauen, die diese regressiven kindlichen Wünsche abkriegen, gar nicht in der Lage, die vielen aufgestauten Bedürfnisse zu befriedigen.

Die Angst vor Frauen nährt sich auch noch aus einer anderen Quelle: der Sexualfeindlichkeit. Im Grunde schämen sich die meisten Männer nach wie vor ihrer sexuellen Bedürfnisse; eine Frau zu begehren ist animalisch und



Die »neue Männlichkeit« stürmt die Hitparaden. Dieter Bongers beleuchtete die Hintergründe des Männer-Booms aus psychologischer Sicht.

nicht einfach schön. Da dieses Gefühl nun nicht immer beherrscht werden muß und kann, haben Männer oft ein Schuldgefühl den Frauen gegenüber — sie wollen ja etwas Frevelhaftes, das

Angst vor Frauen

nur ihrer eigenen triebhaften Natur dient. Unter unseren Verhältnissen trifft dieses Muster auch das Verhalten von Frauen, die manchmal das Schuldgefühl ausnutzen.

Diese Frauen haben die Geringschätzung und Herabsetzung ihres gesamten Geschlechts erfahren und begreifen das Begehren, das Männer ihnen entgegenbringen, in erster Linie als willkommen und oft erstmaligen Machtzuwachs. Sie haben auch wenig Zugang zu den eigenen sexuellen Bedürfnissen. Erotik ist in diesen Beziehungen ein machtbetontes Tauschgeschäft. Dieses Muster — in der Prostitution und Pornographie auf die Spitze getrieben — nährt in der Weise die

Angst der Männer vor Frauen, daß die eigenen sexuellen Impulse verkoppelt werden mit der Angst, aufgrund dieser Bedürfnisse abhängig zu werden.

Das klassische ideologische Bild zu diesem Phänomen ist die Zweiteilung der Frauen in die Madonnen und die Huren. Madonnen sind verehrungswürdige Frauen ohne eigene sexuelle Bedürfnisse (v.a. als Mütter geeignet), Huren sind die Frauen für die Triebe, die man begehrt, aber verachtet.

Bei den von mir befragten Männern fand sich nicht nur dieses Muster, sondern ein weiteres, welches ich als eine moderne Variante des gleichen Schemas ansehe:

Viele der jüngeren Männer hatten Beziehungen zu »frauenbewegten« Partnerinnen hinter sich und berichteten durchgehend von starken sexuellen Problemen in diesen Beziehungen. Die Forderung, nicht »schwanzfixiert« zu sein und auf die Sexualität und den Orgasmus der Partnerin zu achten, hatte so starke Auswirkungen gehabt,

daß diese Männer sich übermäßig zurückhielten und nach und nach den Kontakt zu ihrer eigenen Lust verloren. Sie waren in einer Art Leistungsdruck, zu beweisen, wie einfühlsam sie sind.

Meine Interpretation dieser Vorgänge ist, daß sich die nachvollziehbaren Forderungen der Frauen für diese Männer mit einer tiefsitzenden Skepsis der eigenen Sexualität gegenüber verbunden haben, was zu einer völligen Verunsicherung im gesamten Sexualverhalten geführt hat. Neuere Untersuchungen, v.a. aus den skandinavischen Ländern, betonen die Erkenntnisse von Sexualmedizinern, die enorm anwachsende sexuelle Probleme bei Männern diagnostizieren. Auch wenn es plausibel erscheint, daß früher keine erfülltere Sexualität vorherrschte und nur niemand darüber redete, so sind doch einige Thesen es wert, überdacht zu werden.

Die Psychotherapeuten stützen sich in ihren Aussagen zumeist auf die Theorie von Wilhelm Reich und führen die sexuellen Probleme auf die chronischen Muskelverspannungen zurück, den Körperpanzer zur Unterdrückung von Gefühlen, den Männer besonders entwickeln.

Impotenz, Versagensängste

Orgasmusfähigkeit bedeutet, die Wellen der Erregung sich im Körper frei entfalten zu lassen. Dazu sind die meisten Männer nicht in der Lage. Das zentrale Stichwort in dieser Diskussion ist die »Hingabeangst«.

Was löst jetzt, noch einmal knapp gefragt, die zunehmende Beschäftigung mit den Männern aus? Die Männlichkeitsideologie,

das System von Anschauungen und Bewertungen, wie ein Mann sein soll, ist noch weitgehend intakt. Die Möglichkeiten, tatsächlich so zu leben, sind den meisten Männern versperrt: Die Verhältnisse verbieten es fast allen, ihr eigener Herr zu sein und ein »abenteuerliches Männerleben« zu führen. Die Mängel im beruflichen Sektor und im privaten Sektor zu kompensieren, wird angesichts des gewachsenen Selbstbewußtseins der Frauen auch immer unmöglicher, dies führt zu einer zunehmenden Verunsicherung; es ist schwieriger geworden, ein Mann zu sein.

Die positiven Entwicklungsmöglichkeiten, ein »neuer Mann« zu werden, sind auch noch kaum entfaltet — hier existiert kaum ein positives Leitbild. Die Vorschläge, abzudanken und alles weitere den Frauen zu überlassen, sind genauso wenig konstruktiv wie eine Renaissance des alten Macho-Ideals.

Wir müssen einfach anerkennen, daß wir hier völlig am Anfang eines langen Weges stehen, der Diskussionen und Auseinandersetzungen mit Frauen, aber auch einer Diskussion nur unter Männern erfordert. Unter Männern über die eigenen Ängste und Verletzlichkeiten zu sprechen, hat eine sehr wichtige Funktion — zu merken, daß es anderen auch so geht. Oft wird gesagt, was haben Männer dabei denn überhaupt zu gewinnen, die haben doch nur ihre Privilegien zu verteidigen.

Ich denke, wir haben eine Menge zu gewinnen, ein besseres Verhältnis zu uns selbst, zu unserem Leben, zu anderen Männern und zu Frauen, das ist schon ein paar Anstrengungen wert. Außerdem sind die Privilegien, die unsere Gesellschaft noch zu verteilen hat, zunehmend so mickrig geworden, daß sie einen bei den Versuchen, zu neuen Ufern zu gelangen, nicht aufhalten sollten.

Zum Schluß noch zum Motto »Neue Männer braucht das Land« — ich denke dies ist eine propagandistische Losung, die als Wunsch verständlich ist, mich persönlich aber eher verschreckt — ich kann nicht auf einen Schlag ein »neuer Mann« werden, ich kann zur Zeit nur mehr Interesse für mein Mann-Sein aufbringen, mich darüber austauschen und anfangen, mich zu verändern, da wo ich es will.

Tips zum Weiterlesen:
Tor Norretranders (Hrsg.): Hingabe — Über den Orgasmus des Mannes, rororo, 1983, 7,80 Mark
B. Zilbergeld: Männliche Sexualität, Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, Bd. 5, 1983
Dieter Bongers: Männliches Selbstbild, W. Rittler Verlag, im Druck

Dieter Bongers ist Diplom-Psychologe und Gestalttherapeut in Berlin (West).





Protrahierte Schwangerschaft

Hebammengesetz vor schwerer Geburt

Die EG drängt auf Novellierung des Hebammengesetzes. Es geht vor allem um die Hinzuziehungspflicht.

Es läßt sich nicht leugnen: das erste Hebammengesetz in Deutschland wurde 1938 von den Nazis erlassen. Kein Wunder — die Frau des damaligen Gesundheitsministers Conti, Nanna Conti, war selbst Hebamme. Das Gesetz beinhaltete unter anderem die Regelung zur Ausbildung, zur Prüfung und zur Berufsausübung. Es ist das einzige Gesetz für den medizinischen Bereich, das Fort- und Weiterbildung gesetzlich vorschreibt und die Tätigkeiten von Hebammen gegenüber den Ärzten abgrenzt. Paragraph 3 verpflichtet jeden Arzt »dafür Sorge zu tragen, daß bei einer Entbindung eine Hebamme zugezogen wird« (Hinzuziehungsparagraph).

Ende der 60er Jahre ging die damalige Bundesregierung mit der Novellierung dieses als vorkonstitutionelles Recht geltenden Gesetzes schwanger. Es kam zur

Fehlgeburts. Während der nachfolgenden Legislaturperioden versuchten die wechselnden Regierungen immer wieder, aus eigenen Entwürfen eine geburtsreife Gesetzesvorlage zu schaffen. Niemanden gelang es, den seit 1938 in großen Schritten davongeeilten Fortschritt in der Geburtshilfe auch in der Gesetzesbeschreibung nachzuvollziehen. Nach der Wende am 6. März 1983 begann die Novellierung des veralteten Hebammengesetzes. Die EG-Kommission drängte, denn die deutsche Hebammenausbildung einschließlich ihres Diploms wird in den anderen EG-Ländern nicht anerkannt.

Im Referentenentwurf vom März '83 hieß es, »die Neuordnung habe sich an den Erfordernissen einer optimalen Geburtshilfe zu orientieren. Diese dient dem Ziel der weiteren Senkung der Mütter- und Säuglingssterblichkeit sowie der Senkung perinataler Schädigungen«.

Es ist ein offenes Geheimnis: die BRD nimmt bei der niedrigsten Geburtenzahl innerhalb der EG unter der Sterblichkeitsrate den letzten Platz ein. Die EG-Länder, die in dieser Statistik auf den ersten Plätzen stehen, haben

mehr Hebammen und — weniger Gynäkologen (Begründung von Prof. Eskes, Holland, dazu während einer Fortbildungsveranstaltung 1982 in Göttingen).

Die Kritik der Hebammen an dem Referentenentwurf richtet sich vor allem gegen:

- das Fehlen des Hinzuziehungsparagraphen,
- den Ausschluß des Berufsbildungsgesetzes (BBiG),
- die Beschränkung der Tätigkeit der Hebamme nur auf die Geburtshilfe.

Diese Tatsachen und der signifikante Mangel an Hebammen (1955: 10743 Hebammen, 1982: 5566 Hebammen) waren schließlich der Grund für bundesweite Protestaktionen. Mit Unterstützung der ÖTV wurden Info-Stände aufgebaut, Flugblätter verteilt und Unterschriften gesammelt. Artikel in den Tageszeitungen und Interviews mit lokalen Rundfunksendern bewiesen, daß die Situation der Hebammen zum öffentlichen Thema geworden war. In Briefen machten betroffene Hebammen, aber auch Organisationen wie Arbeiterwohlfahrt, Gesellschaft für Geburtsvorbereitung e.V., auf die absolute Notwendigkeit der Präsenz einer Hebamme nicht nur

bei der Geburtshilfe, sondern auch in der Präventivmedizin aufmerksam. Aber auch im Kabinettsentwurf (Datum: Herbst '83) wurden diese Forderungen nicht berücksichtigt. Die Protestaktionen liefen derweil weiter.

In den Empfehlungen der Bundesausschüsse für Jugend, Familie und Gesundheit, für Kulturfragen und Recht vom 14. November 1983 war erstmalig vom Hinzuziehungsparagraphen die Rede. Am 3. Mai 1984 kam es in Bonn zur ersten Beratung des von der Bundesregierung eingebrachten Entwurfs eines Gesetzes über den Beruf der Hebamme.

Alle Parteien waren sich darin einig, die Tätigkeiten der Hebamme auch auf die Schwangerschaftsberatung und Wochenbettbetreuung auszudehnen (analog der WHO-Definition vom Tätigkeitsbereich einer Hebamme). Gegen die Position der Grünen und der SPD sprachen sich CDU/CSU und FDP allerdings dafür aus, das BBiG nicht aufzunehmen. Begründung: diese Ausbildung sei »nicht mit der dualen in der privaten Wirtschaft zu vergleichen«. Vielmehr sollen Hebammen künftig in »Schulen« ausgebildet werden. Dies bedingt länderunterschiedliche Ausbildungsbeihilfen. So werden in München 150 Mark gezahlt, in Hamburg dieselben Ausbildungsvergütungen wie an Auszubildende der Krankenpflege und in Saarbrücken gar nichts. Tarifrechtliche Bestimmungen können nicht mehr angewandt werden.

Da die Umsetzung der Hebammen-EG-Richtlinien über die Anerkennung der Diplome und Prüfungszeugnisse in deutsches Recht seit 23. Januar 1983 überfällig ist, hat die Kommission der EG im März '84 das Vertragsverletzungsverfahren gegen die BRD eingeleitet.

Die Hebammen können derweil nur hoffen, daß die Politiker sich als gute Hebammen und Geburtshelfer erweisen, damit das Gesetz eine sanftere, risikoarme Geburt erfährt und nicht durch Sauerstoffmangel eine lebenslange Behinderung behält. Die letzte Anhörung von Verbänden und Organisationen fand jetzt im Februar statt.

Übrigens: Im Zuge der Gleichberechtigung können auch Männer seit 1983 zur Ausbildung in diesem Beruf zugelassen werden. Sie nennen sich dann »Entbindungspfleger«.

Elisabeth Frank

Elisabeth Frank ist Hebamme in Göttingen.



Edelmüt tut Trägern gut

Krankenpflege-Ausbildungsprogramm in NRW

In Nordrhein-Westfalen werden Arbeitslose mit Landesmitteln zu Krankenschwestern ausgebildet. Die Träger der Schulen reißen sich um Mithilfe.

Von der Straße an die Krankenbetten: so könnte man das Programm zur Erweiterung von Ausbildungsplätzen in der Krankenpflege auch bezeichnen. Nur das lautere Motiv, arbeitslosen Jugendlichen den Weg in das Berufsleben zu bahnen, scheint das Landesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales im Land Nordrhein-Westfalen und die Krankenhausträger einen Pakt schließen zu lassen. Das Land zahlt, die Krankenhäuser bilden aus.

Nutznieser soll sein, wer seit Januar 1984 in Nordrhein-Westfalen lebt, noch keine 25 Jahre alt ist und keine abgeschlossene Berufsausbildung hat. Sein oder ihr Ziel: staatliche examinierte Krankenschwester oder -pfleger.

Die nun auch staatlich geförderten Pflegekräfte dürften eben-

falls die Krankenkassen erfreuen, die bisher über den Pflegesatz die Ausbildung zu finanzieren hatten. Die Finanzierung legen sie zunehmend in staatliche Hände. Immer mehr vom Arbeitsamt bezahlte Umschüler und 1000 sogenannte Förderfälle drückten 1984 die Schulbänke in den Krankenpflegeschulen.

Das 1984 begonnene Programm findet regen Anklang sowohl bei staatlichen als auch bei gemeinnützigen Krankenhausträgern. Zusätzliche Ausbildungsplätze trotz eines vollen Stellenbedarfsplans (Bedingung) für einen guten Zweck — kein Problem.

Für einen guten Zweck und für gutes Geld. Ca. 48 000 Mark läßt sich das Landesministerium die drei Lehrjahre kosten. Alles inklusive: Weihnachtsgeld, Urlaubsgeld, Zusatzversorgung. Die Rechnung geht noch weiter. Schüler tauchen auf im Stellenbedarfsplan im Verhältnis eins zu vier: Vier Schüler ersetzen die Arbeitskraft einer examinierten Krankenschwester. Werden zum Beispiel sechs »Förderfälle« an einer Krankenpflegeschule angenommen, macht das dann anderthalb Krankenschwestern auf Station weniger? »Aber nein«, versichert mir eine Pflegedienstleite-

rin, »es werden höchstens weniger Praktikanten eingestellt«. Wie die angenommenen sechs »Förderfälle« im Stellenplan verbucht werden, konnte sie mir leider nicht sagen.

An anderer Stelle kam es erst gar nicht zu einem Gespräch. Ohne Zustimmung der Betriebsleitung würde sie keine Fragen beantworten.

Wie ist das nun mit dem Stellenbedarfsplan? Der muß erfüllt sein, damit die Kliniken überhaupt von der Landesregierung zusätzliche Ausbildungsplätze finanziert bekommen. Das ist die einzige Bedingung, die den Krankenhausträgern gestellt wird. Damit soll verhindert werden, daß durch die zusätzlichen Ausbildungsplätze examiniertes Personal eingespart wird. Staatlich subventionierte Arbeitslosigkeit von Krankenschwestern entstünde sonst. Und die Krankenhausträger lachen sich ins Fäustchen.

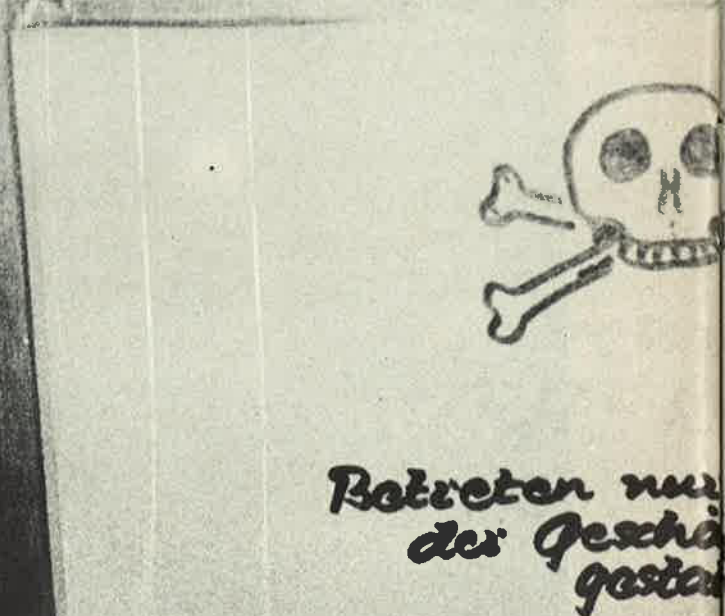
Ob zusätzliche Ausbildungsplätze tatsächlich nicht, wie alle anderen, zu je einem Viertel auf den Stellenbedarfsplan angerechnet werden, ließ sich mit Recherchen bei den Trägern nicht klären. Aber auch die ÖTV argwöhnt, daß neben den edlen Motiven handfeste Rechnungen zur Kostenersparnis eine Rolle spie-

len. Es müssen keine neuen, vom Träger finanzierten Ausbildungsplätze geschaffen werden, und die Schüler werden eventuell doch auf den Stellenbedarfsplan angerechnet, was wiederum Planstellen für examiniertes Personal einspart.

Um die auf mittlerweile 1270 erhöhte Zahl von staatlich geförderten Plätzen balgen die Kliniken sich geradezu. Gedanken um die Ausbildungsqualität macht sich jedoch keiner. Der Antrag aus den Reihen von Unterrichtschwestern an das Ministerium, doch auch zusätzliche Lehrkräfte zu finanzieren, wurde abgelehnt. »Wenn die Schüler das Examen bestehen, ist das doch Zeichen genug für eine gute Ausbildung«, lautet die Begründung aus dem Landesversorgungsamt Münster, das die Plätze verteilt. So weit ist es noch nicht. Die ersten machen in zwei Jahren ihr Examen.

Als dann endlich examinierte Krankenschwestern oder -pfleger dürften sie folgende Zahlen interessieren: an offenen Stellen für Krankenschwestern sind in Nordrhein-Westfalen 146 registriert. An Arbeitslosen 2890. Stand: September 1984. *Kirsten Jung*

Kirsten Jung ist Krankenschwester in Bonn



Droge- rie



Gertrud S., 43 Jahre, verheiratet, zwei Kinder, alle vier bis sechs Wochen betrunken. Als sie vom Ehemann und der Tochter zum wiederholten Mal aufgefordert wurde, endlich Konsequenzen zu ziehen und eine Therapie zu beginnen, trank sie einige Schluck Folidol-Öl.

Die Dosis Parathion (Wirkstoff wie in E-605) war mehrfach tödlich. Gertrud S. konnte wegen frühzeitiger Notfallmaßnahmen gerettet werden.

Herbert M., 31 Jahre, arbeitslos, Alkoholiker. Seit Monaten regelmäßig betrunken. Als er von seiner Partnerin zum wiederholten Mal aufgefordert wird, eine Entziehungskur

zu beginnen, trinkt er einige Schluck Metasystox-R. Die Dosis dieses Phosphorsäureesters Oxydemetonmethyl war mehrfach tödlich. Herbert M. wurde zu spät gefunden. Er konnte nicht mehr gerettet werden.



Diese
versch



mit Genehmigung
Stiftung
tat.

Beide hatten sich die Insektizide in einer normalen Drogerie gekauft, das Folidol-Öl gegen »Überwintungsformen schädlicher Insekten, einschließlich vorhandener Vollinsekten«, das Metasystox-R »gegen Sitkafichtenlaus und andere Blattläuse«.

Drogerien sind Selbstbedienungsläden in Sachen Suizid und Ökozid. Ein Blick in die Regale lehrt einen das Gruseln.

Die Namen der Produzenten sind nicht unbekannt. In jeder Apotheke tauchen dieselben Namen auf.

Fotos: Uli F. aus Rheinbach



e Tür muss
lossen bleiben!



Ganz neue Leihmutterschaft bal

um — In den USA
floriert das Geschäft
mit der Mutterschaft
bereits. Die Voraus-
setzungen dafür sind
auch hier gegeben.

An einem schönen Vorfrühlingstag fährt die 26jährige Helga Z. nach Düsseldorf. Sie kommt aus einem kleinen Ort in Süddeutschland, ist ledig und jetzt seit fast einem Jahr arbeitslos. Vor einigen Monaten hat sie sich auf eine Anzeige in einer Illustrierten bei der Agentur »Kindergrüß« beworben. Dort wurden ledige Frauen im Alter von 18 bis 30 Jahren gesucht, denen für eine kleine Gefälligkeit ein hohes Honorar zugesichert wurde. Auf ihre Bewerbung hatte Helga Z. einen Antwortbrief der Agentur erhalten und sich kurz darauf bei Frau P., der Agentur-Chefin, persönlich vor-

Studenten belagerten

Arztbesuch

Ärztekammer

Ihren Ärger über die Haltung der Ärztekammer zum »Arzt im Praktikum« lagerten Kölner Studenten direkt in deren Bürohaus ab. Sie schickten uns einen Bericht.

Nicht schlecht staunte die freundlich beflissene Sekretärin, als der Strom der gerade Hereingetretenen nicht enden wollte und plötzlich ihr Büro zum Bersten mit Menschen gefüllt war. Die Fassung nicht verlierend, raffte sie flugs einige Akten zusammen und erkundigte sich höflich nach dem Grund des Erscheinens.

Der war leicht zu erklären, und so wurde sie sehr nachdenklich, als wir ihr darlegten, daß die Bundesärztekammer einer der Hauptmotoren für die Einführung der vierten Bundesärzteordnung und der fünften Approbationsnovelle war und daß wir als Medizinstudenten dies nicht gut-

heißen konnten. Wir, das waren 60 Leute, hatten uns am 4. Dezember zur Landesärztekammer begeben, um sie zu besetzen.

Als wir in der Belfortstraße 9 ankamen, fanden wir ein Hochhaus vor, dessen vierter Stock mit zwei Büros und einigen weiteren Räumen für diese Verwaltungsstelle zur Verfügung steht. Wir nutzten diesen Vorteil, um Transparente aus Fenstern und vom Balkon hängen zu lassen und unterließen keine Maßnahme, um demonstrativ zu zeigen, daß wir uns offen gegen die Haltung der Bundesärztekammer zur fünften Approbationsordnung wenden.

Die Landesärztekammer steht somit symbolisch, weil sie nur untergeordnete administrative Aufgaben hat, für den gesamten Verein, und deshalb drangen wir darauf, mit verantwortlichen Personen sprechen zu können, um das Problem AO kontrovers zu diskutieren. Symbolische Funktion hatten leider auch die nur 60 Leute, denn es wäre wünschenswert gewesen, so viele Kommilitonen dabeizuhaben wie möglich. Dies war nicht der Fall, obwohl der Aktionstag offen an-

gekündigt war, und so drängt sich mir die brennende Befürchtung auf, daß vielen Leuten der Ernst dieser Novelle immer noch nicht klar ist. Es war nämlich kein Spaziergang oder blinde Randalie, sondern eine dezentrale Aktion mit unerwarteter Öffentlichkeitswirkung. Bestürzenderweise hat die Notwendigkeit, unsere Position lauter und entschiedener als in braven Unterschriftensammlungen zu vertreten, immer noch nicht die Runde gemacht.

Trotzdem hatten wir Erfolg in der Forderung, mit den hohen Herren zu diskutieren. Nach vielen Telefongesprächen in dem anderen besetzten Büro mit Presse und Verantwortlichen tauchte der Geschäftsführer der Verwaltungsstelle auf und versuchte, sich unseren Fragen zu stellen. Dies gelang ihm nur mit sehr wenig Erfolg, und so konnten wir seinen Beschwichtigungen, es wäre alles zu unserem Besten, keinen Glauben schenken. Dann stand plötzlich ein weiterer Herr, mit zwei Polizisten im Schlepptau, in der Tür. Es war ein Herr Schäfer aus höheren Verantwortungsebenen der Landesstelle in Düsseldorf. Er gab uns zu verstehen, daß keine weitere Diskussion stattfindet und daß er, unter Hinweis auf die zwei Beamten, der Besetzung ein Ende zu machen gedenke. Wir ließen uns nicht darauf ein und brachten ihn doch zu einem Gespräch, das allerdings keinen Diskussionscharakter hatte. Dennoch ließ er uns nicht darüber im unklaren, daß die fünfte AO nicht zum Zweck der Studienverbesserung geplant

sei, sondern daß arbeitsmarktpolitische Kriterien die Novelle zwingend notwendig gemacht haben.

Damit setzte er sich zwar in Widerspruch zur offiziellen, jedoch in Gleichklang mit den tatsächlichen Plänen, die das Bundesgesundheitsministerium verfolgt. Das war ihm jedoch nicht peinlich, denn er mußte ja nicht befürchten, daß es öffentlich gemacht werden würde. Im übrigen zog er sich damit aus der Affäre, daß er auf unsere Fragen auswich und versuchte, durch Arroganz uns in die Defensive zu treiben. Das Gespräch wurde dadurch beendet, daß ein Fernstehteam, um das wir uns bemüht hatten, eintraf und Aufnahmen der Besetzung sowie ein Interview mit Karin drehte. Unser voriger Diskussionspartner zog es vor, sich zurückzuziehen und lehnte es ab, sich zur Thematik befragen zu lassen.

Am gleichen Abend berichtete das Fernsehen im Dritten Programm in der »Aktuellen Stunde« kurz, aber fair. Ein schwacher Trost, durch diese Aktion noch einmal Öffentlichkeit geschaffen zu haben, wenn man bedenkt, daß über unsere Demo in Bonn nirgends berichtet wurde und die vierte Bundesärzteordnung mittlerweile Gesetz ist. Dennoch zeigte die Aktion, daß die Möglichkeiten, unserer Meinung Gehör zu verschaffen, vielfältig sind und daß wir sie nur nutzen müssen, wir alle! □

Mark Oette

Mark Oette studiert Medizin in Köln.

Mütterlichkeit

Id auch bei uns?

gestellt. Sie entsprach voll und ganz den Vorstellungen von Frau P. und wurde nach einer ausführlichen ärztlichen Untersuchung in die Computer-Kartei der Agentur aufgenommen. Der Agentur-Psychologe erstellte noch ein Persönlichkeitsprofil, und zum Schluß drehte der Werbemanager der Agentur mit Helga Z. noch einen zehnmütigen Videofilm, in dem sie ganz offen sich selber darstellen konnte. »Sie werden dann ja von uns hören«, hatte sich Frau P. nach Abschluß des Vertrages von ihr verabschiedet. Den ganzen Winter über hörte Helga Z. nichts von der Agentur, obwohl sie, wie vertraglich vereinbart, regelmäßig die Daten ihres Zyklus meldete.

Im März traf dann ein Eilbrief der Agentur ein, daß sie sich an diesem Tag in Düsseldorf in der Praxis von Dr. F., Spezialist für Reproduktionsmedizin, einzufinden habe. Etwas Herzklopfen hat Helga Z. nun doch, aber eigentlich ist sie froh, daß nun die Zeit des Wartens vorbei ist. In der Praxis von Dr. F. wird sie freundlich empfangen. Zunächst wird ihr Blut für Hormonbestimmungen abgenommen. Der Doktor bespricht mit ihr die Einzelheiten der geplanten Maßnahme und führt noch eine Ultraschalluntersuchung durch. »Soweit alles okay, in zwei Tagen liegen die Ergebnisse vor. Genießen Sie bis dahin Düsseldorf.« Helga Z. mietet sich auf Spesenrechnung der Agentur in einem Hotel ein. Zwei Tage später findet sie sich zum vereinbarten Termin erneut in der Praxis ein. »Wir haben optimale Bedingungen«, meint Dr. F., »ich denke, daß alle Beteiligten zufrieden sein werden«. Unter sterilen Bedingungen verabreicht er Helga Z. dann mit einer Spezialspritze das am gleichen Tag erst aufgetaute Sperma, das Monate zuvor ein Mann hatte einfrieren lassen. Zum Schluß verschließt Dr. F. den Muttermund mit einem Diaphragma.

Wenige Wochen später hat Helga Z. durch eine weitere Untersuchung die Gewißheit, schwanger zu sein. Sie erhält nun monatlich von der Agentur »Kinderglück« einen Unkostenbeitrag von 1000 Mark überwiesen. Die Schwangerschaft verläuft ohne Komplikationen. Kurz vor dem errechneten Geburtstermin begibt sich Helga Z. in die kleine Privatklinik von Dr. F. Am 23. Dezember bringt sie dort ein gesundes Mädchen zur Welt, zwei Tage nach Weihnachten wird sie nach dem Abstillen aus der Klinik entlassen. Das Mädchen hat sie nach dem Abnabeln nicht mehr sehen dürfen.

Anfang Januar überweist die Agentur »Kinderglück« ihr nochmals 20000 Mark als »Erfolgshonorar« und bedankt sich in einem Brief »für Ihre Bemühungen. Selbstverständlich würden wir uns freuen, wenn Sie uns weiter zu Diensten stünden«. Das Geld nutzt Helga Z., um mit einer Freundin einen kleinen Laden zu eröffnen. In den ersten Monaten nach der Geburt träumt sie oft von ihrer Tochter und hat Angst um deren Befinden. Sie versucht sich damit zu trösten, daß Frau P. von der Agentur ihr seinerzeit versprochen hatte, daß das Kind nur unter besten Familienverhältnissen aufwachsen würde. Ein hal-

bes Jahr später kündigt sie »im besten Einvernehmen« den Vertrag mit der Agentur. Drei Jahre danach ist sie wieder schwanger. Gemeinsam mit ihrem Mann freut sie sich über diese wirkliche Schwangerschaft. Von der ersten hat sie ihrem Mann nie etwas erzählt.

Diese kleine Geschichte mag rührselig oder phantastisch klingen, doch der reale Hintergrund besteht. Bereits seit fünf Jahren floriert in den USA das Geschäft mit Leihmüttern. Über zahlreiche Agenturen können in diesem Lande der unbegrenzten Möglichkeiten Frauen zum Austragen einer Schwangerschaft ausgeliehen werden wie sonst Autos oder Anzüge.

deutschen Frauenkliniken längst in der Praxis erprobt. Die »heterologe Insemination«, also die Befruchtung mittels Samenspende, wird, von der Öffentlichkeit wenig beachtet, seit Jahren durchgeführt. So ein Anschlag am schwarzen Brett der Uni Heidelberg: »Samenbank Heidelberg sucht Samenspender gegen gute Bezahlung«. Hier und anderswo wird Sperma eingefroren und kann so jahrzehntelang konserviert werden. Der Mensch, der aus der Kälte kam? In den nächsten Jahren wohl keine Seltenheit mehr, genauso wenig wie der Mensch mit mehreren genetischen Vätern, denn auch mit »Mischsperma« wird experimentiert. Und so wird sich in Zukunft manches Kind mit Recht fragen, wer eigentlich die Eltern sind. Mit den Möglichkeiten der Follikelgewinnung, der Samenspende, der In-vitro-Fertilisation und der Leihmutter-schaft sind alle Variationen gegeben.

So wird inzwischen häufig die Forderung



In den letzten Monaten schwappt die Leihmutter-schaftswelle nun auch nach Europa über. In Paris wurden die beiden ersten Agenturen gegründet, in Großbritannien brachte im August letzten Jahres die erste Leihmutter ein Baby zur Welt. Klar, daß da die BRD mithalten muß. Und so stößt auch die sensationsgeile Boulevardpresse nach: »Leihmütter: Schon 400 Deutsche vermieteten ihren Bauch«, »Mit Schwangerschaft 25000 Mark verdient« und so weiter. Der ganze chauvinistische Sumpf von »Bild« und Konsorten treibt neue Blüten. Doch darauf läßt sich das Problem nicht reduzieren, ebenso wenig darauf, daß unser Adoptionsrecht eine Leihmutter-schaft verbietet. Tatsache ist, daß medizinisch mittlerweile die verschiedensten Variationen der menschlichen Reproduktion möglich und durchführbar sind.

Die In-vitro-Fertilisation von Eizelle und Sperma (»Retortenbaby«), die 1978 weltweit für Schlagzeilen sorgte, ist auch an bundes-

nach einem Moratorium aller weiteren Versuche in der Reproduktionsmedizin bei uns erhoben. Doch damit wird das Problem nicht gelöst, sondern nur verlagert. Es muß vielmehr die Frage nach dem Anspruch auf ein Kind gestellt werden. Und diese Frage richtet sich besonders an die Frauen, die in der letzten Zeit wieder zunehmend ihr Selbstverständnis aus der Mütterlichkeit herleiten. Dazu die Journalistin Luc Jochimsen: »Erstens müssen Frauen an den Punkt kommen, wo sie endlich aufhören, sich über Kinder zu definieren, und zweitens ganz verstärkt auch darüber nachdenken: was eigentlich mit den Kindern, die auf diese Art und Weise zum Leben kommen und in die Welt gesetzt werden? Ich kann in beiden Fällen eigentlich nichts Positives entdecken. Und man kann im Umkehrschluß sagen: all der Wahnsinn, der möglich ist, ist nur möglich, wenn die Frauen ihn mitmachen.« □

David gegen Goliath

Bangladesh legt sich mit Pharma-Multi an

gs — Eines der ärmsten Dritte-Welt-Länder nahm nutzlose und gefährliche Medikamente vom Markt.

Mit einer neuen Medikamentenpolitik, die sich an den Grundbedürfnissen der Bevölkerung orientiert, macht die Regierungsjunta von Bangladesh von sich reden. Als wichtigste Maßnahme wurde Unnützes und Schädliches aus dem Medikamentenangebot gestrichen. Die in Bangladesh tätigen Multis wehren sich mit Händen, Füßen und diplomatischen Demarchen dagegen. Denn das Beispiel könnte Schule machen.

Ein britischer Arzt, der in Bangladesh arbeitete, besuchte einen einheimischen Kollegen und fand ihn im Gespräch mit einem Pharmavertreter von Hoechst, einem der führenden Pharmakonzerne. Der Vertreter empfahl dem jungen Arzt Lasix, ein Medikament, das überschüssige Flüssigkeit aus dem Körper entfernt, zur Behandlung des Blähbauches bei Kindern, die an Kwashiorkor leiden. Kwashiorkor ist eine extreme Form der Unterernährung, durch Mangel an Protein hervorgerufen. Der britische Arzt hörte unglaublich zu, da Lasix, wie andere Diuretika auch, nicht nur die Flüssigkeitsausscheidung fördert, sondern dem Körper auch lebenswichtige Salze entzieht. Diese sind bei Unterernährten nur noch in gefährlich niedriger Konzentration vorhanden. Auf seine diesbezügliche Anfrage erklärte der Vertreter nur, daß das Kind wahrscheinlich ohnehin sterben würde. Dies geschah vor nicht allzulanger Zeit in Bangladesh, einem der ärmsten Länder der Welt.

Am 12. Juni 1982 hat die Regierung von Bangladesh die Konsequenzen gezogen. Das Gesundheitsministerium hat eine neue Medikamentenverordnung erlassen: Verkauf, Herstellung, Import und Vertrieb von 1742 Medikamenten und deren Rohprodukten, die ein Expertenkomitee nach genauer Prüfung als nutzlos, gefährlich oder zu teuer befunden hatte, wurden verboten.

Das Expertenkomitee identifizierte folgende Punkte als Hauptursachen der bis dahin bestehenden äußerst kritischen Gesundheitssituation:

- Unzureichende Gesetze und deren laxer Vollzug;
- Ausbeutung der Konsumenten, daß fast ein Drittel der Ausgaben von Patienten für wirkungslose, unnötige und manchmal schädigende Medikamente gezahlt wurde;
- unerwünschte ausländische Dominanz, da acht multinationale Konzerne über 80 Prozent des pharmazeutischen Marktes in Bangladesh beherrschten;
- Verschwendung des nationalen Budgets, da der Import von pharmazeutischen Fertigprodukten, 20 Prozent der Gesamtausgaben für Medikamente, die Wirtschaft schädigte.

Programm nach WHO-Richtlinien

Die neue Gesundheitspolitik sieht unter anderem folgendes vor:

- Sicherung von Qualität und Zugang zu essentiellen Medikamenten für alle;
- Preiskontrolle;
- Entfernung von wirkungslosen und schädigenden Medikamenten;
- Förderung der lokalen Produktion;
- Verhinderung von verschwenderischem Mißbrauch;
- Verbesserung des Standards von Spitälern und Apotheken.

Dieses im Gesamtkonzept beispielhafte Programm folgte den Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO). 1979 hatte diese eine Liste von 245 essentiellen Medikamenten zusammengestellt. Angepaßt an die individuellen Gegebenheiten jedes Landes würde diese Liste von Medikamenten zur Bekämpfung aller Krankheiten, die in diesem Land vorkommen, ausreichen. Im Jahr 2000 soll, nach WHO, durch Herstellung und Import dieser wesentlichen Medikamente die medizinische Versorgung aller Menschen mit erschwinglichen Mitteln ermöglicht sein.

»Niemand wird wegen Mangel an Medikamenten sterben, auch wenn wir uns auf nur 250 unentbehrliche Arzneimittel, einschließlich 100 lebensrettenden, beschränken«, befand Prof. Nurul Islam, Vorsitzender des Expertengremiums für den Umgang mit Medikamenten in Bangladesh, anlässlich des Verbots von 237 gefährlichen Medikamenten, welches aber erst mit dreimonatiger

In einem Volksgesundheitszentrum in Bangladesh



ger Verzögerung nach massiver Intervention der internationalen Pharmakonzerne in Kraft treten konnte.

Die essentiellen Medikamente sollen in Zukunft von den ca. 150 lokalen Firmen hergestellt werden, wovon zwölf für den Gebrauch durch Dorfgesundheitsshelfer, zusätzlich 33 für Basisgesundheitsfürsorgezentren und 105 für den Gebrauch in Krankenhäusern bestimmt sind. Eine ergänzende Liste von 100 Medikamenten für die Behandlung seltener Krankheiten durch Fachärzte wurde erstellt. Die multinationalen Konzerne sollten die komplizierten Präparate zur Verfügung stellen, da diese höhere Technologien erfordern.

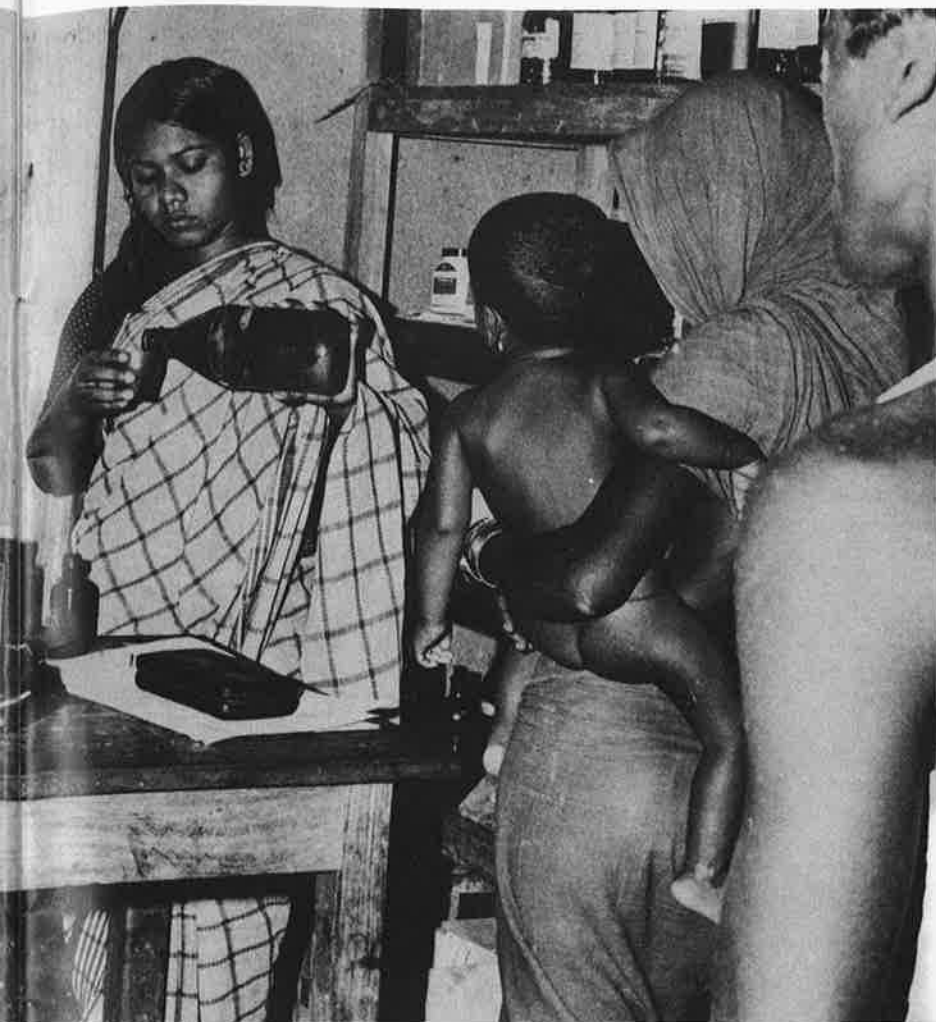
Gleichzeitig wurde auch die Verteilung der Medikamente neu geregelt. Der Verkauf von »Krankenhaus-Medikamenten« auf dem freien Markt soll durch die Androhung hoher Geldstrafen, Gefängnis und den dauernden Entzug der Handelslaubnis verhindert werden.

Schließlich verbot die Regierung, daß Pharmamultis, die keine Niederlassung in Bangladesh besaßen, Markenmedikamente weiterhin von Drittfirmen in Lizenz produzieren lassen können.

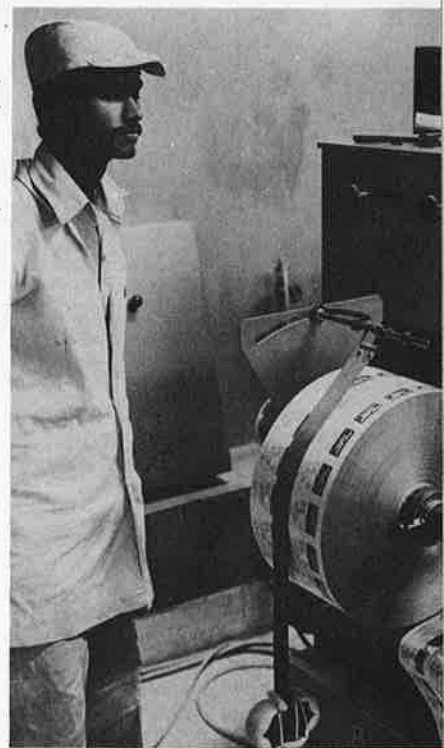
Damit wollte man der Abneigung vieler Pharmakonzerne, in diesem Land zu investieren, begegnen. Diese war und ist tatsächlich stark ausgeprägt. Bangladesh gilt als unsicher. Die hier führenden Pharmakonzerne haben in Bangladesh ein winziges Anlagevermögen im Vergleich zu ihrem Umsatz.

Die neue Arzneimittelpolitik von Bangladesh ließ in allen Pharmakonzernen rund um die Welt die Alarmglocken läuten, als nämlich die Direktoren sich ihre Verkaufsziffern für den Fall vorstellten, daß andere Länder ähnliche Initiativen ergriffen. Sie gingen sofort in die Offensive. In einer konzertierten Kampagne erschienen alarmierende Artikel in der Presse des Landes, die die neue Politik diskreditieren sollten. Zu den dort aufgezählten Drohungen gehörten: Fabriken müssen schließen; Arbeitsplätze werden wegfallen; akute Verknappungen von unentbehrlichen Arzneimitteln werden folgen; die Gesundheit der Menschen werde ebenso bedroht wie zukünftige ausländische Investitionen in Bangladesh.

Etliche Firmen schickten die Botschafter ihres Landes beim Gesundheitsministerium von



Das Land hat seine eigene kleine Pharma-produktion: Arbeiter bei Gonoshostaya Pharmaceuticals



Nach den drastischen Importbeschränkungen und dem Verbot von 1700 als überflüssig eingestuftem Medikamenten habe sich die Eigenproduktion von Arzneimitteln stark erhöht und die Abhängigkeit des Landes vom Import verringert, heißt es in einem Bericht des Ministeriums. Die Preise für Pharmaka in diesem südostasiatischen Land, das zu den ärmsten Ländern der Welt gehört, seien gegenüber 1982 gefallen.

Mit den acht Millionen Mark gesparten Devisen kann die Regierung von Bangladesch den Basisgesundheitsdienst ausbauen, um die wichtigsten Medikamente einem größeren Teil der Bevölkerung zugänglich zu machen.

»Heute wissen wir, daß der Gebrauch einer limitierten Anzahl von lebenswichtigen Medikamenten die öffentliche Gesundheitsversorgung nicht beeinträchtigt, sondern im Gegenteil ungezählte Vorteile bringt«, schreibt der Leiter des WHO-Aktionsprogramms für wesentliche Medikamente und Impfstoffe, Ernst Lauridsen.

Inzwischen hätten sich 80 Dritte-Welt-Länder an der Liste orientiert, die dazu beitragen soll, wesentliche Arzneimittel guter Qualität zu Preisen bereitzustellen, die die ärmeren Patienten bezahlen können. Lauridsen resümiert: »Die Modell-Liste für wesentliche Medikamente hat den Zeit-Test bestanden.« Inzwischen gab die WHO ihre Zustimmung, den offiziellen Bericht über die neue Medikamentenpolitik an alle Mitgliedsstaaten der WHO zu verteilen. Wird das Beispiel Schule machen? Das ist es jedenfalls, was die Pharmaindustrie am meisten fürchtet. □

Dacca vorbei. Die US-Botschafterin Jane Coon sprach direkt beim Chef der Militärjunta, die in einem unblutigen Putsch im

Druck aus den USA

März 1982 die Macht über eines der ärmsten Länder übernommen hatte, Hossein Mohammed Ershad, vor. Und als Ershad später in New York war, um der Uno einen Besuch abzustatten, zitierten ihn auch Leute von den betroffenen Pharma-Multis zu sich.

Bei solchen Treffen mag auch die Tatsache erwähnt worden sein, daß Bangladesch 15 Prozent seines Nahrungsmittelbedarfs durch Importe deckt, zu einem guten Teil aus den USA. Die Weizenwaage hatte sich bereits einmal bewährt, als ein Land aus der Dritten Welt die Interessen der Pharmakonzerne anzutasten wagte.

Dies waren Wiederholungen der kaum verschleierte Drohungen, die schon zehn Jahre zuvor der damaligen Ministerpräsidentin von Sri Lanka, Bandaranaike, vom US-amerikanischen Pharmaverband gemacht wurden; daß nämlich ihre neue Arzneipolitik »jede zukünftige Pri-

vatinvestition in ihrem Land« in Frage stelle. Sri Lanka hatte den US-Konzern Pfizer aufgefordert, sein Angebot den Bedürfnissen des Landes anzupassen, den Anteil unnützer Medikamente am Pfizer-Sortiment von 40 auf 25 Prozent zu senken. Worauf die US-Regierung umgehend drohte, sämtliche Nahrungsmittelhilfe, die die USA dem Lande gemäß dem 1954 verabschiedeten Gesetz PL 480 (Getreidelieferungen zu Vorzugsbedingungen) gewährte, zu streichen. Pfizer brauchte seine Produktion nicht umzustellen.

Nach weiteren Pressionen der Pharmafirmen steckte der Nachfolger von Frau Bandaranaike, M. Jayewardene, 1977 endgültig zurück und öffnete das Land wieder der ungebremsten Medikamentenflut.

Eine vierköpfige amerikanische Expertenkommission — alles Vertreter der pharmazeutischen Industrie — flog nach Bangladesch und empfahl eine deutliche Abschwächung der neuen Politik. Aber trotz allen Drucks hielt die Regierung von Bangladesch an ihrer Politik fest und machte nur kleinere Zugeständnisse.

Am 12. August wurde der Bericht des Revisionskomitees der

Regierung übergeben. 41 Präparate wurden von dem Verbot wieder ausgenommen. Die als »gefährlich« eingestuften Medikamente durften nun noch drei Monate im Handel bleiben, die gut 1500 Nichtsnutze noch bis März 1983. In der Zwischenzeit sollten »die Differenzen zwischen Regierung und Industrie behoben werden«, äußerte die US-Botschafterin Jane Coon etwas vorschnell.

Trotz aller Versuche, die Gesundheitspolitik in Bangladesch zu unterminieren, berichten Beobachter bereits über positive Auswirkungen: Das kritische Bewußtsein der Bevölkerung in bezug auf Medikamente wächst zu-

Bevölkerung macht mit

sehends. Die Patienten erkundigten sich, welche Medikamente verboten sind, und Ärzte gehen vom Vertrauen in die Quantität auf Qualitätsbewußtsein über. Dies ist nicht zuletzt ein Verdienst der unermüdlichen Aufklärungsarbeit von sozialengagierten Gruppen wie der Konsumentenassoziation Bangladesch (CAB) und Gnoshashtaya Kendra (Volksgesundheitszentrum).

Same procedure

Flickschusterei bei der as every year

Rentenfinanzierung

**du — Die Regierung
hat den Renten-
beitrag erhöht. Die
Misere dauert an.**

Für eine mäßige Überraschung sorgte die Bundesregierung Anfang Februar: daß der Beitragsatz für die Rentenversicherung wieder einmal um 0,5 Prozentpunkte steigen soll, kann eigentlich niemanden verwundern, der das Elend der Rentenpolitik in den letzten Jahren mitbekommen hat. Etwas ungewöhnlich war es dagegen schon, daß die Bundesregierung nach einer günstigen Prognose für die Wirtschaftsentwicklung 1985 erklärt hatte, sie könne auf eine Erhöhung der Rentenbeiträge verzichten.

Konkret sollen die Beiträge zur Rentenversicherung vom 1. Juni dieses Jahres an von 18,7 Prozent derzeit auf 19,2 steigen. Der Beitragssatz für die Arbeitslosenversicherung dagegen soll um 0,3 Prozentpunkte auf 4,1 Prozent sinken.

Die Rentner werden im näch-

sten und übernächsten Jahr wieder mehr Beitrag für die Krankenversicherung bezahlen müssen: vom 1. Juli 1986 an sollen es 5,2 Prozent und vom 1. Juli 1987 5,9 Prozent sein. Da die Rentenversicherung momentan nicht einmal mehr über genügend Reserven verfügt, auch nur einen weiteren Monat ohne zusätzliche Beitragszahlungen durchzuhalten, soll auch der Bundeszuschuß erhöht werden: auf bis zu 1,5 Milliarden Mark.

Mit diesen Änderungen will man das Loch in der Rentenkasse, derzeit 3 bis 5 Milliarden Mark, stopfen. In diesem Jahr erwartet man zusätzlich 1,9 Milliarden in der Rentenkasse, im nächsten 3,9 Milliarden. Die Reserve, über die die Arbeitslosenversicherung zur Zeit verfügt, drei Milliarden Mark, wird von den Umschichtungen aufgezehrt werden: sie kommt damit nicht mehr als bescheidener Beitrag für eine Arbeitsmarktsanierung in Frage.

Daß damit die Rentenmisere ein für allemal beendet wäre, glaubt niemand. Nach wie vor schiebt die Bundesregierung die

vom Bundesverfassungsgericht verordnete Strukturreform vor sich her und setzt die Flickschusterei der Sozialliberalen munter fort. Dabei sieht die Prognose ausgesprochen düster aus: während heute 100 Versicherte für 54,4 Rentner zahlen, werden es nach der prognostizierten Bevölkerungsentwicklung im Jahre 2030 112 Rentner pro 100 Versicherte sein. Nach den gegenwärtigen Mustern zur Bewältigung solcher Probleme müßte also entweder der Rentenbeitrag verdoppelt werden, oder die Renten müßten um die Hälfte gekürzt werden.

Auch sonst wird die Rechtskoalition in der sozialliberalen Motenkiste keine wesentlich originelleren Instrumente zur Behebung der Rentenmisere finden: da wurde die Rentenerhöhung, die ja seit 1972 an die Entwicklung der Bruttolöhne gekoppelt ist, mal ausgesetzt, mal verschoben, oder es wurden bei der Berechnung am entsprechenden Bruttolohn einfach mal ein paar Jahre übersprungen.

Immanent wird das Problem der Rentenversicherung kaum zu

lösen sein. Solange die Arbeitslosenzahlen so bleiben, wie sie sind, oder gar weiter steigen, solange die Reallöhne sinken, lassen sich volle Rentenkassen nun einmal nur durch Verschiebeaktionen erreichen. Dennoch gäbe es schon ein paar Instrumente, die gegenwärtige Misere zumindest zu dämpfen.

Bedenkt man, daß mit den neuen Beschlüssen der Bundesregierung die Beitragszahler in diesem Jahr mit 850 Milliarden Mark, die Rentner mit 500 Millionen im nächsten und mit 1,5 Milliarden im übernächsten Jahr belastet werden, ist umso weniger einzusehen, wieso der ökonomisch schwächere Teil der Bevölkerung, der ja auch die Arbeitslosigkeit zu tragen hat, auch noch die dadurch entstehenden Löcher stopfen soll. In den letzten 25 Jahren wurde der Bundeszuschuß zur Rentenversicherung kontinuierlich um insgesamt 50 Prozent gesenkt. Mit anderen Worten: die Hälfte von dem, was früher alle zahlten, zahlen jetzt die Wenigerverdienenden allein.

Noch die Sozialliberalen hatten den Freiberuflern zu besonders günstigen Konditionen den Einstieg in die Rentenversicherung ermöglicht. Die Einkommensgrenze für die Versicherungspflicht liegt bei einem Betrag, der das Schröpfen der Besserverdienenden unmöglich macht. Einzusehen ist auch nicht, daß ausgerechnet die Rentenversicherung zum Beispiel für die Spätaussiedler, die nie einen Pfennig eingezahlt haben, volle Renten bezahlen soll. Das ist eine versicherungsfremde Leistung, die der Staat erbringen sollte.

Aber von solchen kosmetischen Korrekturen ist genauso wenig in Sicht wie von der geforderten Strukturreform. Eher noch drohen Konzepte der FDP ins Gespräch zu kommen, die Leistungen drastisch herunterzuschrauben.

Einen pikanten Aspekt hat das klassische Manöver mit der Rentenversicherung Mitte Februar noch mit einer gemeinsamen Erklärung von Bundesarbeitsminister Blum und seinem nordrhein-westfälischen SPD-Kollegen Farthmann bekommen: beide beschwichtigen nach einem Gespräch in der SPD-Zentrale die Öffentlichkeit mit der wenig sensationellen Erklärung, die Rente für den einzelnen sei derzeit nicht in Gefahr. Das könnte ein Signal sein: die FDP hat wegen der Beitragserhöhung Ärger gemacht, und in Nordrhein-Westfalen ist das Thema Große Koalition trotz starker Sprüche von Ministerpräsident Rau nicht vom Tisch. □



Abschied vom »Med-Bullen«?

Medizinische Betreuung von Hungerstreikenden humanisiert

hc — Die Pflicht zur Zwangsernährung wurde eingeschränkt. Mediziner atmen auf.

Die Justizverwaltungen dürfen von den Ärzten nun nicht mehr verlangen, Hungerstreikende gegen ihren Willen zwangszuernähren. Eine ärztliche Behandlung wird nach dem neuen Recht erst dann zwingend notwendig, wenn der Patient seinen Willen nicht mehr klar äußern kann — im Extremfall beim Eintritt der Bewußtlosigkeit.

Im bundesweit angekündigten Hungerstreik der RAF sollte sich zeigen, daß die juristische Anpassung keineswegs zu dem befürchteten Massensterben führte. Die Mediziner beschränkten sich erstmals konsequent und mit juristischer Deckung auf solche Fälle, wo die Patienten selbst um Hilfe ersuchten. Beispiel: Knut Folkerts. An der Medizinischen Hochschule Hannover z.B. behandelte man in der Intensivabteilung Gefangene aus der Justizvollzugsanstalt Celle. Einer der Patienten, Knut Folkerts, war nach wochenlangem Hungerstreik so geschwächt, daß man sieben Tage lang um sein Leben bangte.

Während dieser Zeit war die MHH vermutlich das am schärfsten bewachte Gebäude der Bundesrepublik. 1200 bewaffnete Beamte patrouillierten auf den endlos langen Fluren und jagten nicht nur den Patienten Angst ein. Besucher und Personal wurden durch nur einen Eingang geschleust. Die Patienten der Psychiatrie waren nicht die einzigen, die die Präsenz dieses gewaltigen Polizeiaufgebotes in ihre Wahnvorstellungen einbauten. Auch manche Ärzte oder Krankenschwestern registrierten bei sich Ängste. Eine falsche Bewegung,

und man könnte aus Versehen erschossen werden!

Die Lokalpresse, voran die *Hannoversche Neue Presse*, hielt die Bevölkerung in Spannung. Jeder Tag konnte für Knut Folkerts der letzte sein.

Die Folgen seines Todes ließen sich ausmalen. Dazu brauchte man noch nicht mal viel Phantasie. Ob nicht der eine oder andere enttäuscht gewesen sein mag, als Folkerts wieder lebend zurück nach Celle gebracht wurde, wird die behandelnden Ärzte nicht interessiert haben. Das Team von der Intensivabteilung war erleichtert, daß ihnen auch diesmal keiner wegstarb.

Diesen Erfolg haben sie indirekt ihren Kollegen in West-Berlin zu verdanken. Da machte man sich vor drei Jahren schon für die Stärkung der Ärzte gegenüber der Justizverwaltung stark. Von dort wurde auch die Änderung der Strafvollzugsordnung auf den Weg gebracht.

Nur wenige Jahre zuvor hatte die Berliner Justizverwaltung die ärztlichen Betreuer der damaligen RAF-Hungerstreiker mit allen nur erdenklichen Mitteln bedrängt. Sie sollten die Streikenden durch Zwangsernährung unbedingt am Leben erhalten, andernfalls würde man sie wegen fahrlässiger Tötung vor die Gerichte bringen. Hinter dieser medizinisch völlig unsinnigen Quälerei steckte die berechnete Angst vor einer Eskalierung der ohnehin schon voll aus der Kontrolle geratenen politischen Dauerprotestszene.

Die Justizverwaltung, die nichts so sehr fürchten mußte wie einen toten RAF-Menschen, sah in ihrem laienhaften Medizinverständnis den einzigen Weg zur Verhinderung des Schlimmsten in der Zwangsernährung.

Die Zwangsernährung stellt sich der Laie ganz einfach vor: Festhalten des Patienten, einen Schlauch von oben in den Magen einschieben, Nahrung in flüssiger Form durch den Schlauch einschießen. Dann läuft alles weiter wie bei einem Auto. Benzin rein. Motor schnurrt. Man braucht dann nur noch dafür zu sorgen, daß sich der Patient nicht den Schlauch rausreißt. So ähnlich werden sich die Sicherheitsexperten die Zwangsernährung ausgemalt haben.

Die Wirklichkeit sieht jedoch ganz anders aus. Die Patienten sind in der Regel nach einem wochenlangen Hungerstreik bereits so stark geschwächt, daß ein risikoloses Einführen von Sonden nicht mehr möglich ist. Dr. Hilsberg, damals mit für die Betreuung der RAF-Gefangenen verantwortlich: »Das Gewebe ist so brüchig, daß es leicht zu einer Perforation der Speiseröhre kommen kann, und dann haben sie die Sondiersuppe in der Lunge! Auch ein Venenkatheter wäre lebensgefährlich!«

Die behandelnden Ärzte weigerten sich, die stark geschwächten Patienten auf diese Weise ins Jenseits zu bringen. Sie versuchten stattdessen, durch persönliche Zuwendung und Aussprachen die Patienten zum Aufgeben zu bewegen. Sie setzten sich auch für Besuche ihrer Angehörigen ein. Dafür mußten sie sich gefallen lassen, als Sympathisanten der Terrorszene von der einen und als »Med-Bullen« von der anderen Seite abgestempelt zu werden. Tragisches Opfer dieser nicht-medizinischen Bemühungen wurde kurze Zeit darauf der langjährige erfahrene Gefängnisarzt Dr. Leschhorn. Er bekam den Druck der Verwaltung und der Medien, aber auch den Wi-

derstand der Patienten am stärksten zu spüren. Sein aufsehenerregender Selbstmord brachte alles ins Rollen.

Wenn auch die Zwangsernährung, wie sie sich die Justizbeamten vorstellten, inzwischen tabu ist (Pressesprecherin der MHH: »Das Wort kennen wir nicht!«), so bleibt die Funktion des Mediziners beim Hungerstreik dennoch unbefriedigend. Der im Gesetz vorgesehene medizinische Beistand bei eingetretener Bewußtlosigkeit wird im Ernstfall in der Regel überflüssig. Dr. Ebbeling vom Justizministerium in Hannover rückt denn auch die neue Regelung in die Nähe von »Sterbehilfe«. Denn die Reanimation von derart geschwächten Bewußtlosen gelingt nur unter außergewöhnlich günstigen Bedingungen. Der Hungerstreikende wird nur im Ausnahmefall überhaupt wieder zurückgeholt werden können.

Also bemühen sich die Ärzte weiterhin um eine frühzeitige Aufgabe des Streiks. Und wenn, wie in Hannover, die Nachricht verbreitet wird, der Patient habe selbstverständlich immer selbst entschieden, daß er so und nicht anders behandelt werden wollte, dann kann man sicher sein, daß die Ärzte nicht gerade stumm neben seinem Bett gesessen haben und warteten, bis der Patient einen Vorschlag unterbreitete, was jetzt zu tun sei.

Für eine Verbesserung der medizinischen Versorgung der Gefangenen ist mit dem endgültigen Wegfall der Zwangsernährung ein wichtiger Schritt gemacht worden. Vielleicht kommen die Gefängnisärzte langsam von dem Image herunter, das die RAF-Häftlinge alles andere als lebenswürdig gemeint haben: die Med-Bullen! □

40 Jahre Ende d Aus der Gesc

95 Buchtitel, davon 23 Neuerscheinungen, zum Schwerpunktthema

In diesem Jahr wird das Ende des 2. Weltkrieges in Ost- und Westeuropa mit großen Veranstaltungen und Feierlichkeiten begangen. Auch in der Bundesrepublik bereiten sich Regierung und Parteien, zahlreiche Organisationen und alle Medien mit unterschiedlicher Akzentuierung auf das größte politisch-historische Thema des Jahres vor.

Mit unserem Buchangebot, das wohl das umfassendste in der Bundesrepublik ist, kommen wir dem Wunsch nach authentischer und vertiefender Literatur, vor allem auch bei der jüngeren Generation, nach. Unser Programm zum Schwerpunktthema wendet sich an alle, die den Krieg erlebt haben, aber vor allem an jene, die seine Schrecken nur vom Hörensagen kennen. Es fordert dazu heraus, aus der Geschichte Lehren zu ziehen und alles zu tun, einen neuen Krieg zu verhindern.

Weimarer Republik

Gossweiler, K.: **Kapital, Reichswehr und NSDAP.** 1919-1924. KB 236, 640 S. mit zahlr. Fotos u. Faks., DM 19,80
ISBN 3-7609-0646-X

Petzold, J.: **Wegbereiter des Faschismus.** Die Jungkonservativen in der Weimarer Republik. 2., überarb. u. erw. Aufl. KB 135, 490 S., DM 16,80
ISBN 3-7609-0781-4

Kühnl, R./Hardach, G. (Hrsg.): **Die Zerstörung der Weimarer Republik.** 2. Aufl. KB 88, 292 S., DM 12,80 ISBN 3-7609-0289-8

Deppe, F./Roßmann, W. (Hrsg.): **Wirtschaftskrise, Faschismus, Gewerkschaften.** Dokumente zur Gewerkschaftspolitik 1929 bis 1933. KB 229, 341 S., DM 14,80
ISBN 3-7609-0779-2

Ruge, W.: **Hindenburg, Porträt eines Militaristen.** 573 S. mit 39 Fotos. Ln. mit Schutzumschlag DM 19,80 ISBN 3-7609-0592-7

Ruge, W.: **Hitler, Weimarer Republik und Machtergreifung.** Eine politische Karriere und ihr Hintergrund. KB 279, 362 S. mit zahlr. Fotos u. Faks., DM 14,80
ISBN 3-7609-0748-2

Czichon, E.: **Wer verhalf Hitler zur Macht? Zum Anteil der deutschen Industrie an der Zerstörung der Weimarer Republik.** 5. Aufl. KB 16, 105 S., DM 9,80
ISBN 3-7609-0042-9

Berlin, J./Joachim, D./Schepelmann, R.: **Wie kam Hitler an die Macht? Geeignet für Sekundarstufe II, VHS und gewerkschaftliche Bildungsarbeit.** 2. Aufl. UE 2, 70 S., DM 10,-
ISBN 3-7609-0700-8

Krause-Vilmar, D. (Hrsg.): **Lehrerschaft, Republik und Faschismus 1918-1933.** EB, 279 S., DM 14,80 ISBN 3-7609-0367-3

Rosenfeld, G.: **Geschichte der deutsch-sowjetischen Beziehungen 1917-1922.** Band 1: 420 S., Ln. mit Schutzumschlag, DM 34,- ISBN 3-7609-0867-5

Rosenfeld, G.: **Geschichte der deutsch-sowjetischen Beziehungen 1923-1933.** Band 2: 512 S., Ln. mit Schutzumschlag, DM 34,- ISBN 3-7609-0868-3
Beide Bände zusammen DM 60,- ISBN 3-7609-0890-X

Faschismus und Widerstand

Kühnl, R. (Hrsg.): **Der deutsche Faschismus in Quellen und Dokumenten.** 5. Aufl., KB 62, 538 S. mit zahlr. Abb., DM 9,80
ISBN 3-7609-0305-3

Hörster-Philipp, U. (Hrsg.): **Großkapital und Faschismus 1918-1945.** Wer war Hitler wirklich? Dokumente. 2. Aufl., KB 121, 388 S., DM 14,80
ISBN 3-7609-0632-X

Pätzold, K./Weißbecker, M.: **Geschichte der NSDAP 1920-1945.** KB 232, 429 S. mit zahlr. Fotos u. Faks., DM 14,80
ISBN 3-7609-0641-9

Dimitroff contra Göring. **Dokumente zum Reichstagsbrandprozeß.** Braunbuch II. Reprint 1934. Großformat. 480 S., Ln. mit Schutzumschlag von J. Heartfield, DM 19,80
ISBN 3-7609-0552-8

Unger, E.-M.: **Illustrierte als Mittel zur Kriegsvorbereitung in Deutschland 1933 bis 1939.** HSS. Bd. 149, 327 S., DM 45,-
ISBN 3-7609-5149-X

Schreiner, A.: **Hitler treibt zum Krieg.** Reprint 1934, 504 S., Ln. mit Schutzumschlag von J. Heartfield, DM 24,80
ISBN 3-7609-0456-0

Gossweiler, K.: **Die Röhm-Affäre.** Hintergründe, Zusammenhänge, Auswirkungen. HSS Bd. 151, 614 S., DM 85,-
ISBN 3-7609-5151-1

Chagoll, L. (Hrsg.): **Im Namen Hitlers. Kinder hinter Stacheldraht.** Bild- und Dokumentarband über die Vernichtung von Kindern im Dritten Reich. Das Buch zum international preisgekrönten Film. 144 S., DM 14,80
ISBN 3-7609-0477-7

Bromberger, B./Mausbach, H./Thomann, K.-D.: **Medizin, Faschismus und Widerstand** KB 305, etwa 350 S. mit zahlr. Fotos und Faksimiles, DM 16,80
ISBN 3-7609-0836-5

Schumacher, U.: **Staatsanwaltschaft und Gericht im Dritten Reich.** Zur Veränderung der Kompetenzverteilung im Strafverfahren unter Berücksichtigung der Entwicklung in der Weimarer Republik und in der Bundesrepublik. HSS Bd. 185, etwa 340 Seiten, ca. DM 40,-
ISBN 3-7609-5185-6

Hellfeld v., M./Klönne, A.: **„Und sie werden nicht mehr frei...“** Jugend im Dritten Reich. Dokumente und Materialien. KB 360, etwa 300 S. mit zahlr. Abb., ca. DM 14,80
ISBN 3-7609-0954-X

Klaus, M.: **Mädchen im Dritten Reich.** Der Bund Deutscher Mädel (BDM). KB 289, 219 S. mit zahlr. Fotos u. Faks., DM 14,80
ISBN 3-7609-0775-X

Schupetta, I.: **Frauen- und Ausländererwerbstätigkeit in Deutschland von 1939 bis 1945.** Bd. 127, 370 S., DM 45,-
ISBN 3-7609-5127-9

Hartung, G.: **Literatur und Ästhetik des deutschen Faschismus.** KB 325, 314 S., DM 19,80
ISBN 3-7609-0875-6

Kuczynski, J.: **Geschichte des Alltags des deutschen Volkes.** Fünf Bände, Großformat, Ln. mit Schutzumschlag
Band 5: 1918-1945, 3. Aufl., 396 S., DM 29,80 ISBN 3-7609-0583-8

Mammach, K.: **Widerstand 1933-1949.** Geschichte der deutschen antifaschistischen Widerstandsbewegung in Deutschland und in Europa. KB 316, 340 S., DM 19,80 ISBN 3-7609-0866-7

Heimatgeschichtlicher Wegweiser zu Stätten des Widerstandes und der Verfolgung 1933 bis 1945. Acht Bände
Band 1: Hessen Mit einem Vorwort von Jochen Richert, Landesvorsitzender des DGB Hessen. Format DIN A4, 136 Seiten mit zahlr. Fotos und Abbildungen, DM 12,-
ISBN 3-7609-0838-1

Band 2: **Niedersachsen I.** Regierungsbezirke Braunschweig und Lüneburg. Vorwort von Otto Graeber, MdL. Format DIN A4, etwa 140 S. mit zahlr. Fotos und Abbildungen, DM 12,-
ISBN 3-7609-0930-2

Petersen, J.: **Unsere Straße.** Eine Chronik, Geschrieben im Herzen des faschistischen Deutschlands 1933/34. Roman. KB 275, 318 S., DM 14,-
ISBN 3-7609-0752-0

Hellfeld, M.v.: **Edelweißpiraten in Köln.** Jugendrebellion gegen das 3. Reich. 2., durchges. u. erw. Aufl., KB 219, 136 S. mit zahlr. Fotos, Faks. u. Dok., DM 9,80. Ausgezeichnet mit dem „Carl-von-Ossietzky-Preis“ 1984.
ISBN 3-7609-0787-3

Klotz, J.: **Das „kommende Deutschland“.** Vorstellungen und Konzeptionen des sozialdemokratischen Parteivorstandes im Exil 1933-1945 zu Staat und Wirtschaft. HSS. Bd. 132, 314 S., DM 38,- ISBN 3-7609-5132-5

Naumann, U.: **Zwischen Tränen und Gelächter.** Satirische Faschismuskritik 1933-1945. Bd. 139, 416 S., DM 50,-
ISBN 3-7609-5139-2

Überleben und Widerstehen. Zeichnungen von Häftlingen des Konzentrationslagers Auschwitz. Mit einführenden Betrachtungen von M. Walser sowie Geleitworten von W. Fabian und W. Brandt. 85 S., kt., DM 9,80
ISBN 3-7609-0539-0

Dialektik 7. Antifaschismus. Oder Niederlagen beweisen nichts, als daß wir wenige sind, 245 S., DM 19,80
ISBN 3-7609-0844-6

Finker, K.: **Stauffenberg und der 20. Juli 1944.** Eine politische Biographie. KB 115, 488 S. mit 42 Fotos und Faksimiles, DM 16,80
ISBN 3-7609-0333-9

Kopetzky, H.: **Die andere Front.** Europäische Frauen in Krieg und Widerstand 1939-1945. KB 306, 229 S. mit zahlr. Fotos. DM 14,80
ISBN 3-7609-0837-3

Zweiter Weltkrieg/ Vorgeschichte und Verlauf

Maximyschew, I.: **Der Anfang vom Ende.** Deutsch-sowjetische Beziehungen 1933-1939. Aus dem Russischen, KB 324, etwa 260 S., DM 16,80
ISBN 3-7609-0859-4

Sipols, V. J.: **Die Vorgeschichte des deutsch-sowjetischen Nichtangriffsvertrags.** Aus dem Russischen. 360 S., Hardcover mit Schutzumschlag, DM 19,80
ISBN 3-7609-0627-3

Schreiner, A.: **Vom totalen Krieg zur totalen Niederlage Hitlers.** Reprint 1939, 300 S., Ln., DM 24,80
ISBN 3-7609-0553-6

Besymenski, L.: **Die Schlacht um Moskau 1941.** Geschichte und Erinnerungen. Aus dem Russischen. KB 216, 295 S. mit zahlr. Fotos, DM 14,80
ISBN 3-7609-0570-6

Krylow, N. L.: **Stalingrad.** Die entscheidende Schlacht des 2. Weltkriegs. Aus dem Russischen. 431 S. mit zahlr. Fotos, Ln. mit Schutzumschlag, DM 19,80
ISBN 3-7609-0626-5

Solowjow, B. G.: **Wendepunkt des Zweiten Weltkrieges.** Die Schlacht bei Kursk. Aus dem Russischen. 238 S. mit Fotos und Karten, Ln. mit Schutzumschlag, DM 19,80
ISBN 3-7609-0854-3

Kislizyn, N. G., Subakow W. J.: **... die Stadt dem Erdboden gleichmachen.** Leningrad ergibt sich nicht. Aus dem Russischen. 302 S. mit 52 Fotos und 4 Karten. Kunstleder mit Schutzumschlag, DM 19,80
ISBN 3-7609-0853-5

Mammach, K.: **Der Volkssturm.** Das letzte Aufgebot 1944/45. KB 233, 214 S. mit zahlr. Fotos u. Faks., DM 14,80
ISBN 3-7609-0655-9

es 2. Weltkrieges chichte lernen

Vorzugsangebot

für Organisationen, Parteien, Institutionen, für Veranstaltungen, Seminare, Bildungseinrichtungen u. ä.:
Sofern Sie für **Büchertische** unsere Literatur zum Thema anbieten und verbreiten wollen (Verkauf nur zum Ladenpreis),
bieten wir Ihnen einen **Rabatt von 30%** zuzüglich Versandkosten; bei größeren Abnahmemengen nach Sondervereinbarung. Bitte beim Verlag bestellen.

Alle Bücher sind im Buchhandel erhältlich.

Werbemittel (kostenlos)

Plakate mehrfarbig: Streifenplakat im Format 21 x 60 cm sowie Plakat im Format DIN A1 (beide Mitte Februar).
Sonderprospekt, acht Seiten, zweifarbig: Mit zahlreichen Abbildungen und ausführlichen Beschreibungen.

● **Autorenkollektiv:** Der zweite Weltkrieg 1939-1945. Kurze Geschichte. Etwa 800 S., mit 200 Abb. und 14 Karten. Ln. mit Schutzumschlag, ca. DM 29,80
ISBN 3-7609-0953-1

Deutschland im Zweiten Weltkrieg. Sechs Bände. Herausgegeben von G. Hass, W. Schumann u. v. a. Jeder Band mit zahlr. Abb., Karten und Bildtafeln. Großformat, Ln. mit Schutzumschlag

Bd. 1: Vorbereitung, Entfesselung und Verlauf des Krieges bis zum 22. Juli 1941. 644 S., DM 48,-
ISBN 3-7609-0169-7

Bd. 2: Vom Überfall auf die Sowjetunion bis zur sowjetischen Gegenoffensive bei Stalingrad (Juni 1941 bis November 1942). 616 S., DM 48,-
ISBN 3-7609-0170-0

Bd. 3: November 1942 bis September 1943: Der grundlegende Umschwung im Kriegsverlauf. Die Niederlage der deutschen Wehrmacht in den Schlachten von Stalingrad und im Kursker Bogen. 672 S., DM 48,-
ISBN 3-7609-0171-9

Bd. 4: August bis Ende 1943. Das Scheitern der faschistischen Defensivstrategie an der deutsch-sowjetischen Front. 680 S., DM 48,-
ISBN 3-7609-0172-2

Bd. 5: Der Zusammenbruch der Defensivstrategie des Hitlerfaschismus an allen Fronten (Januar bis August 1944). 702 S., DM 60,-
ISBN 3-7609-0573-0

● **Bd. 6:** Die Zerschlagung des Hitlerfaschismus und die Befreiung des deutschen Volkes (Mitte 1944 bis zum 8. Mai 1945). Etwa 750 S., mit 116 Bildtafeln und 13 Karten, 220 Abb. Ln. mit Schutzumschlag, DM 60,-
ISBN 3-7609-0574-9

Müller, N. (Hrsg.): Deutsche Besatzungspolitik in der UdSSR. 1941-1944. Dokumente. 2. Aufl., KB 194, 432 S., DM 16,80
ISBN 3-7609-0489-0

Blank, A.: Die deutschen Kriegsgefangenen in der UdSSR. KB 168, 240 S., mit zahlr. Fotos, DM 14,80
ISBN 3-7609-0471-8

Greune, G./Mannhardt, K. (Hrsg.): Hiroshima und Nagasaki. Bilder, Texte, Dokumente. 2., verbesserte Aufl., Format 24x17 cm, 144 S., mit zahlr. Fotos, DM 14,80
ISBN 3-7609-0849-7

Bachmann, P./Zeisler, K.: Der deutsche Militarismus 1917 bis 1945. Illustrierte Geschichte. Format 24x30 cm, 472 S., mit 1016 Abbildungen, Leinen mit Schutzumschlag, DM 50,-
ISBN 3-7609-0795-4

Noll, D.: Die Abenteuer des Werner Holt. Roman einer Jugend im 2. Weltkrieg. KB 265, 550 S., DM 16,-
ISBN 3-7609-0730-X

● **Kügelgen, B. v.: Die Nacht der Entscheidung.** Der Weg eines deutschen Offiziers zum Nationalkomitee Freies Deutschland. Eine Autobiographie. KB 327, 464 S., mit zahlr. Fotos, DM 18,-
ISBN 3-7609-0874-8

● **Bykau, W.: Romane und Novellen 1.** Die dritte Leuchtkugel. Eine Nacht. Die Falle. Alpenballade. Die Brücke von Kruhljany. 491 S., Ln. mit Schutzumschlag, DM 27,80
ISBN 3-7609-0963-9

● **Bykau, W.: Romane und Novellen 2.** Die Schlinge. Der Obelisk. Durchhalten bis zum Morgen! Wolfsrudel. 600 S., Ln. mit Schutzumschlag, DM 27,80
ISBN 3-7609-0964-7

Bykau, Romane und Novellen 1 und 2. Beide Bände zusammen DM 49,-
ISBN 3-7609-0965-5

● **Adamowitsch, A.: Stätten des Schweigens.** Roman über Chaitym im 2. Weltkrieg. Etwa 320 S., Ln. mit Schutzumschlag, DM 22,80
ISBN 3-7609-0966-3

Nachkriegsgeschichte

● **Billstein, R. (Hrsg.): Neubeginn ohne Neuordnung.** Dokumente und Materialien zur politischen Weichenstellung in den Westzonen nach 1945. KB 319, 351 S., DM 16,80
ISBN 3-7609-0861-6

Badstübner, R./Thomas, S.: Entstehung und Entwicklung der BRD. Restauration und Spaltung 1945-1955. 2., überarb. Aufl., KB 73, 512 S., DM 16,80
ISBN 3-7609-0156-5

Brähler, R.: Der Marshallplan. Zur Strategie weltmarktorientierter Krisenvermeidung in der amerikanischen Westeuropapolitik 1933 bis 1952. HSS. Bd. 130, 317 S., DM 38,-
ISBN 3-7609-5130-9

● **Schockenhoff, V.: Grundgesetz und Sozialismus.** Die Auseinandersetzung um Planung, Sozialisierung, Mitbestimmung und Staatsaufbau 1946 bis 1949. HSS. Bd. 188, etwa 320 S., ca. DM 40,-
ISBN 3-7609-5188-0

Mayer, U./Stuby, G. (Hrsg.): Die Entstehung des Grundgesetzes. Beiträge und Dokumente. KB 66, 338 S., DM 14,80
ISBN 3-7609-0207-3

Albrecht, U.: Die Wiederaufrüstung der Bundesrepublik. Analyse und Dokumentation. KB 200, 193 S., DM 12,80
ISBN 3-7609-0547-1

Dietzfelbinger, E.: Die westdeutsche Friedensbewegung 1948 bis 1955. Die Protestaktionen gegen die Remilitarisierung der Bundesrepublik Deutschland. HSS. Bd. 168, 449 S., DM 64,-
ISBN 3-7609-5168-6

Rupp, H. K.: Außerparlamentarische Opposition in der Ära Adenauer. Der Kampf gegen die Atombewaffnung. Dokumente und Materialien. „Liest sich wie eine fesselnde Reportage.“ (Die Zeit). 3. Aufl., KB 201, 331 S., DM 14,80
ISBN 3-7609-0904-3

Fülberth, G. (Hrsg.): Geschichte der Bundesrepublik in Quellen und Dokumenten. „Eine Beschäftigung mit Geschichte als Kennenlernen von historischen Auseinandersetzungen. Viel spannender als die üblichen, auf den Status quo fixierten Darstellungen.“ (SR). 2., durchges. u. erw. Aufl., KB 268, 450 S., DM 14,80
ISBN 3-7609-0785-7

Folgen und Lehren

● **Hörster-Philipp, U.: Wie kauft man eine Regierung?** Drcimal Flick-Konzern: Weimar, 3. Reich, Bundesrepublik. KB 365, etwa 200 S., ca. DM 12,80
ISBN 3-7609-0961-2

Eichholtz, D./Gossweiler, K., u. a.: Faschismus in Deutschland. Faschismus der Gegenwart. Entstehung und Entwicklung des deutschen Faschismus vor und nach 1933. Gegenwart, bes. Westeuropa und Lateinamerika. KB 176, 308 S., DM 14,80
ISBN 3-7609-0778-4

● **Chowanetz, R. (Hrsg.): Krieg.** Deutsche Schriftsteller vom Dreißigjährigen Krieg bis heute. Erzählungen, Novellen, Roman-auszüge. Mit einem Geleitwort von Hermann Kant. KB 342, 613 S., mit zahlreichen künstlerischen Abbildungen, DM 18,-
ISBN 3-7609-0912-4

Fricke, D. (Hrsg.): Für Eures Volkes Zukunft nehmt Partei. Nichtproletarische Demokraten auf der Seite des Fortschritts 1830 - 1945. Briefe und Tagebuchaufzeichnungen, politische Publizistik, Denkschriften, Flugblätter, Memoiren, Programme, Reden. 616 S., mit 160 Fotos und Faksimiles, Ln. mit Schutzumschlag, DM 24,80
ISBN 3-7609-0654-4

● **Aitmatow, T. (Hrsg.): Meinst du, die Russen wollen Krieg?** Sowjetische Schriftsteller über Krieg und Frieden. KB 321, etwa 300 S., mit 5 Illustrationen, DM 18,-
ISBN 3-7609-0856-X

Kade, G.: Die Russen und wir. KB 312, 150 S., DM 9,80
ISBN 3-7609-0848-9

Kade, G.: Die Amerikaner und wir. KB 311, 139 S., DM 9,80
ISBN 3-7609-0791-1

● **Gromyko, A./Lomejko, W.: Wie kann die Menschheit überleben?** Eine Antwort auf die Philosophie der Abschreckung. KB 358, etwa 240 S., ca. DM 14,80
ISBN 3-7609-0942-6

Kahn, H. W.: Die Deutschen und die Russen. Geschichte der deutsch-russischen Beziehungen vom Mittelalter bis heute. KB 323, 225 S., DM 14,80
ISBN 3-7609-0858-6

Knorr, L.: Geschichte der Friedensbewegung in der Bundesrepublik. 2., durchges. und erw. Aufl. KB 260, 239 S., DM 12,80
ISBN 3-7609-0900-0

Dialektik 4. Für den Frieden - Aufgaben der Philosophie und der Wissenschaften. 231 S., DM 19,80
ISBN 3-7609-0684-2

Greiner, B. / Steinhilber, K. (Hrsg.): Auf dem Weg zum 3. Weltkrieg? Amerikanische Kriegspläne gegen die UdSSR. 2. Aufl. KB 202, 289 S., DM 14,80
ISBN 3-7609-0546-3

Kade, G.: Die Bedrohungsflüge. Zur Legende von der „Gefahr aus dem Osten“. Mit umfangreichem Dokumentationsmaterial. 3. Aufl., KB 147, 294 S., DM 12,80
ISBN 3-7609-0428-9

Kahn, H. W.: Pentagon - Friedensfeind Nr. 1. USA, UdSSR und BRD 1972 bis heute. 2. Aufl., KB 281, 157 S., DM 12,80
ISBN 3-7609-0901-9

● **Ostrowsky, J./Ege, K.: Seine letzte Rolle?** Ronald Reagan. Eine amerikanische Karriere. KB 364, etwa 300 S., mit zahlr. Fotos, ca. DM 16,80
ISBN 3-7609-0880-2

Bredthauer, K. D. (Hrsg.): Sage niemand, er habe es nicht wissen können. Dokumentation. 5. Aufl. priv.-KB 294, 204 S., DM 9,-
ISBN 3-7609-0784-9

● **Engels, D./Scheffran, J./Sieker, E. (Hrsg.): Die Front im All.** Weltraumrüstung und atomarer Erstschat. priv.-KB 350, 247 S., DM 10,-
ISBN 3-7609-0924-8

Pahl-Rugenstein
Gottesweg 54, 5000 Köln 51 Telefon (02 21) 36 40 51

Menschenskinder helft doch!

Viele Millionen Kinder schuften weltweit in Bergwerken, Fabriken und Werkstätten, in Bordellen, auf Plantagen und Müllplätzen – oft 15 Stunden am Tag, ohne Urlaub, ohne Schulbesuch, ohne gewerkschaftlichen Schutz, ohne Gesundheitsfürsorge, häufig für nur eine Schale Reis am Tag.

Hunger und Armut zwingen diese Kinder zur Arbeit. Den Nutzen haben nicht nur die Reichen in den Entwicklungsländern.

Auch wir in der Bundesrepublik sind betroffen:

- Kinderhände in Marokko knüpfen die in deutschen Wohnzimmern beliebten Berberteppiche,
- Kinderhände in Thailand schleifen Edelsteine für deutsche Abnehmer,
- Kinderhände in Indien weben preiswerte Teppiche für den deutschen Markt und ziehen die Goldfäden in die "original handgearbeiteten" indischen Sari-Tücher.
- Auch deutsche Unternehmen nutzen das "günstige Lohnniveau" in sogenannten Billiglohnländern der Dritten Welt.

Ein Heer von billigen kleinen Händen sorgt für ein "günstiges Investitionsklima".

terre des hommes fördert Kinderschutzzentren in der Dritten Welt. So können illegale Fabriken ausgehoben und Kinder befreit werden, so erhalten arbeitende Kinder Rechtsschutz und Gesundheitsfürsorge, so kann die Öffentlichkeit informiert werden, so wird Widerstand gegen unmenschliche Arbeitsbedingungen organisiert.

Kinderarbeit läßt sich zwar nicht abschaffen solange es Hunger und Armut gibt – aber gegen die schlimmsten Formen der Ausbeutung von Kindern kann man erfolgreich kämpfen! Helfen Sie mit!

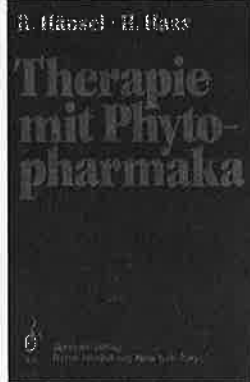


terre des hommes

Postfach 4126 • 4500 Osnabrück

Spendenkonto 700

Bank für Gemeinnützige Osnabrück
und alle anderen Banken und Sparkassen



**R. Hänsel, H. Haas,
Therapie mit Phytopharmaka,
Springer Verlag Berlin,
Heidelberg 1984**

Nicht nur die Pharmaskandale, sondern auch ein gewachsenes Selbstbewußtsein der »Patienten« verbunden mit dem gesetzlich geförderten Trend zur Selbstmedikation, sind die Ursachen für den erheblich gestiegenen Verbrauch von Phytopharmaka.

Entsprechend expansiv hat sich auch der alternativ-medizinische Büchermarkt entwickelt. Kräuter- und Phytotherapiebücher beanspruchen inzwischen in jeder größeren Buchhandlung ein eigenes Regal. Die Auswahl der vorgestellten Bücher fällt daher schwer und ist möglicherweise auch nicht repräsentativ.

Als wissenschaftliche Basislektüre für Therapeuten ist das Buch von R. Hänsel und H. Haas anzusehen. Es soll dem Arzt zur Fortbildung in den Grundlagen einer rationalen Therapie mit Phytopharmaka dienen. Diesem Anspruch wird das Buch gerecht. Unbestritten sind auch die Wissenslücken, die bei den Ärzten auf diesem Gebiet bestehen. Die allzu einseitige Ausbildung der Mediziner geht schließlich an der Tatsache vorbei, daß 40 Prozent der Medikamente der Roten Liste pflanzlicher Herkunft sind. Unter einer phytotherapeutischen Therapierichtung wird hierbei nach Gross die von Land zu Land variable traditionelle Medizin, die Erfahrungsmedizin verstanden. Welchen geringen Teil von pflanzlichen Heilmitteln ein Schulmediziner verwendet, kann man im ersten Kapitel des Buches feststellen. Dem Leser begegnen unter der Gruppe der pflanzlichen Cardia die bekannten Reinglykosidpräparate wie Digitoxin oder Digoxin. Es werden chemische Strukturen, Wirkungen, Wechselwirkungen, Gegenanzeigen, Vergiftungsbilder und – nicht unwichtig – die Behandlung des alten Menschen dargestellt. In ähnlicher Ausführlichkeit werden die Eigenschaften der Lanata-Gesamtglykoside, des Peruvosid, der Scillaglykoside, des

Maiglöckchen- und Adonis-Krauts und der Crataegus-Präparate dargestellt.

Ein Verzeichnis der Arzneibuchpräparate und der Fertigarzneimittel sowie ein ausführlicher Literaturanhang schließen das Kapitel ab. Bemerkenswert erscheint mir, daß der Versuch unternommen wird, anerkannte wissenschaftliche Kriterien auf die Gesamtheit der pflanzlichen Heilmittel anzuwenden und so die Therapie mit Phytopharmaka zu entmystifizieren.

**William A. R. Thomson,
Heilpflanzen und ihre Kräfte,
Ein Ratgeber für Fragen der
Gesundheitsmedizin auf
natürlicher Basis,
Lindgen 1978**

Eine ganz andere Absicht verfolgen die Autoren des Buches »Heilpflanzen und ihre Kräfte«. Sie wollen auf der Suche nach dem richtigen pflanzlichen Heilmittel anregen und helfen. Anregend sind sicher die guten farbigen Abbildungen von Pflanzen, die Abhandlung von Hans Schädewald über die Geschichte der Phytotherapie und der Beitrag von Richard E. Schultes über die Volksmedizin in anderen Kulturkreisen.



Ob der Nachschlageteil des Buches als Wegweiser zum richtigen pflanzlichen Heilmittel geeignet ist, muß bezweifelt werden. Einschränkung wird zwar darauf hingewiesen, daß eine Selbstbehandlung nur bei leichten Befindlichkeitsstörungen sinnvoll ist, trotzdem geraten die Angaben über Heilpflanzen und Indikationsgebiete kurz, fast rezeptartig. Diese Angaben mögen zwar bei Erkältungskrankheiten ausreichen, wenn es jedoch um die Behandlung von Bluthochdruck, Ekzemen oder Durchfall geht, sind sicher weitere Informationen erforderlich, die das Buch nicht bietet.

Schon eher geeignet ist dann ein Nachschlagewerk des französischen Naturheiler Mességué.

**Maurice Mességué,
Das Mességué Heilkräuter
Lexikon, Moewig Sachbuch 1976,
8,80 Mark**



Es bietet eine ausführliche Beschreibung der bekannten Eigenschaften von mehr als einhundert Heilpflanzen, gibt Anweisungen für die Ernte und beschäftigt sich mit Zubereitungen wie Aufgüssen, Pulvern, Absud, Bädern und anderen Verwendungsmöglichkeiten der Pflanzen wie z.B. der Schönheitspflege. In einem Anhang werden die am besten geeigneten Pflanzen für die unterschiedlichsten Erkrankungen aufgelistet. Hier entstehen sicher in bezug auf die Auswahl der Kräuter viele Fragen. Das Buch imponiert zwar durch die Fülle der Informationen, ist jedoch für den Unkundigen keine Einstiegslektüre, sondern muß ergänzend benutzt werden. Positiv zu vermerken ist, daß der Autor darauf geachtet hat, daß nur unschädliche, d.h. ungiftige Rezepturen angegeben wurden. gw



IMPRESSUM

Herausgeber

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

Koordinierende Redaktion und Anzeigenverwaltung: Demokratisches Gesundheitswesen, Siegburger Str. 26, 5300 Bonn 3, Tel. 0228 / 468206 (8.30 Uhr bis 12.30 Uhr, montags 19.00 Uhr bis 21.00 Uhr)

Redaktion

Chefredakteur: Norbert Mappes (nm)

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

Der für das jeweilige Ressort zuerst oder allein genannte Redakteur ist verantwortlicher Redakteur im Sinne des 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
Post giroamt Essen Nr. 154 20-430

Die Zeitschrift „DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN“ erscheint monatlich bei:

Pahl-Rugenstein Verlag GmbH, Gottesweg 54, 5000 Köln 51, Tel. 0221/36 40 51, Konten: Post giroamt Köln 65 14-503, Stadtparkasse Köln 108 522 38 (für Abo-Gebühren).

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

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

Redaktions- und Anzeigenschluß für das Aprilheft: 4. 3. 85.

Graphik: Christian Paulsen

Titelfoto: Günter Westphal

Layout: Matthias Albrecht, Joachim Gill, Ursula Funke-Verhasselt, Kirsten Jung, Norbert Mappes

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

JSSN: Nr. 0172-7091

dg-Kontakte

Aachen: Erhard Knauer, Maria-Theresia-Allee 59, 5100 Aachen, Tel. (02 41) 7 54 59; **Ansbach:** Birgitte Eschenbacher, Am Heimweg 17, 8800 Ansbach, Tel. (09 81) 1 44 44; **Berlin:** Hermann Dittich, Grunewaldstr. 28, 1000 Berlin 41, Tel. (03 0) 8 22 63 28; **Bonn:** Edi Erken, Eckenstr. 28, 5205 St. Augustin 2 (Hangelar), Tel. (022 41) 2 91 78; **Bonn:** Stefan Schölzel, Bergstr. 8, 5300 Bonn 1, Tel. (02 28) 23 35 26; **Kurt Straif,** Reuterstr. 121, 531, Tel. 21 26 96; **Gregor Weinrich,** Schumannstr. 30, 531, Tel. 21 97 78; **Bremen:** Cornelia Selke, Clausewitzstr. 25, 2800 Bremen 1, Tel. (04 21) 23 43 71; **Bremervahren:** Gunar Stempel, Virchowstr. 34, 2850 Bremerhaven-Geestemünde, Tel. (04 71) 2 72 72; **Darmstadt:** Jürgen Frohnert, Neutscher Weg 3, 6101 Modautal-Ernsthofen; **Dortmund:** Matthias Albrecht, Am Kühlenweg 22, 4600 Dortmund 50, Tel. (02 31) 75 38 80; **Detlev Uhlenbrock,** Droste-Hülshoff-Str. 1, 461, Tel. 42 17 68; **Düsseldorf:** Joachim Gill, Fruchtstr. 2, 4000 Düsseldorf, Tel. (02 11) 34 92 04; **Duisburg:** Thomas Wöttig, Prinz-Albert-Str. 42, 4100 Duisburg 1, Tel. (02 03) 34 21 88; **Essen:** Christian Paulsen, Overbeckstr. 16, 4300 Essen 1, Tel. (02 01) 74 37 31; **Walter Popp,** Sunderholz 32, 431, Tel. 44 16 30; **Frankfurt:** Klaus Priester, Schloßstr. 96, 6000 Frankfurt 90, Tel. (06 9) 70 54 49; **Gießen:** Claudia Göttmann, Bismarckstr. 6, 6300 Gießen, Tel. (06 41) 7 52 45; **Göttingen:** Barbara Wille, Ostlandweg 23, 3400 Göttingen, Tel. (05 51) 3 37 10; **Hamburg:** Robert Pfeiffer, Kurfürstenstr. 45, 2000 Hamburg 70, Tel. (04 0) 6 56 48 45; **Hanau/Maintal:** Hans See, Südring 12, 6457 Maintal 1, Tel. (06 181) 4 72 31; **Hannover:** Martin Walz, Tiestestr. 19, 3000 Hannover 1, Tel. d. (05 132) 90 65 57/p. (05 11) 81 88 68; **Hattlingen:** Wolfgang Münster, Marxstr. 19, 4320 Hattlingen, Tel. (02 24) 6 74 10; **Heidelberg:** Michael Gerstner, Burgstr. 44, 6900 Heidelberg, Tel. (06 221) 47 41 01; **Karlsruhe:** Claudia Lehner, Schillerstr. 54, 7500 Karlsruhe 1, Tel. (07 21) 84 99 48; **Kassel:** Matthias Dippel, Weitzstr. 2d, 3500 Kassel, Tel. (05 61) 5 49 25; **Kiel:** Ralf Cüppers, Saarbrückener Str. 176B, 2300 Kiel 1, Tel. (04 31) 68 63 97; **Kleve:** Ulla Funke-Verhasselt, Steinbergen 33, 4182 Uedem, Tel. (02 25) 84 24; **Köln:** Peter Liebermann, Gartheistr. 16, 5000 Köln 60, Tel. (02 21) 76 38 44; **Eckard Müller,** Säckinger Str. 4, 5141, Tel. 43 29 19; **Helmut Schaaf,** Rhöndorfer Str. 16, 5141, Tel. 42 87 26; **Lengerich:** Jan Hendrik Herdtfuss, Niederringel 3, 4540 Lengerich; **Lübeck:** Angela Schürmann, Stadtweide 99, 2400 Lübeck, Tel. (04 51) 50 33 55; **Mannheim:** Werner Weindorf, Friedrichstr. 57, 6800 Mannheim, Tel. (06 21) 85 54 05; **Marburg:** Hanna Koch, Alter Ebsdorfer Weg 18, 3550 Marburg; **Minden:** Volker Happmann, Bäckerstr. 41, 4950 Minden; **Mülheim/Ruhr:** Norbert Andersch, Muhrenkamp 38, 4330 Mülheim/Ruhr, Tel. (02 08) 3 38 46; **München:** Margret Lambardt, Billrothstr. 7, 8000 München 70, Tel. (08 9) 78 15 04; **Mindelheim:** Thomas Melcher, Beethovenstr. 4, 8948 Mindelheim, Tel. (08 261) 97 33; **Münster:** Helmut Copak, Geiststr. 67a, 4400 Münster, Tel. (02 51) 79 46 88; **Barbara Halbeisen-Lehnert,** Hoyastr. 11, Tel. 28 74 31; **Uli Menges,** Seppenradeweg 44, Tel. 78 83 99; **Uli Raupp,** Peter Walger, Willi-Hölscher-Weg 7, Tel. 7 80 14 37; **Oldenburg:** Helmut Koch, Saarstr. 11, 2900 Oldenburg, Tel. (04 41) 8 38 56; **Recklinghausen:** Petra Voss, Am Lohtor 4, 4350 Recklinghausen, Tel. (02 361) 154 53; **Remscheid:** Michael Sünner, Lockickerstr. 50, 5630 Remscheid 11, Tel. (02 191) 5 52 79; **Reutlingen:** Helmut Jäger, Ganghoferstr. 12, 7410 Reutlingen, Tel. (07 11) 24 02 36; **Riedstadt:** Harald Skrobles, Freih.-v.-Stein-Str. 9, 6086 Riedstadt, Tel. (061 58) 61 61; **Siegburg:** Richard Boitzen, Hagebuttenweg 24, 5200 Siegburg-Kaldauen, Tel. (02 241) 38 35 90; **Siegen:** Michael Regus, Zur Zinsbach 9, 5900 Siegen, Tel. (02 71) 7 68 80; **Solingen:** Heinrich Recken, Basaltweg 15, 5650 Solingen 1, Tel. (02 122) 4 78 85; **Tübingen:** Elke Schön, Jacobgasse 19, 7400 Tübingen, Tel. (07 071) 21 27 98; **Ulm:** Wolf Schleinzer, Ringstr. 22, 7900 Ulm-Lehr, Tel. (07 31) 6 65 44; **Viersen:** Sebastian Stierl, Gladbacher Str. 94, 4056 Schwalmatal 1, Tel. (021 63) 41 91.

wir über uns

»Ziemlich ätzend«, so das einhellige Urteil der dg-Redakteure beim Umbruch. Gemeint war nicht der gleichnamige Artikel über Formaldehyd im Präparieraal, sondern mindestens zu gleichen Teilen unsere Stimmung; Norbert Mappes, unser Mann in Bonn, sichtlich erleichtert, daß alle Artikel und Druckfahnen da waren. Noch Anfang dieser rheinischen Karnevalswoche hatte es bitter eng ausgesehen. Seine Nerven müssen jeweils zwischen Redaktionsschluß und Umbruch am meisten leiden. Stets geht er mit dem Angstgefühl schwanger, das nächste Heft könnte nicht voll werden. So bekamen auch wir beim Umbruch wieder zu hören, daß er mit dem pünktlichen Erscheinen dieses Heftes ernsthaft nicht mehr gerechnet hatte. Gelegentlich droht er uns mit Krankheit oder Urlaub und ähnlichen »Ausflüchten«.

fensichtlichen Pseudonym »Anselm Hirschbichler« eine gründliche Kritik zum inhaltlichen Konzept von dg. Wir würden uns freuen, wenn er sein Pseudonym lüften würde, um uns und den Lesern eine offene Auseinandersetzung mit ihm zu ermöglichen. Wir bekommen nämlich nicht zu viele, sondern zu wenige Leserbriefe.

* * *

* * *

Das Thema Psychiatrie ist für die Redaktion kein Thema von gestern. Wir können uns allerdings nicht desindrucks erwehren, als hätten viele politisch Engagierte im Gesundheitswesen ihm schon seit einiger Zeit den Rücken gekehrt. Was ist angesagt in dieser unserer Psychiatrie: Zurück in den Wachsaal? oder ...

MEDICINA DEMOCRATICA — Italienische Schwester von dg — druckte in ihrer Ausgabe 41/42/84 Peter Walgers »Dioxin-Artikel aus dg 3/ 84 nach. Natürlich auf italienisch — CIAO!!!



dg-Report im nächsten Heft: Zivilschutzgesetz

Zu dieser Ausgabe schreibt uns ein Leser unter dem of-



PAHL-RUG.GOTTESW.54 5000KOELN
G 2961 E 394711 352

KARL BOEKER
CARL VON OSSIETZKY STR. 23 A

4800 BIELEFELD 1

Ein frommer Wunsch, der leider noch viel zu oft erhört wird.

Sorgen Sie mit dafür, daß derlei Gebete immer weniger Erfüllung finden ...

... und hören Sie sich mal in Ihrem Bekanntenkreis um. Bestimmt gibt es da noch die

☐ Ich habe den nebenstehenden Abonnenten geworben. Ich habe selbst die Monatszeitschrift »Demokratisches Gesundheitswesen« abonniert.

Für das geworbene Abonnement erhalte ich eines der Bücher zum Geschenk, die auf den Seiten 32 und 33 dieses Heftes genannt sind. Zur Auswahl stehen alle Bücher, die nicht mehr als 15 Mark kosten.

Mein Buchwunsch:

Name, Vorname

Straße

PLZ Wohnort

eine oder den anderen ohne dg-Abo. Empfehlen Sie uns weiter und tun Sie sich selbst etwas Gutes damit.

Wer einen neuen dg-Abonnenten wirbt, erhält ein Buchgeschenk im Wert von bis zu fünfzehn Mark.

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

Name, Vorname

Straße

PLZ Wohnort

Datum, Unterschrift

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

Foto: dpa