

Nr. 6/86

Juni 1986

Einzelheft 5 Mark

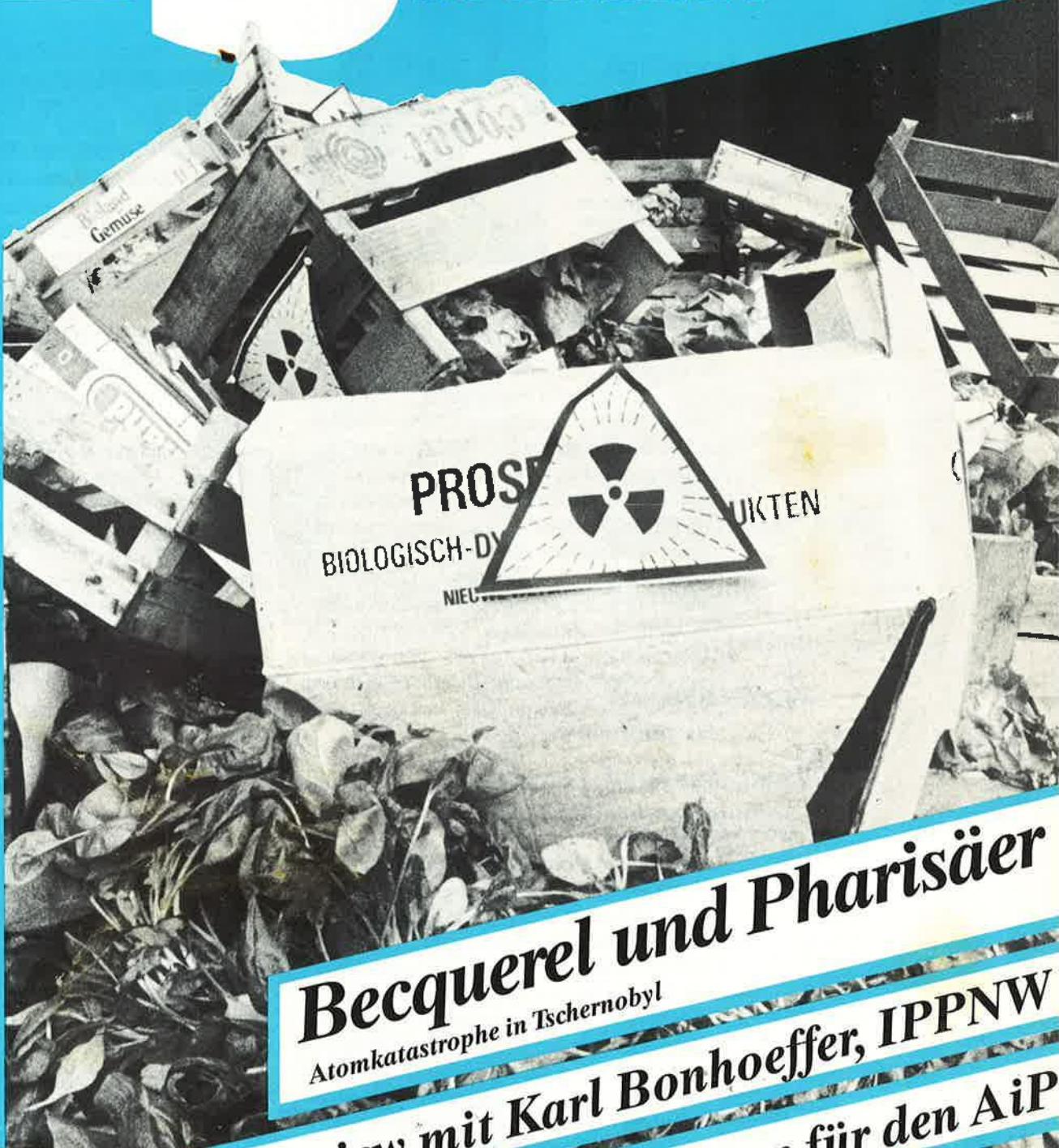
Im Abonnement 3,70 Mark

G 2961 E



DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN

ZEITSCHRIFT FÜR GESUNDHEITS-
UND SOZIALBERUFE



Becquerel und Pharisäer

Atomkatastrophe in Tschernobyl

Interview mit Karl Bonhoeffer, IPPNW

Grifverhandlungen für den AiP

4800 BIELEFELD 1

KARL BOEKER
WERTHEISTR. 89

6 2961 E 394711 353
PAHL-RUG. GOTTESW. 54 5000 KÖLN



dg-Redakteur Ulli
Menges ist internisti-
scher Assistenzarzt
und lebt in Münster.

Innere Aktivität

Da klingelten den Delegierten des 89. Deutschen Ärztetages in Hannover die Ohren, als ihnen Professor Hans-Werner Schlipkötter die Leviten las. Sie zielten, so der Leiter des Düsseldorfer Institutes für Umwelthygiene, nur wenig Interesse, die Zusammenhänge zwischen Umweltverschmutzung und Gesundheitsstörungen aufzuklären. Fehlendes Interesse und mangelnde fachliche Kompetenz hätten dazu geführt, daß die Ärzteschaft bei ökologisch-medizinischen Problemen nicht mehr gefragt würde. Redet da jemand aus dem persönlichen Schmollwinkel oder handelt es sich um sachlich gerechtfertigte Kritik, wird sich mancher gefragt haben.

Immerhin stand Schlipkötter selber in der Vergangenheit beispielsweise der nordrhein-westfälischen Landesregierung mit seinem Rat zur Seite. Dabei machte der Professor, der so vollmundig seine Kollegen schalt, nicht immer die glücklichste Figur. So hieß er in einem Gutachten 1984 die Grenzwerte der Weltgesundheitsorganisation für Schwefeldioxid zwar für „medizinisch begründet“ und konnte mit ihnen ein Gesundheitsrisiko für die Bevölkerung ausschließen, nahm in seine Empfehlungen für die Landesregierung aber sechsfach höhere Werte auf. Durchsetzungsvermögen gegenüber politisch Verantwortlichen schien in der Vergangenheit nicht unbedingt des Professors Stärke zu sein. Warum also jetzt Comentieren?

Doch lassen wir Schlipkötters vielleicht gekränkte Eitelkeit beiseite. Natürlich trifft sein Vorwurf voll ins Schwarze. Natürlich sind Ärzte für die Klärung ökologisch-medizinischer Zusammenhänge größtenteils nicht kompetent. Wie sollten sie auch? Bis Anfang der siebziger

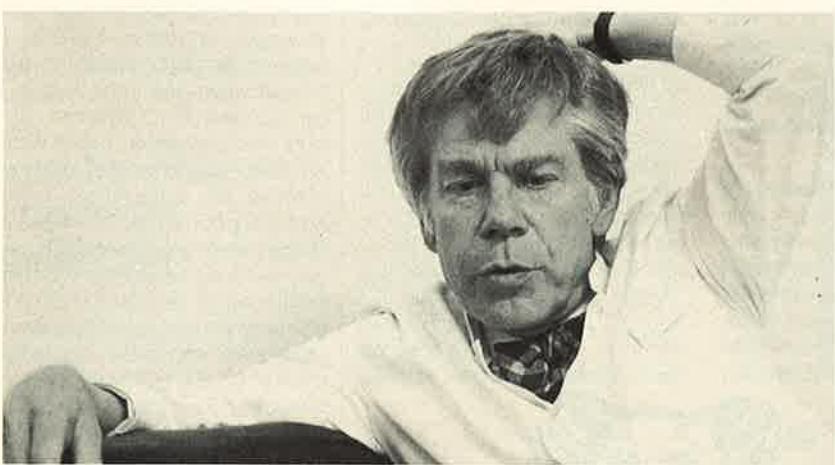
Jahre führten Hygiene, Arbeits- und Sozialmedizin an deutschen Hochschulen ein Schattendasein. Erst mit Einführung der Approbationsordnung 1972 wurden sie scheinbar aufgewertet. Doch ihre Integration als „ökologisches Stoffgebiet“ erwies sich nur als großspurige Ankündigung. An einigen Hochschulen sind bis heute nicht einmal die entsprechenden Lehrstühle für Arbeits- und Sozialmedizin eingerichtet. Die den Studenten versprochenen Praktika erwiesen sich vielfach als Lippenbekennnis. So ist das „ökologische Stoffgebiet“ bis heute das ungeliebte Kind von Professoren und Studenten geblieben; als Bastard etablierter Fächer wie der Inneren Medizin geboren, wie ein Bonsai-Bäumchen kupiert und vom Wasserhahn finanzieller Segnungen ferngehalten.

Was im Studium beginnt, wird dann im Beruf konsequent fortgesetzt. Tagtäglich werden die Formen individuellen Fehlverhaltens als Risikofaktoren hochgehalten. Und wo das nicht hinhaut, hilft man sich mit Begriffen wie „idiopathisch“ oder „essentiell“, ganz nach dem Motto: „Raucht nicht, trinkt nicht, eßt kein Fett und Salz, und ihr werdet trotzdem krank!“ Arbeitsbedingungen und Umwelteinflüsse wie Schichtarbeit, Nässeexposition, Streß und Chemikalien werden erst als Risikofaktoren zweiter Ordnung angesehen. Was von der offiziellen Wissenschaft immer wieder rausposaunt wird, setzt sich in den Hirnen der gemelten Ärzte fest. Der (selbst gestreßte) Doktor wird seinem Herzinfarktpatienten, Nichtraucher seit 20 Jahren, eher fünfmal die Schädlichkeit des Rauchens erklären, als mit ihm über seinen Beruf zu reden.

Keiner kann heute mehr das gesamte Gebiet der Medizin überblicken. Doch die jetzige Medizinforschung und -lehre führt ins Leere. Den Patienten nutzt eine solche Medizin, der die „intrinsic activity“ des fünfzigsten Betablockers wichtiger ist als die Auswirkungen von Strahlung, Schwefeldioxid und Dioxin, überhaupt nichts. Und seien wir ehrlich: daß uns Begriffe wie MAK-Wert, ppm, rem und Dezibel in den letzten Jahren etwas geläufiger wurden, ist nicht das Verdienst unserer Ausbildung. Hätten sich nicht Bürgerinitiativen in der Anti-AKW-Bewegung, gegen Chemiegiganten, Abwasserverseuchung und Fluglärm sachkundig gemacht, wäre es um unsere Kenntnis, um die Zusammenhänge noch schlechter bestellt. Und wer da noch nicht sachkundig ist, sollte es schleunigst werden. Mit „intrinsic activity“.



Tschernobyl ist überall. Peter Walger zu den Folgen der Atomkatastrophe und den Eiertänzen der Politiker
auf Seite 10



An Aufmerksamkeit für den 6. Internationalen IPPNW-Kongress fehlt es nicht. Die Bundesärztekammer bleibt zu Hause. dg-Gespräch mit dem Kongresspräsidenten Karl Bonhoeffer
auf Seite 24



Eigentlich will ihn keiner mehr so richtig, den Arzt im Praktikum. Tarifverhandlungen finden trotzdem statt. dg sprach mit W. Schelter (ÖTV) und D. Becker (VDS)
auf Seite 28

dg

Inhalt

6/86

dg-Report

Becquerel und Pharisäer
Die Atomkatastrophe von Tschernobyl

10

Pharma

Hoechst überflüssig
»Schnellmacher gegen Hirnleistungsstörungen«

66

Aktuelle Gesundheitspolitik

Soziallyrik
Gesundheitspolitik in Bremen am Ende
Regiefehler
89. Ärztetag in Hannover

23

Frieden

»Man kann sich nur näher kommen«
dg-Gespräch mit Professor Bonhoeffer

24

Ausbildung

»Wir wollen den Schwarzen Peter nicht«
dg-Gespräch über die Verhandlungen zum AIP

28

Krankenpflege

Neutrum

31

Internationales

Hauptkrankheit Apartheid
Gesundheitswesen in Namibia

32

Kongresse

Visionen holen uns ein
Internationales Hearing »Frauen und Gentechnik«

34

Gentec im Blaumann
Jahrestagung der Gesellschaft für Arbeitsmedizin

36

Die Debatte

Grüne Gesundheitspolitik —
Alte Wege oder eine neue Perspektive?

19

Rubriken

Leserbriefe	4
Aktuelles	5
Kleinanzeigen/Terminhe	9
Buchkritik	36
Comic	38
Wlr über uns	39

leserbriefe

an dg. siegburger str. 26.
5300 bonn 3

Nachlese

dg 5/86: »Krimihelle Vereinigung«

Wer behauptet da, die Niedergelassenen Ärzte rechneten nicht ordentlich ab? Die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen jedenfalls berechnet dem Lande Niedersachsen für die Behandlung von »Polizeibeamten, die Anspruch auf freie Heilfürsorge haben« gemäß »Bewertungsmaßstab für kassenärztliche Leistungen« seit dem 1. April 1985 »Punktwerte« von genau 12,4397 Dpf. In Wörtern: zwölfkommavierdreineun-sieben Deutsche Pfennige! Hier wird auch der Zehntausendste Teil vom Gegenwert eines Gummibärchens nicht unter den Tisch fallen gelassen! Da sage noch einer, »Doktors Tun sei des Thalers nicht werth!« (Nachzulesen in: »Anleitung für die Abrechnung ärztlicher Leistungen«, 3. Auflage Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen, 1985, Seite 22).

CARSTEN REPROW
Bad Zwischenahn

Fragwürdig

dg 2/86: »Früh übt sich . . .«

Ein bißchen spät, dieser Brief, aber die Nachtdienste ließen mir nicht eher Zeit. Prinzipiell finde ich Eure Zeitung gut und finde manche Information darin, die ich sonst nicht bekomme.

Den oben beschriebenen Artikel finde ich allerdings ziemlich fragwürdig. Ich finde, daß sich darin mehr Stimmung als Recherche ausdrückt, und es weniger darum ging, genaue Fakten zu diesem schon sehr lange und oft und stets kontrovers diskutierten Thema bereitzustellen. Das ist schade. Ich glaube – auch vom Zeitlichen her –, daß sich der Artikel an die Monitorsendung über die Fluoridprophylaxe angehängt hat. Was ich besonders schade finde, ist, daß in keiner Weise in dem Artikel von dg auf die Problematik der gleichzeitigen Gabe von Fluor und Vitamin D in den meist gegebenen D-Fluoretten eingegangen wird.

Ich bin an einer Kinderklinik tätig, und wir beobachten seit geraumer Zeit ein ständiges Zunehmen von Rachitisfällen, zum Teil bei Kindern, deren Geschwister schon Rachitis hatten (zum Teil mit Säbelbeinen, Krampfanfällen . . .) und wo sich Mütter weigern – gestützt auf Berichte wie zum Beispiel Monitor –, ihrem Kind überhaupt irgendwelche Tabletten zu geben. Nachdem die rachitischen Erscheinungen dann stationär gebessert wurden und die Kinder nach Hause gehen können, nehmen sie die Mütter mit dem festen Vorsatz mit, das Vitamin D wieder abzusetzen . . .

Ich denke, daß ein zweiter, etwas differenzierterer Artikel sinnvoll und nötig wäre, in dem zum Beispiel die Problematik aufgegliedert werden könnte in Zahngesundheit, Zuckereinsparung/Vermeldung (unbestritten), Problematik des Vitamin D, des Flours. Ein solcher Artikel könnte meiner Meinung nach dann eine wirkliche Entscheidungshilfe für besagte Eltern sein. Trotz dieser Kritik wünsche ich euch noch viel Erfolg bei Eurer Arbeit.

HANS WINKLER
Münster

Recht gehabt

dg 5/86: »Wackersdorf, Ostern 1986«

Jetzt wissen wir, wie recht Renate Jäckle gehabt hat, als sie schrieb, daß durch die uns aufgezwungene Gewaltdiskussion die Auseinandersetzung über das, was diese Plutoniumfabrik wirklich bedeuten würde, viel zu kurz gekommen ist.

Es war unerträglich, am Tag nach der Demonstration in allen Zeitungen irgendwelchen Mist über Gewalt oder Nicht-Gewalt zu lesen. Den Vogel hat der Bonner Generalanzeiger abgeschossen mit seiner Schlagzeile »Kaum Gewalt in Wackersdorf«. Das muß man sich einmal durch den

Sprengstoff ins eigene Bett gelegt wird. Und daß »Chaoten« vielleicht doch mit ihren »hysterischen Warnungen« recht haben.

ELFI HENRICH
Bonn

Defätistisch

dg 4/86: »Aids für alle – alle für Aids«

»Wer Geld für Aidsforschung verlangt, muß wissen, daß er damit zugleich für jene Techniken eine Lanze bricht, die den Menschen partell und als Ganzes zum Stoff degradieren«, schreibt Volmar Sigusch in dg 4/86, S. 31. Trifft das nicht auf jede Form der somatischen Medizin zu? Ist das nicht schierer Defätismus? Ist das nicht das nachträgliche Alibi für das totale Versagen der deutschen Sexualmedizin auf dem Gebiete der Aidsforschung?

Im übrigen: mit »un« beginnende Eigenschaftsworte der deutschen Sprache lassen sich nicht steigern. Sigusch schreibt: die Epidermis der Scheide ist »unverletzlicher und wahrscheinlich auch undurchlässiger als eine Schleimhaut« (S. 32). Er meint: sie ist weniger verletzlich und weniger durchlässig. Ähnlich auf Seite 20, wo Sigusch schreibt: »Je korrupter die öffentliche Meinung, desto unbestechlicher die kritische

Volksentscheid gegen AKWs gefordert

Lukas Beckmann vom Bundesvorstand der Grünen und Petra Kelly, MdB, wollen einen bundesweiten Volksentscheid für die Abschaltung aller Atomkraftwerke in der Bundesrepublik organisieren. Die Atomkatastrophe von Tschernobyl sei die deutlichste Warnung vor der umfassenden Gefährdung menschlichen Lebens und seiner Grundlage durch Atomkraftwerke gewesen.

Trotz der starken Anti-Atomkraft-Bewegung der fünfziger Jahre und der jetzigen Friedensbewegung sei das Atomprogramm im civilen und militärischen Bereich letztlich immer weiter ausgebaut worden. Die Grünen halten es deshalb für erforderlich, die Protestformen gegen die Nutzung der Atomenergie zu erweitern. Obwohl das Grundgesetz neben Wahlen auch Abstimmungen vorsehe, gebe es auf Bundesebene keine Ausführungsbestimmungen, wie die Grünen erklärt haben. Die Volksbegehren, die es auf Länderebene in den letzten Jahren in Hessen, Baden-Württemberg und Bayern gegeben haben, seien wegen der Zuständigkeit des Bundes gerichtlich verworfen worden. Deshalb sei es jetzt an der Zeit, daß sich alle Gruppen, Verbände und Initiativen, die sich einer Anti-Atompolitik verpflichtet fühlen, zusammenschließen und einen bundesweiten Volksentscheid durchsetzen.

Die Grünen wiesen darauf hin, daß sie ihre Initiative nicht als parteipolitisches Projekt verstanden wissen wollen. Eine Unterschriftenliste, die den Volksentscheid fordert, kann unter der vorläufigen Kontaktadresse Lukas Beckmann, Postfach 1422, 5300 Bonn 1, angefordert werden.

Unterernährung in der Dritten Welt

Das Ernährungsniveau von Kindern in der sogenannten Dritten Welt ist unter den Stand von 1980 gesunken, obwohl die Nahrungsmittelhilfen gesteigert und die Nutzung der landwirtschaftlichen Anbauflächen intensiviert wurde. Dies geht aus einem Bericht hervor, den der Geschäftsführer des Kinderhilfswerks der Vereinten Nationen (UNICEF), James Grant, im April vorlegte.

Nach Angaben von UNICEF sind 20 Prozent der Kinder deswegen unterernährt, weil die Länder mit erheblichen ökonomischen Schwierigkeiten zu kämpfen hätten. Vor allem die Tilgung der Schuld- und Zinslasten



Kopf gehen lassen: Die Presse entfacht die ganze Diskussion darüber, daß irgend jemand Gewalt ausüben werde, und wundert sich anschließend darüber, daß ihre Ente eine Ente war.

So zynisch es klingen mag: Die Katastrophe in der Sowjetunion könnte ein Gutes gehabt haben, nämlich daß die Menschen sich jetzt endlich darüber klarwerden, daß sie nicht nur hing zusehen dürfen, wie ihnen der

PROF. DR. ERNEST BORNEMAN
Scharten (Österreich)

aktuelles

gehe in den Entwicklungsländern zu Lasten der ärmsten Bevölkerungsschichten. Besonders auffällig sei die mangelhafte Ernährungslage in den Ländern, die unter Dürre litten und wo Krieg, Bürgerkrieg und »Willkür der politischen Instanzen« herrschten.

Der UNICEF-Bericht beschreibt aber auch einige positive Tendenzen. So sei das »Kinderüberlebensprogramm« erfolgreich angelaufen. Weltweit ungefähr eine Million Kinder habe man durch die Eindämmung von Durchfallerkrankungen retten können. Bis 1990 will das Kinderhilfswerk die vollständige Immunisierung gegen die häufigsten Kinderkrankheiten, nämlich Tetanus, Masern, Tuberkulose, Diphtherie, Kinderlähmung und Keuchhusten, erreichen. Impf- und Prophylaxeprogramme seien in zahlreichen Ländern angelaufen oder in Vorbereitung.

Krankenpflegeunterricht gefährdet

Die Finanzierung des theoretischen Unterrichts für Krankenpflegeschülerinnen und -schüler ist nach Aussagen der Deutschen Krankenhausgesellschaft von Januar 1989 an bundesweit nicht mehr gesichert.

Eine entsprechende Regelung über das Krankenhausfinanzierungsge- setz laufe am 31. Dezember 1988 aus. Schon jetzt aber müßten Ausbildungsverträge abgeschlossen werden, die über diesen Termin hinausreichen. Zur Zeit stehe nicht fest, wer die Kosten übernehmen werde. Den Krankenhausträgern stünden keine ausreichenden Mittel zur Verfügung, um den theoretischen Unterricht zu finanzieren. Die DKG wies die Gesundheitsministerkonferenz darauf hin, daß damit die Sicherstellung einer ausreichenden Zahl von Ausbildungsplätzen für Krankenpflegeberufe gefährdet sei.

Statistik

In den Krankenhäusern der Bundesrepublik standen Ende 1984 4 000 Betten (0,6 Prozent) weniger zur Verfügung als im Vorjahr. Gleichzeitig erhöhte sich die Zahl der stationär behandelten Patienten um 300 000 auf 11,9 Millionen; die Anzahl der Pflegetage stieg um 4 Millionen (2 Prozent). Wie das Statistische Bundesamt weiter mitteilte, erhöhte sich die Zahl der Ärzte in diesem Zeitraum um 3 Prozent, die das Verwaltungspersonals um 6 Prozent, während die Zahl des Pflegepersonals und der Wirtschaftskräfte rückläufig war.

Bestes Geschäftsjahr für Bayer

Das beste Geschäftsjahr seit Bestehen der Konzerns hat die Bayer AG (Leverkusen), mit rund 46 Milliarden Mark der drittgrößte Chemiekonzern nach Du Pont und BASF, 1985 erlebt. Auch 1986 rechne Bayer trotz und Dollarschwäche und DM-Aufwertung mit »guten Geschäftsergebnissen«, erklärte Vorstandschef Hermann Josef Stranger vor der Presse.

Der Jahresüberschuß der Bayer AG wuchs 1985 um 17 Prozent auf 733 Millionen Mark. Weltweit nahm der Gewinn nach Steuern um 22,3 Prozent auf 1,4 Milliarden Mark zu. Bayer stockte nach Auskunft des Vorstandes seine Rücklagen insgesamt um 871 Millionen Mark auf. Gleichzeitig sollen die Investitionen weiter erhöht werden. Für 1986 seien in diesem Bereich Ausgaben von 2,2 Milliarden, für nächstes Jahr 2,3 Milliarden Mark geplant. Für die Forschung sollen im laufenden Geschäftsjahr 2,2 Milliarden Mark ausgegeben werden. Schwerpunkte seien hier wie bei den Investitionen die Bundesrepublik mit 65 Prozent und Nordamerika mit 23 Prozent.

Kritik an Landeskrankenhausgesetzen

Der Deutsche Berufsverband für Krankenpflege (DBfK) hat in einer Stellungnahme von Anfang Mai die vorliegenden Entwürfe der Krankenhausgesetze (KHG) in den einzelnen Bundesländern kritisiert. Die Entwürfe berücksichtigten nur unzureichend die Belange der Krankenpflege und ihrer Berufe. Das beziehe sich besonders auf die innere Struktur der Krankenhausorganisation und auf die Festlegung des Versorgungsstandards für die Patienten.

So sei zum Beispiel in den Krankenhausgesetzen der Bundesländer Hessen und Rheinland-Pfalz die Mitwirkung der Pflegedienstleitung in der Krankenhausleitung nicht mehr vorgesehen. Auch in der Krankenhauskonferenz und in übergeordneten Landesgremien werde es demnach keine Mitbestimmungsmöglichkeiten für die Pflegedienste mehr geben, bemängelte der DBfK. Der Anspruch der Patienten auf Versorgung nach Art und Schwere ihrer Erkrankung werde zwar zum Ausdruck gebracht, der Umfang der medizinischen und pflegerischen Versorgung aber nicht näher definiert.

Gesetzvorhaben zum Embryonenschutz

Die Bundesregierung will nach Aussagen von Forschungsminister Heinz Riesenhuber (CDU) in nächster Zeit ein Gesetz zum Embryonenschutz und Neuregelungen der Forschungsempfehlungen vorbereiten. Nach den bisherigen Vorstellungen soll der Gesetzentwurf ein strafrechtliches Verbot für die Erzeugung menschlicher Embryonen zu Forschungszwecken enthalten. Ferner will man die Forschung an überzähligen Embryonen, die für eine extra-korporale Befruchtung produziert, aber nicht implantiert wurden, über das Stadium der ersten Zellteilung hinaus verbieten. Forschung an Em-

bryonen innerhalb der ersten 14 Tage sollen aber der Genehmigung durch die obersten Landesbehörden bedürfen. Verboten werden soll darüber hinaus eine etwaige Herstellung von Klonen (identischen Menschen) und Chimären (Mischwesen aus Mensch und Tier). Ferner plant das Forschungsministerium in Zusammenarbeit mit dem Justiz- und dem Gesundheitsministerium Neuregelungen zur Frage der Genomanalyse.

Indessen hat die Ärztekammer Berlin auf Antrag der Fraktion Gesundheit ein grundsätzliches Verbot für die Forschung an Embryonen ausgesprochen. Auch die Hessische Ärztekammer hatte sich geweigert, Embryoforschung durch die Berufsordnung zuzulassen.



Forschungsminister
Heinz Riesenhuber



Gesundheitsministerin Rita Süßmuth

Fertignahrung für Säuglinge

Das Europaparlament hat in seiner letzten Sitzung zwei Berichten zugestimmt, die sich mit den Werbe- und Verkaufspraktiken der Hersteller von Säuglingsfertignahrung in der Dritten Welt beschäftigen.

nahrung die Muttermilch nicht ersetzen kann. Der zweite Bericht der italienischen Kommunistin Luciana Castellina befaßt sich mit dem Export der Fertignahrung in die Dritte Welt. Auch ihrer Forderung, die europäischen Firmen sollten den gleichen Regeln bei Exportprodukten folgen wie bei denen, die innerhalb der europäischen Gemeinschaft vertrieben



Der Bericht des belgischen Grünen Bram van der Lek schloß mit der Forderung nach einer europäischen Richtlinie, die auf dem Codex der Weltgesundheitsorganisation (WHO) beruhen soll. Dieser schreibt eine Begrenzung der Werbung und ein Verbot von Werbegeschenken an Verbraucher und Krankenhäuser vor. Außerdem sollen alle Produkte einen Hinweis tragen, daß Säuglingsfertig-

werden, schloß sich die Mehrheit der Abgeordneten an.

Der Auftrag, eine entsprechende Richtlinie zu verfassen, geht jetzt an die EG-Kommission in Brüssel. Zwar ist mit einer mehrjährigen Frist zu rechnen, bevor die Richtlinie in Kraft tritt. Das Einhalten ihrer Vorschriften kann dann jedoch vor dem Europäischen Gerichtshof eingeklagt werden.

aktuelles

Bedarfsplanung

Ärzte sollen die kassenärztliche Zulassung nach dem Willen der Bundesregierung künftig nicht mehr jederzeit und an jedem Ort erhalten können. Das Bundeskabinett hat am 13. Mai einen dementsprechenden Gesetzentwurf zur kassenärztlichen Bedarfsplanung verabschiedet.

In Gebieten, die als mit Ärzten »überversorgt« gelten, sollen Zulassungsbeschränkungen für bestimmte Arztkategorien verhängt werden. Ob eine »Überversorgung« besteht, soll der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen festlegen. Sperren sollen regelmäßig überprüft werden und nicht länger als drei Jahre gelten. Die Hälfte aller Gebiete müsse, das sieht der Gesetzentwurf vor, jeweils für eine Niederlassung freibleiben. Das Gesetz soll noch in diesem Jahr parlamentarisch verabschiedet werden und zum Januar 1987 in Kraft treten.

Abtreibung in Indien

Ein Großteil der Abtreibungen werden in Indien nach einer Geschlechtsbestimmung des Fötus vorgenommen. Fast immer sind die Feten weiblichen Geschlechts. Wie die Nachrichtenagentur UNI meldete, werden in Indien jedes Jahr rund 200 000 Schwangerschaften legal abgebrochen. Dazu kämen noch einmal rund sechs Millionen illegaler Abbrüche. 99 Prozent der legalen Eingriffe in Bombay würden nach Ermittlungen der dortigen Universität nach der Geschlechtsbestimmung in der 18. bis 20. Schwangerschaftswoche durchgeführt. Eine Untersuchung aus dem vorigen Jahr hatte ähnliches ergeben. Die Tageszeitung »Times of India« berichtete damals, daß von 8 000 nach einer Geschlechtsbestimmung abgetriebenen Feten nur ein einziger männlichen Geschlechts gewesen sei.

An den illegalen Abtreibungen sollen nach Auskunft einer privaten Frauenhilfsorganisation in Kalkutta jedes Jahr etwa 600 000 Frauen sterben, wie die Agentur UNI weiter berichtete.

Vergangenheitsbewältigung

Jahrelang wurden an der Medizinischen Fakultät der Universität Köln Mittel der »Karl und Maria Pesch-Stiftung« am Institute und bedürftige Studenten vergeben. Der durch diese Stiftung im Andenken gehaltene Kölner Mediziner Karl Pesch war seit dem 1. April 1932 Direktor des Kölner Museums für Volkshygiene, dessen Ausstellungen seitdem vom Geist der Rassenhygiene geprägt waren. Eine seiner Vorlesun-

gen lautete »Auslese und Ausmerze, Verbrechen als Schicksal. Das Judentum. Warum Bekämpfung des Judentums, Erbkrankheiten als völkische Gefahr.«

Bereits am 5. Juni 1985 versuchte die Fachschaft Medizin in der Engeren Fakultät den Rücktritt von der Stiftung zu bewirken. Durch die Umbenennung in »Maria Pesch Stiftung« war es für die Mehrheit der Engeren Fakultät dann im Wintersemester genug der Vergangenheitsbewältigung. Die Forderung der Fakultätssprecherin, der Stiftung zumindest eine Prämie vorzustellen, in der ausführlich zu den Vorgängen an der Medizinischen Fakultät zur Zeit des Nationalsozialismus Stellung genommen werden sollte, fand kein Gehör.

Das
Stamm-
haus
Hoechst
in Frank-
furt



BUKO-Pharmakampagne: Hoechst kritisch

gst-Der
Pharmakonzern
Hoechst wird vom 26.
Mai bis zum 7. Juni auf
den Prüfstand
genommen.

gst - Offensichtlich in Unruhe versetzt hat die BUKO-Pharmakampagne mit der Ankündigung ihrer Aktionswoche das Frankfurter Hoechst-Firmenmanagement. Bereits zwei Flugblätter ließ der Konzern an alle Mitarbeiter verteilen, um sich gegen Angriffe »gegen unser Unternehmen und seine Mitarbeiter«, die »unser Ansehen in den Dreck ziehen«, zu verteidigen. Die Werkszeitung »Blick auf Hoechst«, die kostenlos an alle Haushalte im Einzugsbereich des Werkes verteilt wird, hat eigens eine Serie zum »positiven« Beitrag der Hoechst-AG für die Dritte Welt gestartet. Eine selbstkritische Auseinandersetzung ihrer Vermarktungsstrategien in der Dritten Welt fehlt dabei jedoch völlig.

Die Vorbereitungen der Aktionswoche laufen mittlerweile auf Hochtouren. In drei Seminaren wurden mit lokalen Gruppen zahlreiche Aktionsvorschläge erarbeitet. Dritte-Welt-Gruppen, Verbraucher, Ärzte, Apotheker und andere Experten haben ihre Teilnahme zugesagt. Mit Veranstal-

tungen, Infoständen, Diskussionen und Patienteninformation wird auf die unverantwortlichen Geschäfte von Hoechst mit Pharma aufmerksam gemacht (siehe auch auf Seite 18). Auch der Straßentheaterbus der BUKO-Pharmakampagne wird unterwegs sein.

Ein Schwerpunkt der Hoechst-Aktionen wird natürlich in Frankfurt liegen, wo sich ein Bündnis »Kritischer Aktionäre/innen und Aktionsgruppen zur Hoechst AG« gebildet hat. Sie veranstalten am 13. Mai im Stadtteil Hoechst – sozusagen in der Höhle des Löwen – eine Diskussionsrunde. An diesem Abend sollte das direkte Gespräch mit Beschäftigten, Gewerkschaftern und Werksvertretern gesucht werden. Ein schwieriges Unterfangen, wie sich im März gezeigt hatte: Eine Informationsveranstaltung der Bürgerinitiative »Maagucker« im Stadtteil Hoechst endete in einem wütenden Tumult, als eine Gruppe von 30 leitenden Angestellten der Firma die Veranstaltung störte. Auch jetzt gab es wieder Probleme. Wenige Stunden, nachdem die kritischen Aktionäre die Einladung vor dem Werk verteilt hatten, erhielten sie von den Praunheimer Werkstätten, einer halb-städtischen Einrichtung, die Auskunft, man müsse die Raumzusage für die

Veranstaltung rückgängig machen. Sonst hätte es da keine Bedenken gegeben. Die Aktionäre vermuten, daß die Firmenleitung von Hoechst direkt bei der Stadtverwaltung eingegriffen hat.

In der Aktionswoche selbst sind eine Reihe weiterer Veranstaltungen geplant, so ein Tribunal zur Pharmapolitik der Hoechst AG am 26. Mai und natürlich der Auftritt auf der Aktionärsversammlung des Konzerns am 3. Juni in der Jahrhunderthalle in Frankfurt-Hoechst. Der hat schon eine gewisse Tradition: 1983 wurde ein kritischer Aktionär von Werkschützern vom Rednerpult geholt, verprügelt, der hilfreichen Polizei übergeben und in Handschellen zur Polizeiwache geschleppt. Es waren nur ein paar kritische Fragen zu viel gewesen, die er dem Vorstand gestellt hatte.

Auch dieses Mal wird es Fragen geben – zur Forschung und Entwicklung von Medikamenten, Menschen- und Tierversuchen, zur gesundheitlichen Schädigung der Arbeiter und Arbeiterinnen, zur Geschichte der AG, zu Werbe- und Verkaufsstrategien und zu Nebenwirkungen von Medikamenten – hier und in der Dritten Welt.

Um eine größtmögliche Wirkung zu erzielen, werden alle kritisch eingestellten Aktionäre aufgeru-

fen, ihr Stimmrecht an das Bündnis kritischer Aktionäre/innen und Aktionäre zu delegieren. Wie das geht, ist über die unten genannte Kontaktadresse zu erfahren. Daß die Kritik an Hoechst von vielen Menschen – gerade auch in Gesundheitsberufen – geteilt wird, soll mit einer Postkarte dokumentiert werden, die dieser dg-Ausgabe beigeheftet ist. Weitere Postkarten, die unterschrieben und mit Absender versehen an den Vorstand der Hoechst AG geschickt werden sollen, sind bei der BUKO-Pharmakampagne erhältlich.

Weitere Aufrufe zur Aktionswoche können gratis bei den Grünen in Bonn angefordert werden. Informationen und Materialien zu Frankfurt und Hoechst verschicken die Grünen in Frankfurt.

Die Grünen, c/o Michael Zieran, Neuhofstr. 42, 6000 Frankfurt 1, Tel. 0 69 / 59 92 70

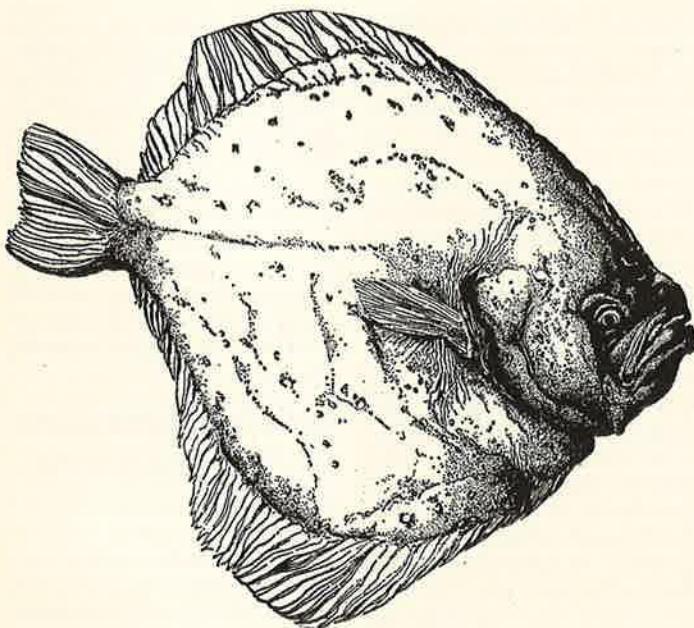
BUKO-Pharma-Kampagne, Dritte Welt Haus, August-Bebel-Str. 62, 4800 Bielefeld 1, Tel. 05 21 / 6 05 50

Die Grünen, Bundesgeschäftsstelle, Colmantstr. 36, 5300 Bonn 1, Tel. 02 28 / 69 20 21

Informationen über Aktien- und Stimmrechte

Klaus Kallenbach, Mainzer Landstr. 562, 6230 Frankfurt 80, Tel. 0 69 / 39 76 51

aktuelles



Schollen wenig belastet

Je fetter der Fisch, desto größer seine Schadstoffbelastung. Dies ist das Ergebnis einer Untersuchung von Meeresfischen, die in der Mai-Ausgabe der Zeitschrift Öko-Test veröffentlicht wurde. Vor allem in den Fettpolstern, so die Messungen des beauftragten Bremer Umweltlabors, lagern sich Giftstoffe wie PCB, HCH, Lindan und DDT an. Zwar wurden auch bei den stark belasteten Fischen wie Rotbarsch (zehn Prozent Fettanteil) und Hering (16 Prozent) die verordneten Höchstwerte nicht überschritten, der Rotbarsch kommt diesen in der PCB- und DDT-Belastung jedoch sehr nahe. Sieger beim Rennen auf den Teller sollte die Scholle (0,4 Prozent) sein, deren DDT-Gehalt nach den Untersuchungsergebnissen 80 mal geringer ist als der des Rotbarschs. Ebenfalls gering seien die Rückstandswerte bei Kabeljau und Seelachs.

Gesundheitsgefährdung

Nach Ansicht der Hamburger Gesundheitssenatorin Christine Mahring bedeutet die Einführung des Arzt im Praktikum (AiP) eine Gefährdung der Krankenversorgung. Wolle man allen Studienabgängern eine AiP-Stelle vermitteln, müßten bis zu 600 Assistenzarztstellen umgewandelt werden und dies bei maximal 2 100 bestehenden in Hamburg. Außerdem seien nach Auskunft der Krankenhäuser bis zum 1. Juli 1986 nicht genügend Stellen zur Umwandlung verfügbar. Deshalb seien die verantwortlichen Bundesministerien gefordert, auf die Einführung des AiP zu verzichten.

Nichtraucher

Eine bundesweite Unterschriften-sammlung für einen gesetzlichen Nichtraucherschutz haben der Ärztliche Arbeitskreis Rauchen und Gesundheit e.V. und der Bundesvorstand der Nichtraucher-Initiativen Deutschland gestartet, die bis zum

Weltnichtrauchertag am 17. November durchgeführt werden soll. Ziel sei es, den Druck auf die Bundesregierung zu verstärken, um den Nichtraucherschutz – wie zum Beispiel das Verbot des Rauchens in öffentlichen Einrichtungen, Schulen und Krankenhäusern – gesetzlich zu verankern.

Unterschriftenlisten können vom Ärztlichen Arbeitskreis Rauchen und Gesundheit (Maybachstraße 14–16, 6800 Mannheim) kostenlos angefordert werden.

Anzeige:

Hermann Kater

Atomkraftwerksgefahren aus ärztlicher Sicht

Diskussionsbeitrag eines erfahrenen Arztes und Publizisten zu der aktuellen Auseinandersetzung um die Kernenergie. 5. Auflage, 218 Seiten, Paperback, 18,- DM Sponholz Verlag · Hameln

Angriff auf Libyen verurteilt

Empört hat sich der »Apell Gesundheitswesen für den Frieden« gegen den US-amerikanischen Luftangriff auf Libyen gewandt.

Neben der Verurteilung der kriegerischen Aktion der USA kritisiert der Apell auch das Verhalten der Bundesregierung, die für das Vorgehen auch noch entschuldigende Worte gefunden habe. Wer dies tue, werde auch nicht davor zurückschrecken, das Leben der eigenen Bürger aufs Spiel zu setzen, wenn die USA dies befiehle.

Visumsperre für Aids-Infizierte?

Die Regierung der Vereinigten Staaten von Amerika erwägt nach einem Ende April vorgelegten Vorschlag ein Einwanderungsverbot für Personen, die HTLV-III-positiv sind. Die Konsulate sollen vor der Vergabe von Visa eine ärztliche Untersuchung verlangen können. Diese Vorschrift beträfe dann auch Touristen und Austauschstudenten.

ARBEITSMATERIALIEN
ZUR BUKO
PHARMA-KAMPAGNE



Mit dieser Broschüre veröffentlicht die Pharma-Kampagne des Bundeskongresses entwicklungspolitischer Aktionsgruppen (BUKO) die Ergebnisse einer Untersuchung des Medikamentensortiments der „Weltfirma“ Hoechst in Ländern Afrikas, Asiens und Lateinamerikas.

Wichtige Ergebnisse der Untersuchung:

- * Fast die Hälfte der Hoechst-Medikamente in der Dritten Welt ist überflüssig oder gefährlich.
- * Hoechst „erfindet“ in großem Maßstab neue Anwendungsgebiete und verschweigt Nebenwirkungen.

Umfang ca. 60 Seiten DIN A 4, 7,- DM

Bezug: BUKO Pharma-Kampagne, Dritte Welt Haus, August-Bebel-Str. 62, 4800 Bielefeld 1

Macst Hoechst krank?

Das Pharmageschäft
in der Dritten Welt



Erstellt in Zusammenarbeit mit medico international

DM 7,00

aktuelles

Modellversuch Fortbildung

Im Rahmen eines Kooperationsprojekts Hochschule und Gewerkschaf-ten hat in Siegen, Hamburg, Bielefeld und Duisburg im Januar die Pra-xisphase eines Modellversuchs be-gonnen, das die Gewerkschaft ÖTV in Zusammenarbeit mit der dortigen Gesamthochschule für eine neue be-rufliche Fortbildungskonzeption für Gesundheits- und Sozialberufe ent-wickelt hat. Die berufs- und institu-tionsübergreifenden Fortbildungsmaßnahmen haben zum Ziel, die Handlungsfähigkeit der Teilnehmer in ihrer Beziehung zum Patienten, aber auch in ihren kooperativen, in-stitutionellen und berufspolitischen Zusammenhängen zu verbessern. Dabei sind in den einzelnen Kursgruppen Teilnehmer der verschiede-nen Bereiche und Berufe des Ge-sundheitswesens vertreten, um ei-nen intensiven Erfahrungsaustausch zu ermöglichen. Entwickelt wurde das Konzept von einer interdiszipli-nären Wissenschaftlergruppe der Gesamthochschule Siegen in enger Zusammenarbeit mit einem vom Hauptvorstand der ÖTV gebildeten Arbeitskreis.

Anzeige:

Durch die Auswertung des Modell-versuchs in der zweiten Jahreshälfte sollen dann die Voraussetzungen für die allgemeine Verbreitung des Kur-sangebots geschaffen werden.

Defizit

Mit einem Defizit von fast 30 Milliar-den Mark bis 1990 rechnet der AOK-Bundesverband auf Grund einer Hochrechnung. Zur Vermeldung ei-nes solchen Defizits sei eine Anhe-bung der Beiträge zur gesetzlichen

NRW-Gesund-heits-minister Heinemann



Krankenversicherung um drei Bei-tragssatzpunkte erforderlich, da die Mehreinnahmen aus der Erhöhung des Grundlohns nicht ausreichend seien. Der Minister für Arbeit, Ge-sundheit und Sozialas in Nordrhein-

Westfalen, Heinemann, kritisierte in diesem Zusammenhang, daß die Bundesregierung in der Frage der Kostendämpfung untätig bleibe. Es gebe noch genügend Einsparungs-möglichkeiten auch im Arzneimittel-bereich. Eine Aufwendung der Krankenkassen in Höhe von 16 Milliarden Mark für Arzneimittel sei untragbar. Außerdem müsse den steigenden Ärztezahlen eine entsprechende Senkung des Ärzte- und Zahnärzte-einkommens folgen.

Eine besondere Bedeutung bei der Kostendämpfung käme der Vor-sorge von Krankheiten zu, so Heine-mann. Von der Verhütung von Risiko-faktoren, über Schadstoffe am Ar-bbeitsplatz und in der Umwelt bis zu Prophylaxe-Programm sowie eine verstärkte Zusammenarbeit mit Selbshilfegruppen, gebe es noch viele Möglichkeiten, die stärker ge-nutzt werden müßten.

Verbot von Phenacetin

71 pharmazeutische Unternehmen haben sich auf Veranlassung des Bundesgesundheitsamtes (BGA) verpflichtet, 127 phenacetinhaltige Arzneimittel ab dem 1. April 1986

nicht mehr in Verkehr zu bringen. Bei 82 weiteren wurde die Zusammensetzung so verändert, so daß seit diesem Termin keine phenacetinhalti-ge Arzneimittel auf dem Markt sind. Bereits 1981 sah sich das BGA auf Grund des Verdachts schwerer Nie-renschädigungen durch den über-mäßigen Gebrauch phenacetinhalti-ger Medikamente zu Arzneimittelsicherheitsmaßnahmen veranlaßt. Durch neuere Untersuchungen sei dieser Verdacht bestätigt worden, so das BGA.

Krankenhausplan Berlin umstritten

Der Krankenhausplan des Westberli-ner Senats, der den Abbau von rund 3 600 Betten vorsieht, ist bei der Be-völkerung auf Ablehnung gestoßen. Rund 180 000 Bürger sprachen sich in einem Volksbegehren gegen die »falsche und unsoziale« Bettentrei-chungspolitik von Gesundheitsse-nator Ulf Fink (CDU) aus. Marianne Brinckmeier, gesundheitspolitische Sprecherin der SPD, erklärte am 16. April vor Journalisten, daß die Unter-schriftensammlung erst in sechs von zwölf Bezirken stattgefunden habe. In weiteren Stadtteilen laufe sie ge-rade erst an.

Prof. Jens Scheer (Universität Bremen)
Dr. Helmut Hirsch (Gruppe Ökologie)
R. Paul, B. Weidmann (Redaktion atom)
Michael Pelster, Manfred Wallenschus

ATOM KRAFT am ENDE?

Verlag Die Werkstatt

Die Reaktorkatastrophe in Tschernobyl hat die Diskussion um die friedliche Nutzung der Atomenergie wieder neu in Gang gesetzt!

Aktivisten und kritische Wissenschaftler aus der Anti-Atomkraft-Bewegung haben ein neues Buch herausgebracht. Es ist der längst überfällige Versuch, die nationalen und internationa- len Entwicklungen in der sogenannten »friedli-chen Nutzung der Atomenergie« der letzten Jahre zu analysieren und darzustellen. Schwer-punkte des Buches sind

- * die weltweite Krise der Atomindustrie
- * Geschichte des deutschen Atomprogramms
- * Aussichten bis zum Jahr 2000
- * die Macht der Stromkonzerne
- * Harrisburg u. neue Sicherheitsstudien
- * die Gefahren im Normalbetrieb
- * die Unmöglichkeit der Entsorgung
- * die Gefahren der Wiederaufarbeitung

Das Buch umfaßt 160 Seiten und kostet 14,80 DM. Es ist sofort lieferbar und im Buchhandel erhältlich. Bestellungen sind auch direkt beim Verlag möglich.

Verlag Die Werkstatt

Lotzestr. 24a · 3400 Göttingen · Tel. 0551/7700557

Kleinanzeigen

Allgemeinarztpraxis im südwestdeutschen Raum abzugeben zu einem Quartalschluß. Zuschriften unter Chiffre 020686 an dg, Siegburger Str. 26, 5300 Bonn 3.

Zum Jahresende: Alteingeführte **Internistenpraxis** in nordwestdeutscher Kreisstadt altershalber günstig abzugeben. Praxisräume in großem Haus zentraler Lage mit großem Garten per Miete oder Kauf (auch zeitverschoben) zu übernehmen. Vorhandenes Praxisinventar kann günstig gekauft werden. Praxisräume und Standort gut auch verwendbar z.B. für nierenärztliche oder allgemeinärztliche Praxis, vor allem aber für Hautarzt, da nicht am Ort. Die Stadt bietet alle Schultypen, Schwerpunktkrankenhaus, relativ breites kulturelles und sportliches Freizeitangebot, nächste Großstadt: 22 km. Zuschriften unter Chiffre 030686 an dg, Siegburger Str. 26, 5300 Bonn 3.

MTA, 35, 12 Jahre Berufserfahrung, Interesse an ganzheitlicher Medizin und Hämatologie, sucht Arbeit in **Praxisgemeinschaft, Krankenhaus oder Forschung** im Raum Kiel, Neumünster, Hamburg. Bin auch für jeden Tip dankbar! Tel. (04322) 46 17.

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

Behindertengerechter Kleinbus zu verkaufen. Daihatsu Sparcar Deluxe, 5 Monate alt, bis 12/86 volle Werksgarantie, 45 PS, 1000 ccm, Verbrauch 8 l/100 km bleifreies Benzin, Außenmaße vergleichbar mit denen eines Kleinwagens, Hochdach, ausklappbare Rampe, geeignet für einen Falt- oder Elektrorollstuhl, Befestigungselemente, erweiterungsfähig zum Selbstfahrer. Preis: 14 000 DM. Interessenten schreiben an: Martin Maubach, Großbeerenstr. 44, 1000 Berlin 42.

GOÄ-Privat- und Praxisstatistikprogramm für Schneider CPC 464-6128 auf Cass. Disc. 3"5 1/4" ab 299 DM. Info: Dr. Apul, Gröpelingen Heerstr. 155, 2800 HB 21, Tel. (04 21) 6 16 46 00. Anfrage mit 1,90 DM Porto.

Bert-Brecht-Brigade München sucht dringend zur gruppen-eigenen Betreuung in **Nicaragua vom 29.7. bis ca. 14.9.** Krankenschwester oder Arzt/Ärztin. Kontakt: Angelika Schrank, Tel. (0 80 93) 45 77.

Gesundheitsbrigaden für Nicaragua

Wir suchen auch in diesem Jahr

DRINGEND

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

- ÄRZTE/INNEN

vor allem mit Erfahrung in

Chirurgie, Pädiatrie, Allgemeinmedizin

Kontakt: Gesundheitsladen, Birke, Oberwandsdorf 7, 1000 Berlin 61 Tel. 030/693 20 50

Junge Ärztin (Approb. 84) sucht Weiterbildungsmöglichkeit in der **Psychiatrie/Psychosomatik**. Zuschriften an Sigrid Standow, Gleueler Str. 123, 5000 Köln 41.

Arzt oder Psychologe als ZDL für psychiatrisches Krankenhaus in Kassel ab sofort gesucht. Kontakt: P. Fellmann, Tel. (05 61) 28 24 40.

Kinderkrankenschwester, Weiterbildung Fachlehrerin für Krankenpflege, 35 J., seit 18 Jahren im Beruf, möchte sich verändern.

Suche **alternatives Betätigungsgebiet** außerhalb der Institution Krankenhaus (nicht ortsgebunden, bevorzugt norddeutscher Raum). Angebote unter Chiffre 050686 an dg, Siegburger Str. 26, 5300 Bonn 3.

Ärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, 35 J., alleinerziehende Mutter, Erfahrung in versch. Bereichen, sucht ab sofort interessante Tätigkeit, die politische Aktivität nicht von vornherein ausschließt (z.B. im öff. Gesundheitswesen, Mitarbeit in Gemeinschaftspraxis, Krankenhaus mit kalkulierbarer Arbeitszeit). Wer weiß etwas? Bevorzugt Großraum Hannover oder Rhein-Main-Gebiet. Zuschriften unter Chiffre 010686 an dg, Siegburger Str. 26, 5300 Bonn 3.

Kinderarzt/ärztin für Gemeinschaftspraxis mit Krankengymnastik und Allgemeinarzt in norddeutscher Großstadt gesucht. Tel. (0471) 27 27 22.

In einer **Neurologischen Abt.** Stelle für **ZDL-Arzt** frei. Näheres unter (0 52 02) 43 03.

Termine

26.5.-7.6.

Bundesrepublik

Aktionswoche »Hoechst auf dem Prüfstand«
Kontakt: BUKO-Pharmakampagne, August-Bebel-Str. 62, 4800 Bielefeld 1.

9.-12.6.

Aachen

Wiss. Kongreß des Berufsverbands für Ärzte und Zahnärzte des öffentl. Gesundheitsdienstes
Kontakt: Ltd. Medzinaldir. Dr. Faerber, Tannenbergstr. 11/13, 4200 Oberhausen, Tel.: (02 08) 2 95 95.

13.6.

Bonn

Jubiläumstagung des Dachverbandes Psychosozialer Hilfsvereinigungen e.V.: »Was haben die Hilfsvereine erreicht – was bleibt noch zu tun?«
Kontakt: Dachverband/Bundesverband, Thomas-Mann-Str. 49a, 5300 Bonn 1.

18.-20.6.

Bergneustadt

Seminar der Verbraucherinitiative zum Thema »Verbraucherpolitik«. Für Personal- und Betriebsräte.
Kontakt: Stiftung Verbraucherinstitut, Reichpietschufer 72-76, 1000 Berlin 30, Tel.: (0 30) 2 61 17 65.

20.-22.6.

Düsseldorf

8. Fachtagung sozialwissenschaftliche Sexualforschung: »Sexualität in unserer Gesellschaft«
Kontakt: DGSS, Gerresheimer Str. 20, 4000 Düsseldorf 1, Tel.: (02 11) 35 45 91.

21.-22.6.

Hamburg

II. Begegnung zwischen ital. und dtsch. Psychiatrie-Tägigen
Kontakt: Horatio Riquelme, UKE, Martinstr. 52, 2000 Hamburg 20.

24.6.

Stuttgart

Vortrag von Prof. Michael Kater, Toronto, zum Thema: »Ärzte und Politik in Deutschland, 1848-1945«
Informationen: »Institut für Geschichte der Medizin, Straußweg 17, 7000 Stuttgart 1, Tel.: (07 11) 48 30 13.

18.-20.7.

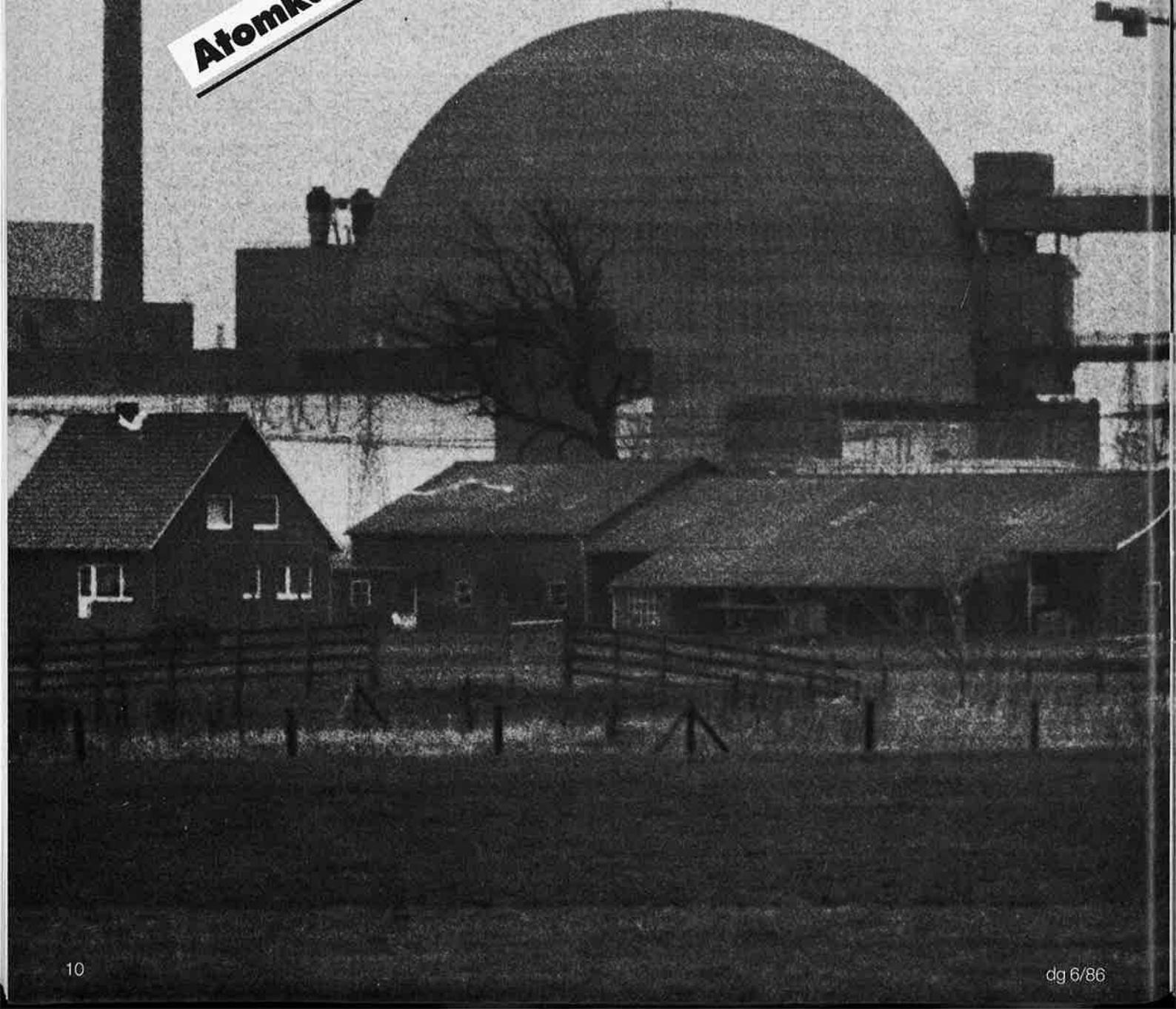
Odenthal

Tagung zum Thema »Vom Club zum Tageszentrum für Langzeitkränke«
Kontakt: Dachverband psychosozialer Hilfsvereinigungen e.V., Thomas-Mann-Str. 49a, 5300 Bonn 1.

Becquerel und Pharisäer

Atomkatastrophe in Tschernobyl

Was als »akzeptables Risiko« verniedlicht wurde, ist jetzt schon zum zweiten Mal passiert - der größte annehmende Unfall, einmal in Harrisburg, einmal in Tschernobyl. Katastrophal ist auch die Informationspolitik der Behörden. Daß es bei jeder Strahlenbelastung



stung bei mehr oder weniger Menschen zu Spätschäden kommt, wurde verschwiegen. Zwischen Becquerel und Pharisäern – Peter Walger untersucht die Folgen der Atomkatastrophe und die scheinheiligen Versuche, das Atomprogramm zu retten.

Der Gau im Kernkraftwerk Tschernobyl hat mit einem Schlag das hohe Risiko der Kerntechnologie in das Bewußtsein der Bevölkerung gerückt. Wie weggeblasen sind die schönfarberischen Etikette von der sauberen Technologie der Zukunft. Mißtrauen gegen amtliche Verlautbarungen über den hohen Sicherheitsstandard und die unbedingte Notwendigkeit der Kerntechnologie herrscht in den Köpfen der Menschen.

Dieses Mißtrauen ist berechtigt. Die erste Konsequenz muß lauten: Ausstieg aus der Plutonium-Technologie und dem Wiederaufbereitungskonzept. Das erste Projekt, das jetzt gekippt werden muß, ist die in Wackersdorf geplante Wiederaufbereitungsanlage. Sie darf nicht gebaut werden. Das zweite Projekt, das fallen muß, steht in Kalkar. Der schnelle Brüter darf nicht ans Netz. Harrisburg und Tschernobyl, haben alle offiziellen Risikostudien widerlegt. Was bis zum Jahr 2000, alle 10 000 Reaktorbetriebsjahre, nur einmal hätte passieren dürfen – der als akzeptables Restrisiko verniedlichte Kernschmelzunfall – das ist jetzt, nach nur 3 500 Betriebsjahren bereits zum zweiten Mal geschehen. Und es ist erst 1986.

Ausfall der Kühlssysteme, Verdampfung und Explosion des Kühlmittels und dann das Durchschmelzen des Reaktorkerns mit Freisetzung einer Menge an Radioaktivität, deren gewaltiges Ausmaß bislang nur grob geschätzt werden kann. Der „größte anzunehmende Unfall“ in dem Kernkraftwerk Tschernobyl hat nahezu ganz Europa mit den Gefahren der Kerntechnologie konfrontiert, wie es in dieser Unmittelbarkeit noch nie geschehen ist.

Entgegen der allgemein propagierten Ansicht billigen westliche Experten dem sowjetischen Reaktortyp durchaus einen Sicherheitsstandard zu, der hiesigen Maßstäben entspricht. Die sowjetischen Kernkraftwerke sind „mit unseren westlichen DWR (Druckwasserreaktoren, d. Red.) in etwa vergleichbar“, urteilte ein Experte der Vereinigten Elektrizitätswerke Westfalen AG.

im Dezember 1983 im Fachblatt des Deutschen Atomforums „atomwirtschaft“.

Die radioaktive Wolke wird europaweit zu einer Zunahme von Krebskrankungen, Krebstoten, Mißbildungen, genetischen Schäden, Fehlgeburten und auch unspezifischen Schäden wie Beeinträchtigungen des Immunsystems und vorzeitiges Altern verursachen. Das steht außer Zweifel. Die Fragen sind nur, wieviele Fälle wird es geben, welche Regionen werden wie stark betroffen sein? Wie sieht die zu erwartende Gesamtbilanz aus? Zu den Langzeitopfern müssen die durch akute Strahlenbelastung Getöteten oder Verletzten im Umkreis des Kernkraftwerks hinzugerechnet werden.

Was jetzt in der Ukraine passiert ist, das kann jederzeit auch bei uns oder an irgend einem anderen Kernkraftwerksstandort irgendwo in der Welt passieren. Der Atomphysiker Klaus Traube: „Entscheidend ist, daß auch bei unseren Reaktoren eine Kette unwahrscheinlicher Ereignisse, die man nicht voraussehen kann, dazu führen kann, daß die Wasserkühlung versagt und der Reaktor womöglich über Tage nicht gekühlt werden kann.“

Das einhellige Gerede über die absolut sicheren Kernkraftwerke hier und die absolut unsicheren Atommeiler dort, es ist nichts anderes als Selbstbeschwichtigung, Vertuschung realer Gefahren, Verdummung der Bevölkerung. Wer sich nur einmal die Mühe macht, die „Deutsche Risikostudie Kernkraftwerke“, die Bibel der Risikoforschung, zu studieren – die Front der Betreiber und Befürworter der Kerntechnologie setzt darauf, daß das niemand tut – der kriegt eine Ahnung, auf welch dünnem Eis da getanzt wird (siehe auch Kasten zur Risikoschätzung).

Es gibt kein Null-Risiko, genauso wie es keine Grenze gibt, unterhalb derer radioaktive Belastung keine Gesundheitsschäden macht. Die beiden Aspekte, das fehlende Null-Risiko und die nicht vorhandene Schwellendosis für Strahlenschäden, waren dann auch die zentralen Aufhänger der öf-

Foto: Linie 4/M. Bauer

Wer – wie – was?

Maßeinheiten radioaktiver Strahlung



Foto: Linie 4/M. Bauer

Strahlenbelastung eines Menschen ist nicht einfach eine Funktion der Strahlenaktivität in Curie oder Becquerel, sondern hängt unter anderem davon ab, um welche Elemente (Isotope) es sich handelt, wie lang deren Halbwertszeit ist, welche Arten von Strahlen ausgesandt werden und wieviel Energie im Körper abgegeben wird.

So führen zum Beispiel 500 Becquerel Jod 131 zu einer Schilddrüsenbelastung (Organdosis) beim Erwachsenen, die etwa bei 300 bis 400 mrem liegen dürfte (eigene Berechnungen), weil sich fast die gesamte Menge Jod in dem etwa 25 Gramm schweren Organ ansammelt. 500 Becquerel Caesium bewirken jedoch nur einen Bruchteil an Belastung in mrem, weil sich Caesium 137 diffus im gesamten Körper verteilt (Ganzkörperdosis), das Bezugsgewicht also zum Beispiel 30 oder 70 Kilogramm und nicht 25 Gramm ist. Jod wird im Körper innerhalb von sieben Tagen abgebaut. Bei Caesium beträgt die Zeit etwa 70 Tage. Die physikalische Halbwertzeit (acht Tage für Jod, 30 Jahre für Caesium 137) sorgt jedoch dafür, daß die anfänglich niedrige Caesiumbelastung über die mehrjährige Kumulation zu einer problematischen Belastung führen kann.

Radioaktive, das heißt ionisierende Strahlung wird erst dann wirksam, wenn ihre Energie aufgenommen, also absorbiert wird. Zur quantitativen Erfassung der Strahlendosis wird entweder die Zahl der erzeugten Ionenpaare (Ionendosis) oder die absorbierte Energie (Energiedosis), jeweils bezogen auf die Masse des bestrahlten Materials, herangezogen. Die Maßeinheit der Ionendosis ist das Röntgen. Röntgen radioaktiver Strahlung erzeugt in trockener Luft bei 0 Grad Celsius und normalem Druck 2 Millionen Ionenpaare pro Kubikmillimeter.

Die natürliche Gammastrahlenbelastung (kosmischer und terrestrischer Anteil an der natürlichen Gesamtbelastung, der Rest wird überwiegend durch die β -Aktivität des inkorporierten radioaktiven Kaliums verursacht) beträgt etwa sechs Mikroröntgen pro Tag. Die gesamte Gamma-Aktivität nach Tschernobyl betrug hier etwa 80 bis 100 Mikroröntgen pro Tag, also ungefähr das 10 bis 20fache der natürlichen Belastung.

Die Energiedosis wird in Rad (radiation absorbed dose) gemessen. 1 Rad entspricht 100 Erg pro Gramm oder 0,01

Joule pro Kilogramm. Die Einheit Rad ist inzwischen weitgehend durch die neue Einheit Gray ersetzt worden. Es entspricht 1 Gray 100 Rad.

Da die unterschiedlichen Strahlenarten eine unterschiedliche biologische Wirksamkeit besitzen, läßt sich deren Wirksamkeit mit den physikalischen Maßeinheiten Rad oder Gray nicht vollständig erfassen. Die biologische Wirksamkeit ist zum Beispiel entscheidend von der Menge an Ionen abhängig, die von einer bestimmten Strahlenart auf dem Weg durch den jeweiligen Körper gebildet wird.

Aus diesem Grund hat man die biologische Äquivalenz-Dosis entwickelt. Ihre Maßeinheit ist das Rem (Röntgen equivalent man). Neuerdings wird auch Sievert gebraucht. 1 Sievert entspricht 100 Rem. Man erhält die biologische Äquivalenzdosis Rem, indem die physikalische Energiedosis Rad mit verschiedenen biologischen Bewertungsfaktoren multipliziert wird.

So entsprechen zum Beispiel 1 Rad Gamma-Strahlung auch 1 Rem, 1 Rad Alpha-Strahlung dagegen 10 bis 20 Rem. Durch die Multiplikation einer physikalischen Maßeinheit mit biologischen Bewertungsfaktoren entsteht eine physikalisch-biologische Mischgröße, die als Zahlenwert einen exakten Eindruck vortäuscht, der in Wahrheit nicht zugrunde liegt. Rem und Sievert spielen in atomrechtlichen Genehmigungsverfahren insbesondere bei der Bewertung gesundheitlicher Schädigungspotentiale eine überragende Rolle.

Für jedes radioactive Isotop existiert ein eigener Umrechnungsfaktor, mit dessen Hilfe Curie in Rem und Becquerel in Rem umgerechnet werden kann. Wenn also Angaben über Becquerel pro Quadratmeter als Bodenbelastung oder Becquerel pro Kubikmeter als Luftbelastung genannt werden, dann muß zunächst berechnet werden, wieviel dieser Menge unter gewissen Bedingungen in den menschlichen Organismus gelangt, mit Hilfe der sogenannten Dosis-committment-Faktoren kann dann die Rem- oder Millirem-Belastung berechnet werden. Die Strahlenbelastungen in Millirem können daher je nach individueller Ausgangslage erheblich schwanken, Angaben über eine durchschnittliche Belastung sind immer nur grösste Vereinfachungen.

Curie (Ci) – Einheit der Radioaktivität eines Stoffes beziehungsweise seiner Zerfallsgeschwindigkeit. 1 Curie bedeuten 37 Milliarden Zerfälle pro Sekunde, davon abgeleitet: 1 Millicurie = 37 Millionen Zerfälle pro Sekunde, 1 Mikrocure = 37 000 Zerfälle pro Sekunde, 1 Picocurie = 2,22 Zerfälle/Minute.

Eine Wiederaufbereitungsanlage wird eine gigantische Menge radioaktiven Materials enthalten. Allein der Inhalt langlebiger Substanzen wird im Bereich zwischen 10^{10} und 10^{11} Curie liegen. Dies entspricht der Menge an radioaktiven Spaltprodukten, die bei der Detonation von rund 1 100 Megatonnen Atombomben vom Hiroshima-Typ freigesetzt würden. Entwichen nur Bruchteile davon, käme es zu einer unübersehbaren Katastrophe für die Bevölkerung, so Dieter Teufel vom Heidelberger Institut für Energie- und Umweltforschung.

Als neue Einheit der Radioaktivität wird zunehmend Becquerel verwendet. 1 Becquerel entspricht einem Zerfall/Sekunde, umgerechnet auf Curie bedeuten 1 Becquerel etwa 27 pCurie (pCurie = 10^{-12} Curie).

Curie und Becquerel sind physikalische Maßeinheiten, die etwas über die Menge einer Strahlung, nicht jedoch über deren biologische Wirkung aussagen. Die

fentlichen Beschwichtigungskampagne. Landauf landab ließen Bundes- und Landesregierungen verkünden, daß so etwas bei uns nicht passieren könne.

Friedrich Zimmermann im Deutschlandfunk am 3. Mai: „Bei uns kann ein Jumbo auf ein Kernkraftwerk stürzen, und es wird mit dem Reaktor nichts passieren. Unsere Kernkraftwerke sind die teuersten, aber auch die sichersten der Welt.“ Franz Josef Strauß: „Ein Störfall mit erheblichen Auswirkungen auf die Umgebung ist bei den Kernkraftwerken in der Bundesrepublik Deutschland auszuschließen.“

Der Physiker Lothar Halin, Atomexperte des Öko-Instituts Freiburg, bezeichnete die Informationspolitik der Bundesregierung schlicht als „kriminell“. „Glaubt ihnen kein Wort“, war seine Aufforderung an die Bundesbürger. Das hessische SPD-Mitglied Reinhard Überhorst, ehemals Vorsitzender der Enquête-Kommission „Zukünftige Energiepolitik“ und heute Befürworter eines Ausstiegs aus der Atomenergie, nannte die Stellungnahmen von Innenminister Zimmermann und Forschungsminister Riesenhuber „verantwortungslos“.

Medizinprofessoren wurden aufgeboten, um mit der Würde ihres Titels die Harmlosigkeit von Radioaktivität im Niedrigdosisbereich zu erklären – als ob sie es nicht besser wüßten. In den Tagethemen am 30. April verkündete gar ein Nuklearmediziner, mit dem Statussymbol Stethoskop geschmückt, die erfreuliche Existenz von Re-

paraturmechanismen, die in der Lage seien, Schäden unterhalb einer bestimmten Radioaktivitätsdosis beheben zu können – ein alter Hut, in dieser, auf die Existenz einer Schwellendosis abzielenden, Tendenz absoluter Unsinn.

Da standen sie alle Gewehr bei Fuß, die Zimmermanns und Riesenhubers, ihre Staatssekretäre, der Regierungssprecher, die Vertreter der Atomlobby und ihre journalistischen Helfershelfer und redeten und schrieben, daß keine Gefahr herrsche, daß kein Grund zur Besorgnis bestünde, daß die Schwelle zu einer Gesundheitsgefährdung nicht überschritten sei, daß die gemessenen Werte harmlos seien, man überbot sich geradezu, in dem Kauderwelsch der unterschiedlichsten Maßeinheiten und Größenangaben so zu tun, als hätte man alles im Griff.

Nicht die Begrenzung der zu erwartenden Langzeitschäden, sondern rücksichtslose Verteidigung der gegenwärtigen Atompolitik hieß die Regierungsdevise. Nicht Schaden vom Volk, sondern von der Atomindustrie abwenden, lautet die kohlsche Auslegung des eigenen und seiner Minister Amtseid. Noch in Tokio beim Weltwirtschaftsgipfel ließ der Bundeskanzler verlauten, er plane gleich nach seiner Rückkehr eine große Informationskampagne gegen die Angst vor Atomkraftwerken. Minister Riesenhuber warnte vor Bestrebungen, aus verschiedenen politischen Richtungen zur Emotionalisierung der Bevölkerung gegen Atomkraftwerke. Aus München, wie ge-

wohnt klipp und klar, hörte man bereits einen Tag nach Bekanntwerden der Katastrophe: „Konsequenzen für die weitere friedliche Nutzung der Kernenergie in der Bundesrepublik Deutschland und in Bayern sind nicht erforderlich.“ Für Wackersdorf habe der Vorfall keine Folgen.

Erst Professor Erich Oberhausen, Vorsitzender der bundesdeutschen Strahlenschutzkommission und eifriger Befürworter der Kerntechnologie, brach das Tabu auf Seiten der offiziellen Verlautbarungen und räumte ein, daß es „Strahlenspätshäden“ geben könnte. Die Gefahr sei zwar klein, aber „nicht null“.

Und dann rollte, in eklatantem Widerspruch zur staatlich verordneten Verharmlosung, der Zug an Schutzmaßnahmen über unser Land hinweg, offiziell als reine Vorbeugung begründet, offensichtlich aber zur Minimierung dieser befürchteten Spätshäden gedacht. Einschränkungen des Milchkonsums, Verzicht auf Frischgemüse, Lebensmittelkontrollen, Einstellung der Viehfütterung mit Frischfutter, Warnungen vor Spaziergängen im Regen, vor Spielen in Sandkästen und in Pfützen, Aufforderungen, Kinder im Haus zu halten oder sie nach vermuteter Kontamination gründlich abzuwaschen, kein Tag verging, an dem nicht neue Vorschläge und Empfehlungen hinausposaunt wurden. Man sah Waschkolonnen, die kontaminierte Autos reinigten, das radioaktiv verseuchte Waschwasser versickerte im Boden.

liebe Eltern,
AUF GRUND DER ERHÖHTEN
STRAHLENBELASTUNG
DÜRFEN WIR DIE KINDER
VORLÄUFIG - AUF AN-
ORDNUNG VOM JUGEND-
AMT - BIS EINSCHLIESS-
LICH FREITAG NICHT
MEHR IN DEN GARTEN
LASSEN!

Städt. Kindertagesstätte
Escher Straße

Der bayrische Kultusminister
Prof. Hans Maier

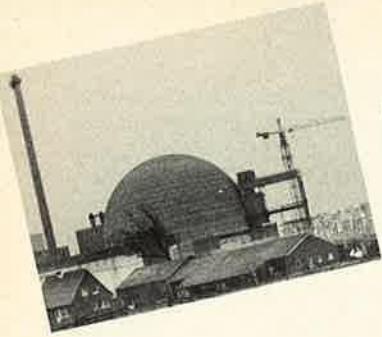
Innenminister Friedrich Zimmermann

Ministerpräsident
Franz-Josef Strauß

Es geht nicht darum,
den Fortschritt aufzuhalten,
sondern ihn aushalten zu können.

Bei uns kann ein Jumbo
auf ein Kernkraftwerk
stürzen, und es wird
nichts passieren.

Ein Störfall mit erheblichen
Auswirkungen auf die Umgebung ist bei den
Kernkraftwerken in der
Bundesrepublik Deutschland auszuschließen.



Becquerel und Pharisäer

Erst nach acht Tagen der Sprachlosigkeit meldete sich Gesundheitsministerin Süßmuth. Sie hatte auch nichts Besseres zu tun, als die allgemeine Sprachverwirrung zu bejammern. Ein Szenario von Scheinaktivitäten, Empfehlungsducheinander, Meßdatenjongliereri und Konzeptionslosigkeit, wie es ein Theaterdramaturg nicht besser hätte inszenieren können, um auch dem letzten Bürger klarzumachen, welche, wenn sich eine derartige Katastrophe jemals in unserem Land abspielen würde.

Jodallergien, Schilddrüsenüberfunktionen und möglicherweise auch embryonale Jod-Schädigungen dürften die ersten akuten Gesundheitsschäden sein, die durch das Kernkraftwerkssiasko in der Ukraine in unserem Land verursacht wurden. Im blinden Glauben, sich durch die Einnahme von Jodtabletten vor den Folgen radioaktiver Strahlung schützen zu können, haben Bundesbürger in einem nie dagewesenen Ausmaß die Apothekenbestände an Jodpillen leergekauft.

Die Behörden, die ihrerseits große Mengen an Jodtabletten horten, um für den nuklearen Notfall gewappnet zu sein, sic ordneten keine Verteilung an, im Gegenteil, nach anfänglicher Ratlosigkeit häuften sich warnende Stimmen, Jodtabletten nicht ohne ärztlichen Rat einzunehmen. Dieses Durcheinander haben sich die Behörden selbst zuzuschreiben, waren sie es doch, die in den vergangenen Jahren mit dem Hinweis auf die gehorteten Jodbestände selbstgefällig immer wieder darauf hinwiesen, alles für den nuklearen Ernstfall getan zu haben, in Verbindung mit dem Bunkerbau alles im Griff zu haben. Prof. Dr. Messerschmidt von der Bundeswehrakademie in München schrieb schon 1979: „Das ist wie die berühmte Aktenfalte, die bei einer Atombombenexplosion auf den Kopf gelegt werden sollte.“

Die Schilddrüsenbelastung von Kleinkindern durch Milchkonsum dürfte höher sein als erwartet.

Die Wirkung der Jodtabletten wird erheblich überschätzt, denn erstens sind sie gegen akute Strahlenschäden ohnehin völlig nutzlos, zweitens können sie nur unter gewissen Umständen die spätere Entstehung von Schilddrüsenkrebs reduzieren und drittens ist ihre Einnahme mit einem hohen Risiko an Nebenwirkungen behaftet.

Ähnlich wie das Schwefeldioxid beim Waldsterben hat das radioaktive Jod bei der Beurteilung des Strahlenrisikos eines Kernkraftwerkes, einer Wiederaufbereitungsanlage und erst recht nach einer derartigen Katastrophe wie in Tschernobyl eine Sonderfunktion, es hat gewissermaßen die Funktion einer Leitsubstanz. Von der Menge radioaktiven Jods läßt sich nämlich ungefähr auf die Gesamtaktivität schließen, weiß man doch, daß der Jodanteil je nach Herkunft einen relativ konstanten Prozentsatz beträgt, bei Kernkraftwerksumfällen mit Reaktorschmelze etwa 30 Prozent.

Von der Jodaktivität über die Gesamtaktivität der emittierten Strahlemenge auf die Gesamtgefährdung zu schließen, ist jedoch ein kompliziertes Unterfangen, da diese wesentlich von den einzelnen radioaktiven Substanzen, ihrer Verteilung und ihrer Lebensdauer abhängt. So wurden in Schweden unmittelbar nach Ausbreitung der Tschernobyl-Wolke etwa 15 verschiedene Substanzen gemessen. Jede Substanz, sei es Strontium, Calcium, Plutonium, Tritium oder Jod birgt ein eigenes Gefährdungspotential in sich, verfügt über eigene Möglichkeiten, in den menschlichen Körper zu gelangen und hat auch eine eigene, von verschiedenen Faktoren abhängige Verweildauer im jeweiligen Organismus.

„Die für den Menschen gefährlichsten radioaktiven Substanzen sind Jod, Strontium, Kohlenstoff, Calcium, Tritium, Krypton und Plutonium“, schreibt Holger Strohm in seinem Buch „Friedlich in die Katastrophe“. Das Jodproblem ist dabei zwar ein bedeutsames, aber eben nur eins unter zahlreichen weiteren Gefährdungsrisiken. Zeitabhängig wird es sogar von den langlebigen Isotopen Calcium 137 und Strontium 90 verdrängt werden.

Die gefürchtete Gesundheitsschädigung durch die Aufnahme radioaktiven Jods ist das Schilddrüsenkarzinom. Das üblicherweise mit der Nahrung, besonders mit Milchprodukten aufgenommene Jod wird nahezu ausschließlich in die Schilddrüse eingelagert und dort für die Produktion der Schilddrüsenhormone verbraucht. Da der menschliche Organismus normales von radioaktivem Jod nicht unterscheiden kann, führt die Aufnahme radioaktiven Jods (das sind die Nuklide Jod 131 und das langlebige Jod 129) zu einer lokalen Anreicherung von Strahlungsgefährdung in dem kleinen, in der Regel nur circa 25 Gramm schweren Organ Schilddrüse.

Aus vergangenen Radio-Jodbelastungen sind solche Anreicherungen bekannt und einigermaßen exakt berechnet worden. So wurden etwa im US-Bundesstaat Utah in den fünfziger Jahren nach einer oberirdischen Atomexplosion zu Testzwecken bei Kindern Schilddrüsenbelastungen bis zu 60 rem (das sind 60 000 mrem) verursacht. Die atomaren Testserien in Nevada in den Jah-

ren 1952 bis 1955 haben manche Gegenden, zum Beispiel im Umkreis von St. George in Utah stark mit Jod 131 kontaminiert. Wissenschaftler haben errechnet, daß Kinder dieser Gegend, die täglich einen Liter Milch zu sich nahmen, Schilddrüsendosen von circa 120 rem erhalten haben. Viele von ihnen sind inzwischen an Schilddrüsenkrebs gestorben. Auch 1962 wurden durch Nevada-Tests hohe Jod 131-Belastungen von circa 50 000 Kindern in Utah im Alter bis zu zwei Jahren hervorgerufen. Im Durchschnitt wurden 58 000 pCurie Jod 131 aufgenommen, das ergibt eine Organdosis von etwa 1 rem. Die Spitzenbelastungen lagen bei 800 000 pCurie bzw. 14 rem.

In einer anderen Studie wurden Auswirkungen auf trächtige Mutterschafe analysiert. Es konnte gezeigt werden, daß bei vier rad Graskontamination Dosen von 1 500 bis 6 000 rad in den Magen-Darmtrakt von Schafen gelangen und 20 000 bis 40 000 rad in die Schilddrüsen der ungeborenen Lämmer. Diese Dosen bedeuteten deren unmittelbaren Tod.

Auch in der Bundesrepublik zeigen die bisherigen Erfahrungen mit dem Jodproblem einen eher leichtfertigen Umgang mit

Was in der Ukraine passiert ist, kann jederzeit auch hier in einem Kernkraftwerk geschehen.

diesem nicht geringfügigen Schädigungspotential. So wies die Versuchsanlage für Wiederaufbereitung in Karlsruhe allein in den Jahren 1972 bis 1979 23 mal ein Überschreiten der monatlichen Grenzwerte auf. Bei Auswertungen von Umgebungsmessungen fand sich ein überraschender Effekt, über den Professor Armin Weiss, Chemiker an der Universität München, 1983 auf einem Internationalen Hearing der oberpfälzer Grünen zur geplanten Wiederaufbereitungsanlage berichtete: In der Hauptwindrichtung tritt bei 20 Kilometer weiter ein zusätzlicher Höchstwert an Belastung auf. In 20 Kilometern Entfernung wurden 8,1 mal höhere Radio-Jod-Werte als in zehn Kilometern gemessen. Diese Tatsache kann im Einzelfall zu einer Unterschätzung des Risikos um mehrere hundert Prozent führen, so Armin Weiss.

Die zu erwartende Schilddrüsenbelastung von Kleinkindern durch Milchkonsum dürfte daher erheblich höher als erwartet sein. Eigentlich müßte Kuhmilch aus 20 Kilometern Entfernung in Hauptwindrichtung aus dem Verkehr gezogen werden, weil ihre durchschnittliche Radioaktivität durch Jod die höchstzulässige Dosis für Kleinkinder überschreitet. Besonders problematisch werden die Verhältnisse für ein ungeborenes Kind mit seiner noch extrem kleinen Schilddrüse, aber etwa zwei- bis zehnmal höheren Jodkonzentration (jenseits des dritten Monats). Für den Embryo führt nämlich eine Aufnahme radioaktiven Jods

zu einer im Vergleich zur Mutter fünfmal höheren Schilddrüsenbelastung.

„Dies ergäbe“, so Armin Weiss, „nach dem Sicherheitsbericht (48,6 mrem/Jahr) allein für sechs Monate Entwicklung im Mutterleib bereits 121,5 mrem für den Standort Wackersdorf.“ Verstärkend käme hinzu, „daß man für die Berechnung der Belastung während der Entwicklung des Embryos im Mutterleib nicht mit Windrichtungshäufigkeiten rechnen darf, die über mehrere Jahre gemittelt sind. Für die angehenden Eltern gibt es keine Wahrsager, die ihnen mitteilen, daß der Wind . . . besonders selten . . . von der WAA in Richtung ihres Wohnortes wehen wird.“

Ein möglicher Schutz gegen die Aufnahme radioaktiven Jods besteht in der Sättigung des Jodbedarfs durch Jodtabletten. Dies hat zu der berechtigten Vorstellung geführt, Jodtabletten für den Katastrophenfall bereitzuhalten, um sie gegebenenfalls an die Bevölkerung zu verteilen. Augenwischerei ist jedoch die allenthalben verbreitete Auffassung, daß es sich bei der Jod-Pille um die Pille gegen radioaktive Verseuchung überhaupt handeln würde.

Es ist damit zu rechnen, daß es durch die Einnahme hoher Jod-Dosen zu einer Reihe von Nebenwirkungen kommt. Diese äußern sich in der Regel als Reizungen der Haut und der Schleimhäute, man faßt sie unter dem Begriff Jodismus zusammen.

Hierzu gehören Geschmacksstörungen, Schnupfen, Augenentzündungen, Kopfschmerzen, Magen-Darm-Entzündungen und Bronchitis. Auch die Jodallergie ist eine gefürchtete Komplikation, die dosisunabhängig neben einigen harmlosen Symptomen wie Juckreiz, Hauausschlägen und Fieber auch zu schwerem Herz-Kreislaufversagen führen kann. Auch können latente Entzündungen wie etwa Tuberkulose durch Jodsalze aktiviert werden. Darüberhinaus kann Jod, hochdosiert, zur Entwicklung eines Kropfes und zur Unterfunktion, dosisunabhängig auch zu einer Überfunktion führen. Besonders schwerwiegend ist, daß die Jodzufuhr während der Schwangerschaft zu kindlichen Mißbildungen führen kann.

Wer permanent von der Harmlosigkeit niedriger Strahlenbelastungen redet, eine akute Gesundheitsgefährdung verneint und von den chronischen Schädigungen nicht spricht, gleichzeitig aber ein buntes Durcheinander diverser vorbeugender Schutzmaßnahmen empfiehlt, der soll sich nicht wundern, wenn sich die Bevölkerung an frühere Empfehlungen erinnert und das Heil in der Jodpille sucht.

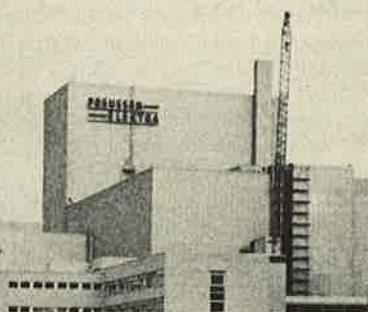
Es ist das eindeutige Mißtrauen gegenüber der staatlichen Informationspolitik, die Angst, daß die beschwichtigenden Appelle unwahr sind, die viele Bürger zur Jod-

pille haben greifen lassen. Den Meßwerten wird nicht getraut, das Durcheinander der amtlich verkündeten Maßeinheiten trägt das Seine dazu bei. Mal hieß es Mikrosievert, mal Becquerel/pro Kubikmeter, mal Curie, Mikrocurie oder Pikocurie, der eine sprach von rad, der andere von rem oder Millirem, der Vergleich mit der ominösen Normalbelastung mußte herhalten, obwohl überhaupt nicht vergleichbar, oder die Angaben bezogen sich das eine Mal auf die gesamte Umgebungsstrahlung aus der Luft, das andere Mal lediglich auf radioaktives Jod oder Caesium. Was von Beginn an gefehlt hat, ist das offene Geständnis gegenüber der Bevölkerung, daß es bei jeder Strahlenbelastung zu einer mehr oder weniger großen Zahl von Spätschäden kommt.

Woran es gefehlt hat, ist die Veröffentlichung eines Katalogs von Maßnahmen, mit deren Hilfe diese Spätschäden auf ein Minimum begrenzt werden können. Wenn in diesem Zusammenhang die Einnahme von Jodpills mit behandelt worden wäre, ihr nur relativ kleiner Anteil an der Verhinderung des Gesamtschadens offen benannt worden wäre, dann hätte sich so mancher in Anbetracht des größeren Risikos der Nebenwirkungen über Sinn und Unsinn der Pilleneinnahme Gedanken machen können.

Eine verantwortliche Informationspolitik gegenüber der Öffentlichkeit hätte sich bei der Bekanntgabe von Meßdaten an der bio-

Deutsche Kernkraftwerke »absolut sicher«?



„Risikoabschätzungen für Reaktorunfälle können nicht aus Erfahrungen abgeleitet werden. Man hat zunächst lediglich die Information, daß weltweit geschen mehr als 1000 Reaktorbetriebsjahre vorliegen, in denen kein Kernschmelzunfall eingetreten ist. Daraus schätzt man ab, mit 95prozentiger Aussagesicherheit ist die Eintrittshäufigkeit für einen Kernschmelzunfall geringer als 0,003 pro Jahr und Anlage.“

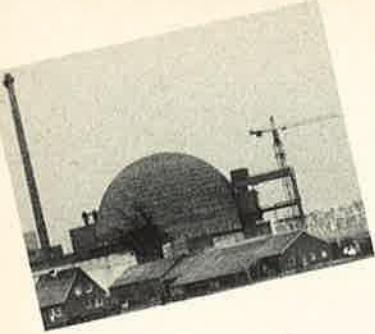
Diese Abschätzung ist völlig unzureichend, sie gibt keinerlei Auskunft über die tatsächliche Höhe dieser Eintrittswahrscheinlichkeit. Ebenso enthält sie keine Information über Schadensfolgen, die mit einem Kernschmelzunfall verbunden wären.“ Soweit die Aussage eines Mitarbeiters an der deutschen Risikostudie. Die Tatsachen bestätigen seine Aus-

sage: Auf mittlerweile 3 500 Betriebsjahren sind bereits zwei Kernschmelzunfälle gekommen.

Das Vorbild der deutschen Risikostudie (DRS) ist die amerikanische „Reactor Safety Study“, auch Rasmussen Report genannt. Die DRS ist nach Aussagen von Manfred Wallenschus, Mitarbeiter des Öko-Instituts Freiburg, im wesentlichen eine Übersetzung der amerikanischen Studie mit grober Anpassung an deutsche Verhältnisse. Behörden greifen bei der Erteilung von Genehmigungen, etwa für Brokdorf oder Grohnde, auf die DRS zurück, und auch Gerichte vermuten in ihr eine solide Basis für ihre Urteile.

Über die amerikanische Studie kam eine Gruppe von Wissenschaftlern aus der Atom- und Raumfahrtindustrie zusammen geschlossen in der „Union of

Concerned Scientists“ (UCS) zu einem vernichtenden Urteil: Im einzelnen wirft die UCS dem Rasmussen-Report vor: „Unterschätzung der Unfallhäufigkeit, Unvollständigkeit der Analyse und der Berücksichtigung von Betriebsverfahren, falsche Anwendung der Statistik, bedeutende Schwächen in der Untersuchungsmethode, Ignorieren technischer Fehlermöglichkeiten, übersehen von Gefahren infolge Materialermüdung, Erdbeben, Sabotage und Terrorismus, systematische Unterschätzung radiologischer Unfallfolgen, unrealistische Evakuierungsannahmen, mehrfache Unterbewertung des Strahlenkrebsrisikos, verharmlosende Wiedergabe der gesundheitlichen Folgen, Täuschung durch reklameartige Ergebnisdarstellungen und völliges Übergehen unabhängiger Wissenschaftler.“



Becquerel und Pharisäer

logischen Belastung der potentiell betroffenen Menschen orientieren müssen. Sämtliche physikalischen Maßgrößen müssen demnach in die biologische Äquivalenzdosis rem oder mrem umgerechnet werden. Erst diese Angaben lassen es zu, das zu erwartende Schadensausmaß wirklich abschätzen zu können. Denn es ist ausschließlich entscheidend, wieviel an Strahlenergie in den menschlichen Körper, besonders in einzelne Organe gelangt, und wie lange sie dort wirksam ist.

Um auf die Belastung mit radioaktivem Jod zurückzukommen, so ergeben die üblichen Messungen in der Luft oder in Niederschlägen (in Becquerel/pro Kubikmeter oder pro Quadratmeter) eher verharmlosende Zahlenwerte. Berechnungen unter Einbeziehung der Transferwege Viehfutter-Kühe-Milch-Säuglingsernährung zum Beispiel dagegen Daten, die ein individuelles Risiko schon eher eingrenzen lassen. Die Warnung an die Landwirte, Vieh nicht draußen weiden zu lassen, an stillende Mütter, Kleinkinder und Schwangere, keine Milchprodukte zu sich zu nehmen, sind dann entsprechend nicht nur geeignete, sondern auch von der Bevölkerung akzeptierte, weil verstandene Maßnahmen, das Risiko einer chronischen Gesundheitsgefährdung zu verringern. Daß dieses Risiko tatsächlich besteht, darauf deuten die Meßwerte im gesamten Bundesgebiet mit Schwerpunkt in Süddeutschland hin.

So hat zum Beispiel die Radioaktivität durch Jod 131 in Kassel in den ersten fünf Minuten zu einer Schilddrüsenbelastung von 28,6 mrem beim Kind und von 13,5 mrem beim Erwachsenen geführt. Im gleichen Zeitraum befugt sic in Darmstadt 130,8 mrem beim Kind und 62 mrem bei Erwachsenen, wie der hessische Sozialminister in einem Merkblatt mit Verhaltensmaßregeln zum Schutz vor Strahlenschäden

Ungeborene liegen die möglichen Belastungen sogar um das bis zu Fünffache höher. Unter Berücksichtigung des in aller Regel vorliegenden zusätzlichen Milchkonsums dürfte der Faktor wahrscheinlich noch höher sein.

Allein nach sechs Tagen, so der hessische Landwirtschaftsminister Görlach, würde ein Kleinkind mit 30 mrem die nach der Strahlenschutzverordnung für die Umgebung von kerntechnischen Anlagen zulässige jährliche Belastung erreichen, wenn es täglich Milch trinkt, die lediglich mit 20 Becquerel belastet sei. Dieser strengere Richtwert hatte zu einigen Dissonanzen und zu einigen Wortattacken seitens der Bundesregierung geführt, die an einem Richtwert von 500 Becquerel pro Liter Milch festhält.

Es gibt keine Grenze, unterhalb derer radioaktive Belastung die Gesundheit nicht schädigt.

Die durch den täglichen Konsum von derart verschmutzter Milch erzielten Schilddrüsenbelastungen ließ sich die Bundesregierung von der Strahlenschutzkommission absegnen. „Damit kann selbst unter Annahme einer erhöhten Strahlenempfindlichkeit des Kleinkindes der Wert von drei rem als annehmbar angesehen werden“, lautete das Resümee des dem Innenministerium angegliederten Beratergremiums, veröffentlicht in den Empfehlungen vom 8. Mai.

Drei rem nur durch Milch, die anderen Wege wie über Frischgemüse und Atemluft und die insgesamt erhöhte Umgebungsstrahlung sind da noch nicht bei. Die reale Strahlenbelastung großer Bevölkerungsgruppen allein durch Jod 131 dürfte im Bereich von einigen rem bis vielleicht zehn rem, in Einzelfällen auch noch höher liegen. Die kumulative Langzeitbelastung durch die langlebigen Nuklide, besonders Caesium 137 und Strontium 90 sind hier noch nicht einbezogen. Eine Gesamtbilanz ist auf dem jetzigen Kenntnisstand noch nicht möglich.

Nach den wissenschaftlich begründeten Risikoschätzungen der internationalen Strahlenschutzkommission (ICRP) bedeutet die Belastung von einer Million Menschen mit einer Ganzkörperdosis von einem rem die Entstehung von 100 Krebskrankungen mit tödlichem Ausgang, und zwar 20 Fällen von Leukämie und 80 Fällen von übrigen Krebskrankungen.

Bei einer angenommenen durchschnittlichen Überlebensrate von 50 Prozent werden dementsprechend 200 Krebsneuerkrankungen verursacht. Die ICRP geht dabei von einer mittleren Latenzzeit für Leukämie von zehn bis 13 Jahren und für Krebs von 25 Jahren aus. Da die Häufigkeit strahleninduzierter Krebsarten in etwa der Verteilung der Spontanraten entspricht, lassen sich durch Umrechnungen die Häufigkeit bestimmter einzelner Krebsarten bestimmen, angenommen die Strahlenbelastung ist gleichmäßig im ganzen Körper verteilt.

Mit Hilfe eines solchen Berechnungsmodells konnte zum Beispiel geschätzt werden, daß in den Jahren 1955 bis 1980 bei den insgesamt 220 000 Schilddrüsenpatienten West-Berlins durch den damals noch üblichen Radio-Jod-Test 420 zusätzliche tödliche Schilddrüsen-Carcinome induziert worden sind. Diese wären spontan nicht aufgetreten.

Auch wenn es Hinweise gibt, daß externe Strahlung schädlicher als inkorporierte ist, daß sich die errechneten Zahlen in dieser Höhe nicht bestätigen ließen, die Zahl von 420 Todesfällen in West-Berlin innerhalb von 25 Jahren also zu hoch gegriffen sein könnte, an der erschreckenden Einsicht, daß eine niedrige Strahlenbelastung durch ein diagnostisches Verfahren zu relevanten langfristigen Schäden eventuell mit Todesfolge geführt hat und auch noch führt, ändert sich grundsätzlich nichts. (Der Test ist übrigens wegen dieses hohen Risikos durch harmlose Alternativtests ersetzt worden.)

Es sind diese Risikoabschätzungen, die zur Grundlage der Beurteilung der gesundheitlichen Folgen der Reaktorkatastrophe in der Ukraine gemacht werden müssen. 100 Krebstote bei einem rem Belastung von einer Million Menschen, diese Berechnungsformel der eher konservativ einzustufenden internationalen Strahlenschutzkommission wird auch von dem zweiten internationalen Fachgremium, der UNSCEAR (United Nations Scientific Committee on the Effects of Atomic Radiation) akzeptiert und zur Grundlage jeglicher Risikoabschätzungen gemacht. Die Zahlen sind nicht umstritten, aber sie sind zur Zeit die entscheidenden international anerkannten Richtzahlen bei der gesundheitlichen Bewertung radioaktiver Exposition. Andere Zahlen kommen etwa aus der Universität London, dort haben Wissenschaftler errechnet, daß 800 Krebstote pro rem Belastung von einer Million Menschen verursacht wer-

Gesetzlich festgelegte Grenzwerte sind nichts anderes als staatlich sanktionierte Todesraten.

den. Die Hansford-Studie, in der die radioaktive Belastung der Arbeiter dieser ältesten und bekanntesten Plutonium-Fabrik in den USA ausgewertet wurde, kommt sogar zu einer Zahl von 1000 Krebstoten pro rem und einer Million Menschen.

Es ist letztlich nicht entscheidend, welche Zahlen die richtigen sind, da alle Berech-

Es fehlt ein Katalog von Maßnahmen, mit deren Hilfe die Spätschäden reduziert werden können.

bekanntgab. Die taz errechnete dagegen allein aus dem am 1. Mai in Darmstadt gemessenen Höchstwert von 166 Becquerel pro Kubikmeter durch Jod 131 eine Strahlenbelastung von 126 mrem für die Schilddrüse eines Erwachsenen, vorausgesetzt, er hat die südhessische Luft 24 Stunden eingeatmet und keine zusätzliche Milch getrunken. Für Kleinkinder und besonders für

nungsmodelle immer nur grobe Vereinfachungen für das individuelle Risiko eines einzelnen Menschen sind. Entscheidend ist jedoch, daß jede noch so geringe Strahlenbelastung zu einer Zunahme gesundheitlicher Schäden bei den betroffenen Menschen führt, sei es in Form von Krebs oder Leukämie, sei es in unspezifischen Schäden der Immunabwehr oder in Form vorzeitigen Alters. Auch die Belastung zukünftiger Generationen durch genetische Schäden oder der ungeborenen Kinder durch Mißbildungen gehören hierzu.

Über die Zahlen läßt sich streiten; sie für den jetzigen größten bisherigen Kraftwerksunfall zu bestimmen, ist die Zeit noch zu früh – es müßten erst sämtliche Daten bekannt sein oder zumindest in etwa abgeschätzt werden können. Ich habe keinen Zweifel daran, daß unter Berücksichtigung sämtlicher Verbreitungswegs der Strahlensuppe in Europa die zu erwartende Zahl der Todesopfer einige Tausend betragen wird. Man wird sie theoretisch erst in circa 30 Jahren genau benennen können. Nicht eingerechnet sind dabei die akuten Strahlenopfer im Umkreis des sowjetischen Kernkraftwerks Tschernobyl, die bereits gestorben sind oder in den nächsten Monaten, je nach Menge der verabreichten Strahlung, sterben werden.

Bei der Bewertung des gesundheitlichen Risikos der Bevölkerung unseres Landes nicht bewußt zwischen akuter und chronischer Gefährdung zu unterscheiden, kennzeichnet eine wesentliche Seite der katastrophalen Informationspolitik hiesiger amtlicher Stellen. Traurigerweise unterstützt von allzu vielen Wissenschaftlern, die es eigentlich besser wissen müßten, auch wenn sie sich auf gesetzlich festgelegte Grenzwerte berufen. Was sind Grenzwerte schon anderes als staatlich sanktionierte Todesraten.

Jens Scheer, Professor für Physik an der Universität Bremen, bringt es auf den Punkt, wenn er sagt: „Obwohl man mittlerweile weiß, daß jede Strahlenbelastung schädlich ist und auch die natürliche Strahlung einen Teil der ‚von selbst‘ auftretenden Krebsfälle, Mißbildungen und genetischen Schäden verursacht, werden die Grenzwerte nach Kostengesichtspunkten festgelegt. Man berechnet die Folgekosten durch Krankheits- und Todesfälle infolge geplanter radioaktiver Umweltbelastungen und verrechnet diese gegen die Kosten für die Zurückhaltung der strahlenden Gifstoffe.“

Es war die Internationale Strahlenschutzkommission (IRCP) selbst, die die eigentliche Begründung für die Höhe der Grenzwerte eingestanden: „Die Kommission ist der Ansicht, daß dieser Wert (Grenzwert von fünf rem pro Jahr Ganzkörperbelastung bei beruflich strahlenexponierten Personen) einen vernünftigen Spielraum für die Atomenergieprogramme der absehbaren Zukunft schafft. Es sollte hervorgehoben werden, daß dieser Wert möglicherweise wegen der Unsicherheiten in der Abschätzung der möglichen Schäden und der wahrscheinlichen Vorteile kein richtiges Gleichgewicht zwischen Schäden und Nutzen repräsentiert.“ □

Gesundheitspolitik in der Diskussion

Mit der Gentechnologie ist eine neue Qualität der Naturbeherrschung erreicht: der Mensch kann sein eigenes biologisches Schicksal manipulieren. Evolution wird planbar. In diesem Buch wird anhand bereits praktizierter Anwendungen und aktuellen Entwicklungstendenzen gezeigt, wie die neue Technik zu einem Instrument sozialer Auslese und Diskriminierung wird.

**FRIEDRICH HANSEN
REGINE KOLLEK**

GEN-TECHNOLOGIE

DIE NEUE SOZIALE WAFFE

Konkret Literatur Verlag
156 Seiten, 18 Mark

Ganzheitliche Medizin ist die neue Formel zur Lösung der Probleme im Gesundheitswesen, für Konservative, Alternative und Grüne gleichermaßen. Doch hinter den Zauberworten »Ganzheitlichkeit« und »Naturheilkunde« geraten die wirklichen, krankmachenden Lebensverhältnisse aus dem Blick. Renate Jäckle setzt sich kritisch mit Naturheilkunde und Ganzheitsmedizin auseinander, und entwickelt neue Ansätze für eine alternative Gesundheitspolitik.

RENATE JÄCKLE

GEGEN DEN MYTHOS
GANZHEITLICHE MEDIZIN

Konkret Literatur Verlag
184 Seiten, 18 Mark

Folgt man den Befürwortern, gibt es zu Krebsregistern keine Alternative. Krebsursachen sollen erforscht und Krebsgefahren beseitigt werden. Die Autoren gehen diesen Versprechungen nach und zeigen, daß Krebsregister die Öffentlichkeit auf Forschung vertrösten sollen, und daß zum anderen ist diese Forschung noch nicht einmal auf die Identifizierung krebserregender Stoffe gerichtet ist, sondern auf die Lebensweisen der Menschen und die Identifizierung von Risikogruppen.

**Angela von Elling
Michael Wunder**

Krebs Register
Erfassung als Politik

Konkret Literatur Verlag
244 Seiten, 20 Mark

KONKRET LITERATUR VERLAG
Osterstraße 124, 2000 Hamburg 20

Hoechst überflüssig

»Schnellmacher« gegen Hirnleistungstörungen

gst – Mit dem angeblichen Wundermittel Piracetam macht Hoechst gute Geschäfte – hier und in der Dritten Welt. Nachgewiesen ist seine Wirksamkeit nicht.

Einige Pharmahersteller, darunter Hoechst, bieten eine kleine, aber sehr lukrative Gruppe von Stoffen an, denen von den Herstellern die Fähigkeit zugeschrieben wird, Hirnleistungsstörungen im Alter zu bessern. Zu diesen Wirksubstanzen gehört auch das Piracetam, das von Hoechst mit großem Erfolg in der Bundesrepublik unter dem Namen Normabrain und im Ausland unter dem Handelsnamen Nootropil vermarktet wird.

Vom pharmakologischen Wirktyp her handelt es sich bei Piracetam schlicht um ein Psychostimulans, das in den Störwirkungen auch eine amphetaminartige Symptomatik enthüllt: Schlafstörungen, Erregung, Verfolgungswahn, Psychosen, sexuelle Erregung u.a.

In der Roten Liste, dem Arzneimittelverzeichnis des Deutschen Bundesverbandes der

Pharmazeutischen Industrie, werden diese Präparate zur »Behandlung« altersbedingter Leistungsstörungen unter der Rubrik »Psychopharmaka« geführt. Obwohl sie in der Bundesrepublik mit 7,5 Prozent nur einen relativ geringen Anteil an den Verordnungen aller Psychopharmaka haben, liegt ihr Umsatzanteil mit 18,5 Prozent (163,1 Millionen Mark) mehr als doppelt so hoch. Dabei erzielte alleine Piracetam 1984 einen Umsatz von 124 Millionen Mark.

In einem Kommentar dazu kann man lesen: »Die relativ hohen Kosten kontrastieren auffällig mit den geringen Erfolgen, die bei der Behandlung altersbedingter Hirnleistungsstörungen erreicht werden können.«

Kein Wunder also, daß der multinationale Hoechst-Konzern an diesem therapeutisch nutzlosen, aber gewinnträchtigen Präparat mitverdienen will. Dazu hat er vom belgischen Pharmaproduzenten UCB, der das Patent für Piracetam besitzt, die Lizenz für eine eigene Piracetam-Vermarktung in der Bundesrepublik gekauft. Während UCB sein eigenes Produkt auch bei uns unter dem Handelsnamen Nootrop vermarktet, hat sich die Hoechsttochter Cassella-Riedel für den suggestiven Namen Normabrain entschieden.

Gleichzeitig bot Hoechst der belgischen UCB sein gut ausgebautes Vertriebsnetz in der Dritten Welt an, um Piracetam unter dem Namen Nootropil auch in den Ländern zu verkaufen, in den UCB über keine eigenen Niederlassungen verfügt. So verdient der Hoechst-Konzern auch in der Dritten Welt an dem Geschäft mit einem fragwürdigen Produkt.

Mit bedenklichen Praktiken wurde überhaupt erst die Zulassung von Piracetam erreicht.

Die vom Bundesgesundheitsamt eingesetzte Aufarbeitungskommission B2 kam Anfang 1985 zu dem Ergebnis, daß in den bisherigen Studien eine therapeutische Wirksamkeit von Piracetam nicht nachgewiesen werden konnte. Insbesondere beklagten die Kommissionsmitglieder das geringe wissenschaftliche Niveau der Mehrzahl der klinischen Studien, mit denen der angebliche Nachweis für die Wirksamkeit von Piracetam angeblich erbracht werden sollte.

Plötzlich legte dann ein Mitglied der Redaktionskommission eine neue Studie vor, die er im Auftrag der Hersteller gegen teures Geld ausfertigen ließ und die natürlich positiv für das Präparat war.

Allerdings war auch die revidierte Beurteilung der Kommission nicht gerade ein Gütesiegel für Piracetam. Piracetam wird bei altersbedingten Hirnleistungsstörungen gegenüber Placebo (unwirksame Substanz) eine Besserung von 15 bis 20 Prozent zugestanden. Diese betrifft Einzelsymptome, die durch Psychostimulantien ungestört verändert werden. Es gibt aber keinerlei Hinweis, daß durch diese Präparate der Ablauf der Erkrankung überhaupt in irgendeiner Weise beeinflußt wird.

Die öffentliche Aufmerksamkeit, die die Kommissionsarbeit gefunden hatte, wurde von der UCB mit einer massiven und irreführenden Werbekampagne über mehrere Monate zu überspielen versucht.

Die Hemmschwelle zur bewußten Irreführung der Ärzte und der Öffentlichkeit ist in der Dritten Welt noch geringer als bei uns. Aus Lateinamerika kommt eine Nootropil-Werbung, die ausschließlich auf

Einzelsymptome als besondere Zielsymptome für die Anwendung von Piracetam abzielt: »Notropil aktiviert, schützt und stellt die Verstandesfunktion der Großhirnrinde wieder her; die Aufgewecktheit, die Wachheit, die Aufmerksamkeit, das vernünftige Verhalten, die Wahrnehmung, Verarbeitung und Integration der Information, die bewußte Kontrolle.«

Auch bei uns verteilte die Hoechst-Tochter Cassella-Riedel einen Werbeprospekt, in dem die unterstützende Behandlung von Legasthenikern mit Piracetam empfohlen wurde. Für diese Empfehlung bezog sich die Firma auf zwei Studien. Während die erste Studie wegen mangelnder Wissenschaftlichkeit keine Wirksamkeit nachweisen kann, wurde die zweite Studie ausschließlich an Erwachsenen durchgeführt. Es erübrigts sich wohl, darauf hinzuweisen, daß in dem Bericht der Aufbereitungskommission beim Bundesgesundheitsamt dieser Indikationsanspruch auch nicht auftaucht.

Was fällt der Hoechst AG zu den Kritikpunkten ein? Die Verteidigung in einem Artikel von Dr. Roepnack, in dem er sich mit der Kritik an der Pharmapolitik des Hauses Hoechst auseinandersetzt, fällt mehr als schwach aus: »In der Mehrzahl der Fälle versuchen die Kritiker, in ihrer Argumentation an das Gefühl zu appellieren, während die Logik gleichzeitig in bewährter Weise in die Irre geführt wird.« Es fällt schwer, sich des Eindrucks zu erwehren, daß Herr Roepnack hier die Werbestrategien der multinationalen Pharmakonzerne meint.

Er beruhigt sich und die pharmazeutische Industrie mit den Worten: »Der pharmazeutischen Industrie wird dabei nur die Rolle eines selbstvertretenen Opfers zugewiesen. Äußerst bedauerlich ist, daß viele ... dies nicht erkennen und dies sind leider meist junge Idealisten oder religiös motivierte Menschen, die wirklich hilfsbereit sind, nur sind sie zugleich oft zu gutgläubig.« Vielleicht steht den Hoechst-Managern noch ein Restposten ihres eigenen Wirkstoffes Nomifensin®, Rsyton®, Merital®, Alival® zur Verfügung. Immerhin hatten sie diese Produkte bis zum weltweiten Rückzug im Januar dieses Jahres (vgl. dg 3/86) bei der Ausdehnung der Indikationen in lateinamerikanischen Diktaturen gegen »politischen Stress« empfohlen. Und der steht ihnen wohl bevor. □



Noch knapp ein dreiviertel Jahr bis zur Bundestagswahl 1987: hör- und sichtbar hat gesundheitspolitische Programmatik wieder Konjunktur. FDP und Bundesärztekammer, SPD in mehrfachen Varianten und Grüne ebenfalls in Facetten, DGB mit seiner Strukturkommission, aber auch in anderen Vereinigungen und Verbänden spielt Gesundheitspolitik eine wichtige Rolle. Der bevorstehende Wahltermin ist dabei nur ein Grund für die Aktivitäten; ein anderer – wenn nicht wichtigerer – liegt in den immer offenkundiger werdenen Mängeln unseres Gesundheits-

wesen: Mangel und Überfluß, Gewinnexplosion bei den Pharmakonzernen und wachsende Zuzahlung der Versicherten, Steuerdefizite im ambulanten und Gerätbereich, Rolle der Selbsthilfegruppen, Unfähigkeit der offiziellen Medizin, neuen Entwicklungen und Bedürfnissen der Menschen nachzukommen.

dg eröffnet deshalb an dieser Stelle für die nächsten Monate die gesundheitspolitische Debatte: Dokumente gesundheitspolitischer Papiere von Parteien oder Verbänden werden mit persönlichen Beiträgen

engagierter Teilnehmer dieser Diskussion gemischt. Die Beiträge können, müssen aber nicht stets aufeinander Bezug nehmen.

Damit verfolgen wir natürlich kein uneigennütziges Ziel: wir wollen etwas Licht und Struktur in das Chaos der gesundheitspolitischen Diskussion bringen und sie aus dem engen Kreis nur weniger Experten herausholen. Beiträge unserer Leser erhoffen wir. Sie werden an gleicher Stelle oder als Leserbrief abgedruckt werden.

Matthias Albrecht

Grüne Gesundheitspolitik – Alte Wege oder eine neue Perspektive?

Michael Wunder, Mitglied der Grün-Alternativen Liste in Hamburg und der Bundesarbeitsgemeinschaft Gesundheit und Soziales, zum gesundheitspolitischen Teil des Umbau-Programms der Grünen.

I. Alle Bereiche der Umwelt-, Sozial und Gesundheitspolitik werden derzeit von einem immer schärfer werdenden Kosten-Nutzen-Rechnungen durchdrungen. Dies zeigt sich im Sozialbereich zum Beispiel an der Festlegung von Sozialhilfesätzen unterhalb der Armutsgrenze; in der Umweltpolitik an den Nichtverboten von krebszeugenden Arbeitsstoffen und der Festlegung risikoreicher Grenzwerte für solche Stoffe; in der Gesundheitspolitik an der Schlechterstellung »teurer Patienten« durch das neue Pflegesatzrecht oder den im Rahmen der Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung drohenden Ausschuß solcher Patienten aus der Versicherung.

Dabei gibt es durchaus ein Wissen über die Folgen einer solchen Politik. Man kann berechnen, wie hoch die Opferrate ist, die die Verzögerung eines Substitutionsprogramms eines krebsauslösenden Stoffes, wie Asbest, nach sich zieht. Die Grenzwerte für krebsauslösende Arbeitsstoffe, die so genannten technischen Richtkonzentrationen, sind politische Werte, die anzeigen, welche Rate an Opfern gesellschaftlich für akzeptabel gehalten wird. Der Krebstod wird »gesetzlich einkalkuliert« (Pott/Dolgener, 1980, S. 393).

Und es gibt längst ein Wissen darüber, daß Mittelbeschränkungen im Gesundheits- und Sozialwesen das Todesrisiko von Mitgliedern der Gesellschaft erhöhen. (Krämer, 1982, S. 155) Ein zynisches Denken macht sich breit: wachsende Op-

ferzahlen werden in Kauf genommen, ja, sie werden bewußt in die Planungen dieses Systems miteinbezogen.

Die Finanzkrise im Gesundheitswesen, die bei näherem Hinsehen eine Finanzkrise der Gesetzlichen Krankenversicherung ist und die den Hintergrund des verschärften Kosten-Nutzen-Rechnens im Gesundheitswesen abgibt, ist politisch bewußt herbeigeführt. Unter dem SPD-Arbeitsminister Ehrenburg wurde 1977/78 damit angefangen, Soziallasten, für die bisher der Staat zuständig war, in großem Stil auf die Gesetzliche Krankenkasse zu verlagern. Die Kürzungen des (gesetzlich verankerten) Bundeszuschusses an die Rentenversicherung gehen seitdem einher mit den Kürzungen der Zahlungen der Rentenversicherung an die Gesetzlichen Krankenversicherungen zur Abdeckung der Krankenversicherung der Rentner. Die durch diese Transaktion im Staatshaushalt freigesetzten Mittel dienen der »Haushaltssanierung«, sprich: sie fließen in die Wirtschaftsförderung, die Industrieforschung, die Ausrüstung.

Warum der Staat bei diesem »deal« den Umweg über die Krankenversicherung der Rentner ging und nicht beispielsweise direkt an den Rentenkürzte, kann nur so erklärt werden: Die Rentenversicherung ist als System des direkten Geldtransfers für Kürzungen nur bedingt nutzbar. Aus wahlaktischen Gründen und aus Gründen des gesellschaftlichen Konsenses über die Rentengarantie sind hier zumindest Grenzen gegeben. Anders verhält es sich mit dem Gesundheitswesen. Es bietet in seiner Unübersichtlichkeit eine Fülle von Einspar- und Rationalisierungsmöglichkeiten, die schwerer durchschaubar sind und unter Umständen bei entsprechender Propaganda auch auf die Zustimmung breiterer Kreise stoßen.

Eingebettet in die Propaganda von der (angeblichen) »Kostenexplosion« und der »Kostendämpfung« hat seither eine durchdringende Suche nach »Rationalisierungsreserven« im Gesundheitswe-

sen eingesetzt, nach Möglichkeiten der Mittelbegrenzung und der Verbilligung. Wer aber Kosten begrenzt und Mittel in einem sozialen System entzieht, wer Risiken damit planvoll erhöht, der muß auch Methoden entwickeln, die Streuung der Risiken systemkonform zu steuern, der muß eine Antwort geben, wen es treffen soll und wen nicht. Eine neue Bestimmung des »Wertes des Menschen« steht auf der Tagesordnung.

Als Begleitmusikertönen wieder die alten Theorien von der Ungleichheit der Menschen. Es gibt eine neue Welle von Erblichkeitsforschungen im Behindertenbereich. Es gibt die neue »Hochbegabtenforschung«. Zu erwähnen ist an die Hetze gegen die Alten in Gestalt der »Alterslastquote«, die die Finanzkrise der Rentenversicherung angeblich verursacht habe. Und in den Ärztezeitungen wird seit geraumer Zeit immer wieder herausgestellt, daß das letzte Lebensjahr das teuerste in der medizinischen Versorgung sei. Unparteiische Statistik? Der »Gesundheitsökonom« Professor Münnich versteigerte sich auf einer Podiumsdiskussion im März 1986 in München zu einer Warnung vor allzu viel Prävention, da »jede Verlängerung des Lebens nur zu einer Verteuerung des Gesundheitswesens führt« (vgl. Ärzte-Zeitung vom 5.3.1986)

Es gibt im Gesundheitswesen eine Fülle von Belegen, wie weit die Abwertung und Ausgrenzung von Alten, chronisch Kranken, psychisch Kranken, Unangepaßten, sprich all derjenigen Patienten, bei denen die Kosten-Nutzungen-Rechnung »unausgewogen« ist, ideologisch wie administrativ schon Fuß gefaßt hat.

Zu nennen ist die neue Bundespflegesatzverordnung, die die im Krankenhausfinanzierungsgesetz eingeführten Gewinn- und Verlustmöglichkeiten im Krankenhaus praktisch ermöglicht. Zu diesem Zweck können beispielsweise die Pflegesätze besonderer Patientengruppen, wie Langzeitpatienten, chronisch Kranken, psychisch Kranken usw. aus dem allgemeinen Pflegesatz ausgegliedert werden. Neue »Halbierungs-Pflegesätze, Billig-

die debatte

versorgungen und die Schaffung neuer trostloser Ghettos sind damit vorprogrammiert. Weitergehendes Ziel ist eine Pflegesatzform, die gepaart mit einer rechnergestützten Patientendokumentation dem jeweiligen behandelnden Arzt auf der Station anzeigt, wann ein Patient bei fortlaufender Behandlung vom Gewinnbereich in den Verlustbereich übergeht. Die Kosten-Nutzen-Durchrechnungen und die Bestimmung des »Wertes der Menschen« sollen bis in den letzten Winkel des Krankenhauses herunterdekliniert werden.

Zu nennen ist desweiteren die Diskussion um die Strukturreform der Krankenversicherung. Hier überschlagen sich in letzter Zeit förmlich die Einsparungsvorschläge und geben ihre tatsächliche Hinterfront preis: den rabiaten Zugriff auf den einzelnen zu schwachen, zu kranken, zu teuren, zu unproduktiven Patienten. Die »Selbstverschuldungstheorie« haben zu einem boom von Bonus-Malus-Vorschlägen geführt: Prämien für Freizeitsportler, für junge Fitte, für Nicht-Inanspruchnahme der Versicherung, höhere Beiträge für Raucher, für Alte, für häufigere Inanspruchnahme. Gefordert wird auch, diejenigen Personen aus der gesetzlichen Krankenkasse auszugliedern, die »einen nicht versicherbaren Zustand« in die Krankenkassen einbringen und eine »Zumutung für die Solidargemeinschaft« darstellen (vgl. Beske, 1985).

Hier liegt die eigentliche Gefahr der derzeitigen Entwicklung in der Gesundheits- und Sozialpolitik: die Wiederherstellung von Gesundheit muß sich lohnen! Hinter dem Gerede von der Selbstverantwortung und der Selbsthilfe ist längst ein Instrumentarium verschärfter Ausgrenzung und Selektion entstanden. Ein neues Spaltungskonzept der Gesellschaft ist sichtbar, eine weitere Aushöhlung von Grund- und Menschenrechten steht an, gegen die unser entschiedener Widerstand notwendig ist.

II. Grüne Gesundheitsprogramme nehmen sich angesichts der gefährlichen Entwicklung im Gesundheitsbereich nicht nur meist recht dürfsig aus – sie rangieren meist auf den letzten Seiten unter »ferner ließen« – sondern bleiben auch inhaltlich bedenklich, so daß erhebliche Bedenken auftaufen sind, ob sie das Thema Gesundheit mit einer kritischen Perspektive verbinden und aufgreifen.

Zu unterscheiden sind dabei grob zwei Ansätze: – der Bezug auf ein »ökologisches Paradigma«, das der herrschenden reduktionistischen Medizin als »ganzheitlicher Ansatz« entgegen gestellt wird, und
– die pragmatisch orientierte Abhandlung des Themas unter Kriterien wie Uneffektivität und Verschwendug mit dem Ziel eines »ökologischen Umbaus«.

Die Frage ist, inwieweit sich beide Ansätze nicht trotz verschiedener Ausgangspunkte in gefährlicher Affinität zur herrschenden Gesundheits- und Sozialpolitik befinden.

Die Denkfiguren des ersten Ansatzes seien kurz an Hand des alten Bundesprogramms der GRÜNEN von 1982 skizziert, in dem der Teil Gesundheit auf zwei der letzten Seiten abgehandelt wird. Das Programm wurde zwar als Überarbeitungswürdig vom Bundeshauptausschuß eingestuft¹, im wesentlichen bestimmen die hier vorhandenen Denkfiguren die Diskussionen zur Gesundheitspolitik innerhalb der GRÜNEN.

Ausgangspunkt der Programmaussage ist die aufzählende Beschreibung der verschiedenen krankmachenden Umstände in unserer Gesellschaft: menschenfeindliche Technik, Störung des ökologischen Gleichgewichts, Umweltvergiftung, Stress, Entfremdung usw. Die Denkfigur, die dahinter steht, lautet: alle Menschen sind von der ökologischen Katastrophe gleich betroffen, Ausführungen darüber, daß die Krankheitsrisiken und

die Wahrscheinlichkeiten, an bestimmten Krankheiten zu sterben, in unserer Gesellschaft höchst unterschiedlich verteilt sind, fehlen schlichtweg. Die Zusammenhänge zwischen Armut und Krankheit oder zwischen Arbeit und Krankheit sind ausgebündet.

Es folgt eine Beschreibung der modernen Medizin, die seelenlos ist, den Menschen nur »fit« machen soll, ohne ihn wirklich zu verstehen, die hilflos bei den meisten Zivilisationskrankheiten ist und den Menschen zum Objekt degradiert. Bei dieser von den Phänomenen her zweifellos richtigen Beschreibung bleibt es aber auch. Bei der Frage, warum die moderne Medizin so ist und welche Interessen dahinter stehen, kommt es nur zu folgendem lapidaren Satz: »Die Kräfte, die unsere Gesundheit und eine gesunde Umwelt zerstören, sind die gleichen, die das gegenwärtige wirtschaftliche System antreiben. (Bundesprogramm, S.44)

Ob es nun das Böse in uns ist, oder etwas Böses außerhalb, was diese Kräfte antreibt, bleibt offen. Ich will nun nicht darauf hinaus, daß für meinen Geschmack das Wort Kapitalismus hier erscheinen müßte und dann schon alles klar wäre. Es erscheint mir nur als typisch und als folgeschwer, daß eine genauere Nachfrage und Analyse über »die Kräfte«, die »unsere Gesundheit und eine gesunde Umwelt zerstören«, unterbleiben. Damit wird jeder klare Blick dafür vermieden, wer die Opfer der herrschenden Gesundheits- und Sozialpolitik sind und auf wen sich eine neue, andere Politik in diesen Bereichen stützen müßte. Als Alternative zur hochtechnisierten, organorientierten, modernen Medizin wird eine »ökologische Medizin« angesehen, die als »ganzheitliche Medizin« erklärt wird, womit wir beim zweiten, überaus populären Denkmuster Grüner Gesundheitspolitik angelangt sind.

Was eine ökologische, ganzheitliche Medizin ist, wird nur fragmentarisch benannt und bleibt weitgehend im wohligen Dunkel. Der Mensch soll im Mittelpunkt stehen, seine Abwehrkräfte sollen gefördert werden, nicht nur einzelne Organe sollen behandelt werden usw. Ähnlich unpräzise und vieldeutig wird das »ökologische Paradigma« und damit die ganzheitliche Orientierung auch in sehr viel ausführlicheren Texten aus dem Umkreis der Grünen erklärt. In der Broschüre »Gesundsein 2000«, die von einer Expertengruppe im Auftrag der Grünen Bundestagsfraktion erarbeitet wurde und häufig für das gesundheitspolitische Programm der Grünen gehalten wird, heißt es beispielweise: »... im Zentrum des ökologischen Paradigmas steht eine neue Sicht der Verhältnisse von Teil und Ganzem: einzelne Phänomene sollen in ihrem gesamten Kontext gedacht werden, dem sie angehören, um damit der Komplexität und Verschiedenheit individueller Lebenserfahrung gerecht zu werden. (Fuss et al., 1984, S.22)

Es lohnt sich, an dieser Stelle etwas zu verweilen und den sowohl im alten Bundesprogramm wie in der Expertenarbeit »Gesundsein 2000« doch sehr unbefriedigend bleibenden und wenig erhellenen Ausführungen zur ganzheitlichen Medizin nachzuspüren.

Assoziativ klingt in dem Begriff der »ganzheitlichen Medizin« eine Kritik gegen die soziale Erinnerungslosigkeit der herrschenden Medizin an, gegen ihre Tendenz, den Menschen von seinem gesellschaftlichen, sozialen und historischen Hintergrund abzutrennen. In dieser Ausrichtung auf eine qualitative Kritik, die vergessenen Aspekte von Krankheit und Gesundheit miteinzubeziehen, wurde der Begriff in der neueren alternativen Gesundheitsdebatte, beispielsweise auf den Gesundheitstag 1980 in Berlin und 1981 in Hamburg, eingeführt. Diese kritische Dimension verliert der Begriff aber zunehmend, wie ein Blick in die dazu boomende Literatur zeigt.²

Helmut Milz beispielsweise kommt in seinem bei

Grünen wie Alternativen vielbeachteten Buch »Ganzheitliche Medizin. Neue Wege zur Gesundheit« schnell und unumwunden auf die Zusammenhänge ganzheitlich orientierter Körpererfahrung, Selbsthilfe, Verhaltensänderung und möglichen Einsparungen im Gesundheitswesen zu sprechen. Es heißt da unter anderem: »Aus verschiedenen Untersuchungen wissen wir, daß ein großer Teil der Erkrankungen, derentwegen die Patienten heute die Arztpraxen und Kliniken aufsuchen, bei einer besseren allgemeinen Aufklärung vielfach ohne ärztliche Hilfe behandelt werden kann. Medizinische Aufklärung und Ausbau der Selbsthilfegruppen sind dringend notwendig, wenn wir die Kostenexplosion im Gesundheitswesen aufhalten wollen...« (Milz, 1985, S.34) Hier werden beim Beschriften angeblich »Neuer Wege zur Gesundheit« die seit Jahren von den Selbsthilfegruppen seit Jahren bekämpften Bestrebungen, sie zu Einsparungen zu mißbrauchen und sie damit auch inhaltlich zu verändern, über den Haufen geredet. Weiter unten kommt der Autor zum Kern seines Anliegens, zur Veränderung des eigenen Verhaltens. »Die Veränderung der persönlichen Verhaltensweisen und des Lebensstils können aber nicht in den Laboratorien erforscht werden. Die Weltgesundheitsorganisation wird in den nächsten Jahren den Schwerpunkt ihrer Gesundheitspolitik auf diese Aspekte legen. Auch die gesundheitspolitischen Programme der Ökologen und Grünen verweisen auf diese Notwendigkeit.« (Milz, 1985, S.35)

Wie wahr! Im alten Bundesprogramm wird denn auch nach der kurzen Erwähnung der anzustrebenden »ganzheitlichen Medizin« der Blick ausgiebig auf den Einzelnen gerichtet, auf seine Selbstverantwortlichkeit, seine Gesundheitserziehung, seine Verhaltensweisen.

Gefordert wird eine »Gesundheitsvorsorge durch gezielte Aufklärung des Einzelnen, der durch verbesserte Kenntnisse und durch konsequente Hilfe zur Selbsthilfe für seine Gesundheit verantwortlich werden kann. (Bundesprogramm, S.44)

Als wichtigster Umweltfaktor wird die Ernährung genannt. »Die Ernährung«, heißt es wörtlich, »soll nicht zu Übergewicht führen. Statt Feinmehl und Zucker wird natürliches Gemüse und Vollkornbrot gefordert. Propagiert wird genügend körperliche Betätigung, die Förderung des Breitensports und ein Biologieunterricht, in dem Gesundheitserziehung breiten Raum hat.

Die Detaillhaftigkeit solcher Ausführungen in dem Bundesprogramm einer Partei kann nur vor dem Hintergrund der dritten Denkfigur bisheriger Grüner Gesundheitsprogramme verstanden werden: wenn wir schon nicht die Gesellschaft verändern können, müssen wir eben den Einzelnen ändern.

Zu einem vergleichbaren Schluß kommen auch die Autoren der schon erwähnten Broschüre »Gesundsein 2000«, die ihre Gedanken sicherlich nicht mit so heißer Nadel schreiben mußten, wie die Autoren des alten Bundesprogramms und insofern in ihren rigorosen Sozialhygienevorstellungen noch ernster zu nehmen sind. Es heißt da: »Eine ökologische Neuordnung als Voraussetzung jeder tiefgreifenden Gesundheitspolitik, die von innen her Bestand haben will, bedarf einer grundlegenden Neuordnung der menschlichen Beziehungen.« (Fuss et al., 1984, S.22)

Nicht etwa der gesellschaftlichen Verhältnisse »Dahinter steckt ein individualpsychologisches Konzept, das einsinnig auf die Gesellschaft übertragen wird. Die gesellschaftlichen Verhältnisse und die Notwendigkeit ihrer Veränderung bleiben diesem Ansatz unerkennbar. Die Dialektik individueller und gesellschaftlicher Entwicklungen kommt in diesem Denken nicht vor.«

Der gesundheitspolitische Ansatz innerhalb der Grünen, der sich auf das »ökologische Paradigma« bezieht, die Auswirkungen der ökologischen Katastrophe klassenneutral sieht, die mo-

Liebe Mitbürgerinnen und Mitbürger,

das Ausmaß von Hunger und Krankheit in der Dritten Welt ist durch die Katastrophenmeldungen der letzten Jahre vielen Menschen wieder bewußt geworden - Hintergründe sind allerdings kaum deutlich geworden. Die Bundesbürger wurden zur Hilfe für die Dritte Welt und zu Spenden aufgerufen. Über den negativen Beitrag bundesdeutscher Konzerne, die mit ihrer Vermarktungspolitik die Gesundheit der Menschen in der Dritten Welt auch ohne 'Katastrophe' gefährden, ist hingegen wenig bekannt.

Pharmaschrott für die Dritte Welt

Bundesdeutsche Pharmakonzernle vermarkten in der Dritten Welt gefährliche, überflüssige und sogar bei uns verbotene Medikamente und schaden damit der Gesundheit der Armen in der Dritten Welt. Der größte dieser Konzernle ist die Firma Hoechst, mit deren Pharmapolitik sich die BUKO Pharma-Kampagne - ein Zusammenschluß von Dritte Welt Gruppen - in einer bundesweiten Aktion auseinandersetzt.

Hoechst vermarktet in Entwicklungsländern bei uns nicht zugelassene, gefährliche und überflüssige Medikamente, verschweigt Nebenwirkungen und Risiken und dichtet seinen Mitteln neue Anwendungsgebiete an.

Überflüssige alkoholhaltige 'Stärkungssäfte' wie z.B. RECREAL und VITAHEXT werden in Afrika mit Muskelmännern auf der Packung und in Indien in 'Likörlässchen' an die Armen losgeschlagen. Solche Tonics bedeuten oft, daß Menschen ihr letztes Geld oder sogar Lebensmittel für solchen Pharmaschrott versetzen.

Das blutzuckersenkende Medikament DIPAR wurde 1978 wegen tödlicher Nebenwirkungen bei uns verboten. Die Firma mußte damals 21 Todesfälle nach der Einnahme von DIPAR in der Bundesrepublik bekanntgeben. Trotzdem verkauft Hoechst heute noch denselben Wirkstoff im Komblutinspräparat DAGPAR an Zuckerkrankie in Mexiko, Griechenland und Italien.

Während das Verdauungspräparat VITAFESTAL in der Bundesrepublik nur gegen Verdauungsstörungen helfen soll, verkauft Hoechst das Medikament in Entwicklungsländern bei Überanstrengung, Schwangerschaft und Stillzeit. Eine Veränderung dieser absolut widersprüchlichen Anwendungsgebiete sagte Hoechst erst zu, nachdem Dritte Welt Gruppen gegen diese verantwortungslose Praxis protestiert hatten.

Diese Beispiele sind nur die Spitze eines Eisberges:
Helfen Sie mit, diese unverantwortliche Vermarktungspolitik der Hoechst AG zu verändern.

- Schreiben Sie an den Vorstand der Hoechst AG, drücken Sie Ihren Protest aus. Sie können dafür einfach die anhängende Postkarte benutzen.
- Weitere Informationen können Sie mit dieser Karte bei der BUKO Pharma-Kampagne anfordern. Bitte tellen Sie uns mit, wenn Sie an die Hoechst AG geschrieben haben.

Wir danken für Ihre Unterstützung
Ihre BUKO Pharma-Kampagne

Absender

60
Pfennig

Postkarte

- Ich habe an die Hoechst AG geschrieben.
- Ich unterstütze Ihre Forderungen.
- Ich bin weiter am Thema "Medikamente und Dritte Welt" interessiert und bitte um Zusendung von Informationsmaterial
- Ich bitte um Zusendung weiterer Protest-Postkarten
- _____

BUKO Pharma-Kampagne
Dritte Welt Haus
August-Bebel-Str. 62
4800 Bielefeld 1

Absender

60
Pfennig

Postkarte

An den
Vorstand der Hoechst AG

6230 Frankfurt/Main 80

O
X

....., den

Betr.: Verkauf überflüssiger und gefährlicher Medikamente

Sehr geehrte Herren,

Im Rahmen der Aktion "Hoechst auf dem Prüfstand" habe ich mit Entsetzen Kenntnis über skandalöse Werbemethoden und gesundheitsgefährdende Medikamente der Hoechst AG erhalten. Insbesondere verurteile ich die Bewerbung von teuren und unsinnigen alkoholhaltigen 'Stärkungssäften', die unverantwortliche Ausweitung von Anwendungsgebieten und den Weiterverkauf von Medikamenten trotz bereits bekannter erheblicher Risiken, wie z.B. NOVALGIN, GLIFANAN, DAOPAR u.a.

Ich unterstütze die Forderungen der BUKO Pharma-Kampagne und fordere Sie daher auf, diese Mißstände umgehend zu beseitigen und werde anderenfalls in Zukunft auf Produkte der Firma Hoechst verzichten.

Mit freundlichen Grüßen

.....

(Unterschrift)

die debatte

derne Medizin nur oberflächlich in Form einer diffusen Technikkritik kritisiert und ihr einen unpräzisen, weitinterpretablen Ganzheitsansatz entgegenstellt, landet beim einzelnen Menschen, seiner Selbstverantwortlichkeit, seinem Verhalten und seinen Beziehungen, die zu ändern wären.

Damit ist das »ökologische Paradigma« dort, wo auch Ehrenberg und heute Blüm ansetzen wollen: der Einzelne soll sich seiner Verantwortung bewußt sein, er soll sich anpassen an die verschlechterten Umwelt- und Arbeitsbedingungen. Gesucht wird nach den richtigen Lebensweisen, den »Überlebensweisen« in diesem System, das selbst nicht mehr verändert werden soll und angeblich kann.

Der zweite Ansatz bisheriger Grüner Gesundheitsprogrammatik soll anhand des Programmwurfs »Umbau der Industriegesellschaft«³⁾ vom Februar 1986 kurz erläutert werden. Der Gesundheitsbereich wird in diesem »Programm zur Überwindung von Erwerbslosigkeit, Armut und Umweltzerstörung« unter den Stichworten Uneffektivität und Verschwendug abgehendelt. »Unser Gesundheitssystem arbeitet nicht nur ineffektiv und zum Teil entwürdigend, sondern auch verschwenderisch. Obgleich die Bundesrepublik bei den Ausgaben für medizinische Versorgung an der Spitze der Industrieländer liegt, ist hier die Lebenserwartung geringer, die Säuglingssterblichkeit höher. Das durch die Gesetzliche Krankenkasse finanzierte Gesundheitswesen hat sich zu einem Selbstbedienungsladen für einen profiträchtigen medizinisch-industriellen Komplex entwickelt, in dem die ständigen Interessen von niedergelassenen Ärzten und Zahnärzten auf das Beste mit den Geschäftsinteressen von Pharma- und Medizingeräteindustrie harmonieren.« (Umbau-Programm, S.83)

So eingängig diese »Problemkizze« auf den ersten Blick erscheinen mag, so zweischneidig und problematisch ist sie:

Zum einen sind Größen wie die Lebenserwartung nur sehr ungenügende Indikatoren für die Güte eines Gesundheitssystems. Die Eindämmung von Volkskrankheiten oder die Erhöhung der Lebenserwartung sind immer in erster Linie Folge sozialer Errungenschaften, Bekämpfung der Armut, Verbesserung der allgemeinen Lebens- und Arbeitsbedingungen gewesen. Aber nicht nur von der Erkenntnis, daß das Gesundheitswesen in dieser Frage schon immer recht erfolglos und uneffektiv war, wird damit abgelehnt, auch die tatsächliche Effektivität des bestehenden Gesundheitswesens wird ausgeblendet. Dem derzeitigen Gesundheitswesen gelingt es immerhin, Krankheit so gewinnbringend zu vermarkten, daß die Gesundheitsbranche mit über 200 Millarden DM Jahresumsatz zu den Wachstumsbranchen gehört. Das liegt in der derzeitigen gesamtwirtschaftlichen Situation schwerer als einige kontraproduktive Kosten, auf die sich linke wie rechte Uneffektivitätsbeweise meist stützen, – Kosten im übrigen, die auch die staatliche Suche nach Rationalisierungsreserven im Gesundheitswesen längst im Visier hat, wie die neuesten Anstrengungen, die Arzneimittelpreise über die Preisvergleichslisten der Konzertierten Aktion abzusenken, zeigen.

Zum anderen wird mit dem Wort »Verschwendug« natürlich ein Feld betreten, was vielfältig vorbeackert ist.

Die Suche nach Einsparpotentialen und Verbilligungsmöglichkeiten im Gesundheitswesen wird seit Jehler von einer Propaganda begleitet, die von »Anspruchsdenken«, von »inflationärem Gebrauchsdenken« und von »Verschwendug« spricht. Bei Untermehrungen gegen Verschwendug schwingt immer mit, daß etwas in Ordnung gebracht werden soll, was aus den Fugen geraten ist, und daß man Einhalt gebieten will, weil: was zu viel ist, ist zu viel.

Natürlich kommt das Grüne »Umbauprogramm« zu teilweise anderen Einsparungsvorschlägen als

die Bundesregierung, 17 Milliarden sollen durch die Begrenzung der Arzteinommen (auf 120.000 Mark im Jahr) und durch die Reduzierung der Pharmawerbung, der Pharmaberater, der Vielzahl der Medikamente und durch allgemeine Preissenkung der Pharmaka auf das Niveau des europäischen Marktes im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherungen eingespart werden.

Ein kleiner Teil des Geldes, nämlich 1,7 Milliarden Mark soll im Gesundheitswesen verbleiben und dort für eine bessere Personalausstattung in den Krankenhäusern verwendet werden. Der größere Teil des Geldes soll – nicht unähnlich manchen Regierungsvorschlägen – außerhalb der bisherigen Aufgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung verwendet werden; nämlich zur Finanzierung der ambulaten Pflege.

Nur nebenbei sei angemerkt, daß dieser Finanzierungsvorschlag für die ambulante Pflege in eklatantem Widerspruch zum Entwurf für ein Bundespflegegesetz der Grünen steht, in dem die Finanzierung aus Steuermitteln gefordert wird.

Wesentlicher hier ist aber, daß das alternative Einsparprogramm für das Gesundheitswesen wie alle Sparprogramme endet: die Strukturen des Gesundheitswesens werden nicht wesentlich angeastattet. Es verhält sich eher wie bei der Kuh, die alle melken wollen und an deren Erhalt auch alle gleichermaßen interessiert sein müssen. Zwar werden einige Reformforderungen im Umbauprogramm erhoben, wie der Aufbau von Gesundheitszentren und Ambulatorien, die Verbesserung des Arbeitsschutzes oder die Vereinheitlichung der Rehabilitationsträger. Solche Forderungen bleiben aber zusammengehakt und marginal. Forderungen zu einer grundsätzlichen, qualitativen Veränderung der Entscheidungsstrukturen, zum Einklagen von Grund- und Menschenrechten, die im Gesundheitswesen ständig verletzt werden, unterbleiben. Die Effektivität und Stabilisierung, die das bestehende Gesundheitswesen für das herrschende System darstellt, wird verkannt. Statt Widerstand und Destabilisierung zu organisieren, wird ein Aderlaß gefordert, der den status quo nicht erschüttert.

III. Grüne Gesundheitspolitik, die eine gesellschaftskritische Perspektive aufbauen will und nicht in Individualkonzepte privater Verhaltensänderungen oder in alternative Spar- und Effektivierungskonzepten landen will, sollte von folgenden Grundgedanken ausgehen:

1. Gesundheit als politische Kategorie, als Ziel politischer Kämpfe um eine gesellschaftliche Veränderung, ist höchst problematisch. Leben und kämpfen wir, um gesund zu sein, oder wollen wir gesund sein, um zu leben? Gesundheit ist aber in der bestehenden Gesellschaft vor dem Hintergrund der zunehmenden Umweltvergiftung, der Verschärfung der krankmachenden Faktoren in der Arbeitswelt und der zunehmenden Schädigungen, die vom Gesundheitswesen selbst ausgehen, zu einem Wert an sich geworden, ja zu einem Fetisch. Besetzt ist dieses Wunschziel »Gesundheit«, was laut Umfrage des Bielefelder Ernst-Instituts für 1986 sogar an die erste Stelle bundesdeutscher Wünsche vor Frieden und Freiheit gerückt ist (Frankfurter Rundschau vom 2. 1. 86), mit dem engen Begriff des funktionierenden Organismus der herrschenden Medizin und der Orientierung an den Leistungsnormen dieser Gesellschaft. Dagegen muß sich ein von den Grünen verwendeter Gesundheitsbegriff bewußt abgrenzen. Gesundheit ist nach einer älteren Definition der Weltgesundheitsorganisation der Zustand des völligen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens. Bei aller Skepsis gegenüber maximalen Definitionen, hat diese jedoch den Vorteil, den einzelnen Menschen mit seinem Empfinden als Subjekt in den Mittelpunkt zu stellen und den Begriff gleichzeitig so weit zu fassen, daß er in der Idee eine soziale Utopie beinhaltet. In dem der Begriff Gesundheit bewußt in die Nähe von „selbst-

bestimmtem Leben“ gerückt wird, wird ihm seine leistungsbezogene, organistische Auslegung ebenso genommen wie seine normierende und stabilisierende Funktion, zwischen gesund und krank im Sinne von normal und nicht normal zu unterscheiden.

2. Die Bedingungen für Gesundheit in diesem Sinne sind in der Bundesrepublik höchst ungleich verteilt. Das Risiko zum Beispiel an einem Herz-Kreislauf-Leiden oder an Krebs zu erkranken, ist in den unteren Sozialschichten um ein Vielfaches höher als in den oberen. Ebenso ist die Bedrohung durch die zunehmende Umweltvergiftung, durch die krankmachenden Faktoren in der Arbeitswelt oder durch Arbeitslosigkeit schichtspezifisch verteilt. Die Bedrohungen durch Ausgliederung, Billigbehandlung, vermutlich auch die Schädigungen durch das Gesundheitswesen selbst, treffen vor allem Alte, chronisch Kranke, psychisch Kranke, also Menschen, die in den meisten Fällen auch den unteren Sozialschichten angehören oder durch ihre Erkrankung dahin abgedrängt werden.

3. Bessere Bedingungen für Gesundheit müssen erkämpft werden gegen ein Machtkartell von Pharma- und Medizingeräteindustrie und organisierte Ärzteschaft. Kleinere Veränderungen lassen sich zwar im bestehenden System durch Änderung des Nutzerverhaltens erreichen, wie die teilweise Integration sanfter Geburtsmethoden in die offizielle Geburtshilfe zeigt oder auch die wachsende Aufnahme alternativer Heilmethoden in die Praxis der Allgemeinmediziner. Der Markt, der für die Anbieter enger wird, spielt hier eine wesentliche Rolle und macht eben auch mal den Kunden, sofern er bereit ist, Kunde zu bleiben, zum König. Wesentliche Veränderungen wie die Einhaltung von Grund- und Menschenrechten im Gesundheitswesen oder demokratische Entscheidungsstrukturen sind so nicht erreichbar. Auch kleinere Schritte dahin können nur erkämpft werden, wenn eine große Öffentlichkeit hergestellt werden kann, wenn es gelingt, die üblichen Legitimationsmuster zu zerstören und eine breite Front von Bündnispartnern herzustellen. Ein Beispiel hierfür ist der bundesweit publizierte Skandal um den Hamburger Orthopäden Bernbeck⁴⁾, der eine neue Diskussion um das Patientenrecht, um eine Änderung der ärztlichen Berufsordnung und um die Einrichtung von Beschwerdestellen ausgelöst hat. Allerdings – das muß hinzugefügt werden – ist selbst hier, trotz bretester Öffentlichkeit noch keine entscheidende Veränderung durchgesetzt worden. Der anfänglichen Leugnung ist jetzt das Herunterspielen zu einem Einzelfall gefolgt. Immerhin sind aber die üblichen Legitimationsmuster der Krankenhaussträger und der organisierten Ärzte reichlich ins Schwanken geraten, so daß zumindest Bewegung in diesem ansonsten verkrusteten System entstanden ist.

4. Die herrschende Gesundheitspolitik, die in ihrer Hauptrichtung eine Ökonomisierungspolitik ist, wird hauptsächlich da durchgesetzt, wo dies ohne Legitimationsverlust geschehen kann. Das Gerede davon, daß eine optimale Versorgung für alle schon lange nicht mehr finanziert sei, der einzelne sein »Anspruchsdenken« aufgeben sollte, und daß Krankheit allein eine Frage individuellen Verhaltens und damit individueller Schuld sei, ist Propaganda. Sie soll einen gesellschaftlichen Konsens darüber vorbereiten, daß Kosten-Nutzen-Rechnungen bei der Behandlung des einzelnen Menschen legitim und Ausgrenzung, Selektion und höhere Risiken für bestimmte Menschen unvermeidlich seien. Grüne Gesundheitspolitik muß der bedrohlich größer werdenden Zustimmungsbereitschaft zu dieser neuen Gesundheits- und Sozialpolitik entgegentreten. Sie muß nicht nur über Hintergründe aufklären und Aufklärungsarbeit leisten. Sie muß der wachsenden Aushöhlung und Unterlaufung der Grund- und Menschenrechte im Gesundheitswesen entgegentreten. Sie muß die Nutzen des Gesundheitswesens ermutigen, ihre elementaren Rechte trotz

die debatte

scharfen Gegenwinds in Anspruch zu nehmen.

Menschen, die krank sind oder anderweitig Hilfe benötigen, haben das uneingeschränkte Recht auf optimale Behandlung und Versorgung. Sie haben das Recht auf vollständige Aufklärung über ihren Zustand, ihre Rechte und über alle Versorgungs- und Behandlungsmöglichkeiten. Sie haben das Recht auf freie Entscheidung, in welche Behandlung und Versorgung sie sich begeben. Sie haben auch das Recht auf Ablehnung einer Behandlung. Die Betroffenen haben jederzeit Zugang zu allen Aufzeichnungen, Akten und Befunden. Sie haben das Recht, Befunden und Berichten zu widersprechen, eigene Darstellungen zur Akte zu geben und ihre Daten löschen zu lassen. Diese Rechte sind unveräußerlich. Sie gelten auch für Menschen, deren Rechte durch Gesetze eingeschränkt sind, wie Straf- und Untersuchungsgefangene, Menschen, die in geschlossenen Einrichtungen untergebracht sind, oder die entmündigt sind. Menschen, denen das Gesetz einen rechtsgeschäftlichen Willen abspricht, sind gemäß ihrem natürlichen Willen zu behandeln.

Die Grünen sollten eine solche Deklaration von Grund- und Menschenrechten, die sich in der Diktion an die „Charta of Mental Health“ (vgl. Frankfurter Rundschau vom 4.11.85) hält, an den Anfang jeder gesundheitsprogrammatischen Erklärung stellen. Mißt man daran die Praxis der Patienteneinwilligung in eine Operation oder beispielsweise die heutigen Zustände im Knast, wenn sich ein Gefangener weigert, sich auf AIDS-Antikörper testen zu lassen, oder die Praxis der Unterbringung in der Psychiatrie, werden ungeheure Diskrepanzen deutlich. Es ist schon wieder so weit, daß die einfache Deklaration von Grund- und Menschenrechten äußerst wichtig geworden ist und einen Akt von Stärkung und Befreiung darstellt.

Die Forderung nach Einlösung von Grund- und Menschenrechten löst nicht alle Probleme. Beispielsweise bleibt die Diskussion über die sogenannte Patientenverfügung weiterhin ein Problemfeld grüner Gesundheitspolitik. Formuliert man beispielsweise ganz im Sinne der Zuerkennung eigener Entscheidungskompetenz durch die Grund- und Menschenrechte, daß eine Patientenverfügung lebensverlängernde Maßnahmen ausschließen darf, so kolliert dies mit der Pflicht des Arztes zu lebensrettenden Maßnahmen und der in dieser Diskussion vielfach vorgebrachten Erfahrung, daß vorherige Festlegungen angesichts des Todes meist von den Betroffenen anders gesehen werden. Das Umfeld, in der diese ganze Diskussion geführt wird, ist bedrohlich: Hetze gegen die »Alterslastquote« und Propaganda, daß die Intensivmedizin zu teuer sei, insbesondere für Alte. Natürlich muß dies und der geschichtliche Hintergrund des von den Nationalsozialisten geplanten »Gesetzes zur Sterbehilfe« die Grünen gemahnen; in der heutigen Situation gegen jede gesetzliche Regelung Stellung zu ziehen. Aber auch bei dieser sensibilisierten Umgangsweise mit dem Thema bleibt die Frage nach der Wichtigkeit des individuellen Entscheidungsrechtes und seiner Absicherung.

Die Forderung nach Einlösung von Grund- und Menschenrechten insgesamt stellt aber ein starkes Gegengewicht dar zu einkalkulierten Risiko-Erhöhungen, zu Abwertungen und Ausgrenzungen bestimmter Bevölkerungsgruppen. Sie müssen zudem ein Prüfstand werden für eigene strukturelle Reformvorstellungen. Auch in grünen Modellen tauchen bisweilen flächendeckende Versorgungsketten auf und recht technische Lösungen der Probleme. Die Grund- und Menschenrechte verweisen dagegen eindringlich darauf, daß wir von der Eigenentscheidung des einzelnen auszugehen haben, wofür ihm allerdings alle möglichen Angebote gemacht werden sollten. Des Weiteren sollte kritisch hinterfragt werden, ob die in der sozialpsychiatrisch orientierten Psychiatriereform so beliebten Spezialdienste nicht in Widerspruch zum Recht auf Gleichbehandlung und

Nichtaussonderung stehen? Warum sind die sozialpsychiatrischen Modelle bisher nicht von allgemeinen Gesundheitszentren ausgegangen, in die die erste psychosoziale Hilfe integriert sein müßte? Haben sie nicht mit ihren ganzen spezialisierten Diensten auch eine Art von Sonderbehandlung geschaffen?

5. Ein grünes Gesundheitsprogramm sollte langfristige Strukturforderungen enthalten, die das Gesundheitswesen prinzipiell an den Interessen der Benutzer ausrichten, es demokratisieren. Demokratisierung des Gesundheitswesens umfaßt als erste Schritte die Stärkung der Mitbestimmungsrechte der im Gesundheitswesen Beschäftigten, den Abbau machterhaltender Hierarchien wie das Chefarztprinzip im Krankenhaus, die Einrichtung von Beschwerdestellen bis zum Aufbau neuer Finanzierungs- und Entscheidungsstrukturen.

Der fest organisierte Anbieterseite im Gesundheitswesen muß eine vereinheitlichte Gesetzliche Krankenversicherung gegenüber gestellt werden, in die auch die Besserverdienenden, die sich bisher dem Solidarbeitrag entziehen konnten, einzogen werden. Die Kontrolle der Einheitsversicherung darf nur den Versicherten selbst unterliegen. Die Einheitsversicherung ist dezentral und kommunal zu untergliedern.

Demokratisierung heißt weiter, daß die Medizingeräte- und Pharmakaerstellung als öffentliche Aufgabe organisiert wird. Die Kontrolle muß demokratisch gewählten Gremien obliegen. Die Planung, Gestaltung und Kontrolle des Gesundheitswesens in der Region muß im wesentlichen auf die kommunale Ebene verlagert werden. Auch hier sind demokratische Gremien zu schaffen, in denen zumindest eine Parität zwischen Nutzem und Anbieter besteht. Der Sicherstellungsauftrag für die ambulante Versorgung muß den Kassenärztlichen Vereinigungen aus der Hand genommen werden. Zur Zusammensetzung der Gremien auf kommunaler Ebene gibt es eine Reihe von Modellen, die hier nicht referiert werden sollen.⁵

Ziel einer demokratischen Reform der Entscheidungs- und Finanzierungsstruktur soll ein System vielfältiger Angebote in jeder Region sein mit gleichberechtigtem Zugang für jeden. Die in den Gesundheitseinrichtungen Beschäftigten sollen nach festen, tariflich ausgehandelten Gehältern bezahlt werden. Ein Verdienst an der Krankheit, wie es das Einzelabrechnungswesen der Niedergelassenen Ärzte zuläßt, soll es nicht geben. Es soll eine Vielzahl von Ambulatorien und Gesundheitszentren in verschiedensten Trägerschaften oder als genossenschaftliche Zusammenschlüsse geben, in denen durch gleichberechtigte Arbeiten der verschiedenen Berufsgruppen so etwas wie »Entärztlichung« der Gesundheitsarbeit läuft.

Zu dem sollen hier neben der naturwissenschaftlich ausgerichteten Medizin, alternative Heilsysteme wie Homöopathie oder auch Psychotherapie vertreten sein. Die Grünen sollten sich als Partei hier immer für einen Pluralismus der Heilsysteme einsetzen. Eine einseitige Bevorzugung beispielsweise der Homöopathie oder eine einseitige Kritik der naturwissenschaftlichen Medizin wäre nicht nur nicht zu rechtfertigen, eine solche Politik würde auch die Nutzer um ihre freie Entscheidung bringen, welches Angebot sie annehmen wollen.

6. Grüne Gesundheitspolitik muß natürlich die Bekämpfung der Krankheitsursachen fordern. Die Krankheitsursachen sind dabei nicht vordergründig im individuellen Verhalten zu sehen, sondern in den gesellschaftlichen Verhältnissen, unter denen Menschen leben müssen. Gesundheitliche Fragen müssen von uns nicht nur in der Umweltpolitik, in der Verkehrspolitik und beim Wohnungsbau gestellt werden. Sie müssen insbesondere im System der sozialen Absicherung und bei der gesamten Organisation von Lohnarbeit stärker in den Mittelpunkt gerückt werden.

Die übliche Individualisierung von Gesundheitsgefahren, die »Ausspähung« und Diskriminierung

von Risikogruppen und das Aufleben neuer Selbstverschuldungstheorien sind zurückzuweisen. Natürlich kann und sollte der einzelne sein Verhalten auch ändern. Aufgabe der grünen Gesundheitspolitik kann aber nicht sein, in den allgemeinen Chor der individuell ausgerichteten Gesundheitsberater einzustimmen, sondern dazu beizutragen, die Gesundheitsgefahren, denen sich keiner durch Verhaltensänderung entziehen kann, zu bekämpfen. □

¹ Am 7.7.84 beschloß der Bundeshauptausschuß der Grünen auf Antrag der Bundesarbeitsgruppe Gesundheit und Soziales, diese zu beauftragen, für die nächste Bundestagswahl ein neues Programm zur Sozial- und Gesundheitspolitik zu entwerfen. Der Programmtitel zu Gesundheitspolitik wird Mitte 1986 vorgelegt.

² Vgl. hierzu das materialreiche Buch »Gegen den Mythos – ganzheitliche Medizin« von Renate Jäckle, Hamburg 1985

³ Das Programm »Umbau der Industriegesellschaft – Programm zur Überwindung von Erwerbslosigkeit, Armut und Umweltzerstörung«, Bonn, Februar 1986 soll erst auf einer Bundesdelegierten-Konferenz im Mai '86 von der grünen Partei verabschiedet werden. Bei der hier zitierten Form handelt es sich erst um einen Entwurf, der allerdings schon im Februar 1986 veröffentlicht und der Presse übergeben wurde.

⁴ Professor Bernbeck war von 1963 bis 1981 Chefarzt der Orthopädischen Abteilung des Allgemeinen Krankenhauses Barmbek in Hamburg. Seit Januar 1984 haben sich in einer für die BRD einmaligen Initiative rund 200 Patienten zusammen geschlossen, die durch Bernbecks Operationen geschädigt wurden. Ihre Hauptvorwürfe: Operationen unter unhaltbaren, gleichsam aber der Fachbehörde bekannten Hygienezuständen, Operationen ohne klare Indikation, Operationsmethoden, die von Fachkreisen schon längst kritisiert und überwunden waren. Schlagzeilen wie »Von Bernbeck zum Krüppel operiert« gingen monatlang durch die Bundesdeutsche Presse. Nach ständigen Versuchen der Gesundheitsbehörde, alles herunterzuspielen und die Entschädigungen zu verschleppen, beschäftigte sich seit Ende 1985 ein parlamentarischer Untersuchungsausschuß der Hamburger Bürgerschaft mit dem Skandal.

⁵ Vgl. hierzu den Artikel von Trojan und Faltis, Reanimation des Sozialen und Demokratisierung des Systems, in diesem Buch.

Literaturliste:

Beske, Prof., Gesundheitspolitisches Handlungskonzept der in der Gesundheitspolitischen Aktionsgemeinschaft der Gesundheitspolitischen Gesellschaft Mitarbeitenden Verbänden des Gesundheitswesens, Kiel, 1985; zu beziehen über Prof. Beske, Beseler Alle 41, 23 Kiel 1

Fuss, Reinhard (Mitverfasser); Projektgruppe Nationale Strategie Gesundheit 2000; Gesundheit 2000, Berlin 1984

Jäckle, Renate, Gegen den Mythos – Ganzheitliche Medizin, Hamburg 1985

Krämer, Walter, Bedarf versus verfügbare Ressourcen – Probleme des Bedarfsdeckungsprinzips im Gesundheitswesen, in: Forschungsbericht 90, Gesundheitsforschung – Symposium Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung, Hrsg. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Bonn 1982

Milz, Helmut, Ganzheitliche Medizin. Neue Wege zur Gesundheit, Königstein 1985

Poot, F., Dolgner, R., Zur Problematik der Grenzwertfindung für polycyclische Kohlenwasserstoffe, in: VDI-Berichte, Nr. 358, 1980

Der Artikel erscheint demnächst in: »Umbau des Sozialstaates«, Hrsg. Michael Opielka, Ilona Öster, Reihe »Perspektiven der Sozial- und Gesundheitspolitik«, Band 2, Klartext-Verlag Essen, Juli 1986.

»Soziallyrik«

Gesundheitspolitik in Bremen am Ende

hk-Bremen ist arm, manche sagen bankrott. Gespart wird am öffentlichen Gesundheitsdienst.

Bremen als kleinstes Bundesland hat eine der höchsten Arbeitslosenquoten im Bundesgebiet, etwa jeder 13. Einwohner gilt als sozialhilfebedürftig. Die ehemals reiche Hauptstadt gilt mit Recht heute als arm, bankrott sagen manche. Bisher galt Bremen bei Eingeweihten aber auch als Beispiel dafür, daß fortschrittliche sozialdemokratische Gesundheitspolitik zumindest in Ansätzen durchgesetzt werden kann und gerade den sozial und gesundheitlich benachteiligten Menschen zugute kommt. Wenn die Sparbeschlüsse des Bremer Senats vom April diesen Jahres in die Tat umgesetzt werden, wird sich das gründlich ändern.

Denn geplant ist, im öffentlichen Dienst 3500 bis 5000 Arbeitsplätze einzusparen, indem der bisherige unbefristete Einstellungsstopp bestehen bleibt. Im öffentlichen Gesundheitsdienst wurden schon seit 1984 38,5 Stellen eingespart, jetzt sollen noch weitere 22 bis 26 Stellen den Sparmaßnahmen zum Opfer fallen. Gerade im öffentlichen Gesundheitsdienst hatten in den letzten Jahren engagierte Kollegen zusammen mit der Gesundheitssenator Herbert Brückner ein leistungsfähiges Instrument vorbeugender Medizin entwickelt, das allmählich Erfolge zeigen konnte.

In Bremen waren die Voraussetzungen geschaffen worden, die Forderungen der Psychiatrie-Enquête von 1975 nach gemeindenaher Psychiatrie in die Tat umzusetzen durch regionalisierte sozialpsychiatrische Dienste in den einzelnen Stadtbezirken. Die Integration von wie auch immer behinderten Menschen war ein gutes Stück

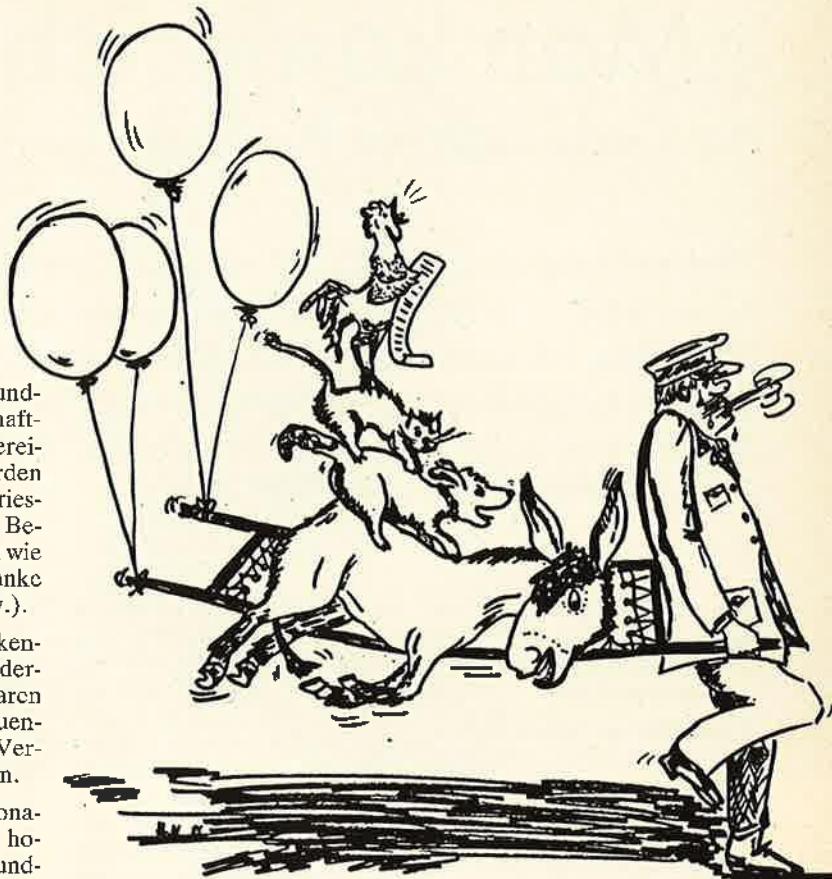
voran gekommen. Gesundheitserziehung als gesellschaftliche Aufgabe war in Teilbereichen schon praktiziert worden (Gesundheitsberatung, Kariesprophylaxe, psychosoziale Betreuung von Risikogruppen wie Übergewichtige, Suchtkranke und HTLV-III-Positive usw.).

Vorsorge- und Früherkennungsprogramme im Kindergarten und Schulbereich waren in Ansätzen einer konsequenten und flächendeckenden Versorgung verwirklicht worden.

Wegen der im internationalen Vergleich immer noch hohen Sterblichkeit oder Gesundheitsgefährdung von werdenden Müttern und Säuglingen aus sozial benachteiligten Schichten war ein Programm mit Familienhebammen, Mütterschulung etc. entwickelt worden.

Die Konsequenzen aus den Sparbeschlüssen würden bedeuten, daß in Bremen der schulzahnärztliche Dienst ganz gestrichen wird, der bisher circa 95 Prozent aller Kindergartenkinder erreichte. Ebenso soll die Kinder- und Jugendpsychiatrische Beratungsstelle aufgelöst werden, deren Aufgaben jetzt angeblich die niedergelassenen Ärzte ebenso wahrnehmen könnten. Die schon lange geplanten Abteilungen Arbeitsmedizin und Umweltmedizin des öffentlichen Gesundheitsdienstes werden ihre Arbeit gar nicht erst aufnehmen können, obwohl gerade hier ein großer Mangel festgestellt worden war.

Das eben erst begonnene Programm einer quasi „vorgezogenen Einschulungsuntersuchung“ der Kindergartenkinder soll gestoppt werden, das zum Beispiel in Hamburg seit Jahren erfolgreich durchgeführt wird. Gerade wegen der Mängel der bisherigen Vorsorge und Früherkennung durch die niedergelassenen Ärzte wird dies als öffentliche Aufgabe begriffen worden, um auch sozial benachteiligte Kinder und Eltern zu erreichen.



Verzichtet werden soll auf den Bereich der Gesundheitsberatung, so etwa die Ernährungsberatung, Abnahmekurse, Raucherentwöhnungsprogramme, die in Zusammenarbeit mit Volkshochschulen, Selbsthilfegruppen und Lehrerfortbildungsstellen durchgeführt wurden. Bremen müßte damit aus dem bundesweiten Modellversuch der „gemeindenahen Gesundheitserziehung“ durch den öffentlichen Gesundheitsdienst ausscheiden.

Die Verwirklichung aller dieser „Sparmaßnahmen“ wird Bremen als vormals gesundheitspolitisch eher fortschrittliches Bundesland noch hinter die Entwicklung in konservativ regierten Ländern zurückwerfen, so zum Beispiel Baden-Württemberg, wo gerade ein Jugendzahnpflegegesetz erlassen wurde. Danach soll der öffentliche Gesundheitsdienst dort die Zahnpflege in Kindergarten-, Grund- und Sonderschulen wahrnehmen, weil sie bisher eben durch Niedergelassene nicht ausreichend geleistet wurde. Das Bremer Gesundheitsamt wird sich weitgehend auf gesundheitspolizeiliche Aufgaben beschränken und aus dem Bereich vorbeugende Medizin zurückziehen müssen.

Selbst wenn das Konzept der Sparpolitiker annähernd aufgenommen sollte, daß Niedergelassene einen Teil der so beschriebenen Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes übernehmen werden, so wird dies eine erhebliche Umverteilung von staatlich wahrzunehmenden gesundheits- und sozialpolitischen Aufgaben zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen. Die Einsparungen im öffentlichen Etat werden sich dann in höheren Beitragssätzen der Krankenkassen bemerkbar machen oder bei den Krankenkassenleistungen zu Kürzungen oder höhere „Selbstbeteiligungen“ führen müssen.

Den verantwortlichen sozialdemokratischen Politikern kann nicht entgangen sein, daß sie damit noch konsequenter als ihre christdemokratischen und freidemokratischen Wendevertreter das Geschäft der Privatisierung auf Kosten der Sozialversicherten betreiben.

Die Spararbeitsgruppe des Senatspräsidenten in Bremen nennt ihre Arbeit fein „Neukonzeption im Dienstleistungsbereich“. Von einem der Obersparer macht der wohl ehrlichere Spruch die Runde, die „ganze Soziallyrik in Bremen“ sei sowieso überflüssig. □

»Man kann sich nur näher kommen«

dg-Gespräch mit Professor Bonhoeffer

Professor Karl Bonhoeffer, Leiter des anaesthesiologischen Instituts in Köln und Mitglied im Beirat der IPPNW, ist Präsident des 6. Internationalen Ärztekongresses zur Verhütung eines Atomkriegs, der vom 29. Mai bis zum 1. Juni in Köln stattfindet. Mit ihm sprach dg-Redakteur Peter Liebermann.

liegt sicherlich daran, daß wir

dg: Herr Professor Bonhoeffer, wie sind Sie zur IPPNW und zu Ihrem Engagement gekommen?

Bonhoeffer: Es waren die Naturwissenschaftler, die mich dazu gebracht haben. Auf dem Kongreß im Sommer 1983 in Mainz traf ich Ärzte, die ich gefragt habe, wie man sich engagieren kann, und dort habe ich das Wort IPPNW zum ersten Mal gehört.

dg: Für den nationalen Teil des Kongresses liegen nicht so viele Anmeldungen vor, wie man ursprünglich gehofft hatte.

Bonhoeffer: Man kann auch sagen: Wie man gefürchtet hatte. Das ist die Frage, wissen Sie. Es ist sehr modern, die Dinge nur quantitativ zu messen. Ich glaube nicht, daß allein die Menge für die Friedensbewegung von Bedeutung ist. Es ist

senschaftlern. Ich glaube, daß gerade unsere Stärke darin besteht? Es war zwar sehr eindrucksvoll, eine Menschenkette zu bilden. Aber die Pershings wurden trotzdem stationiert, ohne daß wir etwas dagegen tun konnten. Man muß versuchen, Einfluß auf das Bewußtsein der Leute zu nehmen. So wie zum Beispiel ein Bewußtsein für Umwelt entstanden ist im Laufe der Zeit, so muß ein Bewußtsein für die Ziele der Friedensbewegung entstehen. Wenn es uns gelingt, auch andere Berufsgruppen mehr und mehr zu den Schritten zu bewegen, die wir getan haben, dann bin ich davon überzeugt, daß dies einen sehr nachhaltigen Einfluß auf die Politik haben wird, spätestens auf die nächste Generation. Im Grunde genommen mache ich mir keine Illusionen: mit den

sammengeschlossen haben – und das international. Vergleichen sie, überall wird es weniger, alle Vereine nehmen ab, aber die IPPNW wächst!

Betrachten sie die Naturwissenschaftler, die 1983 ihren ersten Kongreß hatten und jetzt ihren ersten Internationalen vorbereiten, aber das wächst. Jede andere Berufsgruppe, Juristen, Techniker usw., könnte Einfluß auf die Friedensbewegung haben. Von jeder Seite her wird an der Kriegsschraube gedreht, es gibt Berufe, die mehr drehen, andere weniger – aber alle drehen sie, und in jedem dieser Berufe könnte ein Gegengewicht, so wie bei den Ärzten, entstehen.

dg: Wäre es an dem Punkt nicht sinnvoll, die Berufe im Gesundheits-

steht, daß wir in „kleineren“ Gruppen noch kreativ sein können. Man darf die Kreativität nicht kaputt machen!

dg: Die Bundesärztekammer hat ihre Teilnahme am Kongreß mit zwei Begründungen abgelehnt, zum einen weil sich die IPPNW nur gegen den Atomkrieg stellt und zum anderen, weil in einem Rundbrief der Münchner Ärzteinitiative steht, daß die Ärztekammer ihren Ursprung und ihre Macht den Nationalsozialisten verdankt.

Bonhoeffer: Wenn Herr Vilmars sagt, daß wir nur gegen den Atomkrieg seien, dann behauptet er das wider besseres Wissen. Wir haben uns oft genug auch persönlich darüber unterhalten.

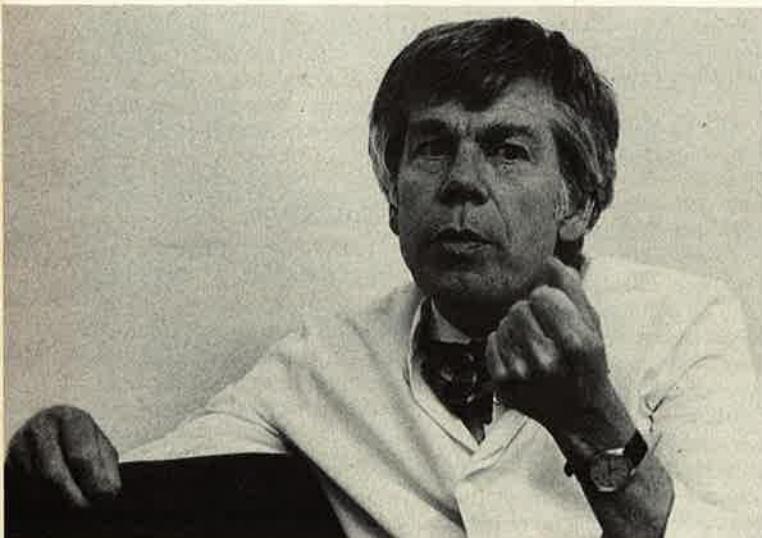
Ich glaube nicht, daß Herr Vilmars der Ärzteschaft einen guten Dienst getan hat.

Das zweite ist ein Vorwand, um die Teilnahme an einem solchen Kongreß abzusagen. Ich finde die Entscheidung unklug, ich würde die Auseinandersetzung für gesund halten, man kommt sich nur näher. Ich glaube nicht, daß Herr Vilmars als Bundesvorsitzender der Bundesärztekammer der Ärzteschaft einen guten Dienst erwiesen hat. Er muß doch wissen, daß der Prozentsatz der Ärzte, die unsere Argumentation in unserer Berufsgruppe zu-

Warum schließen sich die Schwestern nicht genauso zusammen wie wir?

wesen stärker zusammenfassen? Also nicht nur auf der Ebene der Ärzte zu arbeiten?

Bonhoeffer: Es fragt sich, worin Stärke liegt. Ich bin nicht der Meinung, daß es darum geht, möglichst viele zusammenzufassen. Das ist auch so ein moderner Trend. Warum schließen sich die Schwestern nicht genauso zusammen, warum nicht die Pfleger? Warum machen sie nicht etwas Ähnliches wie wir, warum sollte das schlechter sein, als wenn sie es mit den Ärzten zusammen tun? Es schließt sich ja auch die IPPNW nicht zusammen mit amnesty international, die Mediziner nicht mit den Naturwis-



richtig, daß die Politiker, die man vielleicht bewegen möchte, im wesentlichen auf die Menge achten, die auf der Straße zu sehen ist. Aber was haben wir damit er-

Politikern, die zur Zeit an der Regierung sind, werden wir keine allzu große Veränderung bekommen. Daß wir in der Öffentlichkeit eine so große Wirkung gehabt haben und haben,



tion für passabel halten – nach Umfragen des Deutschen Ärzteblattes – gar nicht so klein ist.

dg: Im letzten Ärzteblatt ist diese Denkschrift zur Katastrophenmedizin veröffentlicht worden. Die alten Positionen, etwas moderater im Ton?

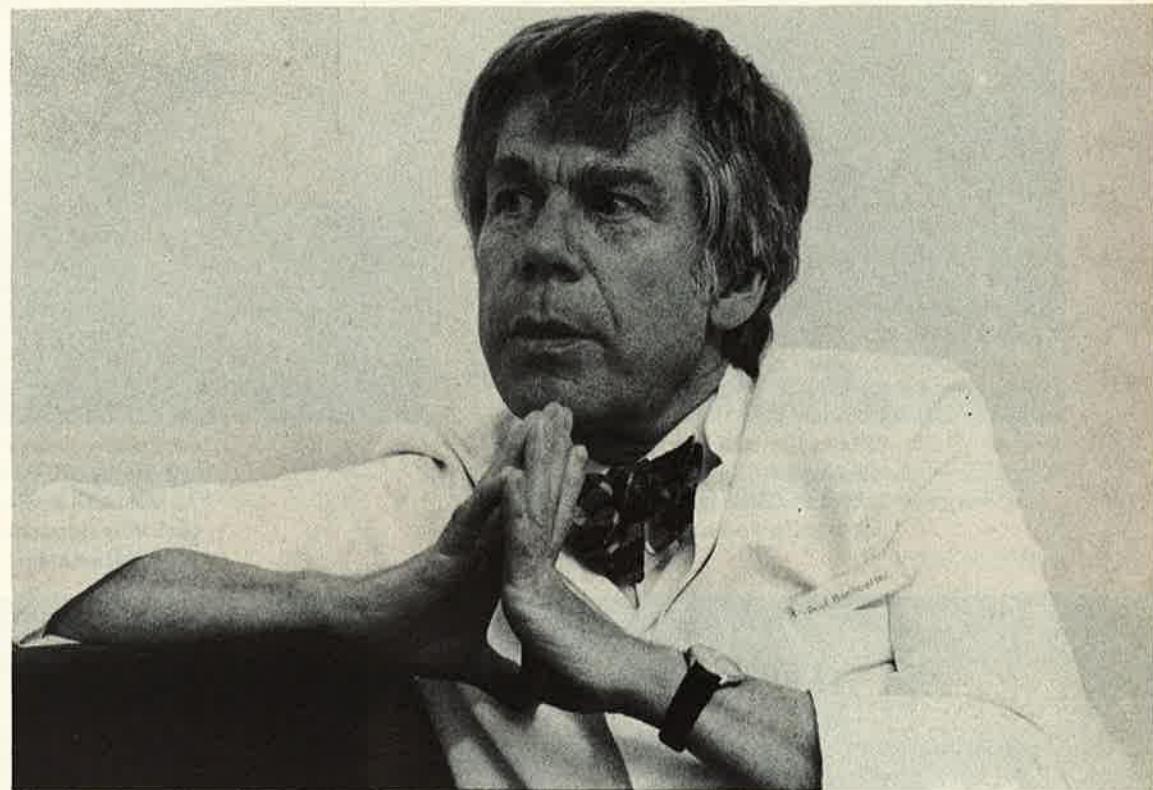
Bonhoeffer: Da ändert sich nichts. Das können Sie auch nicht erwarten. Wenn wir das ändern wollen, müssen wir in die Ärztekammer gehen und uns wählen lassen, um von innen heraus die Kammern zu ändern, wie das in anderen Ländern gegangen zu sein scheint.

dg: Und warum versuchen Sie es nicht in Zusammenarbeit mit den oppositionellen Ärztekammerlisten?

Bonhoeffer: Es ist unbestritten eine Aufgabe von Ärzten, die sich für den Frieden einsetzen wollen, aber nicht der IPPNW. Man muß das auseinanderhalten.

dg: Sie haben behauptet, daß Sie, falls Katastrophenmedizin in den Gegenstandskatalog aufgenommen würde, dieses Fach nicht unterrichten würden. Wie weit geht denn da Ihr Widerstand, schließlich sind Sie als Beamter weisungsgebunden?

Bonhoeffer: Das kann man so wohl nicht sehen. Ich unterrichte nur das, was ich für richtig halte. Wir haben eine Freiheit der Lehre! Wenn man von mir verlangt, daß ich über die Triage sprechen soll, dann würde ich über die Triage sprechen – was dabei herauskäme, wäre nicht unbedingt im Sinn des Ministeriums. Keiner kann



Fotos (3): Menzen

mich zwingen, etwas zu lernen, was ich für moralisch bedenklich halte. Ich weiß nicht, ob die Ärztekammer mit dem, was sie denkt, trotz der großen Macht der dahinterstehenden verfaßten Ärzteschaft, in der Öffentlichkeit so viel bekannter ist als wir. Ich glaube das nicht mehr. Es kann nicht an der „Macht“ der Ärztekammer liegen, daß man ihr glaubt.

dg: Man kann dies einmal auf einer konkreteren Ebene betrachten. Bei der Diskussion um die Veränderung der Approbationsordnung der Ärzte wird ein Vertreter der Ärztekammer beim Bundesinnenministerium angehört und kein Vertreter der IPPNW. Der Vertreter der Kammer sagt dann, daß Katastrophenmedizin und Triage Bestandteile der Ausbildung sein müssen. Insofern macht es einen Unterschied, welche Meinung die BÄK vertritt.

Bonhoeffer: Die Bundesärztekammer ist ein privater Verein wie wir auch. Wenn man sich einen Vertreter der Bundesärztekammer holt, weil man ihm gerne glauben möchte, dann glaubt man ihm auch. Wenn wir als IPPNW die Kammer stellen würden, dann bin ich sicher, daß die Regierung überhaupt nicht anfragen würde.

dg: Wie sieht die Unterstützung durch Ihre Fakultätskollegen aus, mit Ihrer Position stehen Sie doch sehr isoliert da?

Bonhoeffer: Ganz sicher. Kein einziges Fakultätsmitglied hat bisher gesagt, daß er es falsch findet, was ich mache. Zustim-

mung habe ich allerdings auch kaum bekommen. Ich werde von keiner Seite behindert, weder jetzt bei den Kongressvorbereitungen, noch während meiner Tätigkeit im Institut hier. Trotz meiner Argumentationsbereitschaft zu jeder Zeit will keiner argumentieren, was charakteristisch für die gesamte Situation ist.

Vielleicht noch ein paar Worte zum Weltkongreß des IPPNW. Sie sprachen davon, daß die Erwartungen nicht ganz erfüllt

Wenn ich über Triage sprechen würde, wäre das nicht im Sinne des Ministeriums.

worden sind, die wir da hineingesetzt haben: Wenn wir 1000 deutsche und vielleicht 2000 Teilnehmer haben, dann erscheint mir diese Zahl, wenn sie Arbeitsgruppen aufbauen wollen, in denen noch gearbeitet werden soll, schon eher zu groß. Der Kongreß unterscheidet sich von seinen Vorgängern dadurch, daß es einen nationalen Teil gibt, daß neue Arten von Vortragsveranstaltungen eingeführt werden und dadurch, daß es ein besonders umfangreiches Begleitprogramm gibt. In diesem Zusammenhang möchte ich der Stadt Köln für die enorme Unterstützung Dank sagen. Auch Unterstützung durch das Gesundheitsministerium Nordrhein-Westfa-

lens ist erkennbar. Als neues internationales Thema haben wir die Atomversuche im Pazifik aufgenommen, uns um die damit verbundenen Menschenleidsschicksale gekümmert. Wir sind dankbar, daß der Ministerpräsident aus Neuseeland kommt und den politischen Festvortrag hält. Für diese Atomopfer sind auch die Benefizkonzerte gedacht.

dg: Nach dem Kongreß, was wird dann aus Ihnen und der IPPNW?

Bonhoeffer: Jetzt machen wir erst einmal den Kongreß und dann die Nachbereitung, da kommen noch viele Aufgaben auf uns zu, das Herausgeben von Drucksachen usw. Im übrigen denke ich, daß ich doch eine Gelegenheit finde, Urlaub zu machen, um mich ein wenig von den Strapazen zu erholen, die doch ziemlich einmalig waren. Der Stil, den die großen Politiker jedenfalls von westlicher Seite her zur Zeit pflegen, ist nicht der Stil, den wir anstreben. Wir werden uns in der IPPNW weiter gegen das Wettrennen, insbesondere gegen das atomare Wettrennen engagieren.

Wir werden Kontakte zwischen West und Ost pflegen, wir werden Vertrauen bilden untereinander, damit wir uns auch über das unterhalten können, was uns trennt, damit wir einander besser verstehen und einander vertrauen lernen. Eine gute Beziehung erweist sich am Stil, in dem man bei Meinungsverschiedenheiten miteinander umgeht. □





»Kommen sie mir bloß nicht mit Kernspintomographen. Apparatemedizin ist ja sowas von dermaßen out.«



»Ja sicher, aber mit Auge, Ohr und Händen allein kann kein verantwortungsbewußter Arzt heute mehr auskommen. Hier befindet sich die deutsche Ärzteschaft objektiv in einem Dilemma.«

Eine schwere Geburt



Einige Kollegen haben die Zeichen der Zeit schon eher erkannt: »Ob Sie es glauben oder nicht, ohne Rüssel läuft in meiner Praxis gar nichts mehr.«



An anderen ist die Entwicklung völlig vorübergegangen: »Rüssel? Die spinnen doch!«



Jetzt hat Karsten es auch verstanden. »Mensch, daß ich da nicht vorher drauf gekommen bin.«



UPPTGESCHÄFTSFÜHRER

Unter tosendem Beifall der Delegierten singt Karsten Vilmar das offizielle Abschlußlied des 89. Deutschen Ärztetags: »Oh Rüsselein, oh Rüsselschwein, sollst stets in meiner Praxis sein.«



**»Hochgeschätztes Präsidium,
wie oft soll ich es noch sagen,
Sie vergessen den Rüssel.«**



**Verwirrung im Präsidium. »Der Kollege hat
recht. Das muß mit in die Vorstandsvorlage.«
Die Diskussion im Plenum wird ausgesetzt.**

Fotos (12): Menzen

**yn/ud- Therapie und Diagnose im ausgehen-
den 20. Jahrhundert – das war das zentrale
Problem in Hannover. Der Deutsche Ärztetag
erwies sich einmal mehr den Anforderungen
der Postmoderne gewachsen und wurde seiner
Rolle als Schrittmacher für eine Neuorientie-**

**rung im Gesundheitswesen mehr als gerecht.
Ungeklärtes Problem bis zum Schluß: Welches
diagnostische Hilfsmittel kann heute noch gu-
ten Gewissens dem deutschen Arzt in die Hand
gegeben werden?**



**Der Vizepräsident hatte in der Pause die Er-
leuchtung: »Ja, jeder Arzt braucht einen Rüs-
sel. Aber so groß muß er sein!«**



**Hedda Heuser: »In meiner Pra-
xis – niemals!«**



**Auch die oppositionellen Ärzte
verlassen sichtlich beeindruckt
den Ort des Geschehens.**



**Stunden später ... das neue Wahlkampfpla-
kat der CDU in Niedersachsen.**

dg: Seit Verabschiedung der Bundesärzteordnung im letzten Frühjahr hat es schon zweimal Tarifverhandlungen um den »Arzt im Praktikum« gegeben. Wie ist der Stand der Verhandlungen, und was sagt die ÖTV?

Schelter: Lassen Sie mich zunächst sagen, daß die Gewerkschaft ÖTV den AiP ablehnt. Die zweijährige Praxisphase verbessert nicht die praktische Qualifikation, es werden voraussichtlich nicht ausreichend Stellen angeboten, und durch die postulierte Kostenneutralität werden den AiPler im Vergleich zu Assistenzärzten soziale Verschlechterungen zugeschrieben. Wenn es aber den AiP gibt, ist es unsere Aufgabe, Bedingungen zu tarifieren, die verhindern, daß sich die AiPler untereinander unterbieten, um eine Stelle zu bekommen.

dg: Gibt es ein konkretes Angebot der Arbeitgeber?

Schelter: In der ersten Verhandlungs runde am 21. Mai 1985 haben die Arbeitgeber unter Hinweis auf die geforderte Kostenneutralität ein Angebot für einen Tarifvertrag unterbreitet. Wir haben einen Abschluß schon aus dem Grunde abgelehnt, weil die Approbationsordnung noch nicht beschlossen war. Die Approbationsordnung beschreibt ja die Tätigkeit des AiP, und diese ist Gegenstand von Tarifverhandlungen. In der zweiten Verhandlungs runde am 21. April 1986 war dies nicht anders. Wir sprechen allerdings vorbehaltlich der endgültigen Fassung der Approbationsordnung mit den Arbeitgebern über mögliche Tarifvorschriften.

dg: Was sieht dieser Vorschlag konkret vor?

Becker: Dem Angebot der Arbeitgeber folgend würde der AiP im ersten Jahr 1000 Mark und im zweiten 1150 Mark brutto, circa 700 Mark netto verdienen. Der AiPler würde also bei einer mindestens 40-Stunden-Woche noch unter den Bafög-Satz rutschen. Hinzukommt, daß diejenigen, die Bafög beziehen, oft die Möglichkeit nutzen, ihr Budget durch Jobs zu verbessern. Das wird für den AiP, der unter Umständen Nachtdienste machen kann oder muß, je nachdem, kaum möglich sein. Für mich ist das reinste Ausbeutung, die da betrieben werden soll.

dg: Ist über die Frage Vergütung der Nachtdienste, falls der AiP sie machen darf und kann, verhandelt worden?

Becker: Ja, die Nachdienste

Was der Arzt im Praktikum können, dürfen, müssen soll, ist alles noch nicht klar. Geschweige denn, woher die Stellen kommen. Trotzdem haben schon zweimal Tarifverhandlungen stattgefunden. Wolfgang Schelter nimmt als Mitglied der Verhandlungskommission der ÖTV daran teil. Dieter Becker, Sprecher der VDS-Fachtagung Medizin, ist von der Gewerkschaft mit in die Verhandlungskommission berufen worden. dg-Redakteurin Brigitte Mews sprach mit ihnen über den aktuellen Stand.

»Wir wollen den Schwarzen Peter nicht«

dg-Gespräch über die Verhandlungen zum AiP

der AiPler sollen nicht pauschal, sondern prozentual zu ihrem monatlichen Entgeld vergütet werden. Das würde bedeuten, daß man für ein paar Mark Nachtdienste machen müßte. Und dies wiederum wäre für den Krankenhausarbeiter sehr attraktiv, weil billiger.

dg: Das könnte für eine alleinerziehende Mutter oder einen Familienvater schwierig werden. Was schlagen die Arbeitgeber in Bezug auf Schwangerschaft während der Zeit als AiP vor?

Becker: Ein Arzt oder -eine Ärztin im Praktikum dürfen nicht länger als sechs Wochen im Jahr fehlen, ansonsten muß der AiP »nachgearbeitet« werden. Daß man in sechs Wochen keinen geregelten Mutterschaftsurlaub unterbringen kann, ist klar. Schon da sind Frauen ganz klar benachteiligt. Frauen werden aber zudem bei der Vergabe von AiP-Plätzen stark benachteiligt sein, eben weil sie schwanger werden könnten. Deswegen hat die VDS-Fachtagung Medizin eine 50-Prozent-Quotierung der AiP-Plätze gefordert.

dg: Hat die Gewerkschaft ÖTV einen eigenen Vorschlag gemacht?

Schelter: Nein. Bundesministerin Süßmuth hat in einem Schreiben an die Tarifvertragsparteien vom 21. März 1986 die Tarifvertragsparteien um ein zügiges Abschließen der Verhandlungen gebeten. Dem liegt zugrunde, daß, wenn ein Tarifvertrag abgeschlossen ist, überschritten werden kann, wieviele

AiP-Plätze geschaffen, sprich finanziert werden können. Die Bundesministerin kann einen Wunsch äußern, wir haben ihr jedoch geantwortet, daß ohne eine Approbationsordnung kein Tarifabschluß zustande kommt. Die Voraussetzung liegt also eher in ihrer Kompetenz. Wir lassen uns nicht den Schwarzen Peter dafür zuschieben, daß 1987 nicht ausreichend AiP-Plätze zur Verfügung stehen. Nach unserer Vorstellung müßte ein AiP, wenn er gleiche Tätigkeiten wie ein Assistent ausübt, auch so vergütet werden, das heißt, es bedürfte eigentlich keiner neuen tarifvertraglichen Regelung. Dabei ist jedoch zu beachten, daß es seit dem 1. Januar 1984 bei Bund und Ländern keine Tarifvorschriften über die Eingruppierung für neu eingestellte Ärzte gibt. Die Arbeitgeber hatten die Eingruppierungsvorschriften zum 31. Dezember 1983 gekündigt, um die Eingangsvergütung von BAT II a auf BAT III abzusenken. Dies macht die Verhandlungen schwierig, weil wir einheitliche Vergütungen für Ärzte bei Bund, Ländern und Gemeinden anstreben.

dg: Wie weit ist die Bundesministerin denn mit der Umsetzung der Approbationsordnung?

Becker: Monatelang geht Frau Süßmuth hin und beschwichtigt alle zu sorgenvollen Fragen in Bezug auf die Stellenfrage. Tatsache aber ist: hier auf dem Ärztetag hat sie noch einmal alle Beteiligten eindringlich gebeten, ihr bei der Beschaffung

der Stellen zu helfen, da sie selber offensichtlich nicht genug hat. Dennoch soll der AiP die »einzigste Alternative« in der derzeitigen Situation sein. Im Bundesrat ist sie wieder einmal nicht weitergekommen. Es ist verschoben worden.

dg: Verschoben auf wann?

Becker: Das ist noch nicht ganz klar. Auf jeden Fall wird es nicht am 6. Juni im Bundesrat verhandelt. Ich glaube, es ist mittlerweile die siebte Verschiebung. Möglich wäre der 27. Juni oder noch der 12. Juli.

dg: Was hat sich konkret in der Stellenfrage für den AiP getan?

Becker: Die Stellensituation ist schlichtweg eine Katastrophe. Die Gesundheitsministerin aus Hamburg, Frau Mahring, hat uns folgendes gesagt. Sie habe 69 Stellen für AiPler unter Vorbehalt zugesichert bekommen. Über 400 bräuchte sie aber. Die Bundesregierung ist leider nicht bereit, die Zahlen, auf die sie sich stützt, bekanntzugeben. Wir haben über die Fachschaften Zahlen für Schleswig-Holstein erfragt. Die waren nicht anders als die aus Hamburg. Frau Mahring hat uns gesagt, daß es in den anderen Bundesländern ähnlich aussehe. Wir fordern die Bundesregierung auf, endlich mit ihrer Geheimdiplomatie Schlüß zu machen. In gut einem Jahr soll der AiP in Kraft treten beziehungsweise zum ersten Mal Studenten treffen. Und kein Mensch weiß, ob er oder sie jemals eine Stelle kriegen wird, was und wie



Foto: Anschutz

»Ausbildung« am AiP sein soll, geschweige denn, ob wir jemals unsere Ausbildung beenden werden. Dies ganze Vorgehen ist ein Skandal. Hier wird mit unserer Existenz gespielt.

Wir wollen verhindern, daß sich die Aipler gegenseitig unterbieten.

dg: Im Vorfeld des Ärztetages hat man auch in der ärztlichen Stadspresse viel Schelte über die AiP-Pläne gelesen. Selbst der Marburger Bund, der sich bis vor kurzem noch als der Ziehvater des AiP gefühlt und gepriesen hat, hat jetzt beschlossen, daß er den AiP ablehne, wenn dieser nicht grob strukturiert werde. Kann dies mit ein Grund für das Schlingern in Bonn sein?

Kann es auch sein, daß viele den zweijährigen AiP für noch nicht drastisch genug angesichts der drohenden Ärzteflut halten?

Schelter: Ein Indiz, daß es nicht bei einer achtzehnmonatigen beziehungsweise zweijährigen AiP-Zeit bleiben könnte, scheint mir zu sein, daß die Arbeitgeber keinen Ausbildungsvertrag über die gesamte Zeit der Ausbildung abschließen wollen. Dies könnte zu einer Aufsplitterung der AiP-Phase führen. Die Folge wäre, daß der AiP wie eine Art Wanderarzt von Krankenhaus zu Krankenhaus zieht, um seine Ausbildung abschließen zu können. Somit kann aus einer achtzehn- bis vierundzwanzigmonatigen Ausbildung leicht eine mehrjährige Phase mit Unterbrechungen werden.

dg: Entspräche das der Strukturierung?

Schelter: Diesen Vorschlag ha-

ben die Arbeitgeber gemacht, nachdem die Strukturierung nicht mehr im Entwurf der Bundesregierung enthalten war.

Becker: Das spontane Interesse der Arbeitgeber an befristeten Arbeitsverhältnissen finde ich interessant. Zu dem, was Wolfgang Schelter sagt, kommt hinzu, daß für jeden Abschnitt, der im Einzelfall gewählt würde, eine sechsmonatige Probezeit vereinbart würde. Wenn man zweimal wechselt bedeutete dies 18 Monate Probezeit. Das ist ein Maulkörberlaß. Im Extremfall kann es passieren, daß von Anfang an die Ausbildungsphase kürzer als die Probezeit vereinbart wird. Kommt es in der Probezeit zu einer Kündigung, ist der- oder diejenige mit einem schwereren Makel belegt, und es sind unter Umständen sechs Jahre Studium für die Katz.

dg: Bisher ist immer davon gesprochen worden, daß dem AiP 5-10 000 Assistentenstellen zum Opfer fallen sollten. Ist bei den Verhandlungen über den Fall gesprochen worden, daß ein Krankenhaus vielleicht zwei Assistentenstellen streicht, aber bei einer eins-zu-zwei-Anrechnung nur drei Aipler einstellt. Unterm Strich würden so nicht nur Stellen umgewandelt, sondern auch noch gestrichen.

Schelter: Ob dies der Fall sein wird, kann heute noch nicht abschließend beurteilt werden, es liegt aber nahe. Fest steht, daß nach der Bundespflegesatzverordnung der AiP kostenneutral eingeführt werden soll. Falls es nicht zu einer tarifvertraglichen Regelung kommt, ist zu erwarten, daß die Arbeitgeber die Stellen an diejenigen vergeben werden, die sich am »billigsten« verkaufen. Dadurch könnten dann unter Umständen noch mehr Stellen für voll appro-

biete Ärzte gestrichen werden. Wir versuchen, eine tarifliche Regelung zu vereinbaren, die dies nicht zuläßt.

dg: Die Bundesregierung hatte ursprünglich wohl mit mehr Begeisterung bei den Krankenhäusern gerechnet. Es schien auch eine einfache Rechnung zu sein, daß die Krankenhäuser für einen Assistenten nicht ungern zwei Ärzte im Praktikum nähmen, wenn sie für das selbe Geld zu haben wären. Von den Krankenhäusern kommt aber wohl auch nicht gerade viel Rückenwind für Frau Süßmuth?

Schelter: Die Deutsche Krankenhausgesellschaft ist für den AiP. Sie hat jedoch schwere Bedenken bezüglich der Einsetzbarkeit der Aipler. Insbesondere durch die Strukturierung würde es zu einer weiteren Begrenzung der Einsetzbarkeit wegen fehlender Einarbeitungszeit kommen. Außerdem hätte die Formulierung im bisherigen Entwurf, daß der AiP »unter Aufsicht« arbeiten soll, rechtlich noch nicht absehbare Folgen.

Von uns Studenten wird noch zu hören sein.

Becker: Neben dem rechtlichen Aspekt darf nicht vergessen werden, daß viele Klinikchefs eine drastische Verschlechterung der Patientenversorgung befürchten und deshalb den AiP ablehnen.

dg: Zu Beginn sprachen Sie, Herr Schelter, einmal von einer Tendenz im Gesundheitswesen zur Absenkung von Eingangsgehältern. Ist es so, daß der AiP unter diesem Gesichtspunkt eine Maßnahme unter vielen ist, oder bringt er ein ganzes Tarifgefüge ins Wanken?

Schelter: Besonders im Ge-

sundheitswesen sind Berufe durch eine spezifische Berufsge setzgebung geregelt. Dadurch besteht die Möglichkeit für den Gesetzgeber, Vorgaben für die Tarifparteien zu machen. Dies haben wir zuletzt bei der Absenkung der Ausbildungsvergütungen im Krankenpflegebereich erlebt. Hier haben die Arbeitgeber ein neues Krankenpflegegesetz zum Anlaß genommen, die Absenkung zu fordern. Wir erleben dies auch dort, wo etwa Praktika in das Studium integriert werden und damit die Möglichkeit einer arbeitsrechtlichen Ausgestaltung des Praktikums verhindert wird. Vorhaben aus dem Beamtenbereich, die auf den Tarifbereich übertragen werden sollen, gehören ebenso in diesen Zusammenhang.

Ohne Approbationsordnung wird kein Tarifvertrag zustande kommen.

dg: Zum Schluß noch eine perspektivische Frage. Was wollen die Studenten in nächster Zeit tun in Bezug auf den AiP?

Becker: Wir Studenten erwarten im Sommersemester eine Entscheidung. Unter Umständen verändern sich die Mehrheitsverhältnisse im Bundesrat. Eine Verabschiedung könnte dann schwierig sein. Es ist interessant, daß die Bundesregierung dies riskiert. Wir haben auf der letzten Fachtagung einstimmig beschlossen, an allen Fachbereichen eine Urabstimmung zum Thema bundesweiter Streik oder Boykott der Medizinstudenten durchzuführen, falls die Ministerin keine Änderungen am AiP in der Approbationsordnung vornimmt. Auch die Verschiebung hat daran nichts geändert. Verlassen können wir uns auf nichts. Verschoben ist nicht aufgehoben. Wir müssen und werden jetzt selber handeln. Von uns Studenten wird also noch zu hören sein.

dg: Wie meinen Sie, Herr Schelter, geht es weiter mit den Verhandlungen. Ist ein Fall denkbar, daß es zu keinerlei Abschluß und Verordnung kommt?

Schelter: Die Phantasie reicht aus, um sich einen solchen Fall auszumalen. Insbesondere für den Fall, daß die Arbeitgeber auf ihrer Vorstellung zur Vergütung beharren. Zu diesen Bedingungen werden wir ganz sicher nicht abschließen. □

**ma— Nur einmal
kamen die Ärzte aus
dem Abseits.
Unerwartet bei der
Debatte um den
Paragraphen 218.**

Regiefehler

89. Ärztetag in Hannover

Foto: Menzen

Prominenz war nur zur Eröffnungsveranstaltung angereist: Gesundheitsministerin Süßmuth und der gerade in Wahlkampfnöten steckende Ministerpräsident von Niedersachsen gaben der Eröffnungsveranstaltung des 89. Deutschen Ärztetages am 29. April in Hannover den notwendigen Glanz. Der gerade durch Enthüllungen über den Celler Sprengstoffanschlag ins Gerede gekommene Strahlemann sprach ausgerechnet über seine offensichtliches Lieblingsthema »Kostenexplosion«.

Ministerin Süßmuth betonte in ihrer Rede die volle Übereinstimmung der Bundesregierung mit den »Leitsätzen der deutschen Ärzteschaft«, kam dann aber sehr schnell zur einigen Problemen, bei denen Meinungsunterschiede deutlich wurden. So, als sie den andächtig lauschenden Standesfunktionären ins Stammbuch schrieb: »Im Gesundheitsschutz gilt das Prinzip, daß gesundheitliche Belange im Konfliktfall den Vorrang haben müssen vor wirtschaftlichen Überlegungen.«

Im Mittelpunkt der Beratungen des Ärztetages selbst stand die Neuauflage jenes »Blauen

Papiers«, das 1980 erstmalig auf dem Ärztetag in Berlin verabschiedet worden war.

Mit der Neufassung verband die Führung der Bundesärztekammer erkennbar die Absicht, in das Vor-Wahlgeschehen vor der Bundestagswahl 1987 einzugreifen und zwar zugunsten der CSU/CDU und FDP. Bei der personellen Verbindung zwischen höchsten Standesgremien und entsprechenden Fachausschüssen der Parteien auch keine Wunder. Verwundern mußte höchstens die unverblümte Art.

Die jetzt von der Bundesärztekammer nach zähnen Verhandlungen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vorgelegte Neufassung des »Blauen Papiers« markiert eine weitere Rückwärtswende der Standespolitik: Sie hielten die Hintertürchen für eine – auch kommerziell gewendete – Ausdehnung der »Erzeugung menschlicher Embryonen« offen: »Dabei ist die Erzeugung menschlicher Embryonen zu Forschungszwecken grundsätzlich vom Placet der zuständigen Ethikkommission abhängig.«

Unbeachtet blieb, daß die Ärztekammer West-Berlin die

entsprechende Änderung der Berufsordnung schon abgelehnt hat und daß die Bundesländer Hessen und Saarland die Regelung der Bundesärztekammer in dieser Frage ebenfalls wohl nicht genehmigen werden.

Aus den Gleisen geriet die Ärztetagsregie des Vorsitzenden Vilmar (Marburger Bund) beim Thema Paragraph 218. Hatte er bei der Eröffnungsveranstaltung noch vollmundig die Vorstandsvorlage verteidigt, die ein vollständiges Zurück in die fünfziger und sechziger Jahre bedeutete hätten und wiederum die Bildung von Kommissionen für Schwangerschaftsabbruch bei den Ärztekammern zum Ziel hatte, so fand sich nun in der Plenumsdebatte niemand, der die Vorstandsvorlage verteidigte.

Nicht nur die wenigen fortschrittlichen Delegierten der oppositionellen Liste verlangten die Streichung der gesamten Vorstandsvorlage, mehrere Frauenärzte enthielten, daß die Vorstandsvorlage fast wörtlich aus der Gesetzesvorlage des Landes Rheinland-Pfalz abgeschrieben worden und Frauenärzte daran nicht beteiligt worden waren (Auf »Sachverständ-

legt man bei der Bundesärztekammer sonst immer sehr viel Wert!).

Auf Antrag von Frau Heuer-Schreiber (CDU) wurde schließlich mit großer Mehrheit die Vorstandsvorlage gestrichen und durch einen erträglichen Absatz ersetzt. Erstaunlich am Ablauf dieser Diskussion und Abstimmung war, daß Präsident Vilmar regelrecht von seinen sonst stets einspringen Kollegen Bourmer, Scwering, Hoppe im Regen der Kritik stehen gelassen wurde. Lag hier eine Fehleinschätzung des Vorstands der Bundesärztekammer über die Haltung der Delegierten zum Paragraph 218 vor? Oder ließ der Standes-Jet-Set seinen Präsidenten bewußt stolpern?

Zum Teil »Katastrophenschutz und Zivilschutz im Verteidigungsfall« entspann sich wie erwartet eine heftige Kontroverse zwischen den Verteidigern der harten »katastrophemedizinischen Linie« der Bundesärztekammer, an ihrer Spitze Vizepräsident Osterwald und der Münchner CSU-Mayer und den fortschrittlichen Delegierten. Ellis Huber aus Berlin hielt der Bundesärztekammer eine katastrophale Fehlein-



schätzung der Stimmung unter den Ärzten vor, Edith Schieferstein aus Tübingen kritisierte, daß in den Veröffentlichungen der Ärztekammern immer wieder Katastrophen- und Zivilschutz durcheinander geworfen werden.

Sogar der stellvertretende Vorsitzende des Marburger Bundes, Steen, verlangte, den Text des Vorstands zu streichen. Mayer und Osterwald nutzten die Diskussion zu diffamierenden Angriffen gegen die IPPNW, namentlich auch gegen deren amerikanischen Co-Präsidenten Bernard Lown. Die Abstimmung des Ärztetages bestätigte bei wenigen Gegenstimmen der fortschrittlichen Delegierten den Kurs der Bundesärztekammer.

Zum Thema Arzneimittelversorgung und Umwelt wurden mehrere Referate gehalten, auf die dg in der Berichterstattung noch eingehen wird. Von den Referenten waren durchaus kritische Tönen zum Arzneimittelmarkt und zur Arzneimittelsicherheit, zur Rolle der Ärzte in der gesamten Umweltdiskussion zu hören. Vor allem deren fehlende Kompetenz und Engagement in Umweltfragen wurde beklagt. Sichtbares Indiz: Zur Reaktorkatastrophe von Tschernobyl wollte sich der Ärztetag während der Beratung des »Blauen Papiers« nicht äußern. Referate und Diskussion standen durchaus im Widerspruch zur pharmaindustriefreundlichen Grundhaltung der Standespolitik und bisher ständig geübten Politik der Verharmlosung von Umweltgefahren.

Fazit: Trotz der Beratung des »Blauen Papiers« blieb das öffentliche Interesse am Ärztetag sehr gering. Darin drückt sich auch eine Einschätzung der Funktion des jetzt verabschiedeten Papiers mit den »Gesundheits- und sozialpolitischen Vorstellungen der deutschen Ärzteschaft« aus: das Papier ist allenfalls fürs Archiv gut.

Bei so wenig öffentlichem Interesse waren die Grußtelegramme der Bonner Parteien sicher Balsam für die empfindliche Seele der Ärztekammerfunktionäre, ebenso wie das Grußwort des Generalsekretärs der Medical Association of South Africa, der Ärztekammer der weißen Ärzte des Apartheid-Regimes. □

Krankenschwestern in einer Klinik im Allgäu wollen mit ihrem Nachnamen angeredet werden. Der Chef stellt sich quer.

Neutrum

Seit vier Jahren immer mal wieder als aktueller Punkt im Protokoll der Chefarztbesprechung – die Namensänderung von Schwestern zu Frau. Nun ein erneuter Versuch abgelehnt. Mit der Bemerkung: »Sie sind hier nicht als Frau, sondern als Schwester eingestellt. Als Frau werden Sie im Bordell eingestellt.«

Dies gesagt und geschehen in einer süddeutschen Klinik vom leitenden Chefarzt im Gespräch mit dem Pflegepersonal. Die Wogen der Empörung gingen hoch, die stellvertretende Oberschwester drohte mit Rücktritt, wurde vom Chefarzt aber wieder umgestimmt mit der Stellenänderung zur gleichberechtigten Oberschwester.

Aber auch im eigenen Kollegen- und Kolleginnenkreis stießen wir mit unserer Empörung auf Unverständnis – einige äußerten sogar, daß der Chefarzt ja faktisch gesehen recht habe. Nach drei Tagen war das Thema bei den meisten vergessen.

Als Mitglied des Betriebsrates und der ÖTV versuchte ich, auf diesem Wege bezüglich der Rechtsfrage Klarheit zu finden. Es gibt keine rechtliche Grundlage über die Anrede »Schwester«. Von Seiten der

Personalverwaltung bekam ich zu hören, daß der Chefarzt das Direktionsrecht besitze und auf der Anrede bestehen könne. Die Frage ist für uns nun: Wie weit kann der Chefarzt das Direktionsrecht anwenden?

Seine Gründe für das Beibehalten der Anrede »Schwester« liegen in der Tradition, er möchte festhalten an altem, festgefügtem. Die Schwester hat nun mal das dienende, gehorsame, fügsame, liebevolle, kritiklose Wesen zu sein, von vielen Ärzten immer noch so gewünscht.

Ich denke, die Anrede mit dem Vornamen ist der Privatsphäre vorbehalten. In keinem anderen Beruf ist es üblich, oder wird es praktiziert, sich mit Vornamen anzusprechen. Unsere Kollegen Krankenpfleger werden selbstverständlich mit Herr angesprochen.

Ist das Dienen am Kranken damit verbunden, seine Individualität aufzugeben, um als Neutrum Schwester dazustehen? Als Schwestern sind wir auch Frauen – genau so wie in jedem anderen Beruf, und als solche möchten wir auch benannt werden.

Ich erlebe aber auch immer wieder Kolleginnen, denen die Anrede Schwester aus vielerlei Gründen wichtig ist, zum Bei-

spiel hört man da: »Ich bin mit Leib und Seele Schwester, deshalb möchte ich auch so ange- sprochen werden.« Oder andere, die einfach die Umstellung scheuen, weil es ja auch einen Denkprozeß in Gang setzt, in einem selbst und in der engen Umgebung.

Inzwischen haben einige von uns sich dazu entschlossen, die Anrede »Frau« einfach zu praktizieren. Ein Namensschild mit: Frau und Nachnamen, darunter: Krankenschwester, habe ich mir anfertigen lassen. Es ist für die Patienten einfacher, wenn sie den Namen auch geschrieben sehen. Ich habe damit gute Erfahrungen gemacht, die Patienten verstehen unsere Beweggründe ganz gut, haben keine Probleme mit der Umstellung. Diese sind im ver- waltungstechnischen Bereich deutlicher, dort stoßen wir auf Unverständnis, werden nicht ernst genommen, belächelt.

Inzwischen hat sich die Lage weiter zugespitzt, der Chefarzt erfuhr von unserem Vorgehen und erteilte uns striktes Verbot, die Anrede »Frau« zu gebrauchen, mit der Androhung eines Verweises. So der letzte Stand. Ich fände es gut, wenn Schwestern sich über diesen Punkt mehr Gedanken machen würden, es würde dazu beitragen, das Selbstbewußtsein jeder einzelnen in unserem Beruf zu stärken.

Vieleicht gibt es Kolleginnen, die die Anrede Frau schon praktizieren; ich würde mich freuen von ihnen zu hören.

Die Autorin möchte namentlich nicht genannt werden – sie fürchtet, Schwierigkeiten mit ihrem Klinikchef zu bekommen. Schreiben Sie ihr bitte an die Redaktionsadresse, wir leiten weiter.





Fotos (4): medico international

**Im Krankenhaus Katutura:
Apartheid schon bei
der Anmeldung**

Hauptkrankheit Apartheid

Gesundheitswesen in Namibia

90 Prozent der namibischen Bevölkerung leidet an der Apartheid. Die Schwarzen haben die freie Wahl zwischen Typhus und Cholera.

Über das „Gesundheitswesen“ in Namibia will ich schreiben, aber wie kann ich über „Gesundheit“ in einem Land schreiben, das alles andere als frei und unabhängig ist? Seit über 100 Jahren steht das Land im Südwesten Afrikas unter fremder Vorherrschaft. Die große Mehrzahl der 1,2 Millionen Einwohner kann sich nicht frei im eigenen Land bewegen und hat kaum politische Rechte.

Namibia hat sich bis heute nicht von der deutschen Kolonialzeit (1884–1915) erholen können, in der unter anderem ganze Volksstämme wie die Hereros zu Hunderttausenden ausgerottet wurden. Seit 1920 wird das Land von Südafrika verwaltet, bis 1966 als Protektorat unter Aufsicht des Völker-

bundes (UN). 1966 erklärte die UNO die Mandatherrschaft für beendet und beauftragte Südafrika, die Unabhängigkeit Namibias vorzubereiten. Seitdem ist das Land illegal besetzt von der Republik Südafrika, das auch den Namen „Namibia“ nicht akzeptiert, sondern weiterhin von SWA, „South West Africa“, spricht.

Die große Mehrzahl der Namibianer (circa 90 Prozent der Bevölkerung sind „nicht-weiß“) darf nicht frei wählen. 1978 verabschiedete die UNO die Resolution 435, die freie Wahlen in Namibia fordert. Diese wurden bis heute, 1986, von Südafrika mit immer neuen Tricks verhindert. Die von den Vereinten Nationen seit 1964 anerkannte Volksvertretung SWAPO (South West African People's Organisation) wird als kriminelle terroristische Vereinigung im Land verboten und von den herrschenden südafrikanern verfolgt. Tausende werden wegen politischer Aktivitäten verfolgt und eingesperrt. Folter und Mord an Häftlingen beschäftigt seit vielen Jahren zum Beispiel Amnesty International oder die UN-Menschen-

rechtskommission.

Das nördliche Drittel von Namibia wurde von Südafrika als Sicherheitszone deklariert. Dort sind die wesentlichen Grundrechte nicht gültig. Von hier aus finden die andauern den Invasionen südafrikanischer Truppen nach Angola statt. Zehntausende von namibischen Flüchtlingen leben in Lagern in Angola, in Lebensgefahr bei jedem südafrikanischen Angriff. Südafrika erklärt noch im Herbst 1985 unverhohlen, „das Südafrika beziehungsweise sein in Namibia eingesetzter Generaladministrator weiterhin allein verantwortlich für das Territorium südwestafrikas bleibt.“ Diese „Verantwortung“ wird unterstrichen durch einige Zehntausend südafrikanische Soldaten, die in Namibia stationiert sind. Die Gründe dafür sind wirtschaftlicher Art, da Südafrika weiterhin Diamanten und Uran in Namibia abbaut und auch militärischer, da Südafrika von Namibia aus den unerklärten Krieg gegen Angola führt.

Im folgenden will ich auf die Gesundheitsprobleme Namibias eingehen und mich dabei

an das Konzept „Basisgesundheit“ der Weltgesundheitsorganisation (WHO) halten. Dies Konzept berücksichtigt ausdrücklich die Lebensbedingungen einer Bevölkerung. Diese Rahmenbedingungen einschließlich der politischen Hintergründe haben direkt auch mit Gesundheit zu tun.

Als Konsequenz der strikten Apartheid-Politik wurde die schwarze Bevölkerung in städtische Ghettos oder armelige ländliche Gebiete, sogenannte »Heimatländer« (homelands) umgesiedelt. Damit versucht die von der südafrikanischen Regierung eingesetzte Generaladministration nicht nur die weiße Bevölkerung von der schwarzen zu trennen, sondern auch die verschiedenen ethnischen Gruppen streng getrennt voneinander zusammenzufassen.

So ist auch das im Süden Namibias gelegene Namaland geschaffen worden. Dort ist es heiß und trocken, Regen kommt nur einmal im Jahr. In den vielen winzigen Landwirtschaften werden vor allem Ziegen und Karakulschafe gehalten; Rinderwirt-



Die SWAPO hilft mit ihrem mobilen Gesundheitsdienst, das Schlimmste zu verhindern



»Altenheim« der SWAPO im Ghetto



Alltag im Ghetto

schaft ist wegen des großen Wassermangels nicht möglich.

Für den Ackerbau fehlen die Bewässerungssysteme, so daß die Bewohner des Namalandes gezwungen sind, ihre Lebensmittel in Läden zu kaufen, deren Preise fast doppelt so hoch sind wie in Windhoek. Der arbeitsfähigen Bevölkerung und insbesondere den Männern bleibt nichts anderes übrig, als in den Städten nach Arbeit zu suchen. Von ihren Familien getrennt werden sie dort in Barackenunterkünften zusammengepfercht. Strenge Kontrollen am Eingang der umzäunten Lager sorgen für

die Einhaltung der Rassengesetze und der auferlegten Bewegungsverbote.

Die medizinische Versorgung in diesen Ghettos, wie auch in den sogenannten »Heimatländern« ist minimal. Dagegen entspricht das Gesundheitssystem, das den Weißen offensteht, durchaus westlichen Standards. In den Gesundheitsstatistiken kommen dann auch die Folgen der unmenschlichen Apartheid-Politik deutlich genug zum Ausdruck: Während die weiße Bevölkerung an den gleichen Krankheiten leidet, wie beispielsweise die bundesrepublika-

nische Bevölkerung, sind die Krankheitsbilder der Schwarzafrikaner typisch armutbedingt. Die Lebenserwartung liegt mit circa 41 Jahren fast um die Hälfte niedriger als bei den Weißen. Die Säuglingssterblichkeit ist etwa zehnmal so hoch.

Wasser ist allgemein knapp durch die vorherrschende Halbwüste und unregelmäßige, oft spärliche Regenfälle. Diese Dürre betrifft vor allem den großen Teil der Bevölkerung, der nur für den eigenbedarf anbaut (Subsistenz).

Das Land ist sehr ungerecht verteilt. Nur ein Drittel der Gesamtfläche steht den 90 Prozent Schwarzen der Bevölkerung zur Verfügung. Außerhalb dieser Gebiete können sich die Schwarzen nur mit Einschränkungen bewegen und dürfen nur getrennt von den Weißen wohnen und leben.

Diejenigen Schwarzen, die überhaupt Arbeit haben, verdienen im Durchschnitt zwölfmal (in der Stadt) bis zu 25 mal (auf dem Land) weniger als die Weißen.

Obwohl Namibia Nahrungsmittel exportiert (45 Prozent der Exporte 1979), gibt es in den meist im Norden gelegenen Homelands viel Unterernährung und Fehlernährung, die vor allem bei Kindern unter 14 Jahren häufig tödlich endet.

Auch in der Schul- und Weiterbildung herrscht Apartheid, also strikte Rassentrennung. Die Chancen für nicht-weiße Kinder, einen qualifizierten Abschluß zu erreichen, sind schlecht. Die Analphabetenrate betrug noch 1983 über 45 Prozent.

Gesundheitliche Vorsorgemaßnahmen werden durch die Gesundheitsabteilung der Homelands verwaltet, die wiederum sehr knapp an Geld und sonstigen Mitteln sind. Systematische Durchimpfungen der Bevölkerung finden nicht statt. Weiße werden etwa viermal öfter geimpft als Nicht-Weiße. Es gibt in Namibia keine Abteilung für Gesundheitserziehung im Gesundheitsministerium. In fast jedem anderen afrikanischen Land gibt es solche „Health Education Units“.

Spätestens bei der Frage nach der Behandlung von Krankheiten fällt auf, wie wenig verlässliche Daten für Namibia vorliegen, da Südafrika sich weigert, solche Daten für Namibia zur Verfügung zu stellen. Deshalb ist man hier auf Schätzungen und auf internationale Veröf-

fentlichungen zum Beispiel der WHO oder der UNO angewiesen.

Die Säuglingssterblichkeit 1980 war bei Schwarzen zehnmal höher als bei Weißen (120 gegen zwölf pro 1000 Geburten). Dies Verhältnis von etwa zehn zu eins gilt im Prinzip für alle Krankheiten in Namibia, wird allerdings häufig noch größer (bei Tuberkulose 25 zu eins, bei Masern sogar 40 zu eins).

Viele Kinder unter 14 Jahre sind unterernährt. Durchfallerkrankungen sind die Haupttodesursache bei Säuglingen. Tuberkulose ist bei Schwarzen in Namibia häufiger als in allen benachbarten unabhängigen Staaten, die absolute und auf die Bevölkerung bezogene relative Häufigkeit nimmt laufend zu.

Vermeidbare Krankheiten sind nach wie vor häufig. Manche nehmen sogar seit 1975 zu: Cholera, Malaria, Keuchhusten, Diphtherie, Kinderlähmung, Typhus, Wundstarrkrampf, Masern, Virushepatitis. Mehr als in den Nachbarstaaten leiden die Menschen an Infektionskrankheiten. Krankheiten wie Übergewicht, Herz-Kreislauf-Krankheiten, Zucker, Zahnskaries und Bluthochdruck sind dagegen bei den reichen weißen Bevölkerungsgruppen häufig und nehmen laufend zu.

Dabei ist Namibia als Ganzes gesehen durchaus kein armes Land. Das Bruttonsozialprodukt etwa war 1980 mit 1200 Millionen US-Dollar mehr als doppelt so hoch wie im Nachbarland Botswana mit einer etwa gleichgroßen Bevölkerung. Botswana dagegen kennt Krankheiten wie Kinderlähmung, Wundstarrkrampf, Masern oder Cholera schon seit vielen Jahren nicht mehr. Ob das wohl daran liegt, daß alle Menschen in Botswana (da gibt es fünf Prozent Weiße) gleichberechtigt sind und zumindest seit der Unabhängigkeit ihre Angelegenheiten selbst in der Hand haben? Nach drei Jahren Arbeit in Botswana ist mir dieser Unterschied sehr deutlich geworden. Auch ein armes Land kann sich recht gut – und gesund – entwickeln, wenn die vorhandenen Ressourcen gleichmäßig verteilt werden.

Peter Schröder

Peter Schröder hat drei Jahre lang als Arzt in einem Regierungshospital in Serowe, Botswana, gearbeitet. In dieser Zeit reiste er auch nach Südafrika und Namibia.



Visionen holen uns ein

Internationales Hearing »Frauen und Gentechnik«

kk— Die Kritik hinkt hinterher. Die künstliche Befruchtung ist schon längst normal – nicht nur bei unfruchtbaren Frauen.

Was noch vor 15 Jahren als »Technologie der Zukunft« beschrieben wurde, ist längst Realität geworden: Schon 1978 verkündete die Presse die Geburt des ersten »Retortenbabies« in Australien. Mehrlingsgeburten auf der ganzen Welt, ein Indiz für die Anwendung der künstlichen Befruchtung (In-vitro-Fertilisation = IVF) häufen sich. US-amerikanische Firmen machen das genetische Screening zu einer Reihenuntersuchung bei der Einstellung.

Gesetzliche Regelungen bestehen zum größten Teil noch nicht, ein Bedarf danach wird aber immer dringender. Dies zeigt sich an der regen Tätigkeit von Kommissionen, die mit dem Thema befaßt sind, auch in der Bundesrepublik (Kommission des Bundesministers für Forschung und Technologie, Enquêtekommission des Deutschen Bundestags, Wissenschaftler Beirat der Bundesärztekammer, Beschlüsse der verschiedenen Parteien zur Gentechnologie etc.).

Zur Vorbereitung der Debatte auf nationaler und internationaler Ebene hatten die Frauen der GRAL (Grün-Alternative Fraktion) in der Regenbogenfraktion des Europaparlaments zu einer »Anhörung von Frauen für Frauen über Gen- und Fortpflanzungstechnologien« am 6. und 7. März in Brüssel eingeladen. 120 Teilnehmerinnen vorwiegend aus den EG-Staaten, aber auch aus den USA und der Dritten Welt, hatten hier die Gelegenheit, sich und die Presse über den

Stand der Diskussion und die Entwicklung der Technologien in den einzelnen Ländern zu informieren.

Zwei Tage lang trugen die eingeladenen Expertinnen ihre Forschungsergebnisse und Thesen zur Diskussion vor, darunter Paula Bradish, Molekularbiologin und Assistentin der Grünen im Bundestag, Linda Bullard, Mitarbeiterin der »Foundation on Economic Trends« in Washington, die durch ihre Proteste gegen die Freilandversuche mit genetisch veränderten Bakterien in den USA bekannt geworden ist, und Renate Duelli-Klein, Mitautorin des Buches »Retortenmütter« und Mitbegründerin des internationalen Netzwerks für den Widerstand gegen Reproduktions- und Gentechnologie (Finrrage).

Vorab stand ein Bericht über den Stand der Anwendung der »Reproduktionstechnologien« in den verschiedenen Ländern. Es stellte sich heraus, daß die von Regierungen beauftragten Kommissionen sich fast durchgängig auf die Minimalfordernungen einer Kontrolle der Forschung und Durchführung haben einigen können: So wird nirgendwo ein Verbot der genetologischen Forschung an Embryonen gefordert, sie wird nur »grundsätzlich« abgelehnt. Im juristischen Sinn heißt das, daß Ausnahmen zugelassen sind.

Leihmutterchaft wird prinzipiell abgelehnt, allerdings fordern nur wenige Länder auch eine Bestrafung dieses Handels mit der weiblichen »Reproduktionsfähigkeit«. Für die künstliche Befruchtung und die IVF wird überall die sogenannte »homologe« Form vorgeschlagen, das heißt der Samen sollte vom zukünftigen sozialen Vater sein. Ist das unmöglich, wird gefordert, daß das Kind später den Namen des Samenspenders, also des genetischen »Vaters« erfahren kann, wenn es möchte.

Durchgängig zeichnet sich eine Beschränkung der neuen Technologie auf verheiratete Paare ab, nur in den Niederlanden ist es unverheirateten Frauen und lesbischen Paaren möglich, eine IVF durchführen zu lassen. Insgesamt wächst die »Nachfrage« nach der Durchführung der IVF. In den mittlerweile 30 Behandlungszentren der Bundesrepublik sind in den letzten vier Jahren 1654 befruchtete Eizellen implantiert worden. Daraufhin erfolgten 102 Geburten mit 131 Kindern. Die Zahl der beteiligten Frauen wird nicht veröffentlicht, höchst wahrscheinlich, um die nur minimalen Erfolgsquoten bei oft jahrelangen Prozeduren zu verdecken.

Die Forschung hat also mit der gesetzlich völlig ungeregelten Durchführung der künstlichen Befruchtung, über die sie auch Zugriffsmöglichkeiten auf befruchtete Eizellen erhält, Fakten geschaffen, hinter der die politische Bewertung und Bekämpfung gerade durch die Frauen selbst, nur hinterherhinken kann.

Die Vorträge selber und die anschließenden Diskussionen zentrierten sich um die Reproduktionstechnologien und ihre Auswirkungen auf die gesellschaftlichen Haltungen zu sozialer und biologischer Mutterchaft und den Umgang mit Behinderungen.

Diese auf den ersten Blick nicht ganz ersichtliche Verknüpfung erklärt sich mit einem Blick auf die Indikationen zur künstlichen Befruchtung: Zunächst wurde sie als Therapie von Unfruchtbarkeit und zwar speziell der weiblichen Unfruchtbarkeit aufgrund von Eileiterverschlüssen propagiert.

Mittlerweile ist die enge Indikationsstellung wesentlich erweitert worden, und zwar auf Frauen,

- deren Partner zuwenig Spermien produzieren, um auf »natürlichem« Wege ein Kind zu zeugen,
- auf Frauen, deren Eizellen womöglich durch Giftbelastung, etwa am Arbeitsplatz, geschädigt worden sind,
- auf Frauen, bei denen unter Umständen ein genetischer Defekt vorliegt,
- auf Frauen, die wegen ihres fortgeschrittenen Lebensalters Angst haben, ein missgebildetes Kind, zum Beispiel mit Down-Syndrom (Trisomie 21, eher unter der rassistischen Bezeichnung Mongolismus bekannt) zu bekommen.

Ein eugenischer Aspekt beim Einsatz der neuen Technologie wird also immer weiter in den Vordergrund rücken. Unter dem Aspekt der angeblichen Verhinderungsmöglichkeit von Behinderungen, erweitert durch die Diagnosemöglichkeiten an der befruchteten Eizelle vor der Implantation in die Gebärmutter, wird sich die allgemeine Intoleranz und soziale und materielle Diskriminierung von Behinderten noch verstärken, zumal 95 Prozent aller Behinderungen nicht über Vererbung entstehen. Diese Ansicht vertrat auch Theresa Decchner, Sprecherin der Bundesarbeitsgemeinschaft der Grünen zu »Behinderungspolitik.«

Anita Direcks aus den Niederlanden erläuterte in ihrem Vortrag eine besonders zynische Anwendung der künstlichen Befruchtung. 1938 wurde das künstliche Stilben mit östogener Wirkung derivat DES (Diethylstilbestrol) entdeckt und ohne nähere Untersuchungen über viele Jahre schwangeren Frauen verordnet, um Fehlgeborenen zu verhindern.

In den siebziger und achtziger Jahren wurden die fatalen Folgen des Medikamentes bekannt: Die behandelten Mütter erkrankten durchschnittlich oft an Brustkrebs, ihre Töchter waren überdurchschnittlich häufig unfruchtbar, erkrankten an Gebärmutterhalskrebs und entwickelten Dysplasien (Schleimhautveränderungen von Scheide und Muttermund).

Diese DES-Töchter, auch Anita Direcks gehört zu ihnen, gibt es auf der ganzen Welt. Die Organisation DES-Network Netherlands spürt sie auf, um ihr Schicksal zu erkunden. Es hat sich dabei herausgestellt, daß gerade die unfruchtbaren DES-Töchter nun medizinisch gesehen, »die idealen« Anwärterinnen für eine IVF sind.

Um die künstliche Befruchtung durchzuführen, muß die sogenannte Superovulation ausgelöst werden, bei der mehrere befruchtungsfähige Eizellen auf einmal freiwerden. Diese Superovulationen werden mit großen Mengen von Stilben derivaten mit antiöstogener Wirkung ausgelöst, also ähnlichen Präparaten, wie die, die zur Sterilität der betroffenen Frau geführt haben.

Daraus ergab sich die auf dem Kongress übereinstimmend geäußerte Kritik der Frauen an der IVF: Obwohl es Erfahrungen mit den krebsauslösenden Eigenschaften der

Ostogene und ihren Derivaten gibt, werden sie gerade bei der IVF in hohem Maße eingesetzt. Die Langzeitauswirkungen dieses Experiments sind für niemanden abschätzbar, auch nicht für die aus dieser Prozedur entstehenden Kinder.

Darüberhinaus hat sich das Verfahren als äußerst belastend für die einzelne Frau bewiesen, häufig scheitern die Implantationsversuche bis zu fünf oder sechs mal, dann geben viele Frauen auf.

Aus diesem Grunde haben sich in den Niederlanden schon sogenannte Verbraucherinnenorganisationen gegründet, die zwar überwiegend das Verfahren selbst ablehnen, den Frauen, die sich dazu entschlossen haben, aber Hilfe durch umfassende Ausklärung über das Verfahren und seine Risiken zukommen lassen wollen, da dies, so die übereinstimmende Erfahrung, nur in sehr unzureichenden Maßen durch die Ärzte geschieht.

Weitergehende Kritik wurde auf diesem Hearing vor allen Dingen an der Ideologie getüftelt, die erklärt: »Normalerweise werden Frauen Mütter, und eine Frau ohne Kind ist nicht normal.« Diese Meinung disqualifiziert Frauen, die kein Kind wollen, als selbstsüchtig und egoistisch. Mutterschaft soll die Bestimmung der Frau sein. So veranstaltet die französische Regierung eine Werbekampagne, mit der auf riesigen Plakatwänden für Mutterschaft geworben wird.

Durch die Anwendung der neuen Reproduktionstechniken rückt der Begriff der biologischen Mutterschaft im Gegensatz zur sozialen immer mehr auch bei Frauen in den Vordergrund. Die Erlangung der sozialen Mutterschaft etwa über Adoption wird ja generell viel schwerer gemacht: Im Land der unbegrenzten Möglichkeiten der gentechnologischen Forschung, in Australien, dauert die Spanne vom Antrag auf eine Adoption bis zur Übernahme der Elternschaft rund zehn Jahre. So war Frau sich einig, daß in den nächsten Jahren eine weitreichende Aufklärungsarbeit zu leisten sei: Zum einen im Hinblick auf die technischen Möglichkeiten und deren anzustrebender Begrenzung, zum anderen aber auch im Hinblick auf die Frauen, deren Umgang mit den herrschenden patriarchalischen Vorstellung über Mutterschaft noch unkritisch ist. □

Anzeige:

Dokumentation der Fachtagung Gentechnologie

am 6./7. Dezember 1985
im Institut für Genetik
Köln

mit Beiträgen zu folgenden Themen:

Aus der Geschichte lernen. Historische Erfahrungen und ihre Konsequenzen für die Beurteilung der Gentechnik heute (Prof. Dr. Benno Müller-Hill) * Gentechnologie im Spannungsfeld zwischen Erkenntnisinteresse und Folgenabschätzung * (Prof. Dr. Erika Hickel, Prof. Dr. Ernst-Randolf Lochmann, Prof. Dr. Peter Starlinger) * Arbeitsplatzsicherheit und Arbeitsplätze in der biotechnologischen Großproduktion; Arbeitnehmerscreening (Dirk Berg, Wolfgang Kissel, Dr. Michael Zimmer, Gernot Langer, Ruben Scheller) * Organisation, Praxis und Funktion der genetischen Beratung; neue Möglichkeit durch Genomanalyse; Pharmaforschung (Dr. Dagmar Breilmann, Dr. Hannelore Haub, Dr. Sigurd von Ingersleben) * Forschungspolitik: Kapitalinteressen, wissenschaftlicher Alltag und Gegenkonzepte (Dr. Andre Leisewitz, Dr. Georg Ahrweiler) * Zur Einschätzung, Überwachung und Kontrolle des sich laufend verändernden Pathogenitätspotentials von reukombinierter DNA; Maßnahmen bezüglich Sicherheitstechnologie und Personenschutz (Arbeitsgruppe Laborsicherheit, Hamburg) * Biologische Waffen: Neue Impulse durch Gentechnik? (Prof. Dr. Erhard Geissler, Prof. Dr. Sigrid Janssen, Dr. Norbert Käuffer, Prof. Dr. Ernst-Randolf Lochmann, Dr. Helmut Weigel) * Gentechnologie: Instrumentalisierung der Natur? Ein wissenschaftstheoretischer Diskurs (Armin von Gleich, Dr. Rainer Hohlfeld, Dr. Regine Kollek, Michael Weingarten, Dr. Johann Peter Regelmann) * Biotechnologie und Mitwelt: Konsequenzen künstlich erzeugter Resistenzen gegen Schädlinge, Pflanzengifte und Umweltschadstoffe; ökonomisch-ökologische Folgen der chemisierten Landwirtschaft; Konsequenzen für Dritte-Welt-Länder (Dr. Hermann H. Dieter, Hans Korfacher, Dr. Ludwig Müller).

Bund demokratischer Wissenschaftler (BdWi), Pf. 543, 3550 Marburg, 200 Seiten, DIN A 4, DM 14,- zzgl. Porto. Mengenrabatt ab 10 Exemplare.

Als soziales Wesen gilt der Mensch den etablierten Arbeitsmedizinern nicht. Die arbeitsmedizinische Verwertung von Genanalysen wird das noch verstärken.

Als am 7. April die Tagungsteilnehmer im Kongreßzentrum Hamburg zusammenkamen, wurden sie vor dem Eingang von Vertretern der GAL-Bürgerschaftsfaktion mit einer Informationsbroschüre begrüßt. Hierin wurde ausführlich das Wirken des Vorsitzenden der Gesellschaft für Arbeitsmedizin, Professor Lehnert, in Gutachtenfragen dargestellt (dg berichtete). So hatte Lehnert unter anderem in einem seiner letzten Gutachten das Seveso-Gift Dioxin als für den Menschen nicht krebserzeugend bezeichnet. Doch obschon das Wirken Lehnerts auch im Fernsehen groß herausgestellt wurde, ließ das die Mitgliederversammlung unbeeindruckt.

schädigung analog den Berufskrankheiten wollte Watermann aber nicht denken.

Zum Hauptthema »Die Frau in der Arbeitswelt« wurden drei Referate gehalten. Diese kamen zu so weitreichenden Schlüssen wie etwa, daß Frauen mehr als Männer an Schulter- und Nackenbeschwerden litten, relativ mehr Fettgehalt hätten oder daß ihre Keimzellen empfindlicher auf Schadstoffe reagieren als die männlichen. Professor Zielhuis aus den Niederlanden empfahl deshalb, zur Erhaltung der Reproduktionsfähigkeit, die entsprechenden Grenzwerte niedriger zu fassen.

Aus Schweden wurde berichtet, daß zur Förderung der Emanzipation sämtliche besonderen Arbeitsschutz- und Arbeitszeitvorschriften für Frauen abgeschafft seien. Der Gentechnologe Rüdiger aus Hamburg konnte sich die Bemerkung nicht verkneifen, daß Frauen zwar weniger Alkohol als Männer vertragen würden, ihre Genstruktur bis auf das X-Chromosom aber dieselbe sei.

Dies leitete über zum brisanten Hauptthema, Genanalyse in der Arbeitsmedizin. Mittels der Genstruktur, gewonnen aus fünf Milliliter Blut, lassen sich

gang damit festlegen, stellte der bereits zitierte Rüdiger dazu lapidar fest.

Die von einem Referenten wiederholt vorgetragene Theorie, Magenbeschwerden hätten nichts mit Stress und Schichtarbeit zu tun, fand heftigen Widerspruch beim Vertreter der IG Metall. Die anwesenden Betriebsärzte schwiegen, obwohl der Betriebsalltag sie etwas anderes lehrt. Ob es nur an der drakonischen Diskussionsleitung lag?

Interessant war noch das Referat einer DDR-Arbeitsmedizinerin über die Dreifachwechselschicht von Textilarbeiterinnen. Diese Form der Schichtarbeit, die in der BRD für Frauen verboten ist, würde von den Arbeiterinnen der Zweifachschicht vorgezogen, da sie trotz Nachschicht besser mit ihren familiären Verpflichtungen zurecht kämen. Allerdings seien diese Arbeiterinnen überdurchschnittlich hoch unverheiratet.

Schließlich präsentierte ein Vertreter aus Finnland den nicht ganz ernstgenommenen Vorschlag, die Altersbegrenzung von der Belastung am Arbeitsplatz abhängig zu machen, also Maurer und Putzfrauen eher als Büroangestellte und

Bittere Pillen Patientenreihe
Herausgeber: K. Langberg, H.-P. Martin, H. Weiss

Krista Federspiel

Zahn um Zahn

Vom Umgang mit Zahnproblemen und Zahnärzten

Kiepenheuer & Witsch

Krista Federspiel, Zahn um Zahn, Vom Umgang mit Zahnproblemen und Zahnärzten, Köln 1986, 18,80 Mark.

Anknüpfend an den großen Erfolg der „Bitteren Pillen“ hat der Kiepenheuer & Witsch Verlag nun unter selbigem Titel gleich eine ganze Reihe von Patientenratgebern gestartet. „Zahn um Zahn“ macht den Anfang. Er will Patienten im „Umgang mit Zahnproblemen und Zahnärzten“ zur Seite stehen, sie dem Zahnarzt gegenüber zu annähernd gleichberechtigten Partnern machen und vor allem durch Aufklärung einen Beitrag zur Verbesserung der Zahngesundheit in der Bundesrepublik leisten.

Autorin Krista Federspiel hat, unterstützt durch die Fachberatung von Zahnärzten und Kieferorthopäden der Vereinigung Demokratische Zahnmedizin, für Laien verständlich, gut lesbar und dabei sehr sachlich medizinische Abläufe bei der Zahnbehandlung unter die Lupe genommen. Die Gliederung des Buches ist an der Sichtweise des Patienten orientiert. Kommt es zu Zahnproblemen, steht in der Regel am Anfang der Schmerz. Man erfährt, welches die Ursachen sein können, welche Arten von Schmerzen dem jeweiligen Zerstörungsgrad von Zahn und Zahnmutter zuzuordnen sind und wie sich die Zeit bis zum Beginn der Behandlung überbrücken läßt.

Dieses Buch wäre ein schlechter Ratgeber, wäre nur von Zahn- und Zahnmutterkrankheiten die Rede, würden diese als quasi unausweichlich dargestellt. So folgt denn ein ausführliches Kapitel „Vorbeugen ist besser als Schmerz“. Es enthält Hinweise darauf, „wie der Mund funktioniert“, wie sich durch Selbstuntersuchung der Gesundheitszustand überprüfen läßt, sagt etwas zur richtigen Mundhygiene und der Zweckmäßigkeit verschiedener Zahnpflegemittel und stellt zum Thema Ernährung ganz klar heraus: „Ohne Zucker keine Karies.“

Gentec im Blaumann

Jahrestagung der Gesellschaft für Arbeitsmedizin

Sie wählte ihn wieder zu ihrem Vorsitzenden.

Das Auftaktreferat hielt der scheidende Hauptgeschäftsführer der gewerblichen Berufsgeossenschaften, Watermann. Zum Abschied vollzog er eine elegante 180-Grad-Wendung: hatte er noch vor einem Jahr massiv gegen die Sozialwissenschaften gewettert, so betonte er jetzt, daß arbeitsbedingte Erkrankungen nur mit Hilfe sozialwissenschaftlicher Methoden wie der Epidemiologie zu erfassen seien. Auch bei Bedürfnisstörungen müsse man daran denken, daß diese arbeitsbedingt sein könnten. An eine entsprechende Ent-

nur die für den Umgang mit Kühlschmierstoffen besonders geeigneten Arbeiter herausfiltern. In den USA werden bereits Reihenuntersuchungen durchgeführt, um herauszufinden, wer durch seine Genstruktur für den Umgang mit mutagenen Arbeitsstoffen besonders geeignet ist.

Es soll also nicht mehr der Gesundheitsgefährdende Arbeitsplatz verändert werden, sondern der durch seine Genstruktur „richtige“ Mensch dem Arbeitsplatz angepaßt werden. Aufgabe der Wissenschaft sei es, der Politik objektive Tatsachen zu liefern, diese müsse dann die Regeln für den Um-

Lehrer zu berichten.

Fazit: Erneut erwies sich die Arbeitsmedizin als etablierte Wissenschaft mit strengen, schwer zu durchbrechenden Regeln. Der arbeitende Mensch stellt sich ihr als Konglomerat aus Muskelsträngen, Reflexen und Zellansammlungen dar und nicht als soziales Wesen. Mit der Genanalyse wird diese Tendenz in Zukunft noch verstärkt werden.

Inge Zeller

Inge Zeller arbeitet als Arbeitsmedizinerin in Dortmund.

buchkritik

In diesem Zusammenhang wird auch die Frage der Indikation für Fluoride diskutiert. Da Karies keineswegs eine Fluormangelkrankheit ist, wird vor einer unkontrollierten Massenverabreichung gewarnt.

Im folgenden werden dann alle Behandlungsschritte der Reihe nach erklärt. Am Anfang des Zahnarztbesuches steht die Angst; man erfährt, wie am besten damit umgegangen werden kann und daß in fast allen Fällen Schmerzen bei der Behandlung durch lokale Betäubung vermieden werden können. Natürlich werden dabei auch die Risiken der „Angstkiller“ nicht verschwiegen.

Das Buch gibt dem Patienten durch die detaillierte Darstellung der zahnärztlichen Maßnahmen eindeutige Kriterien an die Hand, einen gut von einem schlecht arbeitenden Zahnarzt zu unterscheiden. Indem immer wieder aufgezeigt wird, an welchen Stellen besonders gerne gepfuscht wird, kann das Buch zur Desillusionierung gegenüber dem Herrn oder der Dame im weißen Kittel beitragen. Die Behandlung des Themas Zahnersatz bietet einen Eindruck von der Bandbreite möglicher prothetischer Lösungen, ihren Vor- und Nachteilen sowie von den Besonderheiten ihrer Pflege. Gerade in diesem Bereich wird deutlich gemacht, wie wichtig ein kritisches Verbraucherbewußtsein auch im Medizinsektor ist.

Eltern, die ja in erster Linie Verantwortung für die Zähne ihrer Kinder tragen, werden sich besonders für die Ausführungen über Kinderzahnprobleme interessieren. Das Buch gibt Tips, wie Kinderzähne am besten gesund erhalten werden können, was beim ersten Gang zum Zahnarzt zu beachten ist, wann kieferorthopädische Maßnahmen ergreifen werden sollten.

Anders als sonst üblich, stellt „Zahn um Zahn“ Gesundheit nicht nur als individuelles Problem dar. Es fehlt nicht an Kritik daran, daß es die Behörden in der Bundesrepublik bislang versäumt haben, ein landesweites Vorsorgeprogramm gegen Zahnschäden bei Kindern zu organisieren. Im Gegensatz zu anderen Ländern, wie etwa der Schweiz, den Niederlanden oder Schweden, ist die Zahngesundheit der Bevölkerung in der BRD katastrophal. Die Ursachen für diesen Unterschied ist vor allem im Fehlen einer systematischen und flächendeckenden Jugendzahnpflege bei uns zu sehen.

Nach Art der „Bitteren Pillen“ werden auch in diesem Zahnratgeber die gängigen Arznei- und Pilegmittel sowie einige Dentalmaterialien geprüft und bewertet. Das ist gerade für den Dentalbereich wichtig, da erst ab 1989 eine behördliche Prü-

fung und Registrierung von Dentalpräparaten vorgesehen ist. So werden wohl noch lange hochgiftige Stoffe wie Arsen, Formaldehyd aber auch Schwermetalle (z.B. Blei) in der Zahnarztpraxis Verwendung finden. Ein geschärftes Bewußtsein der Patienten ist hier als „Selbstschutzmaßnahme“ dringend nötig, kann aber keinesfalls die behördliche Aufsicht ersetzen, da in der Praxis den Zahnarztpatienten eine Kontrolle der verwendeten Dentalmittel kaum möglich ist.

Vielen Zahnärzten wird dieses Buch Angst vor „besserwissenischen“ Patienten machen. Für schlecht arbeitende unter ihnen mag diese Sorge wohl auch gerechtfertigt sein, denn sie werden feststellen müssen, wie unbegründetes Vertrauen in ihre „Künste“ verlorengehen wird und einige Patienten zur Konkurrenz abwandern werden. Gewissenhaft arbeitende Zahnärzte und Zahnärztinnen müßten es aber begrüßen, daß durch diesen Ratgeber Patienten eine Chance erhalten, aktiver am Problemkreis der Zahnkrankheiten und ihrer Behandlung teilzuhaben. Ihr bislang blindes Vertrauen kann sich dadurch in ein begründetes wandeln.

Margit Fischer



Ärztefehler - pfuschen und vertuschen, herausgegeben vom „Allgemeinen Patienten-Verband“ Marburg, Fischer-Taschenbuch, April 1986, 170 Seiten, 7,80 Mark.

Ein neues Buch zum Problembecken „Ärztefehler“. Wohltuend fällt auf, daß nicht die hochtrabende Begrifflichkeit „Kunst“fehler den Titel zierte und auch im Buch durchgängig Anführungsstriche die ärztliche „Kunst“ relativieren. Diverse Autoren aus dem Allgemeinen Patienten-Verband (apv) und seinem Umfeld haben in dem Bändchen die Forderung nach Chancengleichheit für den Patienten (Teil 1) untermauert, ihre Sicht der organisierten Patientenhilfe (Teil

2) dargestellt und die wesentlichen Grundlagen für die Durchsetzung der Patientenansprüche (Teil 3) referiert.

Die Stärke des Buches ist der dritte Teil und hier besonders die gut lesbaren und allgemeinverständlichen Darstellungen, die spezialisierte Patientenanwälte zu den diversen Problemen, die auf einen geschädigten Patienten und seine Angehörigen zu kommen liefern. Aus dem Rahmen dieses Teiles fällt die Analyse des Arztes Niels Auhagen über das Arzt-Patient-Verhältnis. Er zeigt an vielen Beispielen auf, warum denn durchschnittlichen Arzt der lammfromme Patient lieber ist, als der kritische. Wenn es aber darum geht, wie dieser Zustand zugunsten eines emanzipierten Verhältnisses zu lösen sei, hat er nur Individualschelte zu bieten, die in dem Ausspruch gipfelt: „Nicht selten bekommt der Patient die Behandlung, die er verdient.“

Im ersten Teil werden im größeren politischen Zusammenhang die Ursachen der Chancengleichheit des Patienten sowie Perspektiven und politische Forderungen aufgezeigt. Hier rächt sich, daß die Beiträge teilweise unüberarbeitet aus einer apv-Arbeitstagung von 1979 übernommen wurden. Viele Beispiele sind Schnee von gestern. Schlampig wirken in einem Sachbuch so nebulöse Angaben, wie in dem Artikel von G. Meinecke über die ärztliche „Unfallflucht“: „... in der BRD am Straßenverkehr jährlich zu 15 000–17 000 Getöteten führt, die Zahl der ärztlichen Todesopfer im Jahr jedoch weit höher sein soll...“ Hier hätte die aktuell registrierte Zahl und die angenommene Dunkelziffer zur ordentlichen Recherche gehört.

Absolut peinlich wird es fast durchgängig im zweiten Teil, der der Selbstdarstellung des apv gewidmet ist. Wenn die Stärken des apv vor allem damit beschrieben werden, daß dieser Verband die richtigen Anwälte und Gutachter kennt, die zudem noch repressionsfrei arbeiten können, so wäre es endlich an der Zeit gewesen, diese Listen nicht mehr im „apv-Safe“ zu horten, sondern hier einer breiteren Öffentlichkeit zugänglich zu machen. Da dies nicht geschehen ist, wird man den Eindruck nicht los, daß es mehr um den apv als um die Patientenrechte geht.

Was E. Sanlo im zweiten Abschnitt über die Konzeption eines „Forschungszentrums für Medizinschäden“ berichtet, hört sich theoretisch gut an. Praktisch scheint hier der apv aber nicht vorwärts zu kommen, hat doch schon 1983 sein Präsident zu diesem Komplex Gleicher vorgetragen. Wiederum am tiefsten hat auch in diesem Teil N. Auhagen in den Fett-

napf getreten. In fast kindisch zu nennender Rächermanier fällt er in mehr als eineinhalb Seiten seines dreiseitigen Elaborates („Who is who“ in der Patientenbewegung) über einen ungeschickten Betrüger her, der einstmals auch den apv tödlich gefasst hat. Angebliche „Konkurrenten“, von denen man im Streit geschleudert ist, denen man aber auch nichts Nachteiliges nachsagen kann – wie dem „Arbeitskreis Kunstfehler in der Geburtshilfe“ – bleiben unerwähnt.

Geradezu diffamierend allerdings wird Auhagen gegenüber der Tübinger Konkurrenz, dem „Institut für Kunstfehlerbegutachtung“: „Die Staatsanwaltschaft Tübingen hat gegen Dr. jur. Bernd Giese in mehreren Fällen wegen Betrugs Anklage erhoben, da er als Jurist für gutgläubige geschädigte Patienten „medizinische Sachverständigen-Gutachten“ erstellt habe.“ Eine Anklage ist keine Verurteilung. Dies hätte auch der Arzt Auhagen in Rechnung stellen müssen, bevor er seine Schlamschlacht öffentlich führt.

Insgesamt wäre der Fischer Verlag besser beraten gewesen, die größtenteils sehr informativen Sachbeiträge unter anderer Herausgeberschaft zu veröffentlichen. – urp

akzent-touristik

Mediziner REISEN

UdSSR

Informations- und Besichtigungsprogramm in Vladsimir/Chiwa-Taschkent-Fronse-Alma Ata-Moskau. In Zusammenarbeit mit der bundesdeutschen Sektion des IPPNW (Ärzte gegen den Atomtod) findet ein medizinisches Fachprogramm statt.

Leistungen: Flug ab/an Berlin-Schönefeld, DZ/VP, Dolmetscherbetreuung und Besichtigungsprogramm.

13.9.–27.9.86 DM 1763,-

CUBA

Informations- und Besichtigungsprogramm für Mediziner. !! Als Bildungsauftrag beantragt !!

Leistungen: Flug ab/an Düsseldorf DZ/VP+HP, Dolmetscherbetreuung, Fachprogramm.

17.1.–1.2.87 DM 2500,-

Ausführliche Informationen anfordern bei:

akzent-touristik, Rappstr. 15, 2 HH 13, Tel.: 0 40/4 10 61 45

Tau - Schau - Gau

UNTERWEGS



SPÄTER



ZU HAUSE



IMPRESSIONUM

Herausgeber

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

Anschrift der Redaktion: Demokratisches Gesundheitswesen, Siegburger Str. 26, 5300 Bonn 3, Tel. 0228 / 488208 (8.30 Uhr bis 12.30 Uhr, montags 19.00 Uhr bis 21.00 Uhr)

Anzeigenleitung: Walter Beilken, c/o dg, Siegburger Str. 26, 5300 Bonn 3

Redaktion

Chefredakteurin: Ursula Daalmann (jud)

Aktuelle Gesundheitspolitik: Walter Popp (wp); Gesundheitsversorgung: Gregor Weinrich (gw); Uli Menges (um); Joachim Gill (jg); Arbeits- und Lebensverhältnisse: Norbert Andersch (na); Pharma- und Geräteindustrie: Uli Raupp (up); Umwelt: Peter Walger (pw); Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen: Matthias Albrecht (ma), Edi Erken (ee); Ausbildung: Brigitta Mews (bm); Eckard Müller (em); Peter Liebermann (pl); Internationales: Gunar Stempel (gs); Stephan Schönzel (sts); Frauenprobleme: Ulla Funke-Verhasselt (ufv); Karin Kleseyer (kk); Pflegeberufe: Kirsten Jung (kj); 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 blättert die Leser um Mitarbeit, kann aber für unverlangt eingesandte Manuskripte keine Haftung übernehmen.

Nachdruck nur nach Zustimmung der Redaktion.

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

Die Zeitschrift »DEMOKRATISCHES GESENDHETWESEN« erscheint monatlich bei:
Pahl-Rugenstein Verlag GmbH, Gottesweg 54, 5000 Köln 51, Tel. 0221/364051, Konten: Postgiroamt Köln 6514-503, Stadtsparkasse Köln 10652238 (für Abo-Gebühren).

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

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

Redaktions- und Anzeigenschluß für das Juheft: 15. Juni 1986.

Graphic: Christian Paulsen,
Michael Westermeyer

Titelblatt: laif

Layout: Uli Menges, Yogi Neuschäfer, Peter Walger, Ursula Daalmann

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

JSSN: Nr. 0172-7091

wir über uns

Geplant war für dieses Heft seit langem ein Report zu den gesundheitlichen Schäden von Atomkraftwerken. Daß er eine solch aktuelle Bedeutung bekommen würde, stellte sich erst fünf Tage vor der Endredaktion für dieses Heft heraus, als die ersten Nachrichten über den Unfall in Tschernobyl zu uns drangen. In den wenigen

Tagen, die uns noch bis zum Satzbeginn für dieses Heft zur Verfügung standen, schrieb dg-Redakteur Peter Walger seinen Report neu, bezogen auf die aktuellen Ereignisse. Wegen der Bedeutung der Katastrophe erscheint der Report dieses Mal ausnahmsweise auf acht Seiten.

Am 28. Mai werden im Fachbereich Graphik und Design der Fachhochschule Münster die Preisträger des in Zusammenarbeit zwischen der Fachhochschule und dg veranstalteten Kunstwettbewerbs »Krankheit und Umwelt« ausgezeichnet. Ihre Arbeiten wurden in den letzten dg-Ausgaben vorgestellt.

Die 50 besten Werke des Wettbewerbs sind inzwischen gerahmt. Sie werden erstmals auf dem Umwelttag in Würzburg ausgestellt. Dort ist dg übrigens auch mit einem Stand vertreten. Für die Zukunft ist geplant, die Werke des Kunstwettbewerbs in Form einer Wanderausstellung auch in anderen Orten zu zeigen. Falls hieran Interesse besteht (für Veranstaltungen, Kongresse etc.), bitte Anfragen ans dg-Büro!

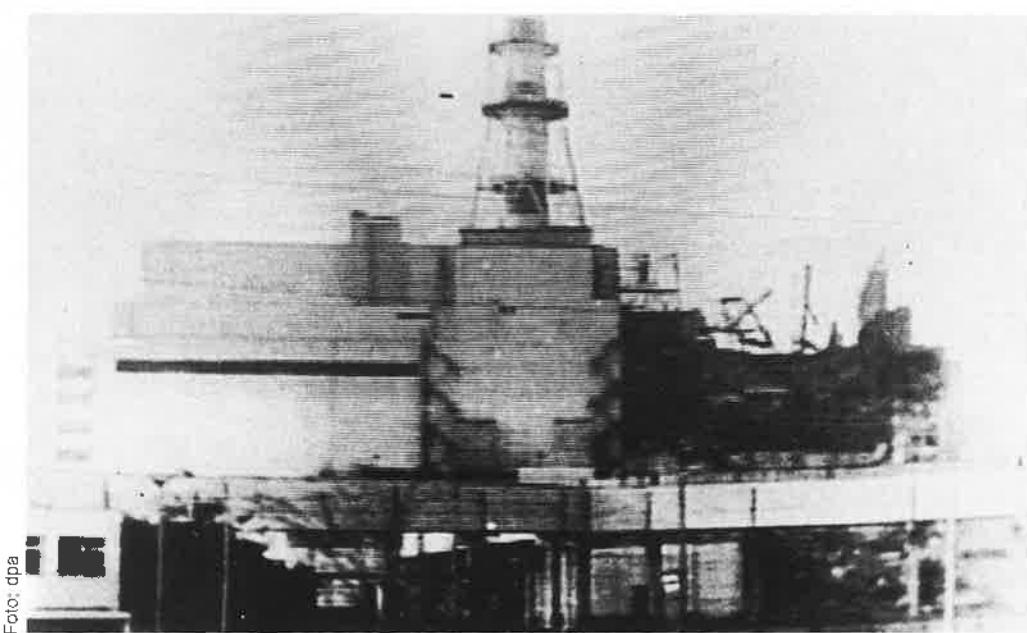


Foto: dpa

Tschernobyl nach dem Unfall

dg-kontakte

Aachen: Erhard Knauer, Maria-Theresia-Allee 59, 5100 Aachen, Tel. (02 41) 7 51 59; **Ansbach:** Birgitta Eschenbacher, Am Heimweg 17, 8800 Ansbach, Tel. (09 81) 144 44; **Berlin:** Hermann Dittrich, Grunewaldstr. 28, 1000 Berlin 41, Tel. (030) 8 22 63 28; **Bonn:** Edi Erken, Eckenerstr. 28, 5205 St. Augustin 2 (Hangar), Tel. (022 41) 2 91 78; Stefan Schözel, Bergstr. 8, 5300 Bonn 1, Tel. (0228) 23 35 26; Kurt Straif, Reuterstr. 121, 53/1, Tel. 21 26 96; Gregor Wehrlich, Schumanstr. 30, 53/1, Tel. 21 97 78; **Bremen:** Cornelia Selke, Clausewitzstr. 25, 2800 Bremen 1, Tel. (04 21) 23 43 71; **Bremerhaven:** Gunar Stempel, Virchowstr. 34, 2850 Bremerhaven-Geestemünde, Tel. (04 71) 2 72 72; **Darmstadt:** Jürgen Frohner, Neutscher Weg 3, 6101 Modautal-Ernsthofen; **Dortmund:** Matthias Albrecht, Am Kuhlenweg 22, 4600 Dortmund 50, Tel. (02 31) 75 38 80; Dellev Uhlendorf, Droske-Hülshoff-Str. 1, 46/1, Tel. 42 17 88; **Düsseldorf:** Joachim Gill, Fruchtstr. 2, 4000 Düsseldorf, Tel. (02 11) 34 92 04; **Duisburg:** Thomas Wettig, 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; Norbert Andersch, Pollerbergstr. 22, Tel. 74 71 31; Walter Popp, Sundernholz 32, 43/1, Tel. 44 16 30; **Frankfurt:** Klaus Priester, Schloßstr. 96, 6000 Frankfurt 90, Tel. (069) 70 54 49; **Gießen:** Claudia Göltmann, Bismarckstr. 6, 6300 Gießen, Tel. (06 41) 75 24 57; **Göttingen:** Barbara Witte, Ostlandweg 23, 3400 Göttingen, Tel. (05 51) 3 37 10; **Hamburg:** Robert Pleitner, Kurfürstenstr. 45, 2000 Hamburg 70, Tel. (040) 6 56 48 45; **Hanau/Maintal:** Hans Seo, Südring 12, 6457 Maintal 1, Tel. (06 81) 4 72 31; **Hannover:** Martin Walz, Tiestestra. 19, 3000 Hannover 1, Tel. d: (051 32) 90 65 57/p; (051 11) 81 88 68; **Hattingen:** Wolfgang Münster, Marxstr. 19, 4320 Hattingen, Tel. (02 32 4) 6 / 4 10; **Heidelberg:** Michael Gerster, Burgstr. 44, 6900 Heidelberg, Tel. (062 21) 4 / 41 01; **Karlsruhe:** Claudia Lehner, Schillerstr. 54, 7500 Karlsruhe 1, Tel. (07 21) 81 99 48; **Kassel:** Matthias Dippel, Waltzstr. 2d, 3500 Kassel, Tel. (05 61) 5 49 25; **Kiel:** Ralf Cüppers, Saarbrückenstr. 176B, 2300 Kiel 1, Tel. (0431) 68 63 97; **Kleve:** Ulta Funke-Vershasselt, Steinborgen 33, 4182 Uedem, Tel. (02 25) 84 24; **Köln:** Peter Löbermann, Gardestr. 16, 5000 Köln 60, Tel. (0221) 76 38 44; Eckard Müller, Säckerstr. 4, 5/41, Tel. 13 29 19; Helmut Schaaf, Rhöndorfer Str. 16, 5/41, Tel. 42 87 26; **Lengerich:** Jan Hendrik Herdtlass, 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 Häppermann, Bäckerstr. 41, 4950 Minden; **München:** Margret Lamberti, Billrothstr. 7, 8000 München 70, Tel. (089) 78 15 04; **Mindelheim:** Thomas Melcher, Beethovenstr. 4, 8948 Mindelheim, Tel. (082 61) 97 33; **Münster:** Helmut Copak, Geiststr. 67a, 4400 Münster, Tel. (02 51) 79 46 88; Barbara Halbeisen-Lehnert, Hoyasstr. 11, Tel. 28 74 31; Uli Menges, Davensberger Str. 10a, Tel. 78 83 99; Ulli Raupp, Peter Walger, Willi-Hölscher-Weg 7, Tel. 78014 37; **Oldenburg:** Helmut Koch, Saarstr. 11, 2900 Oldenburg, Tel. (04 41) 8 38 56; **Recklinghausen:** Petra Voss, Am Lohrstr. 4, 4350 Recklinghausen, Tel. (02 36 1) 154 53; **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 Beitz, Hagebuttenweg 24, 5200 Siegburg-Kaldauen, Tel. (022 41) 38 35 90; **Siegen:** Michael Regus, Zur Zinsenbach 9, 5900 Siegen, Tel. (02 71) 7 68 60; **Solingen:** Heinrich Recken, Basaltweg 15, 5650 Solingen 1, Tel. (021 22) 47 88 85; **Tübingen:** Elke Schön, Jacobsgasse 19, 7400 Tübingen, Tel. (07 07 1) 21 27 98; **Ulm:** Wolf Schleinzer, Ringstr. 22, 7900 Ulm-Lehr, Tel. (07 31) 6 65 44; **Viersen:** Sebastian Stierl, Gladbachstr. 94, 4056 Schwalmstadt 1, Tel. (02 16 3) 41 91; **Wuppertal:** Michael Bünner, Normenstr. 20, 5600 Wuppertal 2, Tel. (02 02) 50 38 45.

Das goldene Wort

»Scheidungsgeschädigte, sterilisierwillige Ärztin sucht dringend Weiterbildungsstelle in HNO-Heilkunde. Nacht- und Wochenenddienst angenehm.«

Annonce in der Münchener Ärztl. Anzeigen vom 8. März 1986

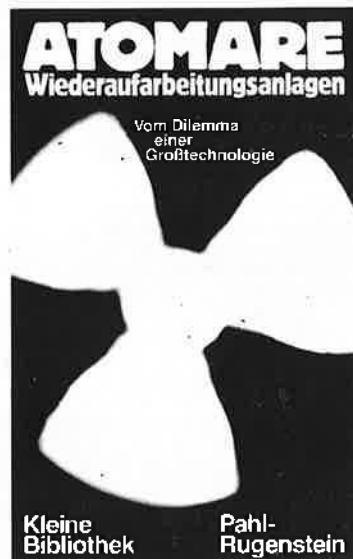
Die dg-Redaktion unterstützt die Unterschriftenaktion des Freiburger Öko-Instituts und fordert alle Leser und Leserinnen zur Teilnahme auf. Kopieren Sie diese Rückseite und geben Sie sie weiter.
Rücksendung an:
dg, Siegburger Str. 26, 5300 Bonn 3.
Hier können auch neue Listen angefordert werden.

Unterschriftensammlung »Energiewende statt Strahlung ohne Ende«

Die Unterzeichner fordern von den verantwortlichen Politikern in Bundes- und Landesregierungen

1. den **sofortigen Ausstieg aus der Atomenergienutzung**
2. eine **Energiewende hin zu einer ökologischen und sozial orientierten Energiepolitik**, wie sie vom Öko-Institut vorgeschlagen wurde; wesentliche Forderungen sind dabei:
 - rationelle Energienutzung und -einsparung als sauberste und billigste Energiequellen
 - Abkehr von der bisherigen zentralen Stromversorgung und den umwelt- und gesundheitsbelastenden Großkraftwerken
 - Ausbau der Nah- und FernwärmeverSORGUNG, die allein eine bedarfsoorientierte und umweltschonende Energiebereitstellung ermöglichen
 - vorrangige Nutzung und Förderung von regenerativen Energiequellen
 - Änderung des Energiewirtschaftsgesetztes und der absatzfördernden Strompreisgestaltung, um die Hemmnisse einer dezentralen, rationellen Energienutzung zu beseitigen und eine Rekommunalisierung der Energiewirtschaft zu ermöglichen
 - ebenso fordern die Unterzeichner die verantwortlichen Kommunalpolitiker auf, in ihrer Gemeinde für eine ökologisch verträgliche Energiepolitik einzutreten. Statt über die Stadtwerke möglichst viel Energie (Strom und Gas) zu verkaufen und hohe Gewinne und Konzessionsabgaben für den Gemeindehaushalt zu erzielen, sollte die rationelle Energienutzung (z.B. in Form von Wärmedämmkonzepten) im Vordergrund stehen.

• • • • • • • • •
prv-aktuell
Keine WAA
in Wackersdorf
und anders wo.



B. Bartmann / J. Hess
S. Wilberg u.a.

**Atomare
Wiederaufarbeitung**

**Vom Dilemma
einer Großtechnologie**
Kleine Bibliothek 304
212 Seiten, 12,- DM

Beiträge von Günter Altner,
Wolfgang Baumann, Herbert
Begemann, Inge Schmitz-
Feuerhake, Helmut Hirsch, Jürgen
Kreusch, Peter Cornelius Mayer-
Tasch, Alfred Mechtersheimer,
Seiei Shinohara, Frederic Vester,
Armin Weiss

Das Buch zeigt die ökolo-
gischen, ökonomischen,
medizinischen, gesell-
schaftlichen und militäri-
schen Gefahren, die mit
der WAA Wackersdorf
verbunden sind.