



DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN

ZEITSCHRIFT FÜR GESUNDHEITS-
UND SOZIALBERUFE

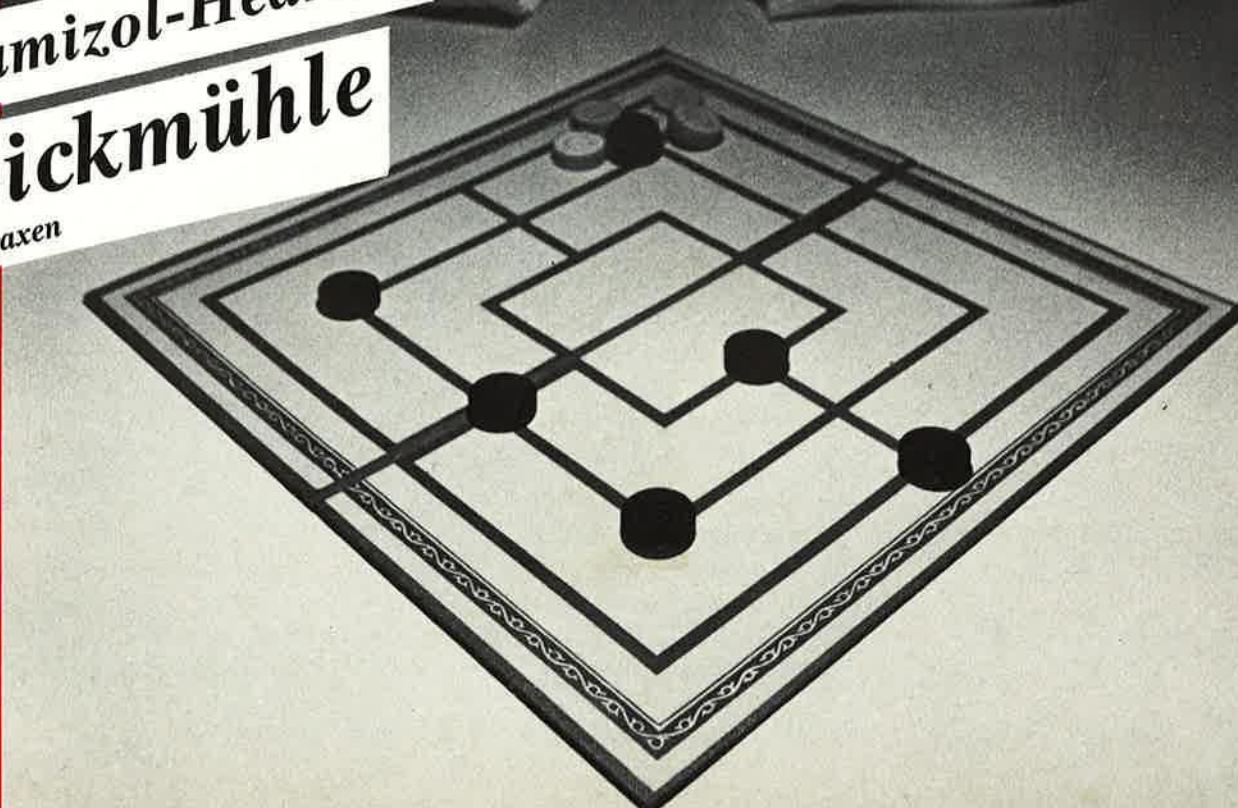
Krankenpflege gegen Krieg

dg-Gespräch mit Sabine Drube

Metamizol-Hearing

Zwickmühle

Linke Praxen



der kommentar



Melitta Walter
war von Okto-
ber 1983 bis
Oktober 1986
Bundesvorsit-
zende von Pro
Familia

Für dumm verkauft

Politiker aller Parteien betonen in ihren Festreden gern und mit viel Pathos, daß „wir aus der Geschichte lernen müssen“. Offensichtlich fallen Fragestellungen, Erinnerungen an die Vergangenheit, Reflexionen über die zehnjährige praktische Erfahrung mit dem reformierten Paragraphen 218 Strafgesetzbuch nicht unter diesen Appell.

Immer und immer wieder ist die Schwangerschaftsabbruchthematik Gegenstand öffentlicher Auseinandersetzungen. Aber zur Zeit stecken die Parteien im Wahlkampf, und deshalb soll, so sagen Gerüchte, ein Stillhalteabkommen zwischen SPD und CDU zustande gekommen sein: Der Paragraph 218 wird aus dem Wahlkampf herausgehalten.

Weshalb? Es geht um WählerInnenstimmen, und keine Partei will die Frauen verärgern. Die große Politik und die Parteienabsprachen betreffend mag diese Taktik legitim sein, aber für alle Frauen, die nach der Bundestagswahl ungewollt schwanger werden und sich für einen Schwangerschaftsabbruch entscheiden, ist jetzt von

Bedeutung, wie die Zukunftsvorstellungen der Parteien in Bezug auf den Umgang mit ungewollt schwangeren Frauen aussehen. Gibt es einen Zeitpunkt in einer Demokratie, der besser geeignet ist Fragen zu stellen, als die Wahlkampfzeit?

Frauen werden – wie immer – für dumm verkauft. Und Gruppen, Gewerkschaften und Verbände, die eine Überprüfung der derzeitigen Gesetzeslage des Paragraphen 218 fordern, werden in die Ecke derer gestellt, die die Demokratie gefährden. Ausgenommen die Gruppen, die eine Verschärfung fordern.

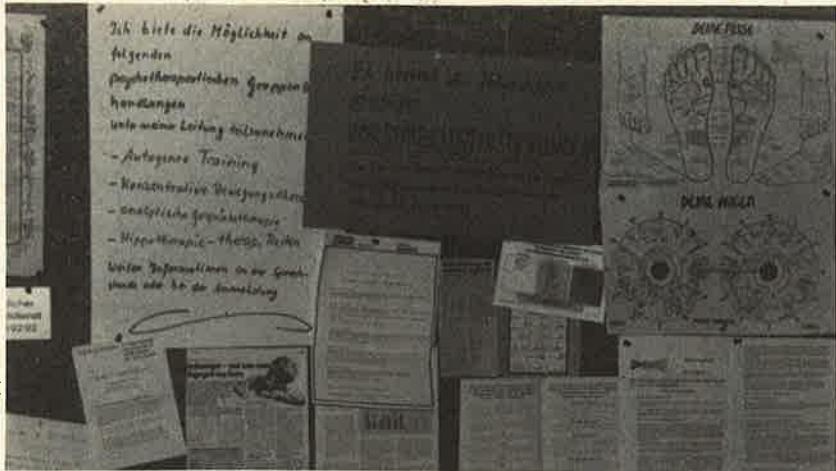
Peinlich, daß Politiker heute wieder darauf hingewiesen werden müssen, daß die Forderung nach Überprüfung der Wirksamkeit eines Gesetzes zu den Grundpfeilern unserer demokratischen Rechtsordnung gehört.

Aus der Geschichte des Paragraphen 218 lernen heißt zu akzeptieren, daß kein Strafrechtsparagraph, gleich welcher Härte, Frauen vom Abbruch abhält. Aus der Geschichte lernen, heißt zu akzeptieren, daß es Schwangerschaftsabbrüche schon immer gab und weiterhin geben wird.

Die patriarchalische Ethik der katholischen Kirche, die das Ungeborene zu schützen vorgibt, den Geborenen aber Verhüttungsmittel verbietet, die Würde der Frau durch Verleumdungen und Schuldzuweisungen mit Füßen tritt, tut der Problematik keinen guten Dienst. Ein menschlicher, respektvoller Umgang mit Frauen, mit Paaren, die plötzlich in die Situation einer ungewollten Schwangerschaft kommen, die in kürzester Zeit eine Entscheidung für oder gegen ein sich entwickelndes Leben treffen müssen, bietet auch dem Ungeborenen den größten Schutz.

Jetzt müssen wir die Bundestagskandidatinnen und -kandidaten nach ihren Vorstellungen vom Umgang mit der Problematik des Schwangerschaftsabbruchs fragen, jetzt müssen sie sich stellen, denn nach den Wahlen . . .

Foto: Raupp



Linke Ärzte tun sich schwer. Zwischen unternehmerischen Sachzwängen und idealistischem Wunschdenken wird manche Niederrassung zum Eiertanz.

Der Report auf Seite 10

Foto: ud



Sabine Drube, Krankenschwester aus Heidelberg, koordiniert den bundesweiten Arbeitskreis „Krankenpflege gegen Krieg“. dg sprach mit ihr über die Loslösung von den Rockschüssen der Ärzte.

auf Seite 16

Foto: Linie 4/M. Bauer



Zu „sauberer“ Werbung hat sich die Pharmaindustrie verpflichtet. Wie sauber die Marketingmethoden sind, hat der AOK-Bundesverband untersucht. Ein Bericht auf Seite 18

Inhalt

11/86

dg-Report

Zwickmühle	
Wenn Linke sich niederlassen	10

Krankenpflege

„Nicht erst hinterher schreien“ dg-Gespräch mit Sabine Drube, Krankenpflege gegen Krieg	16
---	----

Pharma

Nichts als Krümel AOK-Studie zum Pharma-Kodex	18
Unter Hoechster Regie Metamizol-Hearing beim BGA	27

Frieden

Bunkergemeinschaft Die Schutzkommission beim Bundesminister des Innern	24
Nach Hasselbach	30

Psychiatrie

Null-Lösung Anmerkungen zum Psychiatriegesetz	28
--	----

Historisches

„Die Fenster gingen ja nach hinten raus“ Der Frankfurter „Euthanasie“-Prozeß	32
---	----

Umwelt

Bleierne Zeit Wie schädlich ist Blei im Benzin?	34
--	----

Satirisches

Schlüßverkauf Die Hellkraft des Marktes	26
--	----

Die Debatte

Eröffnung des Gesundheitspolitischen Kongresses der CDU von Heiner Geißler	19
„Lebe gesünder – es lohnt“ von Prof. Rita Süßmuth	20
4. Gesundheitstag in Kassel 1987	22

Dokumente

Die Schutzkommission beim Bundesminister des Innern und die Strahlenschutzkommision	23
---	----

Rubriken

Leserbriefe	4
Aktuelles	5
Termine	8
Kleinanzeigen	9
Buchkritik	36
Comic	38
Wir über uns	39

leserbriefe

an dg. Siegburger str. 26,
5300 Bonn 3

Prinzipiell

dg 10/86: Titelblatt

Eure letzte Ausgabe fand ich, wie alle anderen Ausgaben übrigens auch, gut und sehr informativ. Nicht so gut fand ich das Titelbild. Ich unterstelle Euch bestimmt keine Frauenfeindlichkeit, aber gegen nackte Frauen auf Titelbildern bin ich prinzipiell.

EVA MALEWSKI
Stuttgart



Kritisch

dg 9/86: „Macht hoch die Tür?
Computer in der Krankenpflege“

Nach der verheißungsvollen Überschrift habe ich Euren Artikel mit Interesse, aber auch sehr kritisch gelesen. Zunächst stört mich Eure Überschrift, da ich bisher davon ausgehe, daß in der Krankenpflege nicht nur „Schwestern“ arbeiten, sondern auch Krankenpfleger. (Auf dem Titelblatt hatte es geheißen: „Computer für die Schwester“, d. Red.) Auch schlägt für mich eine solche Überschrift wieder in die Klischeekerbe, die mal wieder auf dem Rücken der Frauen ausgetragen wird. Durch eine solche Überschrift könnte auch ein „Nichtkönnen“ ausgedrückt werden. Ich hoffe, Ihr versteht mein Anliegen und könnt es in weiteren Artikeln umsetzen.

Noch eine Anmerkung ist mir wichtig. Gerne hätte ich gewußt, wer diesen Artikel geschrieben hat. Vielleicht könnt Ihr das bekannt geben. Treffend finde ich Eure Aussage auf Seite drei, in der festgestellt wird, daß die Frage nach der Brauchbarkeit vom Computereinsatz in der Krankenpflege längst beantwortet ist. Leider ist die Frage nicht von unserer Berufsgruppe beantwortet worden und um so lauter muß jetzt nur die Forderung nach Einbeziehen und Einmischen in diese neue Technologie gehen. Ich glaube, es gibt einige Arbeitsbereiche, in denen ein Computereinsatz denkbar ist, die wir aber klar vorgeben müssen. Auch müssen wir kritisch hinterfragen, wo der Computereinsatz Arbeitentlastung bieten kann und wo er Einschränkungen mit sich bringen kann.

Denkbar ist für mich eine Arbeitentlastung bei allen administrativen Aufgaben wie zum Beispiel bei der Dienstplanerstellung, der Belegungsplanung, der Ausbildungs- und Einsatzplanung, bei Bestellungen und Bestandsüberwachung und so weiter. Für nicht einsatzfähig halte ich die EDV bei der Erstellung

von Pflegeplänen, da diese nur individuell für und mit den Patienten erstellt werden können. Auch sollte der Computereinsatz nicht dazu führen, die Schreibtischtätigkeit vor die Arbeit mit Patienten zu setzen, und es darf auch nicht soweit kommen, daß wir weitere Spezialisten ausbilden.

Wir als Krankenpflegepersonal sollten unser berufliches Selbstbewußtsein stärken und Berufsfremden verdeutlichen, was Krankenpflege ist, und daß am Bett diese nur

geleistet werden kann mit einer patientenbezogenen Krankenpflege und damit ein Computerprogramm nicht die Vorgabe sein kann. Wichtig ist auch der Gedanke, daß Computer nur das wiedergeben können, was gespeichert worden ist. Das heißt, wir können die Programme bestimmen.

Hinweisen möchte ich noch an dieser Stelle auf die Vorbehalte, die oft gegenüber Neuerungen angeführt werden (zum Beispiel Dokumentationssysteme, Pflegeprozeß et cetera).



tera) und die trotz Widerstand eingeführt/erarbeitet wurden und mittlerweile Hilfestellung bei der Verrichtung der Pflegearbeit sind.

EDELTRAUD LUTZ
Lehrerin für Krankenpflege
Essen

Den Artikel „Macht hoch die Tür“ hat Joachim Neuschäfer geschrieben, wie aus dem Vorspann hervorging.

Unvollständig

dg 10/86: Gesamtdeutsche Begegnung, Sozialpsychiatrer tagten in Mönchengladbach

Euren Bericht über die Gesamtdeutsche Tagung der Sozialpsychiatrie in Mönchengladbach finde ich unvollständig und unehrlich. Ausgerechnet die Debatte über die gesellschaftlich unterschiedlichen Hemmnisse bei der Verwirklichung recht ähnlicher Vorstellungen in der Bundesrepublik und der DDR läßt Ihr weg. Wenn bei uns Ökologie und Ökonomie, Soziales und Wirtschaftliches immer weiter auseinanderfallen, wird der Psychiatrie die Normalisierung erschwert.

Weder ist Leipzig überall in der DDR, noch Mönchengladbach der einzige Farblecks der bundesrepublikanischen Psychiatrie. Reflektiert wird nicht die unterschiedliche Entwicklung im Wohnbereich hüben und im Arbeitsbereich drüben. Und das Flächen über die Notwendigkeit einer gesamtdeutschen Theorie und Praxis der Psychiatrie war mehr als ein Scherz.

Stattdessen bringt Ihr in großer Aufmachung die These von der Zerstreittheit der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie, die nirgendwo belegt wird, auch gar nicht Thema war. Macht Euch mal gesondert die Mühe einer ehrlichen Bestandsaufnahme, dann merkt Ihr, daß natürlich die Wege und Methoden verschieden sind, die Ziele und Inhalte der Psychiatriebewegung aber erstaunlich übereinstimmen. Daß der Auflösung der Anstalten, dem Schaffen von Lebens- und Arbeitsräumen, die auch chronisch psychisch Kranken wieder eine eigene Entwicklung erlauben, gesellschaftliche Kräfte entgegenstehen – übrigens auch in der DDR – kam in Mönchengladbach ja zur Sprache. Dort war Veranstalter zudem gar nicht die DGSP, sondern eine gewisse Bundesvereinigung für Seelische Gesundheit, in der die vertretenen Verbände – vom Wohlfahrtsfilz bis zu den Psychologen – sich noch erstaunlich wenig streiten. Prügelt doch nicht immer Eurer liebstes Kind.

THOMAS BOCK
Hamburg

aktuelles

Kein Studienplatz durch Auswahlgespräche

Die Medizinische Hochschule Hannover darf vorläufig keine Studienbewerber auf Grund eines Auswahlgespräches zum Medizinstudium zulassen. Verfassungsrechtliche Bedenken gegen die Auswahlgespräche führten nach Mitteilungen des Marburger Anwaltsbüros Becker und Hauck zu einer entsprechenden Entscheidung des Verwaltungsgerichts Hannover.

Sollte diese Entscheidung rechtskräftig werden, müßten die Wissenschaftsminister der Länder tätig werden, weil, so die Anwälte, die Einheitlichkeit der Studienplatzvergabe danach nicht mehr gewährleistet sei.

Urteil zu Kassenleistungen bei Abtreibung

Das Landessozialgericht für Nordrhein-Westfalen in Essen hat in jüngst veröffentlichten Urteil entschieden, daß die Leistungen der Krankenkassen für Schwangerschaftsabbrüche

kein Grund sein können, die eigenen Kassenbeiträge zu kürzen. (L 16 KR 171/84 LSG NRW). Ein Versicherter sei nicht berechtigt, so der 16. Landessozialgerichtssenat, über die Einbehaltung von Beiträgen die Kassenleistungen zu kontrollieren. Abgewiesen wurde auch die Revision einer Klägerin von Bundessozialgericht in Kassel. Sie hatte sich dagegen gewehrt, daß die gesetzlichen Krankenkassen auch Abtreibungen nach sozialer Indikation bezahlen. (BSG Urt. v. 24.9.1986, Az: B RK 8/85). Das Sozialgericht in Dortmund hatte bereits in erster Instanz die Klage abschlägig beschieden.

Herztransplantation abgelehnt

Dem herzkranken Pakistaner Mohammad Sajid wird kein neues Herz eingepflanzt werden. Das Verwaltungsgericht München lehnte am 30. September die Klage des jungen Mannes gegen den Bezirk Oberbayern auf Übernahme der Kosten ab. Der Antrag auf Kostenübernahme ebenso wie die Klage wurden mit der Begründung zurückgewiesen, für

eine Transplantation fehle bei dem Pakistaner, dessen Asylantrag zum zweiten Mal rechtskräftig abgelehnt worden war, das zur Nachsorge notwendige psychosoziale Umfeld. Der Herzspezialist Professor Werner Klinner aus dem Münchener Großklinikum Großhadern, der zur Verhandlung hinzugezogen worden war, hatte vor Gericht erklärt, man müsse wegen der geringen Zahl der Spendherzen strenge Maßstäbe an die Auswahl der Herzempfänger legen. Schon wer in Scheidung lebe, werde wegen der gefährdeten sozialen Bindung nicht operiert.

Polizeihilfe für Guatemala

Mit einer Unterschriftensammlung wollen medico international, der Bundeskongreß entwicklungspolitischer Aktionsgruppen (BUKO) und andere Erstunterzeichner an die Bundesregierung appellieren, die geplante Polizeihilfe für Guatemala nicht zu leisten.

Obwohl seit Januar 1986 in Guatemala eine zivile Regierung amtiert, seien dort politische Morde und die Verschleppung von mißliebigen Menschen weiterhin an der Tagesordnung, heißt es in dem Aufruf, Guatemalteksische Menschenrechtsorganisationen beklagen, daß die Macht der Militärs ungebrochen sei. Dennoch wolle der Bundesminister für Wirtschaftliche Zusammenarbeit, Dr. Warnke (CSU), der dortigen Polizei, die aufs engste mit dem Militär verbunden ist, mit fünf Millionen Mark bei der Ausrüstung und Ausbildung helfen.

Die Unterzeichner appellieren an den Minister, solange keine Entwicklungshilfe an Guatemala zu leisten, wie dort die Morde und Verschleppungen durch die Sicherheitskräfte nicht aufhören.

Unterschriftenlisten können angefordert werden bei:
medico international, Hanauer Landstraße 147, 6000 Frankfurt 1, Tel.: (069) 490350.

IPPNW:

Streckenweise Chaos

Den „umgehenden Ausstieg aus der Kernenergie“ hat die Mitgliederversammlung der bundesdeutschen Sektion der Ärzte gegen den Atomkrieg gefordert.

Was auf dem Kölner Kongreß im nationalen Symposium beschlossen wurde, hat nun auch die Mitgliederversammlung der IPPNW (Internationale Ärzte zur Verhütung eines Atomkrieges) am 27. September in Stuttgart bestätigt. Die IPPNW fordert den „umgehenden Ausstieg aus der Kernenergie“ und den Verzicht „auf die Plutonium-Wirtschaft“.

Damit wurde das Ergebnis einer Mitgliederbefragung nachvollzogen, an der sich immerhin 55 Prozent der inzwischen über 5000 Mitglieder beteiligt hatten. Von diesen hatten sich über 90 Prozent „gegen jede Atomenergienutzung“ ausgesprochen, und 81

Prozent waren dafür, daß die IPPNW dazu Stellung nehmen müsse. Freilich wurde auch auf der Mitgliederversammlung in Stuttgart, an der etwa 180 Personen teilnahmen, klar: Zentrales Anliegen und Hauptaufgabe der IPPNW bleibt die Verhinderung eines Atomkrieges.

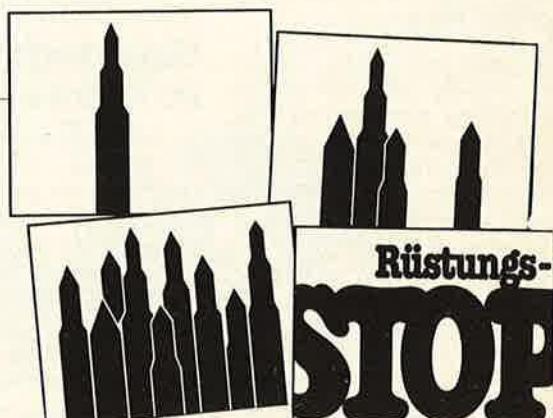
Ansonsten verlief die Diskussion reichlich chaotisch. Zu dem Thema Notfall/Katastrophen/Kriegsmedizin veränderte sich die Haltung der IPPNW nicht. Offensichtlich ist allerdings, daß hier bei einigen Mitgliedern Konfusion herrscht, wofür und wogegen man nun eigentlich ist. Auch der sogenannte friedensmäßige Katastrophenschutz, der in Wirklichkeit erheblich militarisiert ist, bedurfte einer genaueren Einschätzung als bisher.

Der inhaltliche Diskussionsteil der Mitgliederversammlung litt allerdings auch unter der mangelhaften Vorbereitung durch die Sitzungsleitung und den Vorstand. Zur zentralen Frage der Kernener-

gie zum Beispiel lag kein Vorschlag von Vorstand und Beirat vor, sondern nur ein schlecht formulierter Antrag einer örtlichen Gruppe.

Zwei Satzungsänderungen wurden verabschiedet. Nunmehr können auch Tier- und Zahnärzte Mitglied der Organisation werden ebenso wie Studenten – allerdings ohne Wahl- und Stimmenrecht. Der Antrag, auch den Begriff „Ärztinnen“ in den Namen aufzunehmen, erreichte nicht die erforderliche Drei-Viertel-Mehrheit. Vielleicht hätte das anders ausgesehen, wenn mehr der vielen anwesenden Ärztinnen dazu Stellung genommen hätten.

Die Einnahmen der Organisation habe 1985 die Grenze einer Mil-



lion Mark überschritten, berichtete der Vorstand. Allerdings mußten auch erkleckliche Mittel in den Kölner Weltkongreß geschossen werden. Personal stand die Versammlung ganz im Zeichen des Abtritts von Till Bastian, der als Geschäftsführer und Vorstandsmitglied entscheidende politische Weichen gestellt und sicher wesentlichen Anteil am Gedeihen der bundesdeutschen IPPNW hat. Sein Nachfolger im Büro wird der Arzt Bernhard C. Vieth aus Frankfurt sein. Für Bastian rückt in den Vorstand Odette Klepper aus Aachen nach. Weiterhin bleiben im Vorstand Barbara Hövener aus Berlin und die Professoren Richter und Gottstein.

aktuelles



Foto: Döhrn

Hamburg: Tierversuche genehmigungs- pflichtig

Der Hamburger Senat hat beschlossen, daß künftig alle Tierversuche genehmigungspflichtig werden sollen. Laut Gesundheitssenatorin Christine Maring soll eine Ethik-Kommission eingesetzt werden, der alle Tierversuche zur Genehmigung vorgelegt werden müssen. Außerdem sollen die Institutionen, die Tierversuche durchführen, mindestens viermal im Jahr unangemeldet von Veterinären überprüft werden.

Plötzlicher Kindstod

Im vorgangenen Jahr hat es allein in Nordrhein-Westfalen 393 Fälle von „plötzlichem Kindstod“ gegeben. Dies entspricht einem Anteil von fast 25 Prozent an der gesamten Säuglingssterblichkeit, teilte das Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen mit. Die Ursachen, so das Ministerium, seien immer noch unklar und nicht hinreichend erforscht. Betroffene Eltern haben sich jetzt zu einer „Initiative Plötzlicher Säuglingsstod“ zusammengeschlossen. Sie wollen durch Information der Öffentlichkeit und in Zusammenarbeit mit Ärzten und Wissenschaftlern zur Bekämpfung der Krankheit beitragen. Eine Möglichkeit sieht die Elterninitiative im verstärkten Einsatz und der Weiterentwicklung von Monitoring-Heimgeräten, mit deren Hilfe die Herz- und Atemfrequenz besonders gefährdeter Kinder überwacht werden können. Die Anschrift der Elterninitiative: Initiative Plötzlicher Säuglingsstod, z.H. Frau Siegried Knoppik, Frauenweg 16, 4904 Enger.

Datentechnik im Krankenhaus

Ein patienten- und diagnosebezogenes Leistungs- und Kostennachweissystem will das Baden-Württembergische Sozialministerium in Krankenhäusern erproben. Zum Einsatz kommen soll ein von einem Hamburger Universitätsinstitut entwickeltes „entscheidungsorientiertes Rechnungswesen“, das, so Staatssekretär Mühlbeyer, die Mög-

lichkeiten der modernen Datentechnik ausschöpfe und besonders variabel sei. Als Vorteil des Systems bezeichnete Mühlbeyer, daß es als Instrument für eine wirtschaftlichere Krankenhausbetriebsführung und eine an unternehmerischen Zielsetzungen orientierte Änderung des Pflegesatzwesens konzipiert sei. Erprobt werden soll das System zunächst am St. Vincentius-Krankenhaus in Karlsruhe; ein kommunales Krankenhaus soll außerdem für die Einführung dieses Rechnungswesens gewonnen werden.

hinderten ohne deren Einwilligung vorgenommen.

Die staatsanwaltschaftlichen Ermittlungen waren durch Vorwürfe der Alternativen Liste (AL) ausgelöst worden. Diese hatte bereits 1984 Fälle zu Gehör gebracht, in denen Behinderte gegen ihren Willen, beziehungsweise ohne ihr Wissen sterilisiert worden waren. Bei einer Anhörung des Gesundheitsausschusses im Abgeordnetenhaus Berlins hatte der Verdacht allerdings nicht erhärtet werden können. Den Vertretern der AL war außerdem entgegnet worden, es bestehe in der Frage eine Ge- setzeslücke.

So sei nicht eindeutig geregelt, ob nicht in bestimmten Fällen die Zustimmung von Eltern oder Vormund des Behinderten ausreiche. Der Gesundheitsausschuß hatte in Anschluß an die Anhörung den Senat beauftragt, einen weitergehenden Bericht zu erstellen. Zu diesem Zweck beschlagnahmte jetzt die Staatsanwaltschaft Hunderte von Patientenakten.

Zwang- sterilisation in Berlin

In acht Westberliner Krankenhäusern hat kürzlich die Staatsanwaltschaft Patientenakten beschlagnahmt. Gegen die Kliniken war der Verdacht vorgebracht worden, sie hätten Sterilisationen an geistig Be-

Offenbach am Main



Wir sind die bürgerliche Verwaltung einer vitalen Stadt im Zentrum des Rhein-Main-Gebietes • 113 000 Einwohner • Internationale Lederwarenmesse • moderne City mit guten Einkaufsmöglichkeiten • vielfältiges Kultur- u. Freizeitangebot • umgeben von Odenwald, Taunus und Spessart

Beim Stadtgesundheitsamt Offenbach am Main ist zum nächstmöglichen Zeitpunkt die Stelle eines/r

Medizinaldirektors/in

zu besetzen.

Da eine Erhöhung des Frauenanteils in allen Bereichen und Positionen, in denen Frauen unterrepräsentiert sind, angestrebt wird, sind Bewerbungen von Frauen besonders erwünscht.

Auch Schwerbehinderte werden bei gleicher Qualifikation bevorzugt berücksichtigt.

Das Aufgabengebiet umfaßt schwerpunktmäßig den Funktionsbereich Tuberkulosefürsorge, beinhaltet aber auch den Einsatz im amtsärztlichen und sozialmedizinischen Bereich.

Erwünscht sind die Anerkennung als Arzt für Innere Medizin mit Erfahrungen in der radiologischen Diagnostik von Thoraxaufnahmen (Schirmbilder und Großaufnahmen) oder als Arzt für Lungen- und Bronchialheilkunde. In Frage kommt auch ein Arzt für Radiologie mit entsprechenden Erfahrungen.

Wenn mit der gleichberechtigten oder bevorzugten Einstellungen von Frauen Ernst gemacht werden soll, müßten solche Anzeigen häufiger – besser die Regel – werden. Na, wie wär's denn: Grüne, SPD- oder DKP-Ratsvertreter in

Kommunen oder Kreistagen. Köntet Ihr das Offenbacher Beispiel nicht mal nachahmen? Wetten, daß sich dann auch die Anzeigen der konfessionellen Träger – zumindest im Wortlaut – ändern müssen?

Frauen:

Insel im Ozean

ma – In der Regel sind Ärztinnen in Krankenhäusern nicht so gern gesehen. Aber es geht auch anders.

Die erzwungene oder freiwillige Lektüre von Stellenanzeigen – ob in Schwesternzeitungen oder im Ärzteblatt – ist wahrlich kein Vergnügen: Da wimmelt es von scheinpräzisen, großformatigen, vielversprechenden und großspurigen Angeboten, die allerdings meist nur einen winzigen Bruchteil des tatsächlichen Stellenmarktes widerspiegeln.

Ins Eingemachte geht es dann, wenn mit schöner Regelmäßigkeit

erwartet wird, daß „der/die Bewerber/in sich mit den Zielsetzungen eines katholischen Krankenhauses identifiziert.“ Oder es wird eine „charakterlich ausgewogene kooperative Persönlichkeit christlichen Glaubens – konfessionell gebunden“ gesucht. Oder die Bewerber sollen „den diakonischen Auftrag unseres Werkes bejahen“. Hinter solchen Formulierungen verbergen sich meist schlicht grundgesetzwidrige „Generalklauseln“, die dann auch im Arbeitsvertrag wieder auftauchen.

Umso überraschter und erfreuter stolpert man dann über eine Anzeige wie die folgende:

Diplom-Mediziner abgelehnt

Auf deutliche Ablehnung sind jetzt die Pläne der Bundesregierung gestossen, einen berufsqualifizierenden Abschluß des Diplommediziners einzuführen. Der Vorstand der Bundesärztekammer bezeichnete das Vorhaben als „nicht nur überflüssig, sondern bedenklich“. Auf Regelungen, „die den Anschein erwecken, als gäbe es neben dem Arzt einen weiteren Medizinerberuf“, müsse verzichtet werden, forderte der Vorstand der Bundesärztekammer.

Die Stellungnahme der Bundesärztekammer fiel nach anfänglichem Zögern deshalb so deutlich aus, weil Mitte September auf einem Treffen der wichtigsten Ärzteverbände, dem Vorstand der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, das Problem erörtert worden war. Der Verband der Niedergelassenen Ärzte hatte sich zunächst „eher positiv“ gegenüber der geplanten Veränderung der Bundesärzteordnung geäußert, während Hartmannbund, Ärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung keine offizielle Stellungnahme hatten abgeben wollen.

Haushaltsplanung

Nach Planungen des Bundesfinanzministeriums für die Haushaltjahre 1987 bis 1990 sollen die Ausgaben des Gesundheitsministeriums binnen vier Jahren um fast 20 Prozent gesenkt werden. Streichungen sind vor allem bei den Mitteln für die gesundheitliche Aufklärung der Bevölkerung, für Maßnahmen gegen Suchtgefahren und beim Beitrag für die Weltgesundheitsorganisation vorgesehen.

Die Ausgaben des Bundes für die soziale Sicherung, davon geht man im Finanzministerium aus, werden bis 1990 weiter steigen. So würden die Zusätze zur Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten sowie die der Knappschaften zwischen 1987 und 1990 153,6 Milliarden Mark betragen. Ein weiterer Ausgabenschwerpunkt werde die Agrarsozialpolitik darstellen. Für die Altershilfe der Landwirte etwa würden 1987 mehr als 2,4 Milliarden Mark aufgebracht. Jährlich 12 Milliarden Mark sollen pro Jahr in die Kriegsopferversorgung gehen, 2,6 bis 3,5 Milliarden sollen für Erziehungsgeld und Mutterschutz und 2,6 Milliarden Mark für sonstige Maßnahmen ausgegeben werden.



Foto: dpa

beschriften in die Postfächer der einzelnen Stationen einwerfen. Dies hat das Bundesarbeitsgericht in Kassel entschieden. (BAG, Az: 1 AZR 597/85) Damit wurde letztinstanzlich die Klage eines in der ÖTV organisierten Krankenpflegers abgewiesen, der wegen des Einwurfs von ÖTV-Materialien in die Postfächer der Stationen von der Klinikleitung abgemahnt worden war.

Weiterbildung verweigert

Wegen ihrer Mitgliedschaft in der DKP wurde die Bewerbung einer Marburger Krankenschwester für eine Weiterbildung an der Krankenpflegehochschule des Diakonieverbandes in Marburg abgelehnt. Während des Bewerbungsgesprächs sei sie, so die Krankenschwester gegenüber dg, neben Fragen zu ihrer Qualifikation, zu ihrem Gesundheitszustand sowie einer eventuellen bestehenden Parteimitgliedschaft befragt worden. Da sie von ihrer Qualifikation her geeignet schien, habe man ihr schließlich angeboten, für die Zeit der Weiterbildung aus der DKP auszutreten.

Postfächer für Gewerkschaften tabu

Gewerkschaftlich organisierte Klinikbeschäftigte dürfen nicht für die Gewerkschaft werben, indem sie Wer-



Apotheker: Vernebelt
Die Delegierten des diesjährigen Apothekertags hat der Größenwahn gepackt.

Alle Jahre wieder sprengt der weihnachtliche Wunschzettel unseres Sohnes die Dimensionen des Machbaren. Wenn ihn seine ältere Schwester deswegen tadeln, lenke ich ein: „Wünschen kann man sich alles.“

Was ich einem Zehnjährigen zubillige, spreche ich dem Berufsstand der Apotheker allerdings ab: Das Recht auf Maßlosigkeit. Es war schon schwindelerregend, was sich da manche Landesverbände an Anträgen zum Apothekertag 1986 hatten einfallen lassen, als es darum ging, das Berufsbild des Apothekers neu zu bestimmen. Die Aufgaben sollen vom Umweltschutz (Kontrolle von Boden, Wasser und Luft, Bewertung von Schadstoffkonzentration-

nen bei Pflanze, Mensch und Tier) über die Hausbetreuung Kranker bis hin zum Verkauf medizinischer Geräte reichen.

Dabei waren diese Anträge weniger Ausdruck des Wunsches, brachliegende und entwicklungsfähige Kenntnisse zum gesundheitlichen Wohl unserer Mitbürger umzusetzen als vielmehr sichtbares Zeichen der Sorge, im nächsten Jahrhundert zu einem überflüssigen Berufsstand erklärt zu werden. Mit einem trotzigen „Was andere können, können wir schon lange“, gepaart mit der Erfahrung eines orientalischen Teppichhändlers „möglichst viel fordern, um das Gewünschte zu erhalten“, verstiegen sich prominente Standesvertreter zum Entwurf eines

Berufsbildes, der selbst Frau Süßmuth „zusammenzucken“ ließ.

Unsere wichtigste Aufgabe – in der geplanten neuen Apothekenbetriebsverordnung bereits festgeschrieben – Arzneimittelberatung und Information, wurde zwar nicht in Frage gestellt, aber inhaltlich nicht näher beschrieben. Wäre das geschehen, wäre den Delegierten auch klar geworden, daß Arzneimittelfachkraft sein wollen ein so hohes Maß an intellektuellem und zeitlichem Aufwand erfordert, daß zusätzliche Aktivitäten – vor allem für die zahlenmäßig überwiegenden kleinen Apotheken – nur eine Nebenbeschäftigung sein dürfen. Aber damit nun nicht der Eindruck völliger Realitäts- und Gegen-

wartsferne während des Apothekertages 1986 aufkommt, möchte ich folgendes nicht unerwähnt lassen: Die Bayerischen Apotheker haben aus Tschernobyl gelernt, sagen sie, und darum fordern sie „eine rasche Einbindung“ der Apotheker in den Katastrophenschutz. Begründung: „Niemand kann kompetenter und sicherer eine unter Umständen großflächige Ausgabe von Medikamenten vornehmen als die Apotheken.“ Ihr Antrag fand eine große Mehrheit. Es lebe der Sinn für das Machbare.

Ingeborg Simon
Fraktion Gesundheit in der Apothekerkammer Berlin

Termine

31.10.-1.11.

Frankfurt

Kongreß: „Sterben zwischen Angst und Hoffnung“
Kontakt: Deutsche Akademie f. med. Fortbildung e.V., Kassel, Carl-Oelermann-Weg 7, 6350 Bad Nauheim, Tel.: (0 60 32) 22 14.

7.-9.11.

Bergisch Gladbach

Workshop: „Ambulante Versorgung“
Kontakt: Gustav-Stremann-Institut & Deutsche Gesellschaft f. Soziale Psychiatrie, Haus Leerbach, 5060 Bergisch Gladbach.

8.11.

Hanau

Demonstration gegen das 'zivile' wie militärische Atomprogramm.
Kontakt: Initiative Umweltschutz Hanau (IUh), Nähefahrtsweg 5, 6450 Hanau 7 (Steinheim), Tel.: (0 61 81) 6 13 39, (Mo. 20-24 Uhr, Mi. 16-20 Uhr)

8.11.

Wuppertal

Seminar: „Computer im Krankenhaus und im übrigen Gesundheitswesen“
Kontakt: Klaus Stahl, Jägerstr. 8, 5600 Wuppertal 1.

8.-9.11.

Frankfurt

Bundesweite öffentliche Gründungsveranstaltung der Demokratischen Ärztinnen und Ärzte e.V.

Anzeige:

pro familia magazin

Erscheint alle 2 Monate

An: Gerd. J. Holtzmeyer Verlag
Weizenbleek 77, 3300 Braunschweig

Bitte, schicken Sie mir das „Kennerlernpäckchen“ des *pro familia magazin* (4 Hefte ab 1981 je nach Lagerbestand) zum Kennenlernpreis von DM 10,- (**Schein/Scheck beigefügt**)

Name _____
Vorname _____
Straße _____
PLZ, Ort _____
Dortige Unterschrift _____

Kontakt: Demokratische Ärztinnen und Ärzte e.V., Wolframstr. 10, 6050 Offenbach, Tel.: (0 69) 47 33 43 oder (0 61 81) 4 68 57 (Grünheid).

10.-12.11.

Marl

Seminar: „EDV in der Krankenpflege – wo bleibt der Mensch?“
Kontakt: Allgem. Krankenpflege-Verband, Lucy-Romberg-Haus, Wiesenstr. 55, 4370 Marl, Tel.: (0 23 65) 3 35 66, 3 46 66.

14.-15.11.

Frankfurt

Gesundheitspolitischer Kongreß der Grünen
Kontakt: Die Grünen, Bundeshaus, 5300 Bonn 1, Tel.: (02 28) 16 72 12.

15.-16.11.

Bonn

18. Tagung des Arbeitskreises Medizin-Psychologie von amnesty international
Kontakt: Dr. med. Johannes Bastian, Meisenweg 8, 7130 Mühlacker, Tel.: (0 70 41) 4 31 55.

16.-19.11.

Willebadessen

Tagung: „Schaffung von Arbeitsplätzen für psych. Behinderte in Selbsthilfegruppen“
Kontakt: Meto Salićević, Verein zur Förderung von Arbeitsinitiativen und Firmenprojekten, Hedemannstr. 14, 1000 Berlin 61, Tel.: (030) 2 51 10 66.

17.11.

Bonn

Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen
Kontakt: Bundesministerium f. Arbeit und Sozialordnung, Rochusstraße 1, 5300 Bonn 1.

19.-21.11.

Bremen

8. Workshop-Kongreß Politische Psychologie, Rahmenthema: „Bewußtsein und gesellschaftliche Krise“
Kontakt: Prof. Dr. Thomas Leithäuser, Studiengang Psychologie, Fachbereich 9, Zentralbereich Universität Bremen, Postfach 33 04 40, 2800 Bremen 33, Tel.: (04 21) 2 18 - 30 04.

24.-26.11.

Klingberg

Tagung: „Therapeutisches Milieu in Einrichtungen für psychisch kranke Menschen“
Kontakt: Frauke Kahl, Paritätisches Bildungswerk Schleswig-Holstein, Helsinkistr. 76, 2300 Kiel, Tel.: (04 31) 52 40 32.

26.11.

Düsseldorf

Symposium „Ganzheitliche Medizin“ im Rahmen der medica '86 unter Teilnahme der Bundesgesundheitsministerin Rita Süßmuth.

29.11.

Düsseldorf

Symposium „Wie sicher sind Arzneimittel heute“
Kontakt: Fachgesellschaft der Ärzte in der pharmazeutischen Industrie e.V., Heideloffstr. 18-28, 8500 Nürnberg 1.

1.-5.12.

Marl

Seminar: „Ausländische Patienten in deutschen Krankenhäusern“
Kontakt: Allgem. Krankenpflege-Verband, Lucy-Romberg-Haus, Wiesenstraße 55, 4370 Marl, Tel.: (0 23 65) 3 46 66.

4.-6.12.

Osnabrück

Seminar: „Frauengesundheitsbewegung und Frauengesundheitsarbeit“
Kontakt: Universität Osnabrück, Geschäftsstelle der Arbeitsgruppe Weiterbildendes Studium für Lehrpersonen des Gesundheitswesens (LGW), An der Katharinenkirche 8b, 4500 Osnabrück.

27.-28.11.

Bonn

Internationale Tagung: „Fortschritte und Veränderungen in der Versorgung psychisch Kranke und Behinderter – Ein internationaler Vergleich“
Kontakt: Aktion Psychisch Kranke e.V., Graurheindorfer Straße 15, 5300 Bonn 1, Tel.: (02 28) 63 15 45.

28.-30.11.

Hamburg

Tagung: „Gesundheit ist mehr! Soziale Netzwerke für eine lebenswerte Zukunft“
Kontakt: Universitäts-Krankenhaus Eppendorf, Martinstr. 52, 2000 Hamburg 20, Tel.: (0 40) 4 68 22 29.

10.-14.12.

Buenos Aires

Symposium des Netzwerkes Alternativen zur Psychiatrie „Psychische Gesundheit in der Wiedererlangung der Demokratie in Lateinamerika als Folge der unterdrückenden Prozesse.“

Kontakt: Horatio Riquelme, Universitätskrankenhaus, Eppendorf, Martinstr. 52, 2000 Hamburg 20, Tel.: (0 40) 4 68 22 29.

10.-13.12.

Osnabrück

Seminar: „Tod und Sterben in der Krankenpflegeausbildung“
Kontakt: Universität Osnabrück, Geschäftsstelle der Arbeitsgruppe LGW, An der Katharinenkirche 8b, 4500 Osnabrück.

12.-14.12.

Köln

Kongreß: „Fünf Jahre Behindertenbewegung“
Kontakt: AG SPAK, Kistlerstraße 1, 8000 München 90.

Kleinanzeigen

Versierte, kinderfreundliche **Arzthelferin** gesucht für nordwestdeutsche Kinderarztpraxis (Großstadt) ab Herbst/Ende 1986. Zuschriften unter Chiffre 031086 an: dg, Siegburger Str. 26, 5300 Bonn 3.

Wer kann **Auskunft** geben über Bedingungen, Hindernisse, Möglichkeiten, unter denen Medizinstudenten, die an einer Psychose (Schizophrenie) erkrankt sind, zum Staatsexamen und/oder zur Approbation zugelassen werden? Zuschriften unter Chiffre 011186 an: dg, Siegburger Str. 26, 5300 Bonn 3.

Wir suchen eine zweite **praktische Ärztin**, nach Möglichkeit mit Zusatzausbildung Naturheilverfahren, oder eine **Gynäkologin** zur Niederlassung in Gruppenpraxis in den Räumen des Feministischen Frauen Gesundheitszentrums. Bitte im FFGZ, Bamberger Str. 51, 1000 Berlin 30, Tel.: (030) 2139597 melden!

Anzeige:

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

Universität Osnabrück

Der Studiengang „Weiterbildung für Lehrpersonen an Schulen des Gesundheitswesens“ bietet Lehrerinnen und Lehrern für Krankenpflege, Kinderkrankenpflege und Altenpflege nach Abschluß der Krankenpflegehochschule eine Gelegenheit, kontinuierlich ihre Berufserfahrung zu reflektieren und ihre Kenntnisse in Fachtheorie/-praxis, Erziehungs-, Sozial-, Naturwissenschaften zu aktualisieren. Das Lehrangebot richtet sich außerdem an Lehrpersonen in den Berufsgruppen Logopädie / Sprachtherapie und Medizinisch-Technische Assistenz. Einschreibung bis 30.11.86 beim Immatrikulationsamt Universität Osnabrück, Postfach 4469, 4500 Osnabrück. Weitere Information: Arbeitsgruppe LGW, An der Katharinenkirche 8b, Tel.: (0541) 608-4245

Gesundheitsbrigaden für Nicaragua

Wir suchen auch in diesem Jahr

DRINGEND

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

- ÄRZTE/INNEN

vor allem mit Erfahrung in Chirurgie, Pädiatrie, Allgemeinmedizin

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

Mikroskop für Kliniklabor in einem Krankenhaus in Vietnam gesucht.

Kontaktdresse: Werner Gallo, Sallerstr. 22, 7620 Speyer, Tel.: (06232) 71544

Ärztin/Arzt gesucht für die Leitung unserer medizinischen Abteilung. Sie/er sollte möglichst Neurologe und/oder Psychiater sein und sich in ein bestehendes Team einfinden können.

Wir sind ein gemeinnütziger Verein, der in einer 50-Betten-Klinik im Westerwald abhängigkeitskranke Menschen behandelt. Nähere Auskünfte: Tel.: (0 26 85) 6 11.

Die **Psychiatrische Klinik Häcklingen**, Lüneburg, sucht ab 11.1.1986 für die geschlossene Aufnahmestation eine in der Psychiatrie erfahrene Krankenschwester oder einen Krankenpfleger für den Tagesdienst. Wir wünschen uns Bereitschaft und Fähigkeit zur Teamarbeit und Engagement für Probleme einer gemeindenahen psychiatrischen Versorgung.

Vergütung nach BAT-Kr. mit den sozialen Merkmalen des öffentlichen Dienstes.
Bewerbung bitte an:
Psychiatrische Klinik
Häcklingen,
Am Wischfeld 16,
2120 Lüneburg.

TÜBINGER REIHE

In der Tübinger Reihe veröffentlicht die DGVT Themen zur Gesundheitspolitik, zur psychosozialen Versorgung und Praxis, zu psychischer Gesundheit und zu psychischen Störungen. Aktualität sowie Veröffentlichungen von geringem Umfang sollen Kennzeichen der »Tübinger Reihe« sein.

Tübinger Reihe 5

Evert Ketting, Philip van Praag

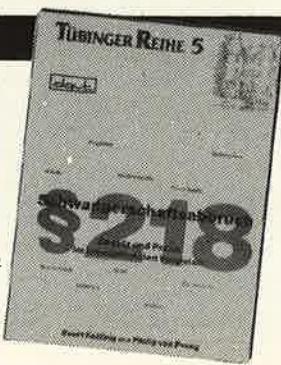
Schwangerschaftsabbruch

Gesetz und Praxis im internationalen Vergleich

Tübingen 1985, 264 Seiten, br. DM 21.80 ISBN 3-922686-66-4

Diese bisher einzigartige Studie vergleicht neun westeuropäische Länder (u. a. BRD, Österreich, Schweiz) und die USA hinsichtlich:

- gesetzlicher Regelungen bezüglich Schwangerschaftsabbruch
 - Organisation der Hilfeleistungen beim Schwangerschaftsabbruch
 - Abbruchhäufigkeit und Demographie der Abbruchpopulation
 - Schwangerschaftsdauer, Abbruchmethoden und Komplikationen
 - Verhütungsmittel: Arten, Anwendung und Zuverlässigkeit
 - Einstellung der Bevölkerungen zum Schwangerschaftsabbruch
 - Abbruchhäufigkeit und Geburtenzahlen.
- Mit der Veröffentlichung der Studie macht die DGVT die wichtigen Ergebnisse des internationalen Vergleichs über Gesetzgebung und Praxis des Schwangerschaftsabbruchs der Diskussion in Fachwelt und Politik zugänglich.



Bitte fordern Sie unseren Gesamtprospekt an.

Tübinger Reihe 1

Vorkrieg oder Panikmache?

Hrsg. Gert Sommer und Anne Börner
Tübingen 1985, 108 Seiten, br. DM 16,- ISBN 3-922686-67-2

Tübinger Reihe 2

Von der Klinischen Psychologie zur psychosozialen Praxis

Hrsg. Dieter Kleiber
Tübingen 1985, 100 Seiten, br. DM 10,80 ISBN 3-922686-68-0

Tübinger Reihe 3

Therapiebezogene Diagnostik

Hrsg. Peter Fischer
Tübingen 1985, 95 Seiten, br. DM 9,80 ISBN 3-922686-69-9

Tübinger Reihe 4

Psychotherapie in der Sackgasse

Gesellschaftliche Aspekte psychosozialer Praxis

Hrsg. Willi Körner und Hans Zygowski
Tübingen 1985, 100 Seiten, br. DM 13,80 ISBN 3-922686-73-7

Tübinger Reihe 6

Soziale Netzwerke und Stützsysteme

Perspektiven für die klinisch-psychologische und gemeinde-psychologische Praxis

Hrsg. Bernd Röhrlé und Wolfgang Stark
100 Seiten, DM 13,80
ISBN 3-922686-75-3



**In langen Nachtdiensten
im sterilen Krankenhaus
träumt mancher Arzt von
der großen Freiheit der
Niedergelassenen. Ohne
die Zwänge der Hierar-
chie eine andere Medizin
betreiben – den Anspruch
wollen viele Wirklichkeit
werden lassen.**

**Ob der Kleinunternehmer
Arzt das schaffen kann,
hat Ulli Raupp nicht ganz
glauben wollen und eini-
gen linken Niedergelas-
senen mißtrauisch auf die
Finger gesehen.**

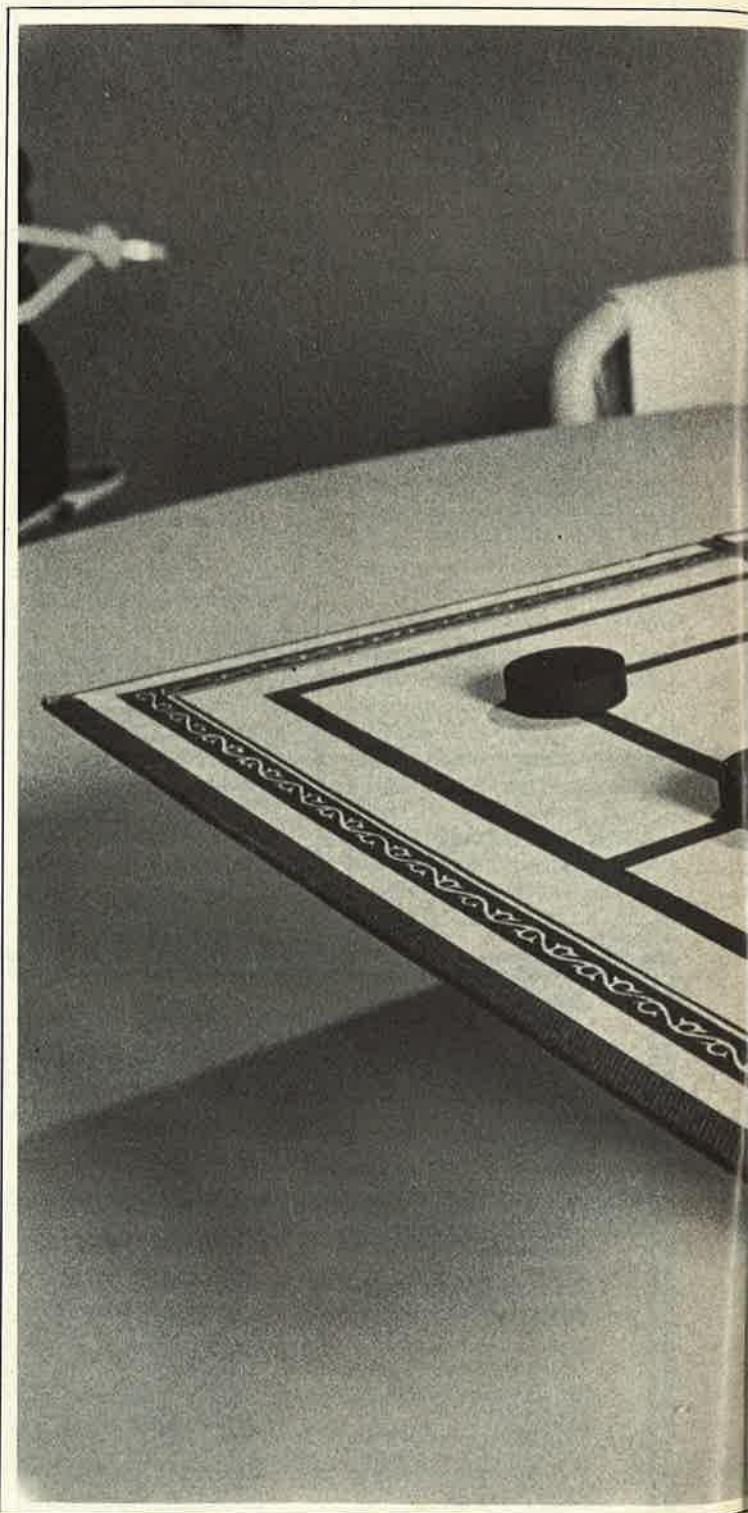
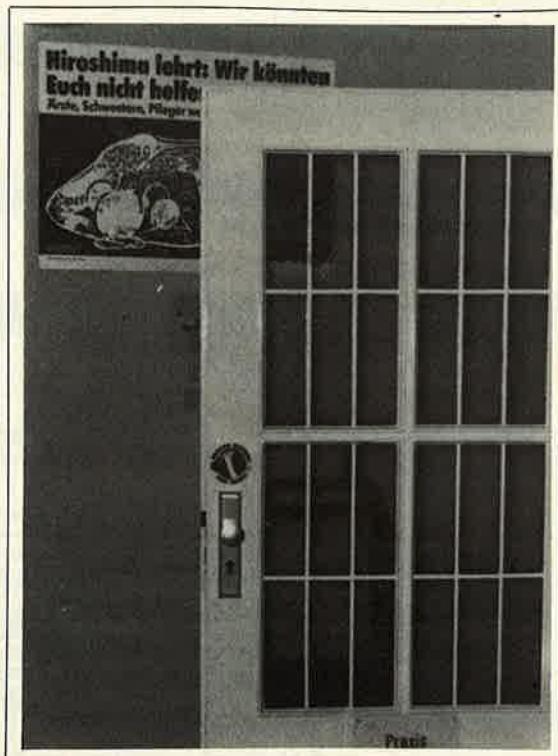
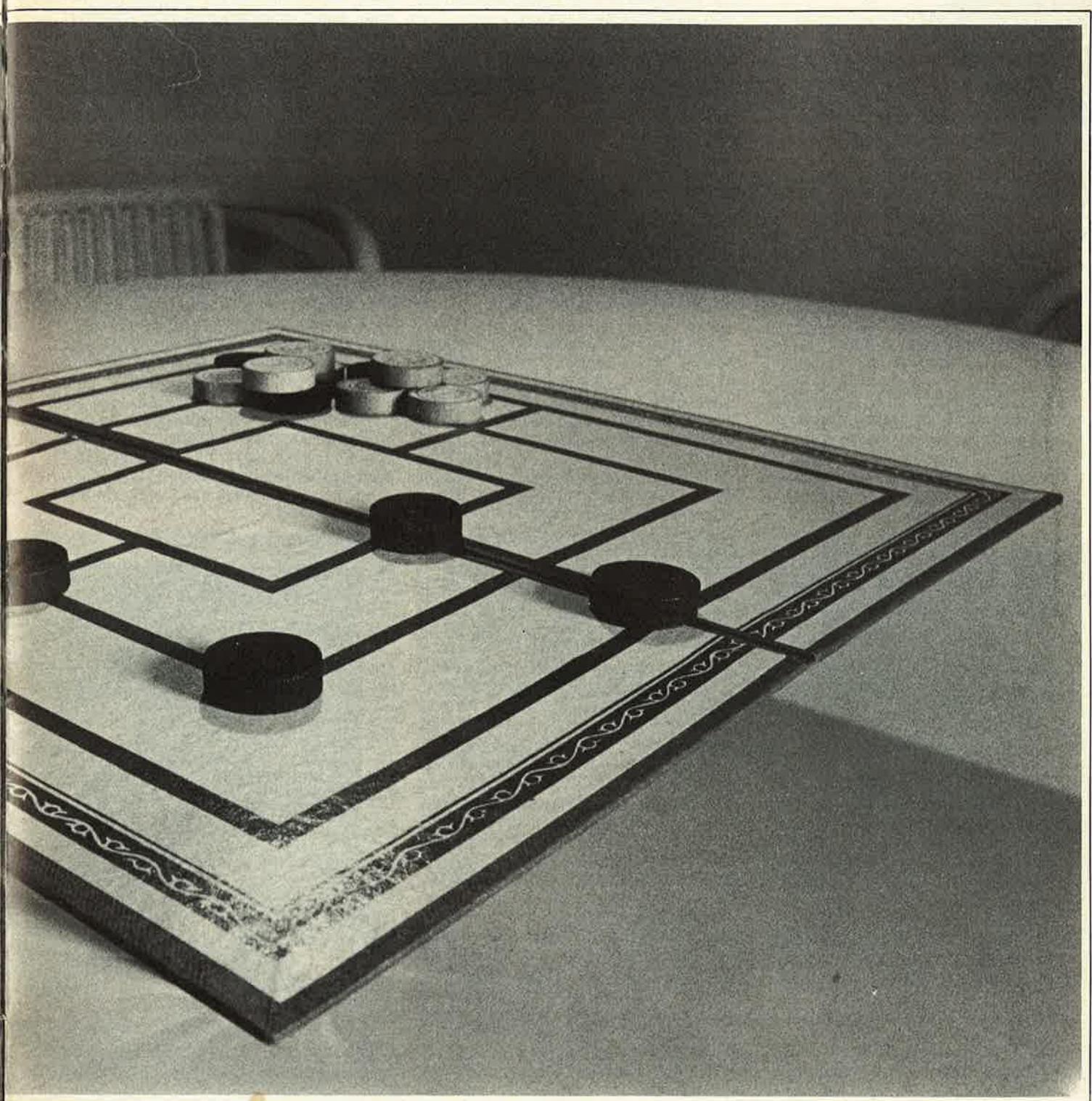
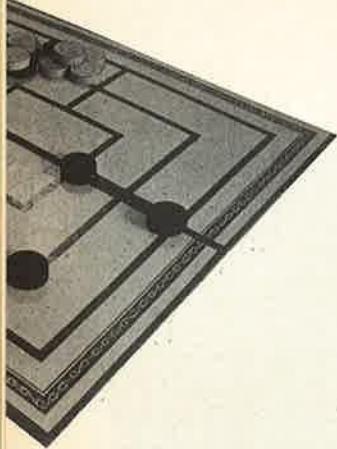


Foto: Menzen, Raupp (7)

Zwickmühle
Wenn Linke sich niederlassen





W er zu Hajo in die Praxis will, glaubt sich im Irrgarten. Zwischen Eingang und Anmeldung nur Spiegel an den Wänden, die den Besucher ins Unendliche vervielfachen und von neureichem Getue zeugen. „Fürchterlich“ findet auch Hajo diese Relikte der Vorbesitzer, „hier saß die Managementschule eines Stahlbetriebs, der jetzt pleite ist“. Aber zum Rausschmeißen reicht es noch nicht. Ohne den üblichen Arztkittel – „Hab ich nie an“ – in Jeans und Pullover führt er mich durch die Praxsräume. Die Untersuchungs- und Behandlungszimmer schlicht und funktional, in den beiden kleinen Beratungszimmern, beherrscht von großen Schreibtischen, regiert gemütliches Chaos.

Mit geübtem Adlerrauge spähe ich nach den Symbolen der Pharmaindustrie, die nichts unversucht lässt, eine Praxis zur billigen Werbefläche umzufunktionieren: Wanduhr, Karteikarten, Kulis, Schreibunterlage... alles werbungsfrei bis auf einen Merkzettelkasten, der sich „eingeschlichen“ hätte. „Pharmavertreter campfange ich nur in seltenen Ausnahmen“, erläutert er. Muster habe er nur für die Notfälle oder wenn Patienten mal spät abends kämen. Seine Praxis liegt mitten in einem sozialen Brennpunkt mit sehr hohem Anteil Arbeitsloser und ausländischer Mitbürger. Musterbeschreibung aus sozialer Indikation ist für ihn ein vorgeschobenes Argument: „Die haben alle eine Sonderbefreiung von den Gebühren“.

Völlig anders Hannes: „Je mehr Muster, desto besser“, lautet der Wahlspruch des Frauenarztes. „Bei mir soll keine Jugendliche schwanger werden müssen, nur weil sie keine Kohle hat.“ Gleichwohl weiß er, daß sich nur die ganz großen Firmen so ein Heer von „Klinikenputzern“ mit schier unerschöpflichen Musterkoffern leisten können, damit viele Präparategruppen geradezu monopolartig beherrschen und die Kosten in die Höhe treiben können. Er hält das eher für ein Randproblem, da er sich „weder mit den großen, noch mit den kleinen Firmen solidarisch fühlt“. Bei den Antibabypillen ist sein Abgabeverhältnis Muster zu Rezept eins zu eins, und kostenlose Pillenabgabe gehört landläufig schon so zum guten „gynäkologischen Ton“, daß sich auch ein Linker nicht entziehen mag. „Antibiotika habe ich sogar so viele, daß ich kaum

noch verordne“. Sechs Muster-Packungen pro Jahr und Präparat sind erlaubt, in Kürze wird das gesetzlich auf zwei Packungen reduziert, aber Hannes weiß: „Ich brauche den Vertreter nur mal schief anzusehen, dann packt der ordentlich aus“.

Hat Hannes bereits die ersten Lektionen politischer Ökonomie – Kapitel: Wirtschaftskonzentration und Einflußnahme – vergessen, so argumentieren Rüdiger und Ulrike nachdenklicher. Nach der Devise „Das Hemd ist mir näher als der Rock“ fordern sie Muster gezielt an, um ihre Verordnungen niedrig zu halten. Rüdiger: „Ich mache sehr viel Psychotherapie und bin deshalb immer in Gefahr, bei der Abrechnung im Punkt ‚Sonderleistungen‘ über dem erlaubten Schnitt zu liegen. Wenn ich dafür bei den Medikamenten tiefer liege, gleicht sich das etwas aus.“

Felix und Lutz dokumentieren ihre konsequente Haltung an der Praxistür: „Seit da der Aufkleber ‚Pharmawerbung – Nein Danke‘ klebt, habe ich endlich Ruhe“, meint Lutz, denn „auch wenn man es sich oft nicht eingestehen will, man wird schon gefangen durch die Muster“. Einig sind sich alle darin, daß nur ein völliges Verbot für Musterabgaben sinnvoll sein kann. „Alles andere wird tagtäglich unkontrollierbar unterlaufen“. Und führt uns in Versuchung, ergänze ich in Gedanken.

Vor vier Jahren hat Lutz seine Praxis übernommen, zentral in einer größeren Stadt gelegen. Im engen Flur über der Kaffeemaschine das Plakat mit Hiroshima-Symbol und Untertitel „Wir werden euch nicht helfen können“. Die neue Anmeldetheke ist aus der örtlichen Alternativschreinerei. Ein freundliches Wartezimmer mit teils künstlerischen, teils politischen Plakaten – sauber gerahmt. Wie bei den anderen Praxen ist auch bei ihm nicht zu überschreiten; wes Geistes Kind hier heißt, aber es gibt schon Unterschiede. Der politische Anstrich muß natürlich im Szeneviertel der Uni-Stadt greller sein als im sozialen Brennpunkt oder auf dem Land. „Bei uns auf der Praxistheke sieht es zeitweise aus wie auf einem linken Büchertisch“, meint Ulrike, „aber das ist ja auch unser Aushängeschild. Die Hälfte der Leute kommt, weil sie weiß, wie wir über bestimmte Probleme denken.“ Alle engagieren sich in der knappen Freizeit in politischen Initiativen für Frieden, gegen AKWs beispielsweise – oft da, wo sie ihren Beruf und ihre Qualifikation mit einbringen können. Nachteile fürchtet keiner. Oft genug bekommen sie Zustimmung von ihren Klienten. Selbst mit konservativen Kollegen gibt es selten Probleme. Qua Politik wird das Revier abgesteckt, der Besitzer muß nur noch bekannt werden..

Gegenüber Privatpatienten versuchen sich alle in Kompromißlosigkeit. Zu nah ist ihnen noch das Gehätschel und Getue der früheren Krankenhauschefs. „Ich hatte mal einen hochprivaten Bonbon-Fabrikanten“, erzählt Hajo, „dem paßte unser Ton hier nicht. Da mußte er eben wegbleiben.“ Und Hannes, mit fast 15 Prozent Privaten führend unter den ‚Linkspraxlern‘, setzt noch

drauf: „Wenn bei mir einer kommt und wegen seiner Versicherung besondere Ansprüche stellt, bekommt er so derbe eins drauf, daß es alle im Wartezimmer mitkriegen“. Aber Lutz selbstkritisch: „Obwohl... ich muß schon manchmal meinen inneren Schweinehund bekämpfen, wenn ich für den gleichen Handschlag das Zwei bis Dreifache berechnen könnte“. Und Ulrike räumt ein: „Bei Privaten verschreibe ich schon mal eher das teurere Präparat einer bekannteren Firma als den preiswerteren Nachbau – und nicht nur wegen des Preises“.

Ich hatte bei der Ankündigung meiner Besuche immer darum gebeten, daß wir uns in den Praxisräumen treffen. Ich wollte etwas von der Atmosphäre mitbekommen, wollte sehen, wie die Räume gestaltet sind und was die einzelnen im Dienst tragen, wenn möglich ein paar Worte mit den Helferinnen wechseln (nur Stefan beschäftigt auch einen männlichen Helfer). Erstaunt war ich, daß gerade Rüdiger, Allgemeinarzt mitten im „Szeneviertel“ einer größeren Uni-Stadt, mich im weißen Kittel empfing, zerknittert, fast schon schäbig zwar und leicht offen, aber immerhin. Im Gegensatz dazu die Einrichtung der Praxis: Den unaufgeräumten Schreibtisch hätte ich kaum als



**Ulrike, Kinderärztin
Praxistheke ähnelt linkem
Büchertisch**

Anmeldung erkannt, und die Wände des großen Wartezimmers ähneln einer einzigen Pin-Wand. Im Beratungszimmer drei bequeme Stoffsessel – Ikea like – und kleine Beistelltischchen. „Klar ist der Kittel meine Methode, notwendige Distanz herzustellen“, kontert er meine Frage. „Anfangs habe ich auch ‚ohne‘ gearbeitet, bis ich merkte, daß das einigen Patienten zuviel Nähe war und sie wegblieben“.

Tatsächlich hat fast jeder seine „Distanzmittel“, die es erlauben, vom ehedem so

Ist das schon Sozialismus?

Wer bei uns professioneller Heiler werden will, sollte wissen, daß trotz allem Gerüde über ethische Verpflichtungen und sozialen Anspruch Geld auf jeden Fall und zu allererst den Krankheits- und Gesundheitsprozeß beeinflußt. Das ist im öffentlichen Gesundheitsdienst, wo je nach politischem Kalkül und aktueller Finanzlage die Personalhähne auf- und zugeschraubt werden, nicht anders als in privaten Einrichtungen oder der 'freien Praxis'.

Längst schon gestehen selbst Ärztfunktionäre öffentlich ein, wie kürzlich der Hauptgeschäftsführer der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Eckart Fiedler, daß es notwendig sei, den „Verzicht auf überflüssige Leistungen für den Arzt attraktiv“ zu machen, indem man „weniger die Behandlung der Krankheit als vielmehr den Erhalt der Gesundheit“ honoriere. Solch bemerkenswerte Eröffnungen zieren hin und wieder die offiziellen Stellungnahmen zur 'Strukturreform des Abrechnungswesens', die schon seit Monaten im Ärzteblatt als

Diskussion verkauft werden. Als solche kann dieses ausgesetzte Geplänkel schon deshalb nicht gelten, weil die wesentliche Position der Struktur, nämlich das System der Einzelleistungsvergütung und der Rahmen, das zergliederte Versicherungsgebäude, gar nicht zur Disposition gestellt werden dürfen. Das alles vor dem selbstverständlichen Hintergrund, daß unsere Methode, für die Bevölkerung Gesundheit zu gewährleisten, die Beste sei.

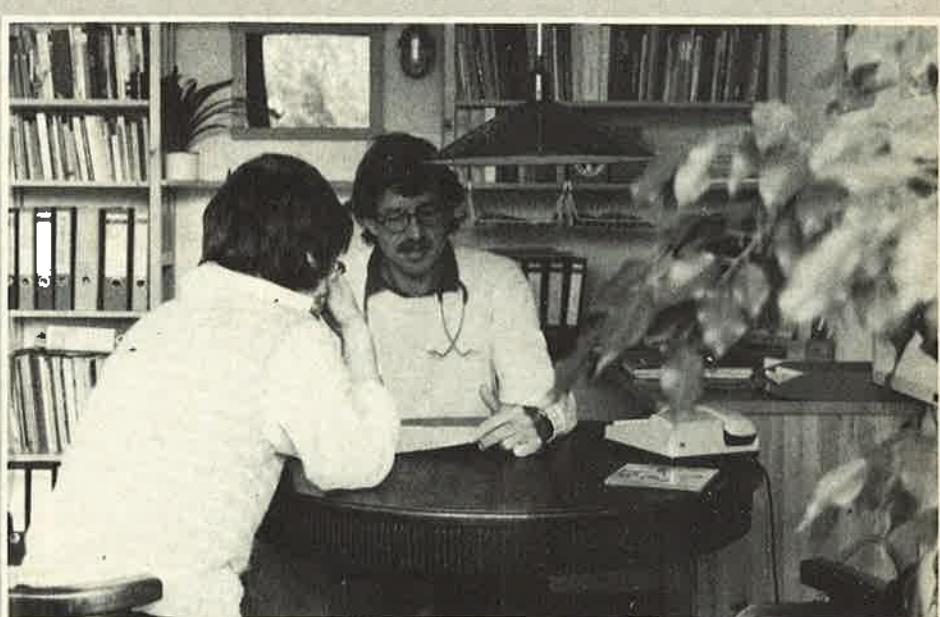
Den Beweis für diese kühne Behauptung hat indes noch keine Untersuchung erbracht, und das dürfte auch schwer fallen. Der geneigte Blick ins Ausland, namentlich in den Norden, wo kapitalistische Gesellschaftssysteme durchaus auch andere, 'sozialverträgliche' Gesundheitsstrukturen etabliert haben – mit Erfolg, wie gesundheitsbezogene Daten belegen – sollten das hilflose 'Sozialismus'-Geschrei, das Ärztfunktionäre bei weitergehenden Forderungen regelmäßig anstimmen, verstummen lassen können. Öffentlich angestellte, fest-

bezahlte Ärzte, die die ambulante Versorgung (mit-)wahrnehmen, Ambulatorien und einheitliche Versicherungssysteme gibt es allenthalben. Sei es in Norwegen, wo kommunal angestellte Ärzte unter einem Dach mit privat abrechnenden Kollegen die Versorgung der Gemeinde sicherstellen, sei es in den USA, wo die Ärzte der sogenannten Health Maintenance Organisations (HMOs) die Versorgung ihrer Klientel für eine feste Pauschale gewährleisten.

Was denn bitte, außer der Lobby des Versicherungskapitals und der ideologischen Engstirnigkeit unserer Ärztfunktionäre, spräche dagegen, das öffentliche Gesundheitswesen auch einmal auszubauen, statt es überall nur zu knebeln? Sollen doch 'frei-praktizierende' Ärzte in Konkurrenz zu kommunal angestellten Kolleginnen und Kollegen die Behauptung, eine rationellere und effizientere Gesundheitsversorgung zu betreiben, erst einmal beweisen. Wahlfreiheit für die Form der Niederlassung, das wäre eine wirkliche Strukturreform.



Lutz, Allgemeinarzt
Manchmal den inneren
Schweinehund bekämpfen



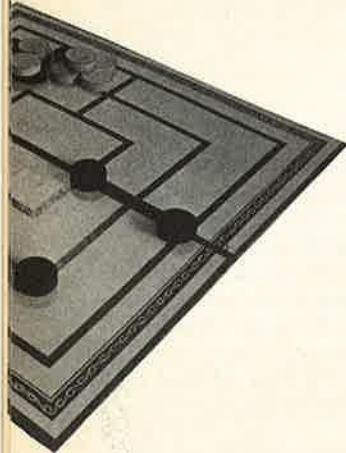
Felix, Allgemeinarzt
Jeder hat seine „Distanzmittel“

verhaßten Bild des „Halbgottes in Weiß“ doch noch ein Bruchstückchen für sich zu konservieren. Lutz, Hannes und die Psychotherapeutin Gisela haben einen Schreibtisch zwischen sich und den Ratsuchenden aufgebaut. Lutz thront sogar auf einem offensichtlich bequemeren Lehnsessel, als er den Patienten zu bieten hat. Hannes trägt noch eine weiße Hose, von ihm als „Verkleidung“ beschönigt. Bei Gisela hat das bequeme Sofa, das zusätzlich zu den Stühlen quer zum Kopf des Schreibtisches steht, Methode: „Das ist schon interessant, wer

sich in die Stühle, weg von mir oder in die nahe Sofaecke setzt“. Eine gut durchdachte Einrichtung fällt mir bei Felix auf: Neben den Untersuchungsliegen ein kleiner Tisch nur für Schreibarbeiten. Beratungsgespräche führt er grundsätzlich an einem runden Tisch, um den die Stühle zwanglos angeordnet sind. „So gibt es niemanden, der dahinter residiert oder davor kauert.“

Schon seit längerem ausgeträumt hat Hajo den radikalen Traum von „gleichem Lohn für gleiche Arbeitszeit“. Er selber macht mehr psychologische

und gruppendynamische Probleme dafür verantwortlich als finanzielle. Sicher ist, daß er heute deutlich mehr einstreicht als seine Helferinnen. Die anderen haben solcherlei „sozialistische Eilande“ erst gar nicht betreten, wenngleich überall das Bestreben sichtbar wird, Hierarchien abzubauen. Die Möglichkeit, in einer fortschrittlichen Praxis zu arbeiten, wo die Atmosphäre stimmt, Selbständigkeit gefördert wird – mit Rückendeckung, wenn es mal nicht klappt, wird von unseren Ärztinnen und Ärzten als hoher Wert eingeschätzt, der



angeblich andere Unbillen erträglich erscheinen lassen soll. Nicht jede Helferin teilt diese unausgesprochene „Abmachung“.

Alle unsere linken Kleinunternehmer glauben, ein partnerschaftliches, oft sogar freundschaftliches Verhältnis zu ihren „Guten Geistern“ zu haben, die meist übertariflich, auch mit Anspruch auf bessere Sozialleistungen und mehr Urlaub – natürlich

Gerade bei dieser Frage schimmern – nicht nur bei ihm – deutliche Arbeitgeberqualitäten durch. „Was die Abgeltung angeht, üben sie sich in solidarischer Zurückhaltung“, aber wie lange noch? Gisela: „Gerade der Umgang mit meinen Klienten ist sicher nicht einfach. Da vertraue ich ihr und traue ihr viel zu – ich glaube manchmal zuviel. Dann lasse ich sie sicher mit einigen Problemen alleine.“ Bei Hauncs wird klar, wer den Alltag bestimmt: „Eine muß in der Praxis bleiben, bis die letzte Patientin weg ist. Wie das geht, regeln die untereinander“. Überstunden hat er auch noch nicht bezahlen müssen. Andererseits Lutz: „Ein lockerer Umgangston kann schon manchmal zu Disziplinproblemen führen. Einmal hab' ich mitbekommen, daß meine Helferinnen die Praxis mittags früher zugemacht haben, als ich wegen eins Hausbesuchs unterwegs war.“

Apparatemedizin – ein heikles Thema. Besonders hier ist bei unserem Abrechnungssystem eine „schnelle Mark“ zu holen. Auch zeigt der Meinungsdruck Wirkung, daß nur ein guter Arzt sein kann, wer auch in den technischen Disziplinen virtuos zu blenden versteht. Es sei vor-

natürlich einen Wehenschreiber.

Lediglich beim abrechnungsmäßig völlig uninteressanten Kurzwellengerät – in allen Allgemeinpraxen vorhanden – ist die Meinungsvielfalt über die Wirkung schier unerschöpflich und die Indikation zwischen „Lumbago“ und „Sozial“ entsprechend breit. Ein geradezu anachronistisches Verhältnis zur Apparatemedizin muß ich Gisela bescheinigen. Ihr Reizstromgerät hat erst zwei Einsätze (in zwei Jahren) erlebt, und obwohl sich ihre EEG-Maschine bei nur vier Untersuchungen kaum amortisieren kann, steht sie gleichermaßen zur Methode wie auch zur Indikationsstrenge. Nur einer räumt auch geschäftliche Gesichtspunkte ein: „Wenn du bei unserem Gebührensystem wirklich nur machst, was hundertprozentig indiziert ist, bekommst du deine Tätigkeit nicht annähernd richtig bezahlt.“ Auch hier beeinflußt die Marktlage die Indikation gefährlich mit.

Dabei ist eigentlich keiner richtig unzufrieden mit der Entwicklung seines Unternehmens. Das jüngste ist gerade sieben Monate alt, das älteste gut fünf Jahre. Gemessen am Bundesdurchschnitt liegen alle mit



Hannes, Frauenarzt

Solidarisierung der Gynäkologen läuft über die Abrechnungsziffern



Gisela, Nervenärztin

Anachronistisches Verhältnis zu Apparaten

gleichzeitig mit dem Chef – entlohnt werden. Aber das ist durchaus auch woanders Usus. Die Frage, wem Partnerschaft dabei ökonomisch mehr nützt, hinterläßt ein großes Fragezeichen. „Ich glaube, daß ich meine Helferinnen manchmal ganz schön überfordere“, bekennt Rüdiger. Seine Praxis ist eher knapp besetzt, so daß nicht selten Überstunden anfallen. Die sollen dann in Freizeit abgegolten werden, aber: „Wo klappt das schon?“

weggenommen: Weitestgehende Kompromißlosigkeit beherrscht die Szene. Lediglich drei der acht Praxen nennen ein Ultraschallgerät, heutzutage ein Minimum jeder Krankenhausdiagnostik, ihr eigen. Zum Standard gehört ein EKG, bei den Allgemeinmedizinern gibt es auch eine Einrichtung für Belastungstests. Die Kinderarztpraxen und zwei Allgemeinpraxen verfügen über Meßeinrichtungen zur Prüfung der Lungenfunktion, und der Gynäkologe hat

ihren Schein- und Patientenzahlen im Mittel oder sogar darüber, was sich dann aber auch in entsprechend langen Arbeitszeiten niederschlägt. Stefan, mit seiner wunderschönen Praxiscinrichtung, die eher einem Abenteuerspielplatz gleicht, unbestrittenes Zugpferd einer Praxisgemeinschaft, hat bereits ein Jahr nach Eröffnung – bestgeheutes Geheimnis – etwa 1500 Scheine im Quartal. Mit 1200 Scheinen läuft eine Kinderarztpraxis schon gut. Bei seiner durch-

schnittlichen Arbeitszeit von zehn Stunden täglich plus circa zehn Notfallbeanspruchungen am Wochenende, bleibt jedoch von seiner Freizeit, für seine Familie und bald auch von ihm selbst nicht mehr viel übrig.

Aber nicht nur er, auch die anderen denken laut über eine Teilung der Praxis mit ähnlich gesinnten Kolleginnen oder Kollegen nach, obschon die finanzielle Decke oft sehr dünn ist. Denn vergleicht man die Einkünfte unserer linken Kleinunternehmer mit den offiziellen Statistiken über die Einkommensstruktur der Niedergelassenen, ergibt sich wenig Erstaunliches: Höchstens auf die Hälfte der dort angegebenen 11 800 Mark pro Monat (vor Steuern, aber nach Abzug der Betriebskosten) kommen die Allgemeinmediziner. Auch Stefan erreicht den für Kinderärzte angegebenen Schnitt von 10 600 Mark nicht annähernd, und Gisela ist völlig erstaunt, wie man denn mit dem ernsthaften Anspruch, psychiatrisch und neurologisch tätig zu sein, 17 700 Mark monatlich verdienen kann. Und das ist, wohl bemerkt, der Durchschnitt.

Wenn dann bei solch offensichtlichen Ungleichheiten auch noch die Kassenärztli-

„Wird diskutiert“

Stimmen der „guten Geister“

dg: Merkt ihr eigentlich, daß ihr in einer linken Praxis angestellt seid?

Ingrid: Ich bin schon seit zehn Jahren in diesem Job. In den Praxen, in denen ich früher gearbeitet habe, wurde mir Arbeit delegiert, und wenn was schiefging, war ich die Blöde. Heute kann ich wirklich selbstständig auf bestimmten abgesprochenen Gebieten arbeiten und bin mir der vollen Rückendeckung durch den Arzt sicher.

Annette: Die Selbständigkeit, die durch das Vertrauen resultiert, daß mir entgegengebracht wird ist ein Gefühl der Verantwortung. Das habe ich in anderen Praxen so nicht kennengelernt. Daraus ergibt sich hin und wieder die Situation: Wie weit darf ich in Gesprächen mit Patienten gehen, wie weit ist der Rahmen gesteckt?

Ingrid: Es sind aber auch sehr viele Kleinigkeiten, persönliches Verständnis, ein „gutes Gefühl“, daß ich morgens gerne arbeiten gehe.

dg: Ist es nicht gerade auch dieses „gute Gefühl“, das euch dann auch auf bestimmte Anrechte verzichten läßt? Stichwort „Überstunden“.

Ingrid: Nein, dafür bin ich zu lange dabei. Natürlich gibt es Überstunden. Aber meine Arbeitszeit ist auf 40 Stunden festgelegt. Ich führe ein Stundenbuch und alles, was darüber hinausgeht, bekomme

ich dann auch in Freizeit erstattet.

Annette: Der Ausgleich für die regelmäßig anfallenden Überstunden ist bei uns nicht festgelegt. Dazu möchte ich mich nicht weiter äußern, da dieser Punkt zur Zeit diskutiert wird.

dg: Was verdient ihr denn?

Annette: Die Tarife für Arzthelferinnen sind sehr niedrig. Es ist halt nach wie vor ein unterbezahlter Frauenberuf, aber nach Gesprächen und 'offiziösen' Verhandlungen bekomme ich jetzt statt dem 6. Berufsjahr das 11. Berufsjahr bezahlt. Urlaub richtet sich nach dem Tarif.

Ingrid: Ich werde nach dem Bundesangestelltentarif bezahlt, nach BAT Vlb, und bekomme auch die anderen Sonderleistungen nach BAT, die normalerweise Arzthelferinnen nicht zustehen, Urlaub kriege ich auch mehr. Wir haben uns im Team auf zur Zeit 30 Tage für alle geeinigt.

dg: Hattet ihr mal Probleme, mit denen ihr in einer alternativen Praxis nicht gerechnet habt?

Annette: Ich arbeite in einer Doppelpraxis. Der eine Partner hatte nichts dagegen, daß ich keinen Kittel anzischen möchte, aber der andere war erst sehr dagegen. Jetzt arbeiten meine Kolleginnen an der einen Seite der Anmeldung in 'Weiß' und ich an der anderen Seite nicht.

wie „Bande“ und „intrigantes Unternehmen“ sind vergeben worden, und die Vermutung wurde geäußert, daß aus politischen Gründen besonders penible Überprüfungen stattfinden würden. Auf welche Art und Weise Rückforderungen – sogenannten Regressen in konservativen Sphären – 'vorgebragt' wird, schildert Hannes: „Die Pharmasfirma 'Wych' lädt jeden ersten Dienstag im Quartal alle niedergelassenen Frauenärzte der Region in eine Gaststätte ein. Dort wird dann das gleichmäßige Abrechnungsverhalten organisiert. Die Solidarisierung der Gynäkologen erfolgt über die Abrechnungsziffern“ – und über politische Meinungsgräben hinweg.

Das System der kassenärztlichen Versorgung hält für den, der ohne Blick auf's Portemonnaie kurieren und Gesundheit erhalten will, keine Nischen offen. Im Gegenteil: Wer konsequent dem stetigen Druck der Pharma- und Geräteindustrie widersteht, versucht, sich der Dreiminutenmedizin und der 'Medikalisierung' gesundheitlicher Probleme zu entziehen und überflüssige 'Leistungen' weder erbringt noch abrechnet, sieht sich als erster dem ökonomischen

Druck ausgesetzt, den unser Abrechnungssystem dann für ihn bereithält. Die Anpassung schleicht – bisweilen weder langsam noch leise.

So wundert es wenig, wenn, nach der aus ihrer Sicht dringendsten Veränderung im System der ambulanten Versorgung befragt, die Antworten sehr einheitlich ausfallen: „Die Einzelpraxis mit dem System der Einzelleistungsvergütung ist ein absoluter Anachronismus“, bringt Rüdiger die Kritik auf den Punkt. Auch eine pauschale Honorierung kann höchstens ein Teilschritt sein, denn so Lutz: „Es ist keine Lösung, wenn der Arzt, auf welche Weise auch immer, die Möglichkeit hat, die Therapie nach seinem Profit zu bestimmen.“ Ausnahmslos alle würden daher, unbeschadet der vielfältigen neuen Probleme, von einer öffentlichen Anstellung eine weitaus effizientere ambulante Versorgung erwarten. Die Gratwanderung zwischen persönlicher Integrität und Systemdruck, die mit dem Zwang zum Unternehmertum beginnt, ähnelt der Eröffnung eines Mühle-Spiels mit vorprogrammiertem Finale: Zwickmühle. □



Annette, Arzthelferin
Nach wie vor ein unterbezahlter Frauenberuf

che Vereinigung (– die Rechnungsstelle, die mit den Krankenkassen die Behandlungssätze aushandelt, einzicht und nach Prüfung der Abrechnungen den Ärzten die Honorare verteilt –) mit Honorarrückforderungen droht, weil hier überdurchschnittlich viele gründliche Untersuchungen und dort 'zu viele' psychotherapeutische Sonderleistungen in Rechnung gestellt worden seien, ist die Wut groß. Auch wenn niemand damit zitiert werden möchte, Titel

„Nicht erst hinterher schreien“

dg-Gespräch mit Sabine Drube



Sabine Drube, 25jährige Krankenschwester aus Heidelberg, koordiniert bundesweit den Arbeitskreis „Krankenpflege gegen Krieg“. dg sprach mit ihr darüber, was Schwestern und Pfleger dazu bewegt hat, sich vom Rockzipfel der Ärzte – auch in der Friedensarbeit – zu lösen.

dg: Wie sind Sie persönlich dazu gekommen, Friedensarbeit zu machen?

Drube: Ich bin über mein christliches Engagement zur Friedensarbeit gekommen. Ich habe sehr früh angefangen mit Jugendarbeit und bin dabei eigentlich schon politischer geworden. An dem Haus, an dem ich als Krankenschwester tätig war, gab es eine Friedensinitiative, in der ich mitgearbeitet habe. Da habe ich zum ersten Mal begriffen, wie sehr militärische Strukturen den Krankenschwesterberuf prägen. Man ist eingespannt in eine strenge Hierarchie und hat Weisungen entgegenzunehmen. Das macht uns einplanbar, auch für militärische Zwecke. Zudem habe ich die atomare Aufrüstung als immer bedrohlicher empfunden, und dagegen wollte ich mich wehren.

dg: Und wie sind Sie dann zum Arbeitskreis „Krankenpflege gegen Krieg“ gekommen?

Drube: In Mainz auf dem Kon-

greß der Internationalen Ärzte gegen den Atomkrieg im Herbst 1985 hat es angefangen. Eine Krankenschwester aus Münster, Elvira Kleinc, und ich, wir hatten uns im Vorfeld des Kongresses zusammengetan, und wir haben uns überlegt, daß auf den bisherigen Kongressen der IPPNW die Krankenpflege völlig unterrepräsentiert war. Es hieß immer „Ärzte warnen“ oder „Gesundheitswesen gegen Krieg“, aber die Pflegesparte oder andere Berufe im Gesundheitswesen waren nicht vertreten. Wir fanden aber, daß da alle aus dem Gesundheitswesen am gleichen Strang ziehen müssen. Die Ärzte haben die Vorreiter gespielt, aber es kann nicht ausreichen, da muß eine breite Basis her. Wir haben dann den Kongreß mit vorbereitet und hatten eine Podiumsveranstaltung mit den Berufsverbänden vorgesehen.

Unsere offiziellen Vertreter sollten sich auch einmal zum Thema „Krieg und Frieden“ äußern. Es ist niemand gekom-

men. Sie haben es noch nicht einmal für nötig befunden abzulachen.

dg: Wie erklären Sie sich das? War Ihnen das Thema zu heikel?

Drube: Zu politisch; vor allem für die konfessionell Gebundenen. Zum Teil hatte es prinzipielle Gründe. Eine Krankenschwester sollte sich nämlich, bitte schön, nicht in politische Sachen einmischen, das geht sie überhaupt nichts an, die anderen werden es schon machen. Wir haben dann gesagt: Na gut, wenn unsere offiziellen Vertreter, die wir ja durch unsere Mitgliedschaft tragen, nicht bereit sind, sich zu friedenspolitischen Themen zu äußern, dann müssen wir es selbst in die Hand nehmen. Auf dem Kongreß noch wurde die Idcc geboren, den Arbeitskreis zu gründen. Unsere Enttäuschung und Wut haben wir direkt versucht, in sinnvolle Arbeit umzusetzen.

dg: Was für eine Position vertreten denn die Berufsverbände zu diesem Problem?

Drube: Wir wollten jetzt, auf dem 3. bundesweiten Treffen endlich die besagte Podiumsdiskussion stattfinden lassen, haben wieder alle Berufsverbände angeschrieben und zum Teil hochinteressante Antwortschreiben erhalten. In einem stand, eine Krankenschwester müßte prinzipiell immer jeden pflegen, ohne sich um die Ursachen zu kümmern. Natürlich hilft in jeder Situation jede Krankenschwester, aber das ist doch kein Argument dagegen, die Ursachen bekämpfen zu wollen. Einmal ganz abgesehen davon, daß im Falle eines Atomkrieges wohl kaum noch genügend Schwestern zum Helfen da wären. Das Ende vom Lied ist jetzt, daß die Podiumsdiskussion wieder nicht stattfinden wird, weil nur zwei Diskussionsteilnehmer bereit waren zu reden, ein Vertreter des Berufsverbandes für Krankenpflege, des DBFK, und einer von der ÖTV.

dg: Eigentlich gehört die Berufsgruppe Krankenpflege ja nicht unbedingt auf einen Kongreß der Ärzte gegen Atomkrieg. Als Anknüpfungspunkt, also um überhaupt erst einmal etwas in Gang zu bringen, ist es sicher eine gute Sache, dort auch aufzutreten, aber im Grunde genommen war doch von vorne herein klar,

dass es dabei nicht bleiben konnte, daß die, wie es so heißt, „medizinischen Hilfsberufe“, eigenständig, unter eigenem Namen, arbeiten müssen. Das schließt ja Zusammenarbeit mit den Ärzten nicht aus.

Drube: So ist es auch geplant. Wir brauchen eine eigene Initiative, weil es sehr viel Berufsspezifisches in den nicht-ärztlichen medizinischen Berufen gibt. Stichwort „Hierarchie“, „dienende Haltung“. Das betrifft die Ärzte nicht. Aber zur Frage, ob wir dahin gehören: Die IPPNW und der Appell „Gesundheitswesen gegen Krieg“ haben uns jeweils eingeladen. Auf den Weltkongreß der IPPNW gehörten wir sicher nicht, aber es war eine gute Möglichkeit, unser zweites bundesweites Treffen abzuhalten. Daß es möglich war, zeigt, wie gut inzwischen die Zusammenarbeit mit der IPPNW ist. Auch der Kongreß 1987 in Essen wird sicher noch stärker von uns mitgestaltet werden. Die Dortmunder und insgesamt die Nordrhein-Westfalen sind da sehr aktiv. Unser Traum, gleichberechtigt einen Kongreß der Beschäftigten im Gesundheitswesen zu machen, wird sicher noch nicht verwirklicht werden, weil unsere Kräfte noch relativ beschränkt sind, aber es wird mehr Themen aus dem nicht-ärztlichen Bereich geben.

dg: Dennoch wird der Kongreß in Essen doch auch ein Kongreß der IPPNW, also der Ärzte sein.

Drube: Es heißt „Wir warnen vor dem Atomkrieg“, nicht mehr „Ärzte warnen“. Die IPPNW ist zwar Hauptinitiator der Kongresse, räumt uns aber langsam eine gleichberechtigte Position ein. Außerdem ist es sinnvoll, die Kräfte zusammenzutun.

dg: Um welche Themen wird es denn von Ihrer Seite aus auf dem Kongreß gehen? Anders gefragt, welche inhaltlichen Schwerpunkte haben Sie in Ihrer Arbeit? Werden Sie sich weiter mit dem Berufsbild der Krankenpflege und der Geschichte des Berufs beschäftigen?

Drube: Ja, das halten wir für ungeheuer wichtig. Die Geschichtsaufarbeitung wird bestimmt noch den Vorrang haben, denn zum Beispiel die Krankenpflege im Nationalso-

zialismus hat ja unser Berufsbild wesentlich geprägt. Die Krankenpflegeschulen stützen sich auf einige angeblich positive Beispiele, es gibt zwei, drei Leitbilder, und das wird ewig weitertransportiert. Eins unserer Ziele ist, eine Unterrichtsreihe für Krankenpflegeschulen zu erarbeiten. Dort könnten auch solche Personen wie Bertha von Suttner vorgestellt werden, die schon damals ein sehr vorausfünftiges Verständnis von Pazifismus hatte: Wenn man Übel nicht abwenden könnte, dann müsse man die Ursachen beseitigen. Nicht hinterher schreien, oh Gott, jetzt müssen wir alle helfen.

dg: Wie sieht das konkret aus? Betreiben die Regionalgruppen regelmäßige Geschichtsforschung?

Drube: Ja, das kann man so sagen, einige gehen in Archive und wühlen Staubschichten auf, einige arbeiten in Arbeitsgruppen, einige machen Interviews mit Personen, die den Nationalsozialismus als Schwestern oder Pfleger miterlebt haben. Wir sammeln die Arbeitsergebnisse und schicken sie rum. Eine Kollegin aus Dortmund hat ihre Großmutter gefragt: Wie war das denn eigentlich? Und die hat erzählt, daß es durchaus möglich war, sich bei Vernichtungsaktionen zu verweigern, ohne erheblichem Druck ausgesetzt zu sein oder sogar Bestrafung fürchten zu müssen. Daß trotzdem kaum einer „Nein“ gesagt hat, das hängt meines Erachtens ganz stark mit dieser Autoritätsgläubigkeit und den hierarchischen Strukturen zusammen. Und die müssen wir auch heute noch bekämpfen. Angefangen hat es eigentlich mit der Aufspaltung in Heil- und Pflegeberufe, wobei Pflege immer stärker ins Abseits gedrängt wurde. Im Nationalsozialismus war es dann so schlimm, daß gar nicht wahrgenommen wurde, welche Befehle, die man zu befolgen hatte, eigentlich gegen das Berufsethos sprechen.

Die hierarchischen Strukturen sind so anders nicht. Anweisungen entgegen zu nehmen ist viel bequemer und leichter als sich zu wehren und Ärger zu riskieren. Deshalb ist auch das Thema „Berufsbild“ so aktuell. Die Krankenpflege muß eine eigenverantwortliche Tätigkeit sein. Wir sind weisungsgebunden, aber nicht verantwortlich. Jetzt kann einem ein Arzt sagen: „Sie müssen das jetzt so und so machen“, und man muß es machen, auch wenn man denkt, daß etwas anderes bes-

ser für den Patienten wäre. Und es ist oft einfach so, daß die Schwestern besser wissen, was für den Patienten gut ist, weil sie mehr Zeit mit dem Patienten verbringen.

dg: Können Sie Ihren Mitgliedern denn auch praktische Hilfen geben, etwa, wenn Krankenhauspersonal für den Zivilschutz registriert werden soll?

Drube: Praktische Aktivitäten gibt es bislang fast nur auf regionaler Ebene, die Baden-Württemberger etwa arbeiten zum Zivilschutzgesetz, die Hessen haben eine Initiative zur Rehabilitation von NS-Verfolgten gestartet, die Nordrhein-Westfalen arbeiten zum Katastrophenhafen. Aber da gibt es ja auch einiges von der Gewerkschaft ÖTV. Viele unserer Mitglieder sind Gewerkschaftsmitglieder, die tragen das in die Gruppen.

dg: Gibt es in politischer Hinsicht einen kleinsten gemeinsamen Nenner, der über das hinausweist, was man als Wunsch nach Frieden und Abrüstung bezeichnen könnte?

Drube: In der aktuellen Debatte gibt es natürlich heftige Diskussionen. Aber inzwischen fragt sich jeder, warum Herr Reagan nicht stärker auf die Abrüstungsvorschläge von Herrn Gorbatschow eingeht. Wir fordern konkrete Abrüstungsmaßnahmen, den Stopp der Atomtests, wir fordern, daß Pershing II und Cruise Missile nicht stationiert werden. Aber bislang können wir uns nur an andere Aufrufe anhängen: um eigeninitiativ zu werden, sind wir noch zu klein, stehen halt auch finanziell auf zu schwachen Füßen. Unsere Kapazitäten erschöpfen sich schon mit einem Rundbrief.

dg: Sie haben angefangen auf dem Mainzer Kongreß mit 30 bis 40 Engagierten, jetzt – ein Jahr später – sind es schon 240 Personen. Wie ist das zu erklären? Haben Sie nur die Organisationsstruktur für bereits Aktive geschaffen, oder sind viele „Neue“ im Arbeitskreis „Krankenpflege gegen Krieg“?

Drube: Es sind ganz viele Neue bei uns. Wir haben unsere Treffen in der gesamten einschlägigen Fachpresse angekündigt, im dg, im Mabuse, aber auch in der Zeitschrift des DBfK und anderen. Ich hätte auch nicht gedacht, daß sich daraufhin so viele Leute melden. Es ist ein Zeichen dafür, daß es an der Zeit war, daß auch Schwestern, Pfleger, MTAs und alle anderen sich endlich in der Friedens- und Berufspolitik engagieren.

□



„Die hierarchische Struktur im Krankenhaus macht uns auch für militärische Zwecke einplanbar.“

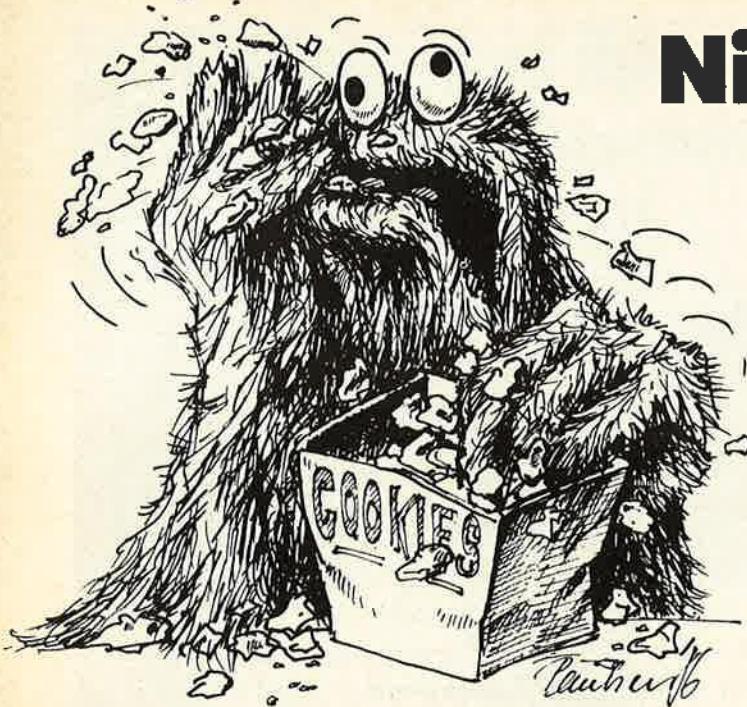


„Oft wissen Schwestern einfach besser, was für die Patienten gut ist.“



Nichts als Krümel?

AOK-Studie
zum Pharma-Kodex



Wie Kekse preist die Pharmaindustrie ihre Produkte an. Ob der selbstauferlegte Kodex für „saubere Werbung“ etwas daran ändern kann, hat der AOK-Bundesverband untersucht.

Jährlich steigen die Arzneimittelausgaben um circa eine Milliarde Mark. Mittlerweile ist die Schallmauer von 17 Milliarden Mark erreicht. Die Preise für Arzneimittel sind extrem hoch. In anderen Ländern können die gleichen Präparate bis zu zehnmal preiswerter eingekauft werden als bei uns. Nach wie vor werden Arzneimittel angeboten, deren Wirkung nicht erwiesen ist, die gefährlich sind oder die neuen Krankheiten, wie beispielsweise Sucht und Abhängigkeit hervorrufen.

Von alledem ist in der Werbung der pharmazeutischen Industrie nichts zu lesen und zu hören. Arzneimittel werden wie Lutschbonbons angepriesen, die Risiken werden verharmlost.

Zwar hat der Bundesverband der pharmazeutischen Industrie (BPI) in seinem sogenannten Pharma-Kodex all diejenigen Regelungen zusammengefaßt, die für eine saubere Arzneimittelwerbung sorgen sollen. Die Mitgliedsfirmen sollen bei ihren Werbefeldzügen mit Hilfe dieser Art von Selbstbeschränkung

zu Musterknaben werden. So wird denn auch von Seiten des BPI argumentiert, daß man mit Hilfe des Pharma-Kodex die Werbung fest im Griff habe. Schwarze Schafe gäbe es überall – aber denen werde energetisch nachgegangen. Regelmäßig, wenn der Gesetzgeber in den Arzneimittelmarkt einzugreifen droht, wird der Pharma-Kodex überarbeitet und eine vermehrte „Verschärfung“ vorgenommen.

Die jetzt vom AOK-Bundesverband vorgelegte Dokumentation III, Pharma-Kodex, macht deutlich, daß die Mißstände der pharmazeutischen Werbung jedoch auch nicht mit Hilfe des Pharma-Kodex beigelegt sind. Ganz im Gegenteil: Der Pharma-Kodex der Arzneimittelindustrie erweist sich als Nebelwerfer. Mit ihm läßt sich der Arzneimittelmarkt nicht gesundbeten.

Anhand prägnanter Beispiele aus der Werbapraxis der Pharmaindustrie wurde untersucht, inwieweit der Anspruch des Kodex mit der Realität übereinstimmt, das heißt, ob sich die Mitgliedsunternehmen des BPI an die Selbstbeschränkungsregelungen halten. Die Ergebnisse sind eindeutig. Einiges kommt es zu direkten, offensichtlichen Verstößen, andererseits wird oft der Geist der eigentlich gewollten Selbstbeschränkung verletzt:

– Arzneimitteln werden nach wie vor heilsame Wirkungen zugeschrieben, die sie nach dem einhelligen Urteil aller Fachleute nicht haben.

- Die gesetzlich vorgeschriebenen Pflichtangaben sind bei den Anzeigen kaum erkennbar.
- Ladenhüter werden als „neu“ angepriesen.
- Bezahlte Anzeigen werden als redaktionelle Beiträge getarnt. Der Leser wird irregeführt, denn er kann diese Beiträge nicht sofort als Werbung erkennen.
- „Schöne Stunden“ mit der Firma X haben oft Vortrang vor wissenschaftlichen Informationen.
- Gefährliche Nebenwirkungen werden verschwiegen.
- Für die Umstellung der Verordnung auf bestimmte Präparate werden Ärzte auch finanziell belohnt. Für die Umstellung von fünf Patienten werden 750 Mark bezahlt.
- Kleine Geschenke erhalten die Freundschaft: Die Abgabe von Wanderschuhen, Kameras, Ferngläsern, Autozubehör und Schallplatten gehört zum guten Ton.
- Arzneimittelmuster werden bergeweise in den Arztpraxen abgeladen, jedes Jahr circa 250 Millionen Packungen.

Ergebnis: Die Selbstbeschränkung der Pharmaindustrie funktioniert nicht. Sie existiert nur in der Phantasie, beziehungsweise kann als reine Zweckpropaganda entlarvt werden. Mit dem Pharma-Kodex ist die Arzneimittelwerbung keinen Deut sauberer geworden. Die Behauptung, mit Hilfe des Pharma-Kodex sei alles fest im Griff, ist trügerisch. Der Arzneimittelmarkt läßt sich nicht gesundbeten, die Werbung auf dem Arzneimittelmarkt mit Hilfe des Pharma-Kodex schon gar nicht.

Der Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie behauptet, der AOK-Bundesverband hätte hier außer Krümeln nichts gefunden. Die Ergebnisse der Dokumentation seien lächerlich und kleinkariert und zeigten eher, daß sich die pharmazeutische Industrie in hohem Maße an den Verhaltenskodex hält.

Außer Krümeln nichts gefunden? Ein Bumerang, der den Pharmaverband und seinen

Kodex selbst trifft. Der AOK-Bundesverband konnte nur das überprüfen, was der Pharma-Kodex selbst als Regelung vorgibt und klären, ob sich die Unternehmen daran halten. Wenn vom Pharma-Kodex beispielsweise vorgegeben wird, unter welchen Bedingungen ein Präparat als „neu“ bezeichnet werden darf, dann stimmt der AOK-Bundesverband mit dem BPI darüber überein, daß es sich hier in der Tat um einen Krümel handelt. Eine Regelung, die nur eine Nebensächlichkeit aufgreift und an den zentralen Mißständen des Marketings völlig vorbeigeht.

Der AOK-Bundesverband hat in seiner Dokumentation auf diesen Umstand hingewiesen und kritisiert, daß viele Nebensächlichkeiten, Überflüssiges und Selbstverständliches geregelt wird, in der Tat – wenn man so will – kleine Krümel, die den ganzen Nebelwerfercharakter des Pharma-Kodex deutlich machen. Wenn allerdings festgestellt wird, daß gegen diese kleinkarierten Vorschriften auch noch verstossen wird, so geht spätestens jetzt der Schuß nach hinten los: Der Pharma-Kodex wird selbst zum Krümel.

In der politischen Diskussion jedoch wird der Pharma-Kodex von der pharmazeutischen Industrie als das Krümelmonster verkauft, als wahre Wunderwaffe, dank der die Werbung der pharmazeutischen Industrie in geordneten Bahnen verlaufe. Dieser Umstand ist bereits zum Mythos geworden: Ein Hinweis auf die Existenz des Pharma-Kodex hat dem Pharmaverband bisher immer genügt, gesetzgeberische Maßnahmen abzuwehren. Es war ein zentrales Ziel der Dokumentation des AOK-Bundesverbandes, mit diesem Mythos aufzuräumen. Die Dokumentation kann beim AOK-Bundesverband kostenlos angefordert werden.

Rolf Reher

Rolf Reher ist Referent für das Arzneimittelwesen beim Bundesverband der Ortskrankenkassen, Kortikeyer Str. 1, 5300 Bonn 2.

Im Rahmen der dg-Debatte dokumentieren wir in dieser Ausgabe die Reden von Ministerin Rita Süßmuth (CDU) und Heiner Geißler (CDU) vor dem gesundheitspolitischen Kongreß, den ihre Partei – von der Öffentlichkeit ziemlich unbeachtet – am 10. September in Bonn durchgeführt hat. Wir tun dies, damit die Grenzlinien der grundsätzlichen gesund-

heitspolitischen Debatte deutlicher werden und um gleichzeitig auch die vorhandenen Widersprüche innerhalb des herrschenden Blocks zu beleuchten: So äußert sich Frau Süßmuth positiv zu den Zielen des WHO-Programms „Gesundheit 2000“ und erteilt damit auch dem „Blauen Papier“ des Ärztetages noch einmal eine Absage; sie betont auch

die Gleichrangigkeit von kollektivem und individuellem Gesundheitsschutz, während Geißler zynisch gegen „Umweltkrankheiten wie Allergien, Pseudo-Krupp“ polemisiert. Nach seinem berüchtigten Auschwitz-Zitat fragt man sich, warum man von ihm jetzt nicht lesen kann: „Die Umweltschützer haben Tschernobyl erst möglich gemacht.“

Eröffnungsrede des Gesundheitspolitischen Kongresses der CDU

Von Heiner Geißler

(...) Ganz sicher ist die Gesundheit eines der höchsten Lebensgüter. Die Bedeutung dieses Lebensgutes hat in der öffentlichen Diskussion in den vergangenen Jahren zugenommen. Die Chancen, gesund zu bleiben oder zu werden, müssen nach Auffassung der CDU für jeden Bürger gleich groß sein, ohne Rücksicht auf seine finanzielle Situation. Wir wollen, daß alle Bürger in Stadt und Land die bestmögliche medizinische Versorgung erhalten. Es ist eine öffentliche Aufgabe, diese Versorgung sicherzustellen. Aber hier kommt gleich der erste wichtige Unterschied zu anderen gesundheitspolitischen Vorstellungen. Wir sind nicht der Auffassung, daß diese öffentliche Aufgabe der ärztlichen Versorgung, z.B. der Versorgung im Krankenhaus, daß diese öffentliche Aufgabe nur oder gar überwiegend von öffentlichen Einrichtungen wahrgenommen werden soll, sondern wir sind der Meinung, daß diese öffentliche Aufgabe auch von Privaten, von Freigemeinnützigen erfüllt werden sollte. Sie können diese Aufgabe genauso gut, ja sogar in der Regel besser erfüllen als öffentlich-rechtliche Organisationen und Ämter.

(...) Die Verantwortung des einzelnen und des Staates gehören zusammen. Man darf die Sorge für die Gesundheit nicht ausschließlich und allein der Gesellschaft zuschieben. Wir wollen gesundheitliche Gefahren nicht verharmlosen. Aber wenn man in manche Publikation hineinsieht, einschließlich mancher Sendungen des öffentlich-rechtlichen Fernsehens, dann gewinnt man den Eindruck, daß die Mehrheit des deutschen Volkes kurz vor dem Tode steht oder zumindest vor dem raschen Spleatum. In Wirklichkeit hat sich die Situation in den letzten Jahren nicht zum Negativen verändert. Die Säuglingssterblichkeit ist von 33,8 je 1000 Lebendgeburten im Jahre 1960 auf 10,2 in Jahre 1983 und auf 9,6 im Jahre 1984 zurückgegangen.

Natürlich sind bevorzugte Themen der Panikszenarien aller möglicher Gruppierungen die Umweltprobleme. Wir haben uns ja inzwischen daran gewöhnt, sozusagen mit dem Schadstoff der Woche zu leben. Aber ich möchte doch festhalten, daß wir inzwischen alle länger leben. Im Durchschnitt 74 bis 76 Jahre. Aber anstatt uns zu freuen darüber, bedauern wir uns, selber so lange in einer schlechten Umwelt leben zu müssen.

(...) Ganz sicher gibt es gesellschafts- und umweltbedingte Krankheitsursachen, aber das eine wollen wir doch festhalten: zunächst ist auch jeder für seine Gesundheit selbst verantwortlich. Der Staat kann nicht jedem einzelnen seine Gesundheit garantieren. Jeder weiß, daß Rauchen, übermäßiger Alkoholkonsum und Bewegungsmangel die Ursachen vieler Krankheiten sind.

(...) Es ist ja merkwürdig, daß diejenigen, die vor einem Jahr auf die Straße gegangen sind, um gegen Formaldehyd zu demonstrieren, gleichzeitig Zigaretten geraucht haben und offenbar gar nicht wußten, das mit jedem Lungenzug, den sie machen, gleichzeitig auch Formaldehyd inhalierten. Ich mache nur auf die Inkongruenz mancher gesundheitspolitischer Äußerungen dieser Tage aufmerksam.

Wir müssen beides zusammensehen: die gesellschaftspolitische Verantwortung, die Verantwortung des Staates und auf der anderen Seite die Verantwortung des einzelnen. Der Staat hat z.B. die Aufgabe, über die Ursachen vieler Krankheiten aufzuklären, entscheiden muß aber letztendlich jeder selber, wie er lebt. Der Kampf für die Gesundheit und gegen die Krankheit ist nicht zu gewinnen, wenn der einzelne seine persönliche Verantwortung auf den Staat abschiebt. Das ist grün-rote Gesundheitspolitik: Sozialdemokraten und Grüne ideologisieren die Krankheit des einzelnen zur Krankheit der Gesellschaft. Aber durch Ideologie ist noch keiner gesund, sehr viele aber sind durch Ideologien physisch und vor allem psychisch krank geworden. Verantwortung des einzelnen und Verantwortung des Staates – beide gehören zusammen. So verstehen wir die Gesundheitspolitik.

Ein typisches Beispiel für eine unverantwortliche Propaganda ist die Behauptung, in zunehmendem Maße leben Menschen unter Umweltkrankheiten, wie Allergien, Pseudo-Krupp usw. Der Zusammenhang zwischen diesen Krankheiten und der Umweltverschmutzung wird in der Wissenschaft zwar diskutiert, aber erwiesen ist nichts. Tatsache ist eben, daß der Lungenkrebs zunimmt: Hier ist wissenschaftlich erwiesen, daß dafür in erster Linie das Zigarettenrauchen verantwortlich ist.

Dagegen nimmt die Bronchitis ab, vor allem bei Kindern. Auch Atemwegserkrankungen sind als Todesursache bei Kindern in den letzten Jahren entscheidend zurückgegangen.

(...) Technik und wirtschaftliches Wachstum dürfen nicht angebetet werden. Sie sind keine Werte für sich. Sie bekommen ihren Sinn dadurch, daß wir sie in den Dienst des Menschen und der gesamten Schöpfung stellen. Aber gerade deswegen sollten wir uns auch an die sozialen Chancen z.B. der medizinischen Technik, der medizinischen Technologie, wieder erinnern. Moderne, medizinische Technologie erleichtert das Leben in früher nicht gekannter Weise. Ich nenne die Stichworte: Herzschrittmacher, Taube können wieder hören, Blinde können wieder sehen, es gibt computergestützte Hilfen, die es erlauben, daß Behinderte ein selbstständigeres Leben führen und erwerbstätig sein können. Neuartige Rufsysteme erlauben es älteren Menschen, in ihrer gewohnten Umgebung zu bleiben und trotzdem sicher zu sein, daß im Notfall schnell Hilfe zur Verfügung steht. Natürlich dürfen wir den medizinisch-technischen Fortschritt nicht ablehnen. Er muß im Dienst des Menschen bleiben. Nicht alles, was technisch möglich und ökonomisch vorteilhaft ist, ist unter menschlichen Gesichtspunkten wünschenswert oder ethisch vertretbar.

(...) Ein Beispiel: Die Würde des Menschen kann durch die totale datentechnische Erfassung des Bürgers tangiert werden. Aber für unseren Bereich ist ein anderes Beispiel vielleicht aufschlußreicher, obwohl die Daten-technik auch in der Medizin eine Rolle spielt. Durch gentechnologische Experimente kann die Würde des menschlichen Lebens verletzt werden. Molekularbiologie und Gentechnik haben neue Möglichkeiten eröffnet, die die Würde des Menschen unmittelbar tangieren. Ich nenne hier die Stichworte Babies aus der Retorte, Manipulationen der Gene, Züchtung von Chimären, das Klonen, das heißt die gezielte Erzeugung von genetisch identischen Lebewesen. Wir wenden uns dagegen, daß der Mensch zum Gegenstand züchterischer Bernühungen herabgewürdigt wird. Hier ist ein rechtsfreier Raum vorhanden, der auch ausgefüllt werden muß nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichtes vom 25. Februar 1975. Wir treten auch dafür ein, das Klonen zur

Herstellung von Menschen sowie die Erzeugung von Chimären strafrechtlich zu verbieten.

(...) Ich habe vorhin davon gesprochen, daß die ärztliche Versorgung eine öffentliche Aufgabe ist, daß wir aber der Meinung sind, daß diese öffentliche Aufgabe besser durch Private erfüllt wird, die diese Aufgabe allerdings nicht zu einer Privatangelegenheit machen dürfen. Deswegen gehört zu unserer Position, zur Position der Christlich Demokratischen Union in der Gesundheitspolitik, ein freiheitliches Gesundheitswesen. Das bedeutet, freie Wahl des Arztes und eine Vielfalt von privaten, öffentlichen und gemeinnützigen Trägern und Einrichtungen im Krankenhausbereich. Der Vergleich mit anderen Ländern beweist, ein freiheitliches Gesundheitswesen ist menschlicher und kostengünstiger als ein bürokratisiertes und verstaatlichtes Gesundheitswesen.

Allerdings müssen wir Sorge dafür tragen, daß dieses freiheitliche Gesundheitswesen finanziert bleibt, und dies ist die Verantwortung aller. Dies betrifft nicht nur die Patienten, sondern betrifft alle, die im Gesundheitswesen tätig sind. Wenn die Finanzierbarkeit des freiheitlichen Gesundheitswesens nicht mehr gewährleistet sein sollte, dann wird diese Entwicklung darin in die Hände arbeiten, die dieses freiheitliche Gesundheitswesen abschaffen und es durch ein verstaatlichtes Gesundheitswesen ersetzen wollen.

(...) Die Finanzierung ist eine Seite, aber die Ziele der Gesundheitspolitik sind genauso wichtig. Von der richtigen Formulierung dieser Ziele hängt ab, was wir bereit sind, in unserem Volk für die Gesundheit an finanziellen Mitteln aufzubringen. Wir haben heute ein Volumen von 110 Milliarden Mark, das der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Verfügung steht. Im Grunde genommen müßte diese große Summe ausreichen, um die Versichertengemeinschaft auf der Höhe des medizinischen Fortschritts gesundheitlich zu versorgen. Eine Krankenversicherung kann nicht alles leisten, was gesundheitlich erwünscht ist. Mit Beiträgen von Pflichtversicherten kann nur finanziert werden, was eben dem allgemeinen Standard entspricht. Diese Frage ist auch eine ethische Frage. Die Krankenversicherung ist einmal entstanden aus dem moralischen Grundgedanken, alle für den einen, der krank geworden ist und der sich selber nicht helfen kann. In dem Moment, wo dieser solidarische Grundgedanken ersetzt wird durch die Zahlung eines Beitrages an eine anonyme Kasse, wobei dann der Beitrag gar nicht vom Versicherten, sondern zusammen mit der Steuer an diese anonyme Kasse abgeführt wird, entzieht sich sozusagen der eigene Beitrag zur Finanzierung der eigenen Gesundheit dem unmittelbar erfahrbaren Verantwortungsbereich des einzelnen.

(...) Wir werden mit den herkömmlichen Methoden in der Gesundheitspolitik nicht auskommen, die bisherigen

Strategien stoßen an ihre Grenzen. Nicht immer kann die Versicherung helfen, und deswegen heißt das Stichwort für eine zukunftssichere Politik „aktive Subsidiarität“. Was heißt das? Subsidiarität ist ein großartiger Entwurf, besonders auch für die Gesundheitspolitik, um auf eine technisch orientierte Gesellschaft mit ihrem Problem eine menschenwürdige Antwort zu geben. Eine gute Sozial- und Gesundheitspolitik kann sich nicht allein dadurch auszeichnen, daß sie die staatliche Wohlfahrt- und Daseinsvorsorge ständig steigert. Es besteht nicht immer ein Handlungsbedarf des Staates, wo manche glauben, einen begründen zu müssen. Das Prinzip der Eigenverantwortung, der Mitverantwortung muß heute unser institutionalisiertes soziales Sicherungssystem, auch in der Gesundheitspolitik, ergänzen. Für die Anwendung des Subsidiaritätsprinzips gibt es eine Fülle von Feldern. Ich nenne hier noch einmal unsere großen caritativen diakonischen Organisationen, aber auch die Existenz von Selbsthilfegruppen, von alternativen Gruppen, scheint mir eine gute Möglichkeit zu sein, um hier subsidiär vorzukommen. Dies gilt auch für den Zusammenschluß von Menschen, die eine bestimmte Krankheit haben. Menschen die sich gegenseitig helfen, um mit diesen Problemen fertigzuwerden, ohne daß sie gleich nach dem Staate rufen.

(...)

„Lebe gesünder – es lohnt“ Von Prof. Rita Süßmuth

1. Allgemeine Grundsätze der Gesundheitspolitik

(...) Wir bejahren unser freiheitliches pluralistisches System der Gesundheitsversorgung, das Zusammenwirken von freien Kräften und Staat. Daraan kann und darf es keinen Zweifel geben. Dazu gehören die Eigenverantwortung des Bürgers, soziale Gerechtigkeit und freiheitliche Organisation, die Selbstbestimmung des Bürgers, das Recht auf freie Arztwahl und freie Ausübung der Heilberufe.

Dazu gehört auch die Gesamtverantwortung des Staates für die Gesundheitssicherung und die gesundheitliche Versorgung.

Wir bejahren dieses System aber nicht als Selbstzweck. Wir bejahren es, weil es humamer und wirksamer ist als bürokratische, zentralisierte und verstaatlichte Gesundheitswesen.

2. Notwendigkeit von Reformen

Ein solches Bekenntnis zu den Grundsätzen und Zielen unseres Gesundheitswesens ist aber kein Freibrief, darf nicht davon abhalten, dieses Gesundheitswesen und einzelne Elemente daraufhin zu überprüfen, ob und inwieweit sie den sich jeweils ändernden und wachsenden Anforderungen gerecht werden. Die Bejahrung unseres Systems der Gesundheitsversorgung schließt eine ständige Weiterentwicklung vorhandener und gewachsener Strukturen nicht nur nicht aus, sondern setzt diese vielmehr voraus.

(...)

3. Finanzierung und Wirtschaftlichkeit

Die gegenwärtige gesundheitspolitische Diskussion wird ausgehend von der Kostenentwicklung weitgehend von der Forderung nach einer Strukturreform, nach einer Sanierung des Gesundheitswesens bestimmt.

So wichtig Fragen der Finanzierung und Wirtschaftlich-

keit im Gesundheitswesen sind, **Gesundheitspolitik darf sich nicht nur an Kostenfragen ausrichten, darf nicht zunächst nach finanziellen Auswirkungen fragen und dann erst nach der gesundheitspolitischen, medizinischen Notwendigkeit.**

(...)

4. Eigenständigkeit der Gesundheitspolitik

Gesundheitspolitik muß sich zwar an Rahmenbedingungen ausrichten, aber sie darf sich ihnen nicht unterwerfen – und seien sie auch noch so wichtig. Sie muß sich an eigenen Werten, Inhalten und Zielvorstellungen orientieren.

Gesundheitspolitik muß sich verstärkt als eigenständiger Bereich verstehen, eingebettet und mit Wechselbeziehungen zu Sozial-, Wirtschafts- und Finanzpolitik, aber nicht als deren Anhänger, als deren Instrument zur Erfüllung ihrer Ziele und Aufgaben.

(...) Unser Gesundheitswesen gehört zu den leistungsfähigsten der Welt. Es hat sich bewährt und ist durch eine hochqualifizierte medizinische Versorgung gekennzeichnet. In unserem Land sind angemessene, allen Bürgern gleichermaßen zugängliche medizinische Versorgungsangebote vorhanden. Sie stehen in hoher Qualität, in breiter Vielfalt und großer regionaler Dichte den Menschen zur Verfügung.

(...)

5. Gesundheitsschutz als zentrale Aufgabe

Ein, wenn nicht gar der zentrale Inhalt für notwendige neue Wege der Gesundheitspolitik wird sowohl durch das Motto dieses Kongresses – Gesund leben – wie durch das Thema meines Referates „Lebe gesünder – es lohnt sich“ benannt.

Wenn davon auszugehen ist, daß eine ins Gewicht fallende Verbesserung der Gesundheit – und das ist nun

eimal die zentrale Aufgabe der Gesundheitspolitik – nicht so sehr durch die Behandlung von Krankheiten zu erzielen sein wird, sondern vielmehr durch deren bestmögliche Verhütung und durch die Förderung der Gesundheit, dann muß dies die zentrale Herausforderung für die Gesundheitspolitik sein. Dies bedeutet keineswegs, daß der kurative Bereich als überholt der Prävention geopfert werden müßte.

(...)

6. Definition der Gesundheit

(...) Trotz aller Skepsis und Kritik, die an der Gesundheitsdefinition der Weltgesundheitsorganisation geübt wird, weil sie der Lebenswirklichkeit nur teilweise gerecht wird, so zeigt diese doch eine wie ich meine annehmbare **politische Zielrichtung** auf. Selbst wenn sie in ihrer totalen und universellen Form nicht konkret voll erreichbar ist, so macht sie doch klar, daß Gesundheit mehr sein muß als nur die Abwesenheit von Krankheit, sondern auch körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden beinhaltet. Gesundheit ist auch die aus der Einheit von subjektivem Wohlbefinden, objektiver Belastbarkeit erwachsende körperliche und seelische, individuelle und soziale Leistungsfähigkeit des Menschen. Sie ist ein soziales Gut und Voraussetzung zur Entfaltung der freien Persönlichkeit. Sie hat zu tun mit Lebensfreude, spontaner Aktivität und sozialer Aufgeschlossenheit.

Diese Gesundheit hat nicht nur der zu verteidigen, der frei von jeglicher Krankheit ist. Ein solcher Ansatz verkennt, daß nahezu jeder erwachsene Mensch einen oder mehrere Zustände aufweist, die medizinisch als Krankheit benenbar sind. Gesundheit ist demgemäß auch das, was ein Mensch je nach Lebensalter, Schicksal, Lebensführung und leib-seelischer Konstitution zum jeweiligen Zeitpunkt an verbliebenen körperlichen und psychischen Fähigkeiten zu einer positiven Lebensentfaltung besitzt. Das heißt, auch der Kranke und Behinderte hat noch eine bestehende Gesundheit zu erhalten und zu verteidigen.

(...) Die Erhaltung und Wiederherstellung einer so umfassend verstandenen Gesundheit kann nicht die alleinige Aufgabe des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung sein, etwa als Reparaturbetrieb, sondern fällt sowohl in die Verantwortung des Einzelnen wie auch in die der gesamten Gesellschaft.

7. Individuelle Eigenverantwortung – kollektiver Gesundheitsschutz

Diese Doppelgleisigkeit – Verantwortung des Einzelnen einerseits, Verantwortung des Staates bzw. der Gesellschaft andererseits – zieht sich wie ein roter Faden durch die gesamte Problematik des Gesundheitsschutzes. Es kann hier nicht ein entweder/oder sondern nur ein sowohl/als auch geben. **Individuelle Eigenverantwortung und kollektiver Gesundheitsschutz müssen eine Einheit bilden.**

Die Erhaltung der Gesundheit der Bevölkerung ist abhängig von gesundheitsgerechten Lebens- und Arbeitsbedingungen und der Stärkung der Eigenverantwortung des Einzelnen für seine Gesundheit. Gesundheitsvorsorge muß infogedessen sowohl die Beseitigung der Ursachen gesundheitsschädigender Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen als auch die Beeinflussung individuellen Gesundheitsverhaltens zum Ziel haben.

(...)

9. Gesundheit und Umwelt

Bei der Forderung „gesund leben“ dürfen wir nicht der Gefahr erliegen, nur auf die individuellen Verhaltensweisen wie Rauchen, Alkohol- und Arzneimittelmißbrauch, Bewegungsarmut usw. uns zu konzentrieren und dabei die krankheitsverursachenden Lebens- und Umweltbedingungen sowohl als unmittelbare Ursache für Krankheiten wie auch als Ursache für gesundheitsschädliches Verhalten zu sehr zu vernachlässigen.

Wir dürfen präventive Gesundheitspolitik nicht auf Gesundheitserziehung, Beratung und Früherkennungsuntersuchungen beschränken und gesellschaftliche Komplexe wie Arbeitswelt, Umwelt, Wohnverhältnisse oder Familienverhältnisse vernachlässigen.

(...)

11. Grenzen der Eigenverantwortung

Wir können heute feststellen, daß sowohl das Gesundheitswissen wie auch das Gesundheitsbewußtsein der Bevölkerung gewachsen sind – und damit auch die Bereitschaft, mehr Verantwortung zu übernehmen. **Dennoch besteht ein weitgehendes Unvermögen, dieses Wissen in ein geändertes Verhalten umzusetzen.**

Dieses Mißverhältnis zwischen der Wertschätzung der Gesundheit als höchstem Gut und ungesunden Lebensweisen läßt sich durch Gesetze und Verordnungen, durch Bonus- oder Malusregelungen nur sehr begrenzt aufheben. Der gesundheitlichen Aufklärung und der Gesundheitserziehung sind bei aller Betonung ihrer Wichtigkeit offensichtlich Grenzen gezogen.

(...) Wir müssen uns aber bewußt sein, daß die Beeinflussung menschlicher Verhaltensweise, insbesondere im Erwachsenenalter äußerst schwierig ist. Ihr stehen nicht nur überkommene Verhaltensweisen und von der Werbung geschickte Leitbilder entgegen. Ihr steht auch entgegen, daß die wirtschaftlichen, psychischen und gesellschaftlichen Einflüsse der Umwelt das Vermögen des einzelnen oft übersteigen, sich allein erfolgreich dagegen zur Wehr zu setzen. Entscheidende Aufgaben der „neuen Wege“ in der Gesundheitspolitik muß es daher sein, hier die notwendigen Hilfen zu geben, hier die Zielgruppen, d.h. für mich insbesondere die Jugendlichen und Kinder richtig anzusprechen und zu motivieren.

(...)

12. Bürokratie oder freiwillige Initiativen

Lassen Sie mich lediglich zu einigen Aspekten Anmerkungen machen: **Die vielen Initiativen, die in den letzten Jahren ergriffen wurden, sind dadurch gekennzeichnet, daß sie weitgehend ohne gesetzliche Bestimmungen oder administrative Maßnahmen auskommen, bzw. sich diese auf Rahmen- und Grundsatzregelungen beschränken.** Sie beruhen auf der freiwilligen Initiative der Beteiligten. Nur dadurch wird die notwendige Bürgermäthe und die unerlässliche Mitwirkung und Aktivierung der Bürger erreicht. Eine große Zahl von Aktivitäten wie z.B. im Bereich der Krankenversicherung – ich nenne das Modell der AOK-Mettmann – im Bereich der Kommunen – oder die auf freiwilliger Basis von Ärzteschaft und interessierten Bürgern organisierten Programme im Gemeinderahmen – ich nenne die Modelle kommunaler und kooperativer Prävention auch im Rahmen der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie, die vielen unter Mitwirkung des öffentlichen Gesundheitsdienstes gegründeten örtlichen und regionalen Arbeitsgemeinschaften zur Gesundheitserziehung, die flächendeckende Zahnprophylaxe-Programme der Zahnärzte und der Kassen, aber auch die vielen Selbsthilfeaktivitäten. Diese Initiativen – und es könnten sicher hier noch viele andere genannt werden – zeigen, daß in den letzten Jahren gerade auf kommunaler Ebene die notwendige Bereitschaft zum persönlichen Engagement gewachsen ist und vielerorts besteht. Ich halte diese Art von Zusammenarbeit für erfolgversprechender, unserem System gemäßiger als etwa den Aufbau neuer bürokratischer Institutionen.

(...)

15. Selbsthilfe

In diesem Zusammenhang ist auch eine der interessantesten Entwicklungen im Gesundheitswesen im Augenblick zu sehen, das Entstehen und Wachsen der Selbsthilfebewegung. Sie beruht auf der Phantasie, dem Einsatzwillen und der Fähigkeit der Betroffenen, ihre Probleme selbst meistern zu wollen – und dies auch zu können.

Selbsthilfegruppen haben insbesonders in dem Bereich an Bedeutung gewonnen, wo im Zusammenhang mit Erkrankungen auftretende psychosoziale Lebensprobleme und persönliche Betroffenheit eine Rolle spielen, zu deren Bewältigung das Aussprechen persönlicher Probleme, der Austausch von Erfahrungen, Zuspruch und Anerkennung sowie gegenseitige persönliche Hilfe und gemeinsame Aktivitäten erforderlich sind. Sie umfassen im Grunde alle gesundheitlichen Gefährdungen, Probleme und Erkrankungen, bei denen damit verbundene seelische Probleme und soziale Schwierigkeiten bewältigt werden müssen.

Der Bedarf für diese Problembewältigung und unerlässlichen Hilfen hat angesichts des Ansteigens von chronischen Erkrankungen und Behinderungen sowie von lang andauernden psychosomatisch und psychosozial bedingten Störungen erheblich zugenommen.

Für die Selbsthilfe gilt: **Kleine soziale Einheiten sollen mehr mitmenschliche Nähe und Geborgenheit bieten als das Hilfsangebot sozialer Leistungsträger und die Tätigkeit großer Verbände es vermögen.**

Subsidiarität bedeutet auch hier nicht den Abbau sozialer Leistungen. Im Gegenteil; der Sozialstaat soll ergänzt und weiterentwickelt werden. **Wir wollen die Gesellschaft mit menschlichem Gesicht.** Dazu gehört, daß in der Gesundheitspolitik nicht nur große Organisationen wirken, die der Gefahr nicht immer entgehen können, anonym zu werden und den einzelnen mit seinen Sorgen und Nöten zu einem Fall, zu einer Nummer werden zu lassen. **Wir brauchen wieder mehr Mitmenschlichkeit, Mitgefühl, Für-einander-dasein.** Diese Tugenden können besser in den kleinen sozialen Einheiten entstehen und müssen dort gepflegt werden.

(...)

18. Positive, prioritäre Gesundheitsziele

Gesundheitspolitik – und hier greife ich meine einleitenden Bemerkungen wieder auf – **muß sich an konkreten Inhalten, bestimmbaren Ergebnisorientierten Zielen und Werten ausrichten, nicht zu sehr an Instrumenten und Rahmenbedingungen.** Es geht darum, die allgemeine Zielsetzung des Gesundheitswesens – Erhaltung, Förderung und Wiederherstellung der Gesundheit – so zu konkretisieren und deutlich zu machen, daß sie sowohl für den Bürger wie auch für die am Gesundheitswesen Beteiligten und in ihm Tätigen eine erreichbare Vision und nicht eine Utopie ist. Derartige Zielsetzungen dürfen jedoch nicht vom Staat allein vorgegeben werden, sondern müssen im Konsens von allen Beteiligten erarbeitet werden. Dabei muß sich dieser Konsens sowohl auf die Erreichbarkeit und Begründtheit der Ziele, wie auch zumindest im Grundsatz auf die dafür in Betracht kommenden Maßnahmen erstrecken. Nur dann können „prioritäre, positive Gesundheitsziele“ zu „medizinischen Orientierungsdaten“ werden und auch als notwendiges Gegengewicht zu ökonomischen Daten Eingang in die tägliche Praxis des Gesundheitswesens finden. Die WHO-Strategie „Gesundheit 2000“ stellt nicht so sehr in ihren einzelnen Inhalten, vielmehr in ihrer formalen Ausgestaltung ein derartiges Zielsystem dar.

19. Zusammenfassung

Die Freiheitlichkeit und Offenheit unseres Gesundheitswesens, die zu bewahren und zu stärken sind, gilt es gleichzeitig aber auch dafür zu nutzen, neue Wege zu gehen, die nur in einem solchen System möglich sind. Mehr als in einem einheitlichen, geschlossenen, zentralen Gesundheitssystem besteht hier die Möglichkeit, den einzelnen zu motivieren aber auch andere Bereiche einzubeziehen, die nicht unmittelbar Teil des gesundheitlichen Versorgungssystems sind und es auch nicht werden sollen.

Dies erfordert keine neuen Gesetze oder neue Bürokratie. Es erfordert den Willen und die Bereitschaft zur Zusammenarbeit. Das Gesamtprogramm zur Krebsbekämpfung, besonders das entsprechende EG-Programm gegen den Krebs, aber auch das Aktionsprogramm zur Drogen- und Rauschmittelbekämpfung sind Beispiele für die Möglichkeiten einer solchen Zusammenarbeit. Weitere bundesweite Programme wie z.B. zur Bekämpfung des hohen Blutdrucks, zur Bekämpfung der Herz-Kreislauf-Sterblichkeit, zur Bekämpfung des Selbstmordes bei Jugendlichen könnten in Angriff genommen werden.

Es wird heute viel von der Krise des Wohlfahrtsstaates gesprochen, von Finanzkrise, Leistungskrise und Legitimationskrise, von Sozialabbau und Sozialaufbau. Zur Überwindung dieser Situation dürfen wir uns nicht nur auf klassische Instrumente wie Geld und Recht stützen. Diese werden zwar auch weiterhin erforderlich sein. **Entscheidend ist aber vielmehr, daß die Gesundheitspolitik offensiv und nicht restriktiv versucht, neue Wege zu gehen, die auch darauf gerichtet sein müssen, das Bewußtsein zu ändern, und zwar bei allen Beteiligten.**

Der Begriff „Selbstbeteiligung“ sollte nicht nur als finanzielle Zuzahlungsregelung im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung verstanden werden, sondern auf seinen eigentlichen Inhalt zurückgeführt werden, nämlich sich selbst einbringen.

Vielelleicht ist es angebracht, sich hier auf den berühmten Satz von Präsident Kennedy zu erinnern: „Don't ask what your country can do for you, ask what you can do for your country.“

Frei übersetzt und auf das Gesundheitswesen bezogen also: Fragt nicht, was euer Land für die Gesundheit tun kann, fragt lieber, was ihr selber für die Gesundheit tun könnt. Dies gilt für alle. Für Patienten und Ärzte, Betroffene und Beteiligte. Es wird sich lohnen. Für den einzelnen und für uns alle.

4. Gesundheitstag in Kassel 1987

Der Kasseler Gesundheitsladen hat mit dem folgenden Artikel eine Positionsbestimmung für den Gesundheitstag 1987 vorgenommen. Gleichzeitig stellt er die Themen schwerpunkte des Kongresses dar.

Der Gesundheitstag in Kassel soll einerseits als Spiegel gesundheitspolitischer Zustände und andererseits als Forum dienen, das Anstöße für systemverändernde Handlungsperspektiven sichtbar macht. Voraussetzung dafür ist, daß die soziale und politische Funktion der für die Gesundheit zuständigen Wissenschaften, Institutionen und Techniken offengelegt wird.

Was wir vorfinden, ist der Moloch eines durch rationalisierten, hochtechnisierten und auf vielfältige Weise aufgesplitteten Gesundheitsapparates, der durch immer größere Spezialisierung den Menschen in immer kleinere Teile fragmentiert. Dies führt zu immensen steigenden Kosten und Profiten, einem Heer zusätzlicher Gesundheitsarbeiter (1 Million in der BRD), immer abstrakteren Techniken, jedoch nicht zu einem allgemein besseren Gesundheitszustand der Bevölkerung.

Gesundheit ist in der kapitalistischen Gesellschaft weder ein Wert für sich noch ein politischer Indikator für gesellschaftliche Bedingungen. So stellt die Gesundheitspolitik auch keinen eigenständigen politischen Bereich dar. Sie fungiert auf Grundlage der Sozialpolitik als Umverteilungspolitik. Das heißt, daß sie vorwiegend wirtschafts- und finanzpolitischen Entscheidungen unterworfen ist. Damit ist auch der Charakter ihrer Organisations- und Durchsetzungsform beschreibbar: Das Gesundheitssystem hat in erster Linie gesellschaftsstabilisierende Aufgaben. Die destruktiven Wirkungen von entfremdeten Arbeitsstrukturen sollen kompensiert werden, ohne dabei das System selber anzugreifen. Gleichzeitig sollen durch staatliche Gesundheitspolitik aktiv die Voraussetzungen für die Aufrechterhaltung der bestehenden gesellschaftlichen Machtverhältnisse hergestellt werden. Dies wird geleistet über Mechanismen der Ausgrenzung und Selektion der nicht im Sinne des Systems „Funktionierenden“. Gesundheitspolitik beschränkt sich somit einerseits auf die „individuelle Krankheitsbehandlung“, wobei gewisse „Opferarten“ in Kauf genommen werden, andererseits auf Krankheitsprävention, was zunehmend heißt: individualisierte Schuldzuweisung für Krankheit, Selbstverantwortung für Gesundheit.

Es zeigt sich, daß die spezialisierte Behandlung menschlicher Einzelteile nicht zum dauerhaften Erfolg führt. Dies liegt in der zunehmenden Komplexität der Krankheit verursachenden Faktoren. Eine Behandlung allein der Krankheitseffekte wird zunehmend ein sinnloses Unterfangen. Die Betrachtung der Voraussetzungen und Ursachen von Beschwerden innerhalb des Gesamtlebenszusammenhangs (z.B. Arbeit, Umwelt) eines betreffenden Menschen scheint somit der einzige akzeptable Weg.

Aus der gesellschaftspolitischen Perspektive betrachtet, wird **Gesundheit** somit Resultat und Indikator einer gesellschaftlichen Veränderung in Richtung auf den Abbau von Machtstrukturen durch den Einfluß bisher „ohnmächtiger“ gesellschaftlicher Gruppen. Die Utopie einer herrschaftslosen Gesellschaft wird nicht ohne gesellschaftliche Kämpfe erreicht werden können. Erst wenn die Subjekte einer Gesellschaft sich die Chancen ihrer individuellen und kollektiven Emanzipation und Autonomie auf verschiedenen Ebenen (und bestimmt auch auf verschiedenen Wegen) erarbeiten, kann Gesundheit möglich werden. Für den gesellschaftlichen Bereich Gesundheitswesen wäre die konkrete Umsetzung der Menschenrechte ein richtiger Schritt.

Krankheit, verstanden als individueller Ausdruck ungeklärter gesellschaftlicher Konflikte, als Ausdruck für die Ohnmacht des Einzelnen gesellschaftlich bedingten Konflikten gegenüber, andererseits als individualisierte Zuschreibung ungelöster gesellschaftlicher Konflikte (Ausgrenzung von „Anderen“ wie Behinderten, psychisch Leidenden, Ausländern, Frauen, Alten ...et cetera) zielt auf eine Betrachtungsweise, die die Ursachen von Krankheit in den Mittelpunkt stellt, zielt auf Gesellschaftsveränderung.

Gesundheit muß einerseits erkämpft werden, über eine „Umverteilung von Macht, Möglichkeiten, Mitteln, Finanzen und Einkommen“ (John Mc Knight) und zwar nicht nur im Gesundheitswesen, sondern in allen gesellschaftlichen Bereichen.

Gesundheit wird damit Indikator für die Möglichkeit des Subjekts, seine Arbeits- und Lebensumwelt aktiv zu gestalten.

Andererseits verstehen wir die Auseinandersetzung um das Gesundheitswesen auch als eine kritische Auseinandersetzung mit der bestehenden medizinischen Versorgung sowie staatlicher Präventionspolitik. Wir warnen uns gegen die Form der Prävention, die Gesundheit lediglich zur Verpflichtung für den Einzelnen macht, denn wir verstehen Krankheit innerhalb unhaltbarer Lebensumstände als eine relativ gesunde Reaktion des körperlich-seelischen Bereichs, sofern keine anderen Mittel zur Verarbeitung zur Verfügung stehen. Prävention darf somit auch nicht bei der Anpassung des Verhaltens des Einzelnen an die neu geschaffenen Umweltbedingungen durch industrielle und gesellschaftliche Sachzwänge (Beispiel AKW-Strahlung) stehenbleiben. Prävention kann nur die Abschaffung krankheitsverursachender Lebensbedingungen bedeuten. Auch eine ökologisch nur „konservierende“ Präventionsstrategie ohne Gesellschaftsanalyse, der Rückzug in gesellschaftliche Nischen mit der Hoffnung auf mehr Lebensqualität, bleibt somit bei individueller Verhaltensänderung stehen.

Das medizinische System droht neben seiner technologischen und pharmazeutischen Komponente sich zunehmend zu einem medizinisch-psychologischen Komplex auszubauen. Dies gilt auch für Wissenschaften und Therapieformen, die ursprünglich auf die Befreiung des Subjekts angelegt waren. Das heißt, daß die Medizin sich immer ausgefeilteren Techniken der Natur- und Menschenbeherrschung bedient, ohne an Krankheitsursachen zu rütteln. Damit werden Krankheitsursachen vertuscht und die Krise der medizinischen Versorgung überdeckt.

Forderungen nach (regionalen/ambulanten) interdisziplinären Teams innerhalb der medizinischen Versorgung dürfen nicht auf immer besser funktionierende Verwertungssysteme hinauslaufen. Der Aufbau alternativer Versorgungszentren muß parallel laufen mit der Auseinandersetzung um die Rolle und Funktion der Gesundheit als „Reparaturwerkstatt“. Selbsthilfe als neuer Versuch der Aneignung von Expertenwissen um Krankheiten gerät vor diesem Hintergrund in die Gefahr, eine bessere „Verwaltung der eigenen Krankheit“ zu leisten oder zum alternativen Dienstleistungsbetrieb zu werden, wenn sie nicht darüber hinaus die ursächlichen gesellschaftlichen Konflikte öffentlich macht und in ihre Arbeit einbezieht. Dies kann nur über eine Öffnung der „krankheitsbezogenen Selbsthilfegruppen“ hin zu einer Zusammenarbeit mit anderen gesellschaftlichen Bewegungen möglich werden.

Ein Gesundheitsbegriff, der sich – wie beschrieben – nicht mit den bestehenden Vorstellungen von Medizin und Prävention in Deckung bringen läßt, muß ein entsprechend breites Fundament mit gesamtgesellschaftlichen Analysen beinhalten. Seine Definition muß ebenfalls kompromißlos aus der Sicht der Betroffenen und der Betroffenheit erfolgen und seine Umsetzung über die sich dort zuordnenden Bewegungen finden.

Die Gesundheitsbewegung überschneidet sich dementsprechend mit großen Komponenten der medizinischen, sozialen und auf Umwelt bezogenen Bewegungen, die sich kennzeichnen lassen durch tendenziell

ähnliche staats- und wirtschaftspolitische Analysen sowie einem ähnlichen Spektrum an Strategien zur Bekämpfung der angeprangten Mißstände. Die erhebliche Breite und Vielfalt dieser Bewegungen bringt eine Unmenge von Erkenntnissen in den jeweils von ihnen bearbeiteten Teilgebieten hervor.

Diese nach bestimmten Zeitabschnitten einem breiteren Spektrum der Öffentlichkeit zugänglich zu machen, darüber zu diskutieren und zu neuen Bewertungen im Rahmen und in Reflexion einer sich verändernden gesamtgesellschaftlichen Realität zu kommen, muß wesentliche Aufgabe eines Gesundheitstages sein.

Es wurde während der bisherigen Vorbereitungen versucht, die hauptsächlichen Arbeits- und Interessenfelder der relevanten Bewegungen zu analysieren und deren schwerpunktmaßige Umsetzung auf dem Gesundheitstag zu ermöglichen. Zum Beispiel werden im Rahmen des Schwerpunktes Großtechnologien die Atom- und die Gentechnologie wegen ihrer Aktualität eine besondere Gewichtung erfahren. In dem bisher zum größten Teil von der Gesundheits- und Frauenbewegung getragenen Komplex der Gentechnologie soll besonderer Wert auf die Verbreitung des Wissens über bereits vorhandene Fakten sowie über die teilweise auch für Wissenschaftler/innen unüberschaubaren Auswirkungen gelegt werden. Die jetzt weiterzuführende Diskussion wird die Frage nach den Begleitumständen eines Moratoriums oder Stop der Gentechnologie zu klären haben.

Die Atomtechnologie soll mit der Forderung nach sofortiger Abschaltung der AKWs und Nichterrichtung der WAA behandelt werden. Ziel ist sicherlich auch eine weitere Aufklärung der Bevölkerung sowie die Erarbeitung neuer Gegenstrategien. Die Hochtechnisierung sowie der damit einhergehende Abbau sozialer Leistungen rücken den Sozialbereich wieder stärker ins Blickfeld gesellschaftlicher Brennpunkte. Unter dem Stichwort Ausgrenzung soll eine Spiegelung der schnell ausufernden gesellschaftlichen Randbereiche stattfinden, die einer zunehmenden Regression ausgeliefert sind. Bereiche wie Armut, Einschränkung des Asylrechts, Ausbau von Knästen und Hochsicherheitstrakten für politische Gefangene und Drogenabhängige müssen wieder stärker ins Bewußtsein rücken. Ein Schwerpunkt wird hierbei eine Reflexion des jahrelangen Kampfes gegen die Institutionen sozialer Kontrolle sowie die Erarbeitung neuer Strategien hierzu sein. Insbesondere die Forderung nach Auflösung der Psychiatrien und diese erweitert auf Heime soll mit neuem Leben gefüllt werden.

Die Durchstrukturierung der Welt nach wirtschaftlichen Interessen durch Banken, Konzerne und militärische Macht hat die 3. Welt bis kurz vor einen Kollaps gebracht. Sie wird immer mehr zum Austragungsort kriegerischer Differenzen zwischen Ost und West. Dieser produzierte Krisenherd droht ein schneller Auslösepunkt für die hier reichlich auf Halde liegenden Horrorwaffen zu werden. Die täglich über uns schwelende Gefahr sowie die jetzigen Auswirkungen auf uns und besonders auf die Menschen in der 3. Welt verlangt nach immer deutlicherer Darstellung.

Neben vielen Arbeitsschwerpunkten unserer weitgefächerten Bewegung sollen die obengenannten vordringlich einer umfassenden Analyse unterzogen und Gemeinsamkeit herausgearbeitet werden. Ziel und unsere Hoffnung für den Gesundheitstag ist neben der Analyse die Erarbeitung besserer kurz- und langfristiger Handlungsperspektiven, die auf breiter Grundlage getragen werden. Es soll dazu eine Reflexion bisheriger Strategien und Herangehensweisen stattfinden. Hauptsächlich betrifft dies die übergreifenden Begriffe „Ökologie“ und „Ganzheit“, deren inflationäre Benutzung eine klare Benennung und Einbindung in Gegenstrategien erschwert. Die Teilstrategien Deinstitutionalisation, Kommunalisieren und Vernetzen können und müssen mittlerweile auf Umsetzungseffekte hin untersucht werden.

Verein Gesundheit und Ökologie
Friedrich-Ebert-Straße 177
3500 Kassel
Tel.: 0561/34000

Redaktionsschluß für alle Anmeldungen ist der 15.11.1986

Die Schutzkommision beim Bundesminister des Innern und die Strahlenschutzkommision

„An den Problemen des Schutzes der Bevölkerung gegen die Wirkung von Kernwaffen“ arbeitet die Schutzkommision beim Bundesinnenminister. Zu ihrer wirklichen Funktion ein Bericht auf den folgenden Seiten.

Mitglieder der Schutzkommision beim Bundesminister des Innern

Die Schutzkommision gliedert sich in den Innenrat Ausschuß (IA), der das zentrale Gremium ist und die folgenden Fachausschüsse:

- Schutzwirkung von Bauten (I)
- Radioaktive Niederschläge (II)
- Strahlendosis und Strahlenwirkung (III)
- Strahlenschäden und Strahlenkrankheiten (IV)
- Katastrophenmedizin (V)
- Pharmakologie, Toxikologie und Körperschutz (VI)
- Schutz vor Seuchen und Infektionskrankheiten (VII)
- Psychobiologie (Verhalten in Belastungssituationen) (VIII)

Prof. Dr. F. W. Ahnfeld, Universität Ulm, Zentrum für Anästhesiologie (A, V)

Ltd. Medizinaldirektor Dr. J. Albrecht, Medizinaluntersuchungsamt, Trier/Mosel (VII)

Prof. Dr. Dr. R. Ammon, Universität des Saarlandes, Physiologisch-chemisches Institut (V)

Prof. Dr. W. von Baeyer, Universität Heidelberg, Psychiatrische Klinik (VIII)

Prof. Dr. H. Becht, Universität Gießen, Institut für Virologie (VII)

Prof. Dr. H. Brandis, Universität Bonn, Institut für med. Mikrobiologie und Immunologie (IA, VII)

Dr. L. Brauer, Berlin, Auergesellschaft GmbH (VI)

Prof. Dr. L. Clausen, Universität Kiel, Institut für Soziologie (VIII)

Prof. Dr. J. Eibl, Universität Karlsruhe, Institut für Massivbau und Baustofftechnologie (I)

Prof. Dr. O. Eichler, Hildesheim (VI)

Prof. Dr. H. Elbel, Universität Bonn, Gerichtsmedizinisches Institut (V)

Prof. Dr. H. Engelhardt, Göttingen (VI)

Regierungsdirektor Dr. N. Engelhardt, Bonn, Bundesministerium der Verteidigung (VI)

Dr. habil. W. Ernst, Universität Dortmund (I)

Prof. Dr. L. E. Feinendegen, Kernforschungsanlage Jülich, Institut für Medizin (IV)

Mitglied der Strahlenschutzkommision 1980-84, 1986

Prof. Dr. H. Finger, Städt. Krankenanstalten Krefeld, Institut für Hygiene und Laboratoriumsmedizin (VII)

Prof. Dr. T. M. Friedner, Universität Ulm, Abt. für Klinische Physiologie und Arbeitsmedizin (IV)

Mitglied der Strahlenschutzkommision 1979-80

Prof. Dr. K. D. Friedberg, Universität Heidelberg, Institut für Pharmakologie und Toxikologie (VI)

Prof. Dr. M. Frimmer, Universität Gießen, Institut für Pharmakologie und Medizin (VI)

Prof. Dr. Dr. G. Gerber, Universitätskliniken Homburg/Saar, Institut für Biophysik (III)

Priv.-Doz. Dr. B. Glöbel, Universitätskliniken Homburg/Saar, FR 3.6 Biophysik und Physikalische Grundlagen der Medizin (III)

Prof. Dr. H. Glubrecht, Universität Hannover, Institut für Biophysik (III)

Doz. Dr. W. Greuer, Göttingen (V)

Prof. Dr. R. Grillmaier, Universität des Saarlandes, Institut für Biophysik (III)

Dr. K. Haberer, Wiesbaden, ESWE-Institut für Wasserforschung und Wassertechnologie GmbH (II)

Prof. Dr. E. Habermann, Universität Gießen, Institut für

Pharmakologie (IA, VII)

Prof. Dr. W. Hanke, Universität Gießen, I. Physikalisches Institut (II)

Prof. Dr. Dr. O. Haxel, Universität Heidelberg, Institut für Umweltphysik (II)

Dr. G. Hehn, Universität Stuttgart, Institut für Kernenergetik und Energiesysteme (II)

Prof. Dr. D. Henschler, Würzburg, Institut für Toxikologie und Pharmakologie (VI)

Prof. Dr. M. Herrmann, Universität Ulm, Abt. für Anatomie (V)

Prof. Dr. H. Hippius, Universität München, Psychiatrische Klinik und Poliklinik (VIII)

Ltd. Medizinaldirektor Dr. K. H. Husmann, Koblenz, Medizinaluntersuchungsamt (VII)

Prof. Dr. W. Jacobi, Neuherberg, Gesellschaft für Strahlenschutz- und Umweltforschung mbH, Institut für Strahlenschutz (III)

Mitglied der Strahlenschutzkommision 1974-80, 1986, Vorsitzender der Strahlenschutzkommision 1974/75 und 1979/80

Prof. Dr. R. Jaenicko, Universität Mainz, Institut für Meteorologie (II)

Prof. Dr. W. Janke, Universität Würzburg, Lehrstuhl für Psychologie I (VIII)

Prof. Dr. R. Jeschar, TU Clausthal, Institut für Wärmetechnik und Industrieofenbau (I)

Dr. G. Kem, München, Dyckerhoff-Widmann AG (I)

Prof. Dr. W. Knapp, Universität Erlangen, Institut für klin. Mikrobiologie und Infektionshygiene (VII)

Prof. Dr. K. Kordina, TU Braunschweig, Institut für Baustoffe, Massivbau und Brandschutz (I)

Prof. Dr. L. Koslowski, Universität Tübingen, Chirurgische Universitätsklinik (V)

Prof. Dr. R. W. Laronz, Universität Düsseldorf, Institut für Theoretische Physik (II)

Prof. Dr. H. Lehmann, Goslar (I)

Prof. Dr. Dr. Wiss. Rat R. Lehmannsiek, Bonn, Institut für Angewandte Zoologie (VII)

Prof. Dr. O. Messerschmidt, München, Laboratorium für experimentelle Radiologie (IV)

Prof. Dr. H. Möning, Universität Freiburg, Institut für Biophysik und Strahlenbiologie (IA, III)

Prof. Dr. Dr. F. E. Müller, Berufsgenossenschaftliche Krankenanstalten „Bergmannsheil“ Bochum, Abt. für Verbrunnungskrankheiten und plast. Chirurgie (V)

Prof. Dr. K. O. Münnich, Heidelberg, Institut für Umweltphysik (II)

Priv.-Doz. Dr. P. G. Munder, Freiburg i. Br., Max-Planck-Institut für Immunbiologie (IV)

Dr. P. Naumann, Lübeck, Drägerwerk AG (V)

Prof. Dr. I. Odler, TU Clausthal, Institut für Steine und Erden (I)

Prof. Dr. W. Oehlert, Freiburg i. Br., Institut für Pathologie Histologie-Zytologie (IV)

Prof. Dr. S. Okonek, Wiesbaden, Facharzt für Kardiologie Innere Medizin – Sportmedizin (V)

Prof. Dr. H. Pauly, Universität Erlangen-Nürnberg, Institut für Radiologie (IV)

Mitglied der Strahlenschutzkommision 1975-81

Dr. E. Pitt, Universität Gießen, I. Physikalisches Institut (II)

Prof. Dr. D. Ploog, München, Klinik des Max-Planck-Institutes für Psychiatrie (IA, VIII)

Prof. Dr. W. Pohlit, Frankfurt, Institut für Biophysik (IA, III)

Mitglied der Strahlenschutzkommision 1986

Dr. H. Reichenbach, Freiburg i. Br., Ernst-Mach-Institut (IA, I)

Dr. R. Reiter, Garmisch-Partenkirchen, Consulting Bureau Reiter (II)

Prof. Dr. O.-E. Rodermund, Ulm/Donau, Oberfeldarzt, Abt. für Dermatologie des Bundeswehrkrankenhauses (V)

Prof. Dr. R. Rott, Giessen, Institut für Virologie, FB 18 Veterinärmedizin und Tierzucht (VI)

Prof. Dr. R. Rüfer, Universität Heidelberg, Institut für Pharmakologie und Toxikologie der Fakultät für klin. Medizin Mannheim (V)

Prof. Dr. E. L. Sattler, Universität Gießen, Strahlenzentrum (II)

Prof. Dr. M. Schäfer, TU Clausthal, Institut für Technische Mechanik (I)

Prof. Dr. U. W. Schäfer, Gesamthochschule Essen, Abt. für Knochenmarktransplantation, Westdeutsches Tumorzentrums, Innere Klinik (Tumorforschung) des Universitätsklinikums (IV)

Prof. Dr. G. Schallehn, Universität Bonn, Institut für Med. Mikrobiologie und Immunologie (VII)

Prof. Dr. A. Schermann, Universität Gießen, I. Physikalisches Institut (IA, II)

Prof. Dr. G. Schmidt, Göttingen, Pharmakologisches Institut (IA, VI)

Prof. Dr. Dr. K.-H. Schmidt, Tübingen, Chirurgische Universitätsklinik (V)

Dipl. Psych. H. Schuh, Euskirchen, Schule der Bundeswehr für Psychologische Verteidigung (VII)

Prof. Dr. F. Schultz-Grunow, RWTH Aachen, Lehrstuhl für Allgemeine Mechanik (I)

Dr. G. Schumann, Universität Heidelberg, Institut für Umweltphysik (II)

Prof. Dr. H. P. Schuster, Städt. Krankenhaus Hildesheim, Medizinische Klinik I (V)

Prof. Dr. L. Schweiberer, Universität München, Chirurgische Klinik Innenstadt und Chirurgische Poliklinik (V)

Dr. Wiss. Dir. A. Sittkus, Freiburg i. Br. (II)

Dr. J. Steinert, TU Braunschweig, Institut für Baustoffe Massivbau und Brandschutz (II)

Prof. Dr. Ch. Streifer, Gesamthochschule Essen, Universitätskliniken, Institut für Med. Strahlphysik (III)

Mitglied der Strahlenschutzkommision 1979-84

Prof. Dr. H. Trümper, Universität Dortmund, Lehrstuhl für Technische Gebäudeausrüstung (I)

Prof. Dr. K. Wallenfels, Universität Freiburg i. Br., Lehrstuhl Biochemie, Chem. Laboratorien (VI)

Dipl.-Ing. G. Weigel, Weil/Rhein (I)

Dr. W. Weiss, Freiburg i. Br., Bundesamt für Zivilschutz – Meßstelle (IA, II)

Prof. Dr. F. Wendt, Evangelisches Krankenhaus Essen-Werden, Hämatologie-Onkologie (IA, IV)

Prof. Dr. Dr. C. Winkler, Universität Bonn, Institut für klin. und experimentelle Nuklearmedizin (IV)

Prof. Dr. R. Zech, Universität Göttingen, Institut für Biochemie Zentrum 3 des Fachbereiches Medizin (VI)

Verzeichnis der Mitglieder der Strahlenschutzkommision für das Jahr 1986

Prof. Dr. Dr. E. Oberhausen, Vorsitzender, Abteilung für Nuklearmedizin der Radiologischen Klinik Universitätskliniken Hornburg (Saar)

Prof. Dr. Dr. R. Harder, 1. stellv. Vorsitzender, Institut für medizinische Physik und Biophysik der Universität Göttingen

Prof. Dr. R. Neider, 2. stellv. Vorsitzender, Bundesanstalt für Materialprüfung, Berlin

Prof. Dr. K. Aurand, Berlin

Prof. Dr. A. Bayer, Kernforschungszentrum Karlsruhe, Institut für Neutronenphysik und Reaktortechnik

Prof. Dr. L. E. Feinendegen, Direktor des Instituts für Medizin der Komfortforschungsanlage Jülich GmbH

Prof. W. Feldt, Bundesforschungsanstalt für Fischerei, Labor für Radioökologie der Gewässer, Hamburg

Prof. Dr. J. Hacke, Hahn-Meitner-Institut für Kernforschung Berlin GmbH, Abt. Strahlenschutz

Dr. R. Hille, Abt. Sicherheit und Strahlenschutz der Kernforschungsanlage Jülich GmbH

Prof. Dr. Hinz, Institut für Strahlenschutz des Bundesgesundheitsamtes, Neuherberg

Prof. Dr. W. Jacobi, Institut für Strahlenschutz der Gesellschaft für Strahlen und Umweltforschung mbH, Neuherberg

Prof. Dr. A. Kellerer, Institut für Medizinische Strahlkunde der Universität Würzburg

Dr. K. Niklas, Gesellschaft für Strahlen- und Umweltforschung mbH, Neuherberg

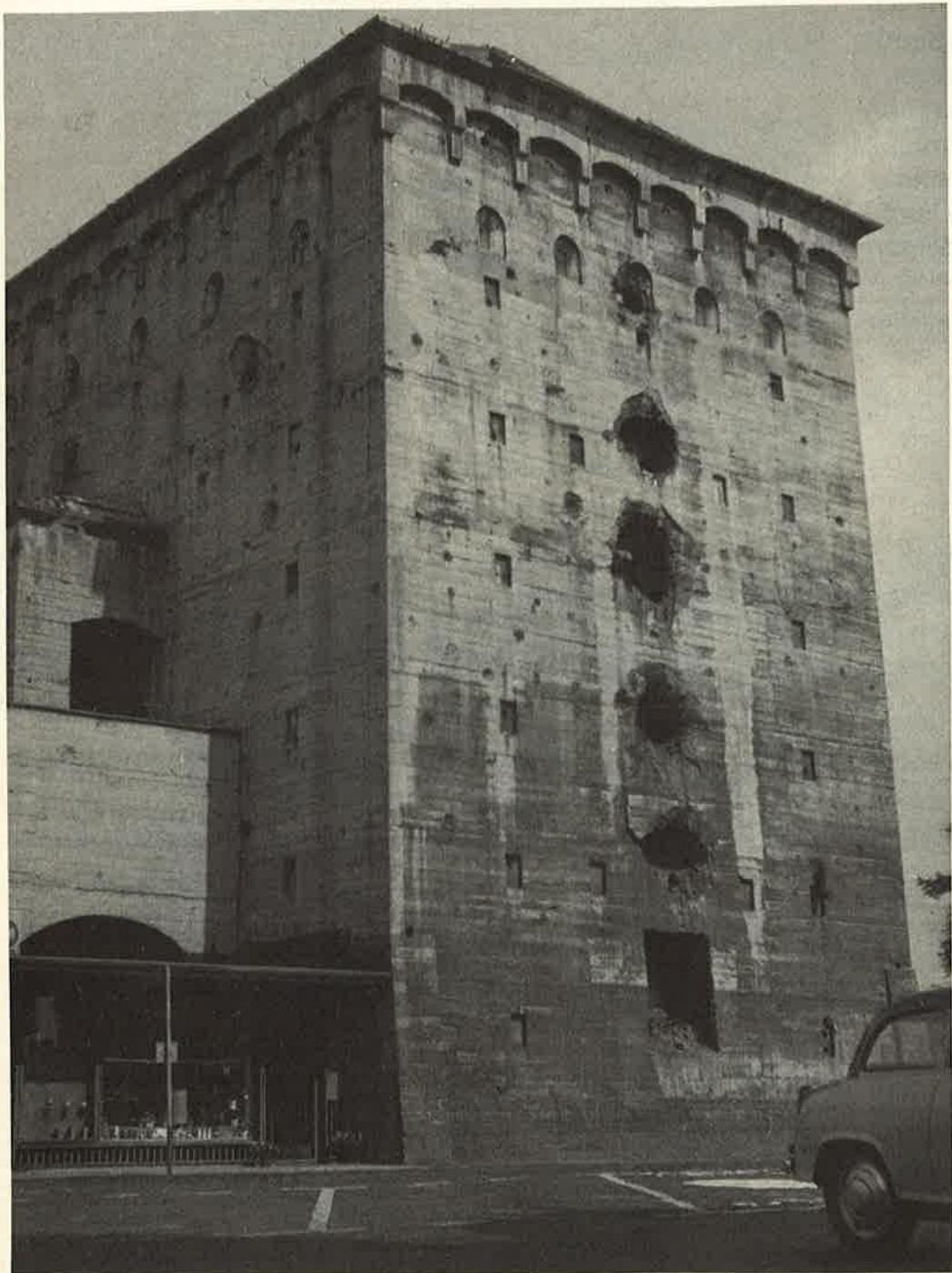
Prof. Dr. W. Pohlit, Institut für Biophysik der Universität Frankfurt

Dipl.-Phys. M. Tscherner, Technischer Überwachungsverein Rheinland e.V., Köln

Prof. Dr. S. Wagner, Physikalisch-Technische Bundesanstalt, Braunschweig

Bunkergemeinschaft

Die Schutzkommission beim Bundesminister des Innern



von der Waffe entfernt. Insgesamt zwanzig Boxerhunde wurden so gequält, um „die Wirkung des modernen, hochrasanten 5,56-mm-Geschosses zu untersuchen und Erkenntnisse über „die Behandlung von Schußbrüchen“ zu gewinnen. Ort des Geschehens war die älteste Unfallklinik Europas, die berufsgenossenschaftliche Klinik „Bergmannsheil“ in Bochum. An der Sanitätsakademie der Bundeswehr in München wurden Mäuse mit einer „sehr energiereichen“ Neutronenstrahlung beschossen, um „Erholungsvorgänge nach Ganzkörperbestrahlung“ zu untersuchen.

Neben der Tatsache, daß beide Untersuchungen von Militärs finanziert werden, ergibt sich eine weitere Verbindungsline. In Bochum arbeitet Prof. Dr. Dr. Müller als leitender Arzt der Abteilung für Verbrennungskrankheiten und plastische Chirurgie in der Klinik „Bergmannsheil“. Müller ist ein weithin anerkannter Chirurg und gleichzeitig Mitglied der Schutzkommission beim Bundesminister des Innern und dort vor allem in deren Fachausschuß V „Katastrophenmedizin“ tätig. In München führte die Versuche ein weithin bekannter Militärarzt und Oberstarzt, Prof. Dr. Messerschmidt, aus. Auch er ist Mitglied der Schutzkommission beim Bundesminister des Innern, zur Zeit vor allem eingespannt in die Arbeit des Fachausschusses IV „Strahlenschäden und Strahlenkrankheiten“.

Was ist diese Schutzkommission beim Bundesminister des Innern? Von einem „Gremium unabhängiger Wissenschaftler“ spricht der Bundesminister selbst. Ein „Vademecum für die Ärzte“ nennt er die Broschüre „Katastrophenmedizin – Leitfaden für die ärztliche Versorgung im Katastrophensfall“. Dieses „Vademecum“ soll in Katastrophensituationen helfen, bei Panik, Verletzungen, Strahlenschäden, Vergiftungen und Epidemien das ärztlich Notwendige zu tun. Daß in der Broschüre alle Grundzüge der Kriegsmedizin – wie beispielsweise die Triage – erwähnt werden, liegt daran, daß von einer „Unabhängigkeit“ überhaupt keine Rede sein kann. Das nur mit Männern besetzte „Gremium“, dessen Mitglieder ausschließlich vom Inneminister berufen werden, hat sich nämlich ganz und allein dem Krieg verschrieben. „Zur Beratung in wissenschaftlich-technischen

Ein illustrer Kreis von Wissenschaftlern sowie Vertreter der Industrie und des Verteidigungsministeriums hat sich dem Zivilschutz verschrieben. Ihre Ziele reichen weit über den Bunkerbau hinaus.

Das Geschöß von Kaliber 5,56 Millimeter durchschlug den Oberschenkel des Hundes. Folge war eine Oberschenkelfraktur und „ausgedehnte Zertrümmerung des getroffenen Schaftanteiles“, wie ein Forschungsbericht aus der Wehrmedizin feststellt. Zuvor war der narkotisierte Boxerhund in einen „Zielstock“ fest eingespansnt worden, fünfzig Meter

Fragen wurde die Schutzkommission beim Bundesminister des Innern geschaffen, heißt es im Weißbuch zur Zivilen Verteidigung von 1972. „Sie arbeitet ehrenamtlich an den Problemen des Schutzes der Zivilbevölkerung gegen die Wirkung von Kernwaffen sowie biologischen und chemischen Angriffen mit.“

Die Geschichte der Schutzkommission reicht bis in die Zeit der beginnenden Remilitarisierung zurück. Bereits 1951 wurde der Vorläufer, die „Kommission zum Schutze der Zivilbevölkerung bei der Deutschen Forschungsgemeinschaft“, gegründet. Schon damals ging es nur um Maßnahmen zum ABC-Schutz. Ab 1954, also vor der Integration in die NATO, entwickelte sich bereits ein Informationsaustausch der beteiligten Wissenschaftler mit US-Stellen.

1962 schied die Kommission aus der Betreuung durch die Deutsche Forschungsgemeinschaft aus und wurde zur Schutzkommission beim Bundesminister des Innern, wie sie heute noch existiert. Die Schutzkommission darf nicht mit der Strahlenschutzkommission verwechselt werden, die 1974 der Innenminister als medizinisch-wissenschaftliches Beratungsgremium in Fragen der sogenannten zivilen Nutzung der Kernenergie gegründet hat. Während letztere von der Gesellschaft für Reaktorsicherheit in Köln betreut wird, ist die Schutzkommission beim Bundesamt für Zivilschutz angesiedelt. Wenn man freilich die Mitglieder der beiden Kommissionen sieht, zum großen Teil die „Crcmc der bundesdeutschen Strahlenfachleute“, ergibt sich ein anderes Bild.

Wenn heute im Zusammenhang mit Folgeabschätzungen von Tschernobyl Namen fallen, dann ist einer immer dabei: Prof. Dr. W. Jacobi, Chef der bundeseigenen Gesellschaft für Strahlen- und Umweltforschung (GSF) in Neuherberg bei München. Auf wesentlich weniger als die durchschnittliche natürliche radioaktive Belastung pro Jahr hat die GSF die Verstrahlung der Bundesrepublik durch den Unfall in Tschernobyl heruntergerechnet. Jacobi vertritt das in den Medien als smarter Chef von 1500 Mitarbeitern. Mitglied der Strahlenschutzkommission war er von Anfang an, 1974/75 und 1979/80 ihr Vorsitzender. Doch auch vor den Militärs hat er

nicht halt gemacht. 1973 war er auch Mitglied der Schutzkommission beim Bundesminister des Innern, auch heute ist er wieder im Fachausschuß III „Strahlendosis und Strahlenwirkung“ der Schutzkommission tätig.

Ein anderer, der immer dabei ist, wenn es um Zivilschutz geht, ist Prof. Dr. Feinendegen von der Kernforschungsanstalt (KFA) Jülich. Seit 1980 Mitglied der Strahlenschutzkommission, ist er eine der zentralen Figuren in Fragen des Zivilschutzes. Dort produziert er dann schon mal Denkpapiere für seine Wissenschaftler-Gefährten, um denen den rechten Weg zu weisen. Feinendegen wörtlich: „Ich betone die Änderungen des sozialen Verhaltens und der Werturteile bei vielen, und sogar eine Furcht vor Verlusten. Das globale Bewußtsein einen gemeinsamen menschlichen Schicksals, das Durchbrechen sozialer und nationaler Barrieren und der Wunsch nach Anerkennung über die Besitztümer des Einzelnen, zuweilen ohne Rücksicht auf die Gemeinschaft, in der man lebt, sind in unserer Gesellschaft gährende Kräfte, deren Konsequenzen noch völlig offen sind.“

Klar ist für ihn, „daß durch ihre gemeinsame Ideologie die Regierungen der Ostblockländer schließlich scheitern werden“. Weil die sich dem von ihm vorausgesagten Schictern entgegenstemmen könnten, sieht er hier „Ansätze“ zum Terrorismus. Deshalb fordert er eine „neue Art von Zivilschutz in einem etwas weiteren als bisher üblichen Sinne“: „Zur Pflicht des Schutzes der körperlichen Gesundheit und des sozialen Gefüges für Zivilbevölkerungen im Kriegsfall muß die Notwendigkeit der psychologischen Verteidigung treten...“.

Jacobi und Feinendegen gehören sicherlich zum inneren Zirkel jener Atommafia, die seit Jahren auf den Ausbau der Kernenergie und auf Zivilschutz setzt. Kein Wunder, daß sie 1975 einen von Prof. Bekkerts, der jüngst ermordet wurde, initiierten Brief mitunterzeichneten, in dem der Ausbau der Atomenergie gefordert wurde. Unter den Unterzeichnern war damals auch Prof. Dr. Muth, Mitglied der Schutzkommission 1973 und Mitglied der Strahlenschutzkommission 1974 bis 1979. Zu den Unterzeichnern gehörte ebenfalls

Prof. Dr. Dr. Oberhausen aus der Uni Homburg. Oberhausen ist heute – wie schon einmal 1975 bis 1977 – Vorsitzender der Strahlenschutzkommission, zumindest 1975 und 1981 erarbeitete er auch Veröffentlichungen für die Schutzkommission im Bereich Zivilschutz. Ähnliche gemeinsame Mitgliedschaften in beiden Schutzkommissionen ergeben sich bei Prof. Fiedner aus Ulm, bei Prof. Pauly aus Erlangen, bei Prof. Pohl aus Frankfurt und bei Prof. Stroffer aus Essen. Mit anderen Worten: selbst im medizinisch-wissenschaftlichen Bereich kann von einer Trennung in zivile und militärische Nutzung der Kernenergie keine Rede sein.

In der Schutzkommission beschränkt sich die Mitgliedschaft keineswegs nur auf Universitäts-wissenschaftler. Ebenso vertreten ist das Verteidigungsministerium und auch die Privatin-dustrie. So ist ein Diplomingenieur Kern Mitglied im Fachausschuß I „Schutzwirkung von Bauten“. Kern ist Direktor eines großen Bauunternehmens, der Dyckerhoff-Widmann AG aus München. Im Fachausschuß VI „Pharmakologie, Toxikologie und Körperschutz“ ist ein Dr. Naumann von den Drägerwerken aus Lübeck. An Erfahrung kann es hier nicht fehlen, haben die Drägerwerke doch schon die Volksgasmasken für die Nazis produziert.

Im Fachausschuß VIII „Psychobiologie“ ist natürlich auch ein Psychologe aus der Schule der Bundeswehr für psychologische Verteidigung in Euskirchen vertreten. Dieser Fachausschuß ist sicher einer der interessantesten, immerhin arbeiten dort an den „Paniktheorien“ führende bundesdeutsche Psychiater mit. Die Professoren Ploog, Hippius und von Bacryc sind heute allgemein Mitglieder dieses Ausschusses. Welche Rolle bei der Massensteuerung schon früh den Medien beige-messen wurde, beweist ein weiteres Mitglied des Ausschusses aus dem Jahr 1973: Wolf Posselt vom Landesstudio Bayern des ZDF.

War man früher auf Veröffentlichungen im Weißbuch zur Zivilen Verteidigung angewiesen, verfügt die Schutzkommission mittlerweile über eine eigene Schriftenreihe, „Zivilschutzforschung“ genannt. Da erscheinen dann Heftchen „Zur Frage der Erholung nach Ganzkörperbestrahlung“ oder

„Brandgefährdung von Wohngebieten durch Flächenbrände“. Oder es wird lamentiert, daß „Großbrandversuche“ bisher nur in den USA und in Australien durchgeführt wurden und daß solche Versuche leider „aus politischen Gründen nicht in abbruchreifen Wohngebiets“ durchzuführen sind. Da wird nun freilich klar, warum vor eineinhalb Jahren in der Eifel große Waldbrandübungen mit über 4000 Helfern durchgeführt wurden, wo auch riesige Holzstöße entzündet wurden.

Eine andere Untersuchung beschäftigt sich mit „Veränderungen von Befinden und Leistung bei einem Bunker-Belegungsversuch“. 1974 hatten sich Versuchspersonen für eine Woche in einem Bunker in Bad Kreuznach einsperren lassen. Die Ergebnisse waren ermutigend: Man stellte einen „Trend zur Zunahme sozial wünschenswerter Eigenschaften“ fest und lobte eine „Leistungsverbesserung“ in der Abgeschiedenheit.

Die bereits erwähnten Professoren Oberhausen, Muth und Pauly veröffentlichten 1981 in der „Zivilschutzforschung“ Untersuchungen zum Strahlenschaden. In Band zwei der „Zivilschutzforschung“ zum Thema „Beiträge zur Frage der Erholung von Strahlenschäden“ schlußfolgert ein Prof. Gerber: „Die Gesamtdosis 500 rad berücksichtigt das mögliche Vorhandensein irreparabler Schäden. Selbst in diesem extremen Fall würde das zusätzliche Tumorrisko (fünf Prozent des normalen Risikos) vertretbar sein und die zusätzliche Mutationsrate (fünfmal die normale) würde innerhalb der Bevölkerung nicht ins Gewicht fallen und sich im Einzelfall kaum nachweisen lassen“. Wie oft haben wir gerade dieses letzte Argument in den letzten Wochen schon gehört?

Wen wundert da noch, daß auch an der aktuellsten Veröffentlichung der Strahlenschutzkommission aus dem Jahr 1986, „Medizinische Maßnahmen bei Kernkraftwerksunfällen“, auch die Mitglieder der Schutzkommission Fiedner und Messerschmidt beteiligt sind? Jawohl, genau jener Messerschmidt, der Mäuse mit Neutronen beschießt.
Horst Gerner

Horst Gerner ist Arzt an einer Klinik in Westfalen.
Die vollständige Liste der Mitglieder der Strahlenschutzkommission und der Schutzkommission beim Bundesinnenminister ist in diesem Heft im Dokumentartikel veröffentlicht.

Schlüßverkauf
Die Heilkraft des Marktes

„Machen Sie den Mund bitte weit auf. Noch weiter. Ja, so ist's gut. Dann wollen wir mal sehen. Fräulein Inge, bereiten Sie doch schon einmal einen Gebißabdruck vor.“

Wissen Sie, damals zur Blütezeit der kassenärztlichen Vereinigungen wäre das nicht vorgekommen. Da wirbt die gestern nebenan eröffnete Praxis mit Zeitungsanzeigen, die jedem Teppichcenter zur Ehre gereichen würden: „Lassen Sie sich maniküren, während wir Ihnen zwei Zähne zum Preis von einem“.

„Wir ziehen Ihnen zwei Zähne zum Preis von einem!“ Unglaublich, was die Ärzteschwemme alles anzurichten vermag, nicht wahr.

Im hiesigen Krankenhaus haben sie jetzt Aktionswochen: Dreißig Prozent auf alle Blinddarm- und Mandeloperationen. Sie haben Ihre ja noch – können sich's ja mal überlegen. Der Internist im Arzthaus gegenüber bietet diese Woche auch Nierensteinzertrümmerungen zu Tiefstpreisen an. Nächste Woche sind Gallenoperationen im Angebot. Ich sage das nur für den Fall, daß Sie da irgendwelche Beschwerden haben.

Übrigens drängen jetzt zunehmend Kuntherzen auf den Markt. Sind infarktsicher und sehr preisgünstig. Etwas für Raucher. Ein Modell mittlerer Qualität bekommen Sie heute schon zum gleichen Preis wie eine künstliche Hüfte. Brauchen Sie nicht oder? Bei Arm- und Beinbrüchen haben die Preise im letzten Jahr auch erheblich nachgegeben. Bänder und Luxationen sind ebenfalls erheblich gefallen. Der Orthopäde im Arzthaus nebenan

schult schon auf Gynäkologe um, weil ihm die derzeitige Familienpolitik wieder ein volles Wartezimmer zu versprechen scheint. Als ob da nicht schon andere drauf gekommen wären.

Den Mund weiter auf, danke.

Da sehen Sie mal, nein, bleiben Sie sitzen, der HNO vom Arzthaus gegenüber versucht jetzt wieder die Passanten zu animieren, sich in seiner Praxis am Gaumensegel kitzeln zu lassen. Nicht zu fassen. Demnächst stellen sie drüber an der Kreuzung noch Werbeflächen auf: Sind Arm und Bein gebrochen. Dr. Eisenbart macht wieder heile Knochen.

Ja, das haben wir damals, als die Lösung „Mehr Markt im Gesundheitswesen“ ausgegeben wurde, nicht ahnen können. Aber, Gott sei Dank, ist die Kundenschaft dadurch auch nicht gesünder geworden. Was Sie angeht, so kann ich Ihnen einen Satz eins a Kronen zu einem konkurrenzlos günstigen Preis mit fünf Jahren Garantie anbieten. Damit können Sie dann wieder strahlend lächeln, kraftvoll zubei ... Aber so bleiben Sie doch. Wo wollen Sie denn hin? Vielleicht können wir bei der Parodontose, oder doch wenigstens beim Zahnteil ins Geschäft kommen ...

Fräulein Inge, wenn kein Patient mehr im Wartezimmer ist, dann gehen Sie doch bitte vor's Haus und verteilen Lutscher an die Kinder.

Joachim Eisbach

Joachim Eisbach ist Wirtschaftswissenschaftler und arbeitet an der Universität Bielefeld

Müller's Organtransporte
immer frisch - immer am Ball!

OP-TEAM Prof. Knob
Wir machen's besser!

Dr. med. Röhlisch
- Chirurg -
„Ich näh' Sie wieder zusammen!“

Dr. Hackenberg & Dr. Schultz
Erstklassige und schnelle
Blutuntersuchung jetzt 10% Rabatt!

Dr. med. dent. W. Wachter
Fanden Sie mich!!!
Sie schicken uns einen Patienten - wir schicken Ihnen eine Billigbeutelflasche Wurstsalat!
Dr. Schmid & Co.

Dr. S. Äge
Orthopädie
Beinamputation 295,-
Beide nur 500,-

Dr. med. dent. Süss
„Ich ziehe selten...“

Dr. med. Dr. Borchert
Wir operieren JETZT, beschaffen erst 2000
31. 12. 86, dort überweisen!
Dr. W. Stoll Chirurg

Wir untersuchen von Kopf bis Fuß!
Prof. Dr. Grüttner 105,-
Otorhino 75,-
Gastro 75,-
Prof. Dr. Hart 105,-
Nephrol. Sie die Chance!
Sei 10 Patienten die Sie uns schicken
Prämie - 500,-
Dr. Paul Geier untersuchen aller Art
Wenn alles zu spät ist dann Prof. Dr. Röth Patholog

LABOR Dr. R. OTTE
VOM 1.11.86 - 0
31.11.86 Werbe
Wochen! SONDER-
PREISE!!!!!!

SCHWARZWALD-KLINIK
Nicht nur Tabletten
BURG-KLINIK
nur 1500,-

UM-KLINIK MÜNSTER:
SONDERANGEBOTE:
- BUNDDARM
nur 250,- inkl. Klin.
Gallen 244,-
Harn 156,- inkl. Klin.

Seit 10 Jahren
Dr. R. Sack
Röntgenärzt
überzeugend - durchdringend



Die sogenannte „Boston-Studie“ sollte die Ungefährlichkeit von Metamizol bewiesen haben. Sachverständige nahmen dazu beim Bundesgesundheitsamt Stellung.

Am 19. September hat sich das Bundesgesundheitsamt (BGA) zum zweiten Mal innerhalb weniger Jahre mit den gesundheitlichen Risiken von metamizolhaltigen Arzneimitteln beschäftigt. Auf einer öffentlichen Anhörung trugen Sachverständige aus dem In- und Ausland ihre Bewertung vor. Hauptakteur war jedoch die Hoechst AG, der im Jahr 1984 Novalgin mit über 1,7 Verreibungen allein über die gesetzliche Krankenversicherung 16 Millionen Mark einbrachte. Der Konzern gibt an, daß er jährlich 5000 Tonnen Metamizol in der „westlichen Welt“ absetzt.

Das BGA hatte sich jetzt durch einige spektakuläre Ereignisse zum Handeln gezwungen gesehen. Denn erstens war der Verdacht laut geworden, daß Metamizol über die bisher bekannten Nebenwirkungen hinaus in Einzelfällen schwere Hautschäden (Lyell-Syndrom) auslöst. Zweitens waren Ende Juli auf der Dritten Weltkonferenz für klinische Pharmakologie die Ergebnisse der sogenannten „Boston-Studie“ vorgestellt worden. Bei dieser Untersuchung ging es darum, die Häufigkeit festzustellen, mit der Metamizol einen schnellen und lebensgefährlichen Zerfall der weißen Blutkörperchen (Agranulozytose) auslöst. Dritter Anlaß: In der Presse war mehrfach gemutmaßt worden, daß ein prominentes Mitglied der Arzneimittelkommission der Ärztekammer im Juli an den Nebenwirkungen von Metamizol gestorben sei.

Wer zählt die Völker, nennt die Namen, die zahlreich hier

Unter Hoechster Regie Metamizol-Hearing beim BGA

zusammenkamen. Hoechst hatte zur Anhörung eine ganze Phalanx von Sachverständigen aufgeboten, darunter Professoren Michael Levy (Jerusalem) und Samuel Shapiro (Boston), zwei Wissenschaftler, die an entscheidender Stelle für die Durchführung der „Boston-Studie“ verantwortlich waren. Die Regieanweisungen für den Ablauf des Hearings gab Dr. Zapf von der Hoechst AG, andere Firmen drückten wortlos die harten Stühle.

Das BGA präsentierte interessante Daten zum Risiko und zur gegenwärtigen Bedeutung von Metamizol auf dem Arzneimittelmarkt. Von den untersuchten knapp 250 metamizolhaltigen Arzneimitteln sind etwas mehr als die Hälfte Kombinationspräparate von zum Teil zweifelhaftem therapeutischen Wert, der Rest sind Mono-Arzneimittel. Diese Zahlen allein sind ein Beleg für die fehlende Markttransparenz in der Bundesrepublik. Nach 1981, als zum ersten Mal metamizolhaltige Arzneimittel einer Nutzen-Risiko-Bewertung unterzogen worden waren, ging der Verbrauch insgesamt auf ein Viertel zurück, in Teillbereichen wie zum Beispiel bei den bedenklichen Kombinationsarzneimitteln zur Injektion aber nur um 20 Prozent. Für diese Daten konnte das BGA übrigens nur auf von den Herstellern selbst eingerichtete Unterlagen zurückgreifen.

Anschließend wurde über die drei besonderen Risiken von Metamizol diskutiert: Überempfindlichkeitsreaktion wie Schock oder schockähnliche Zustände, Schädigungen des Blutbildes (insbesondere Agranulozytose und aplastische Anämien) und Hautschädigungen. Dazu wurde die „Boston-Studie“, die sich als ein harter Brocken für die Medizinistatiker entpuppte, auseinandergenommen. Wie die Risikorechnung funktionierte, verstand aber leider nur eine Handvoll der Experten.

Die Verantwortlichen von Hoechst gehörten offensichtlich nicht dazu. Sie hatten schon vor Wochen flott in allen Medien verbreiten lassen, die „Boston-Studie“ habe gezeigt, daß

Metamizol sicherer sei als bisher angenommen. Diese Schlußfolgerung wurde auf der Anhörung als falsch bezichnet. Die vorgetragenen Berechnungen gaben keine Klarheit über die tatsächliche Häufigkeit der genannten Nebenwirkungen. Fest steht vielmehr: Mit der Einnahme von Metamizol sind die genannten seltenen, aber schweren Nebenwirkungen verbunden.

Pro Jahr muß in der Bundesrepublik mit ungefähr 100 Fällen einer Agranulozytose, ausgelöst durch Metamizol, gerechnet werden. Neun davon verlaufen tödlich. Besonders riskant ist die wiederholte Anwendung von Metamizol, weil diese Substanz offenbar mehrmals zunächst gut vertragen wird, dann aber – und zwar unvorhersehbar – schwere Nebenwirkungen auslösen kann. Dies wurde als ein unvertragbares Risiko für Arzneimittel angesehen, die zur Behandlung von Schmerzen und hohem Fieber eingesetzt werden.

Es festigte sich der Eindruck, daß die Untersuchung bedeutende Mängel aufweist und Hoechst jetzt versucht, durch ein ganzes Geschwader von Experten die geringe Aussagekraft der „Boston-Studie“ zu vertuschen. Am Rande der Anhörung wurde spekuliert, die Studie sei schon deshalb fehlerhaft, weil Hoechst sie selber in Auftrag gegeben und mit einer gewaltigen Summe bezahlt habe.

Die beiden Experten Levy und Shapiro jedenfalls wußten als Verantwortliche für diese Studie einfach zu wenige Antworten auf kritische Fragen und gestanden letztlich ein, daß sie entscheidende Ungereimtheiten auch nicht erklären könnten. Die „Boston-Studie“ muß daher als praktisch wertlos angesehen werden für diejenigen, die Arzneimittelrisiken bewerten und Entscheidungen für den medizinischen Alltag treffen müssen. Aus Boston also nichts Neues.

Schon 1981 war eine solche Anhörung zu Metamizol durchgeführt worden. Damals war der Auslöser die Herausgabe eines Buches mit dem Titel „Mögliche Nebenwirkung Tod“ gewesen. Das Buch beschrieb

zum einen die Gefahren metamizolhaltiger Arzneimittel, stellte aber vor allem das verantwortungslose Verhalten einer Pharmafirma bloß. Diese hatte versucht, die seit langem bekannten Nebenwirkungen herunterzuspielen und schreckte nicht davor zurück, Ärzte, die über diese Nebenwirkungen berichteten, massiv einzuschüchtern.

Damals hatte das Bundesgesundheitsamt entschieden, eine Reihe gefährlicher Kombinationspräparate zu verbieten. Eine Verschreibungspflicht für alle metamizolhaltigen Arzneimittel hatte das BGA allerdings nicht durchsetzen können. Da waren der Arzneimittelausschuß und das Gesundheitsministerium vor, so daß letztendlich doch einiges – wenn auch mit Einschränkungen und Warnhinweisen – auf dem Markt blieb.

Der Anschluß an eine Reihe anderer westeuropäischer Länder war damit verpaßt. Schweden, Norwegen, Dänemark, Irland und die USA hatten Metamizol bereits in den siebziger Jahren verboten. In England, Kanada und Australien kam es gar nicht erst auf den Markt.

Das Absatzgebiet für Metamizol – die „westliche Welt“ – besteht also bei genauem Hinsehen hauptsächlich aus den unterentwickelten Ländern, die selbst kein wirksames Instrumentarium zu Arzneimittelkontrollen haben und häufig auf Importe angewiesen sind. Gerade dort aber bestehen nur geringe Chancen, durch Arzneimittel ausgelöste Nebenwirkungen wie die genannten akut zu behandeln. Darauf hatte der Bundeskongress entwicklungs-politischer Aktionsgruppen (BUKO) auf einer Pressekonferenz unmittelbar vor der Anhörung hingewiesen. Hoechst habe in der Dritten Welt vor sorglich die Märkte für Präparate erschlossen, die in Europa verboten sind.

Die Entscheidung des BGA wurde für Mitte November angekündigt.

Axel Seefeld

Null-Lösung

Anmerkungen zum Psychiatriegesetz

In der Öffentlichkeit wurde es kaum bemerkt. Seit Januar ist ein Psychiatriegesetz in Kraft, das nicht einmal den Namen verdient. Politisch notwendig wäre etwas ganz anderes.

Zum ersten Mal nach der Psychiatric-Enquête vor zehn Jahren beschäftigte sich der Deutsche Bundestag auf Initiative der SPD mit Psychiatrie. Beschluss wurde nach dem Willen der Regierung fast nichts: Institutsambulanzen sollen etwas besser nicht-ärztliche Leistungen abrechnen können, allerdings nur mit Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung. Und Tageskliniken dürfen nun mit Segen der Politiker, was sie ohnehin längst tun, ohne Umweg über Stationen auch direkt aufnehmen.

Die Vorschläge der Sozialdemokraten – Finanzierungsregelungen immerhin für den komplementären-, sprich Wohnbereich und für ambulante Pflege – wurden abgeblockt. Die

Ideen der Grünen zur völligen Umstrukturierung im Sinne eines regionalen Finanzierungspools, wie ihn die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) vorgeschlagen hatte, wurden gar nicht erst offensiv eingebracht. In erster, zweiter und dritter Lesung am selben Tag wurde eine „Null-Lösung“ beschlossen, die das Gewissen mancher Abgeordneter beruhigen soll, an der Misere der Psychiatrie nichts ändert, ja nicht einmal erreichte Reformschritte politisch nachvollzieht. Ein Schildbürgerschrech. Eine Provinzposse der Regierung – eine mehr.

Weitere Regelungen seien in zwei Jahren zu diskutieren, nach endgültiger Auswertung des Modellprogramms. So un-

zureichend Modelle sein mögen – viel hängt davon ab, daß die Regierung dann nicht mehr so billig davonkommt.

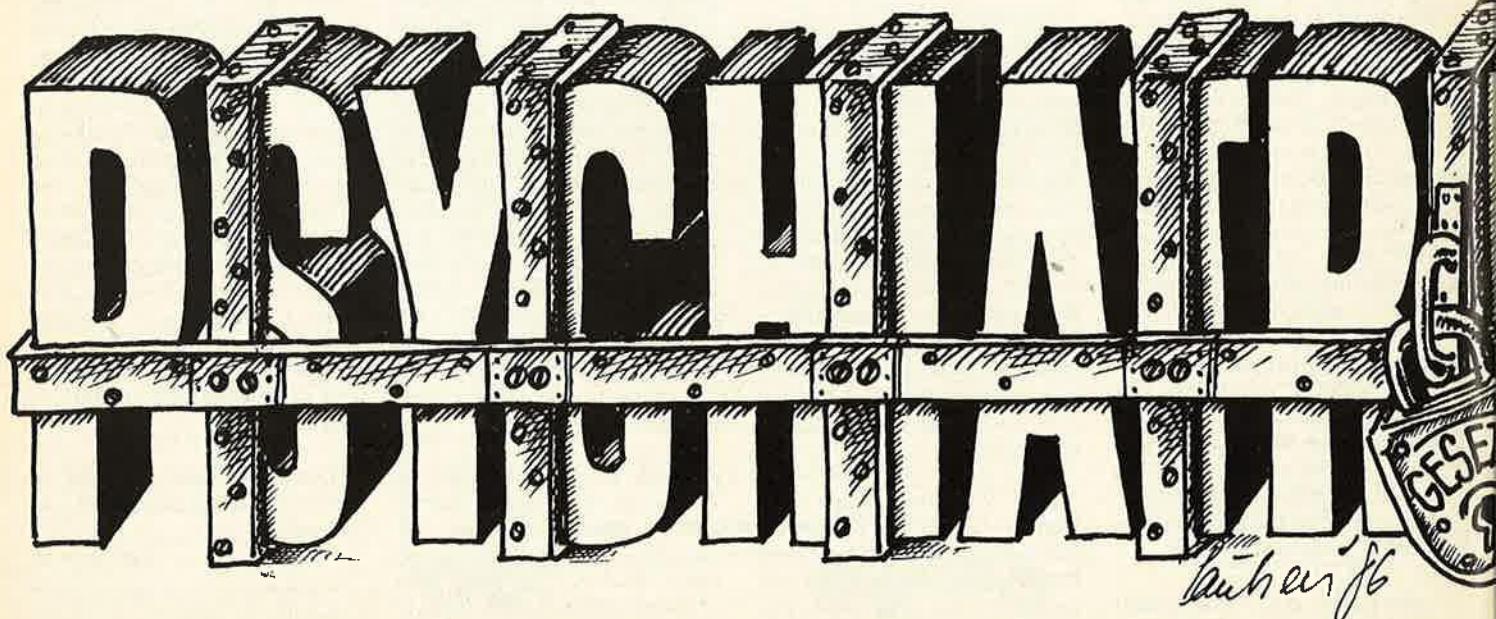
Wie steht die Psychiatrie nun da? Die Bundesrepublik hat auch weiterhin die größten Bettenburgen, die meisten Zwangseinweisungen und den schlechtesten Umgang insbesondere mit chronischen Patienten in der politischen Nachbarschaft.

Nicht erst durch das Modellprogramm ist bewiesen, daß chronisch psychisch Kranke außerhalb von Anstalten leben können. Notwendig sind – das ist so schlicht wie grundlegend – Wohn-, Arbeits-, Beziehungs- und letztendlich auch Behandlungsangebote, die Beinträch-

tigungen ausgleichen, statt auf ihrer Grundlage zu sortieren und auszusondern. Qualifiziertes Personal ist vorhanden, aber durch ein antiquiertes System an Betten gebunden oder durch das leidige Behandlungsmopol in „freie“ Praxen gezwungen.

Anstalten und Großkrankenhäuser werden sich nicht von selber auflösen, sondern unter wirtschaftlichem Druck eher abgestufte Sonderbereiche werden wie die umstrittenen Pflegeabteilungen in Baden-Württemberg. Das ist zumindest solange so, wie das Personal sich selbst bestraft, wenn es die Mauern verläßt. Ambulante Dienste werden austrocknen, ärztliche Kompetenz wird unter standespolitischem Druck herausgesogen. Und weiterhin wird jede Krise – nachts oder am Wochenende sowieso – in die Anstalt führen, weil andere Hilfe nicht zur Verfügung steht. Und bei vielen chronischen Patienten führt der Weg nicht mehr heraus, weil – politisch viel zu wenig beachtet – die Anstalt ein Pflegemonopol besitzt.

Weil das alles so ist, können wir die Politiker nicht aus der Pflicht entlassen und politische Null-Lösungen nicht großzügig ignorieren. Wir haben inzwischen auch etwas zu verlieren. In vorsichtigen Ansätzen zeichnet sich theoretisch wie praktisch ein Wandel ab, der politische Konsequenzen haben muß: Weg vom Verwahren von vermeintlich Unheilbaren. Weg vom künstlich Behandeln um



jeden Preis. Hin zum Gestalten von Bedingungen, die Entwicklungen auch bei chronischen Verläufen (wieder) zulassen. Medizin ist nicht mehr als ein Aspekt bei der Betreuung psychisch Kranker.

Von der begonnenen Aufarbeitung des Faschismus wie auch von der Zuwendung zu Problemen chronisch Kranker (nicht nur in der DGSP) können wir für die gesamte Psychiatrie lernen. Es ist kein Zufall, daß gerade jetzt auch wieder einmal versucht wird, Akut- und Aufnahmestationen vom Zugriff der allgegenwärtigen Hochdosierungsexperimente zu befreien. Wie etwa im Haus Soteria in Bern oder im Alexiuskrankenhaus in Neuss, wo versucht wird, in akuten Situationen Medikamente durch menschliche Zuwendung weitgehend zu ersetzen.

Politisch notwendig ist, crstens Rechte von Patienten zu sichern und zweitens Hemmnisse eines grundlegenden Strukturwandels abzubauen. In einer Vorlage für ein Psychiatriegesetz, zugleich eine Art psychiatriepolitisches Manifest, wird die DGSP zum einen fordern, daß schädigende Behandlungsweisen (wie Hirnchirurgie und Elektroschock) verboten oder (wie unkontrolliert Langzeitmedikation mit Neuroleptika) als Kunstfehler geahndet werden. Freiwilligkeit soll als Voraussetzung für Behandlung festgelegt werden, von lebensrettenden Maßnahmen im Zu-

stand der Bewußtlosigkeit natürlich abgesehen. Das Vormundschafts- und Pflegeschaftsrecht soll reformiert werden. Ein Anrecht auf bestmögliche und lebensnahe Behandlung wird ausgeführt, – einschließlich der Festlegung, daß vor jeder Einweisung ambulante Maßnahmen ausgeschöpft sein müssen.

Auch wenn manches davon schwer in Paragraphen zu fassen sein wird, hier ist die Einsicht zu spüren, daß Interessen und Ansprüche des Einzelnen wieder stärker Ausgangspunkt psychiatriepolitischen Handelns werden muß. Gerade damit das praktische Handeln in der Psychiatrie vom Patienten weg mehr auf das Umfeld gerichtet sein kann.

Zum anderen sind die Strukturen in der Psychiatrie poli-

Anzeige:

tisch zu verändern, vor allem in zweierlei Hinsicht: Die Auflösung der Anstalten muß erklärtes politisches Ziel werden. Ihr Auflösungsprozeß ist zu beschleunigen und zu gestalten. Schrittweise sind stationäre Versorgungsbereiche in ambulante umzuwandeln. Dafür ist Jahr für Jahr ein Teil des festzuschreibenden Haushalts pauschal auszuzahlen. Das garantierte Personal kann so den Weg nach draußen begleiten. Als zusätzlicher Anreiz soll festgelegt werden, daß pauschale Mittel, die nicht im ambulanten Bereich eingesetzt wurden, im übernächsten Jahr zu streichen sind.

Die ambulanten psychiatrischen Dienste außerhalb sind so zu gestalten, daß sie Krisen auch in den sogenannten ungünstigen Zeiten auffangen können. Nicht weniger muß erreicht werden, als das Behand-

lungsmonopol der niedergelassenen Ärzte und das Pflegemonopol der Anstalten gleichzeitig zu brechen.

Es ist der Psychiatriebewegung zu wünschen, daß mit größerer inhaltlicher und politischer Klarheit auch die Kraft und Lebendigkeit wieder zunimmt. Der politische Gegner – die Konservativen und die Ignoranten in den Parteien – und die beharrenden Kräfte in der Ärzteschaft sind gewiß nicht schwächer geworden. Wir werden die Psychiatrie nicht allein verändern, sondern nur gemeinsam mit andren sozialen Kräften. Ob die Psychiatrie zu verändern ist, wird allerdings auch für sie entscheidend sein.

Thomas Bock

Thomas Bock ist Sprecher des geschäftsführenden Vorstands der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie. Die Vorlage der DGSP für ein Psychiatriegesetz ist über die Geschäftsstelle, Geibelstr. 69, 3000 Hannover 1 zu beziehen.

PSYCHIATRIEGESCHICHTE PSYCHIATRIE VERLAG

Dirk Blasius

Umgang mit Unheilbarem

Studien zur Sozialgeschichte der Psychiatrie
164 Seiten, Treffbuch 11, 16,80 DM

Geschichte kann bei der Standortbestimmung heutiger Psychiatrie helfen. Das Buch stellt Geschichte psychiatrischer Praxis und Theorie in einen Zusammenhang mit anderen sozialen Entwicklungen. Aus dem Inhalt: Die Pathologie der Gesellschaft als historisches Problem; Psychiatrische Versorgung in Preussen; Psychiatrischer Alltag im Nationalsozialismus; Bürgerliche Kultur und NS-Psychiatrie.



Asmus Finzen

Auf dem Dienstweg

Die Verstrickung einer Anstalt in die Tötung Kranker
133 Seiten, Treffbuch 2, 14,- DM

„Ohne erkennbare Begeisterung und ohne erkennbaren Widerstand“ (Ernst Klee, Die Zeit) haben die Mitarbeiter der Anstalt Wunstorf der perfekt organisierten Mordmaschinerie zugearbeitet, die ihren Patienten den Tod brachte. Finzen dokumentiert anhand der Akten die Vorbereitung zur Verlegung von Patienten und die Verlegung selbst. Auf dem Dienstweg wurden sie in den Tod geschickt.

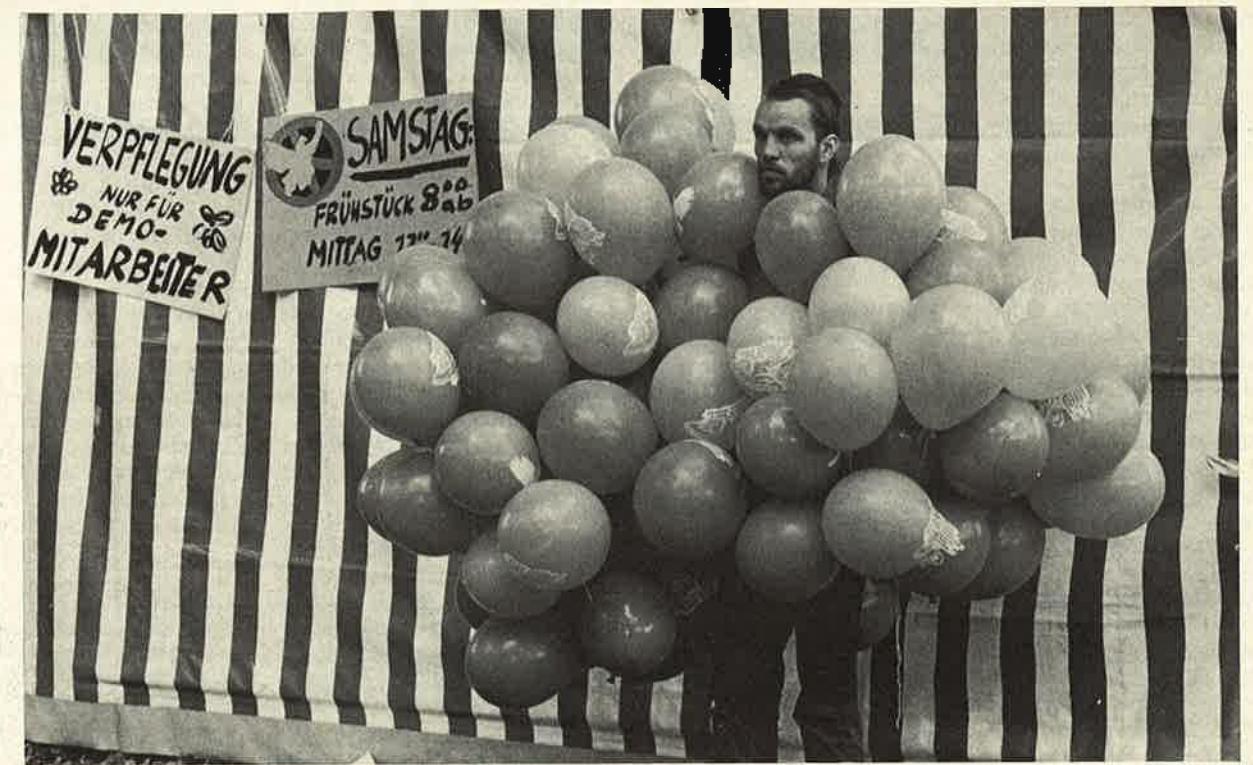


Gunter Herzog

Krankheits-Urteile

Logik und Geschichte in der Psychiatrie
262 Seiten, Treffbuch 3, 24,80 DM

Hat die psychiatrische Wissenschaft die Anstalten hervorgebracht oder haben die Anstalten auf psychiatrische Theorien Einfluß gehabt? Herzog legt dar, wie gesellschaftliche Bedürfnisse und Institutionen Geschichte und Theorien in der Psychiatrie geprägt haben. Den „Spuren des Anstaltswesens“ geht er bei einem Kernstück der Psychiatrie nach – der Lehre von den endogenen Psychosen.



Die „wahren Helden“ der Großdemonstration von Hasselbach, die Helfer, die 180 000 Menschen – auch mit Luftballons – versorgten.

Nach Hasselbach

Der Gipfel von Reykjavik ist gescheitert. Entgegen den Orakeln unserer regierungshörigen Presse muß immer wieder die wirkliche Ursache hierfür hervorgehoben werden: Der Unwillen der US-Regierung, auf ihr großenwahnsinniges und gefährliches SDI-Programm zu verzichten.

SDI ist auch der Grund dafür, daß die USA sich bislang weigern, sich dem sowjetischen Atomtest-Stopp anzuschließen. Um SDI vorbereiten zu können, sind weitere Tests notwendig. Das einseitige sowjetische Moratorium, bereits mehrfach verlängert, endet am 31. Dezember dieses Jahres. Bis dahin ist nicht mehr viel Zeit. Nach der beeindruckenden Demonstration in Hasselbach muß es jetzt darum gehen, entsprechenden Druck auf die Regierung der Nato-Länder auszuüben, um ihre offensichtlich unwillige Vormacht zu einem Einlenken in der Atomtestfrage zu drängen.

Eine gute Gelegenheit hierzu bietet die weltweite Friedenswoche der Wissenschaftler vom 10. bis 16. November, die ihren Höhepunkt in ihrem Kongreß „Wege aus dem Wettrüsten“ (14. bis 16. November) in Hamburg findet.

Alle Ärztinnen und Ärzte sind gefordert, an die Öffentlichkeit zu treten und die Forderung nach einem Atomtest-Stopp zu unterstützen.

US-Präsident Dwight D. Eisenhower hat gegen Ende seiner letzten Amtszeit gesagt: „Vor allem glaube ich, daß das Volk selbst auf lange Sicht mehr für den Frieden tun wird als unsere Regierung ... Es wird nicht eher Frieden geben, bis die Menschen der ganzen Welt aufstehen und danach verlangen.“

In diesem Sinne hatte die American Public Health Association für den 30. September 1986 zu einer Demonstration am US-Testgelände in der Wüste von Nevada aufgerufen. Just an diesem Tag führten die USA ihren 21. Atomtest seit Verhängung des Moratoriums durch. Über 100 Demonstranten betraten das Gelände und wurden dort verhaftet. Unter ihnen auch die Ärzte Professor Victor Sidi, Professor Jack Geiger und Professor Michael McCally.

Diese Aktion gibt uns ein Beispiel, wie es nach Hasselbach weitergehen muß. Nur durch den Aufstand der Weltöffentlichkeit ist ein Teststopp durchzusetzen und das Wettrüsten anzuhalten.

Till Bastien



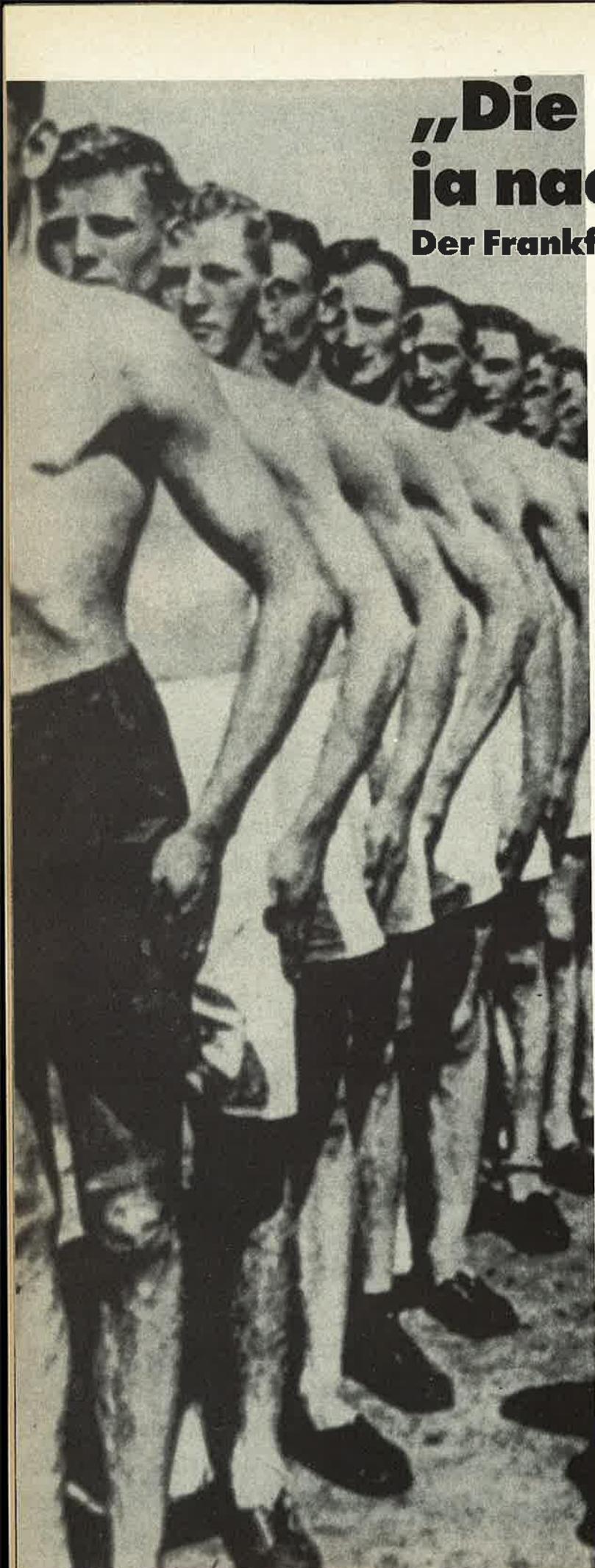
Am Zaun des Atomwaffenlagers in Hasselbach – „Nein“ sagten viele, die wohl noch nie auf einer Demonstration waren.

**ATOM-
RAKETEN
NEIN!**



„Imagine“ von John Lennon und Yoko Ono sangen Udo Lindenberg und seine Band, den vorsichtigen Traum von Liebe und Frieden.

Foto: Monzen (4)



„Die Fenster gingen ja nach hinten raus“

Der Frankfurter „Euthanasie“-Prozeß

Begünstigt werden die Täter und ihre Sichtweisen – die Opfer werden noch einmal verletzt. Der Prozeß ist – wie alle seine Vorläufer – ein einseitiges Verfahren.

Im Frankfurter „Euthanasie“-Prozeß, den die Vorsitzende Richterin, Johanna Dierks, ursprünglich im August abschließen wollte, war im Oktober die Beweisaufnahme immer noch nicht abgeschlossen. Die Phantasie von Wolfgang Meub, dem wortführenden Verteidiger des angeklagten Frauenarztes, Dr. Aquilin Ullrich aus Stuttgart, einer Urteilsverkündigung entgegenzuarbeiten, das Gericht nach Kräften zu ermuntern, war noch lange nicht erschöpft.

Nicht enden wollende, gleichsam ins Blaue hinein formulierte Beweisanträge waren das Mittel der Verteidigung, einerseits die Verurteilung hinauszögern, andererseits die Verhandlung zu dehnen und damit die Zeit, in der das Gericht Gelegenheit hat, für eine Revision möglicherweise bedeutsame Fehler zu machen, zu vermehren.

Nachdem in gut einem halben Jahr mehr als 50 Zeugenaussagen „zu Gehör gebracht“ worden waren, sollten noch umfangreiche Vernehmungsprotokolle von „T4“-Gutachtern verlesen werden, weil im Vergleich zu anderen Berufsgruppenangehörigen zu wenig Psychiater zu Wort gekommen seien. Es sollten Zeugen ein zweites Mal vernommen werden, weil sie außerhalb der Hauptverhandlung noch anderes gesagt hätten als innerhalb. Es sollten weitere NS-Propagandafilme in Augenschein genommen werden, weil „der Nebenklägervertreter hier ja auch einen Film hat zeigen dürfen“.

Als komme es darauf an, ein ausgewogenes Kinoprogramm zu entwerfen, wurde argumentiert, neben dem Stummsfilm solle nun ein Tonfilm vorgeführt werden.

Unter den rund 50 an der „Euthanasie“ beteiligten Täzeugen, die man auf diese Weise kennenlernennte – „Brenner“, Maurer, Psychiater, Juristen, Allgemeinarzte, Verwaltungsteile, Sekretärinnen, Chemiker, Krankenschwestern und „Pfleger, Fahrer, Pförtner, „Desinfektoren“ – fand sich niemand, der die vergangenen 46 Jahre so durchlebt hatte, daß er ein Wort des Bedauerns, der Reue für die ermordeten Anstaltsinsassen gefunden hätte.

Der emotionale und kognitive Abstand zu den Opfern hat sich in den fast fünf Jahrzehnten eher noch vergrößert. Man weiß von einigen Zeugen, daß sie die Menschen noch quälten, als sie nackt und zwiebelfach gestempelt vor ihnen standen. Doch der Affektentzug hat inzwischen bei ihnen auch diese Gefühle des Hasses und der Wut getilgt. Die Gefühle gelten der eigenen Person, die verführt, missbraucht, getäuscht und – in seltenen Fällen – auch noch willkürlich herausgegriffen und zu Unrecht bestraft wurde.

Die Zeugen traten auf als bestie die „verschworene Gemeinschaft“, die sie damals, ihren Angaben zufolge, bildeten, noch immer: Fast alle befragten „Euthanasie“-Mitarbeiter waren mit Kollegen in den verschiedenen Tarnorganisationen

dieses Teils der Kanzlei des Führers entweder verwandt oder langjährig befreundet. „T4“ war ein Betrieb, in dem man kooperiert wurde und in dem dann fast alle ihre Ehepartner fanden. Erinnert man sich der spätestens bei Begräbnissen sichtbar werdenden anhalten den Verbundenheit der Täter untereinander und bedenkt man schließlich, daß die Täter nicht mit ihrer gesellschaftlichen Achtung rechnen mußten, sondern im Gegenteil auf Solidarität und Mitgefühl bauen konnten, gewinnt der Gedanke vom Fortbestehen der „verschworenen Gemeinschaft“ an Glaubwürdigkeit.

Diejenigen, die schon damals nicht ganz dazu gehörten, mit denen sich die Menschen, die das Sagen hatten, nicht abgablen, unausgebildete Krankenpfleger, mit der Bewachung der Menschenvernichtungsanlagen beauftragte, „einfache“ SS-Männer und Fahrer, erinnerten sich genauer als beispielsweise gebildete höhere Töchter. Diese empfanden es als eine große Ehre, in die „höchsten Spitzen des Reiches“ aufsteigen zu können, im Büro des „Führers“ arbeiten zu dürfen und sich dann unverschens in der Provinz, in Brandenburg an der Havel, im dreckigen, primitiven und verwahrlosten alten Zuchthaus wiederfanden. Dort tippten sie – nur durch eine Wand von der Gaskammer getrennt – im Akkord die vermeintlich tröstenden Benachrichtungsschreiben an die Hinterbliebenen, ohne von den Selektierten oder den Leichenber-

komplexe Hierarchie in der Mordfabrik die Distanzierung von den ehedem leitenden Herren, die bis heute straffrei ausgingen und für die sie seinerzeit „die Dreckarbeit“ machten. Vor Gericht stehen sie für kurze Zeit über den Angeklagten Ärzten.

In ihren Darstellungen erscheinen die Ermordeten als Menschen, die „in Ordnung“ waren, weil sie den Anweisungen widerstandslos folgten, den Krankenpflegern also keine Scherereien machten. Sie werden erinnert als „der große Kopf, 50 Zentimeter breit“. Damit ist ein Mann gemeint, der als Zehntausendster Mensch in Hadamar vergast werden sollte – Anlaß für Extrazuteilungen an das Personal, das davon eine Feier bestrißt. Sie sind im Gedächtnis haften geblieben als die große Flamme, die aus dem Brandenburger Schornstein schlug, so daß ein neuer Ofen gebaut werden mußte und als etwas, das nach den Vorschriften zu Knochennmehl „in Haferflockengröße“ verwandelt wurde.

Den Statistikern waren die ermordeten Menschen eine Quelle von Unkosten, die „Aktion“ eine „Sparaktion“, deren volkswirtschaftlichen „Nutzen“ man bis ins Jahr 1951 vorausberechnete. Nach allen Regeln der Kunst wurden in dem umfangreichen Tabellenwerk der „Hartheimer Liste“* die „Ersparnisse“ durch die „Desinfektion“ von 70273 Kranken aufgespalten und in Reichsmark und in Litern und Kilogramm von Lebensmitteln ausgedrückt: Von „III. 1.a. Anstaltsmiete“ bis „i. Übrige Verwaltungsausgaben“, über „IV. 1.a. Die Ersparnisse an Kartoffeln“ bis „t. Die Ersparnisse an Salz und Gewürzen“.

Der Frankfurter „Euthanasie“-Prozeß ist – wie alle seiner Vorläufer – ein sehr einseitiges Verfahren. Es begünstigt die Täter und ihre Sichtweise und steht von Anfang an in der Gefahr, die Opfer postum noch einmal zu verletzen und Menschen, die heutzutage unter die Kriterien der Meldebögen fallen, erneut zu diskreditieren.

Das hat verschiedene Ursachen: Dem Gericht waren keine überlebenden Opfer der „T4-Aktion“ bekannt, die aussagen wollten und konnten. Nicht umsonst blieben alle Zeugen unverdächtigt. Sie sind fast alle dringend der Mittäterschaft verdächtig und konnten über weite

Strecken die Aussage verweigern, weil sie sich sonst selbst der Möglichkeit einer Strafverfolgung ausgesetzt hätten. Diese Zeugen haben, abgesehen von ihren selektiven Erinnerungslücken, Tote über die Maßen belastet, häufig, gemessen an unserem heutigen Informationsstand, die Unwahrheit gesagt, und viele von ihnen haben sich – allem Anschein nach – vorher abgesprochen. Selbst der Kontext der Tat – Aufbau, Struktur und Funktion der „T4-Aktion“ – wurde hauptsächlich über Gerichtsakten, das heißt die Verlesung von protokollierten Äußerungen ihrer Leiter in der Kanzlei des Führers rekonstruiert.

nische ... 1939 als geistig Tote anzusehen waren“, „daß die der „Euthanasie“ zugeführten Kranken auch der Aufforderung, zur Hinrichtungsstätte zu gehen, gefolgt wären, weil sie auch diese in ihrer Krankheit falsch gedeutet hätten“, „daß es sich ... um Menschen ohne jeden Lebensinhalt, fast Traummenschen ähnlich, handelte, die man als „verbrannte Menschenhülsen“ betrachten könnte“, daß sie „versunken waren in tiefsten Autismus, in dem eine Kontaktnahme nicht mehr möglich war“.

Bei den Angeklagten sind inzwischen Gefühle des Hasses und der Wut getilgt – die Gefühle gelten der eigenen Person, die verführt, mißbraucht und getäuscht wurde.

Meyer, aus einer Psychiaterfamilie stammend, hatte 1940 bei Max de Crinis, dem ersten Berater der Führerkanzlei, über „Organische Hirnschäden und den Verfall der sittlichen Haltung“ promoviert. Es handelt sich um die Darstellung der Ergebnisse einer psychiatrischen Erhebung an drei Frauen, denen ein „defektes Gemeinschafts-Ich“, im Gehirn angesiedelt, attestiert wird. Das Verhalten, das zu dieser Diagnose führte, bestand in abendländlichem Ausgehen, politischer Betätigung, Unzufriedenheit mit der Berufsaarbeit und gelegentlicher Selbstbefriedigung.

Wie viele Psychiater in Statistik unzureichend geschult, verheddete er sich vor Gericht in den Maßzahlen über die Zusammensetzung der Krankenhauspopulationen. Da er eine Schwäche gezeigt hatte, versuchte die Verteidigung, ihn mit Fragen abzuschließen („Sind Sie in der DGSP?“, „Haben Sie Aktivitäten unterstützt, die sich für eine Novellierung des Bundesentschädigungsgesetzes einsetzen?“). Es tat sehr wohl, daß das Kreuzverhör mit der Frage „Empfinden Sie die „Euthanasie“ als einen Makel?“ endlich seine Höhepunkt erreicht hatte und mit Meyers schlichtem „Ja“ ebenso überraschend wie angemessen beendet war. ►

Die komplexe Hierarchie in der Mordfabrik erleichtert den unteren Chargen die Distanzierung von den leitenden Herren.

gen je etwas bemerkt zu haben, „denn die Fenster gingen ja nach hinten raus“ (Zeugin Dallades).

Den unteren Chargen, die bei den vielen Betriebsfeiern am Rand saßen, erleichtert heute die allgegenwärtige,



Die Verfangenheit in die deutsche Psychiatrie, die bei allem Bemühen um Distanz aus Meyers Gutachten spricht, schützte ihn nicht vor einem Befangenheitsantrag: Schizophrenie sei eben doch eine Erbkrankheit, gerade auch nach der neueren deutschen Literatur. Mit der geballten Faust in der Tasche vernahm ich die vielen Literaturstellen, die Herr Meub in so kurzer Zeit zur Absicherung seiner Thesen gefunden hatte. Bewegungsstörungen – so die Lehrmeinung – gingen eben doch häufig mit geistigem Verfall einher und der Begriff „verblödet“, den Meyer als Ausdruck moralischer Voreingenommenheit gewertet hatte, sei in der Literatur ebensooft zu finden wie die Worte „Patienten- oder Krankengut“.

Im übrigen sei Herr Meyer nicht in der Lage gewesen, die Vergangenheit „nüchtern und distanziert“ zu betrachten und „sie aus rein medizinischer

Sicht darzustellen“. Er sei „übermäßig persönlich betroffen, übermäßig emotional engagiert, leidet persönlich unter Schuld“. Er nehme gegenüber der „Euthanasie“ nur eine ablehnende Haltung ein, also fehle es ihm an Objektivität. Schließlich sei Meyer „über seinen Großvater dem Volk verbunden, das im Nationalsozialismus (zuerst hieß es: reduziert und dezimiert, dann wurden diese Verbrennen ersetzt durch:) vernichtet wurde.“

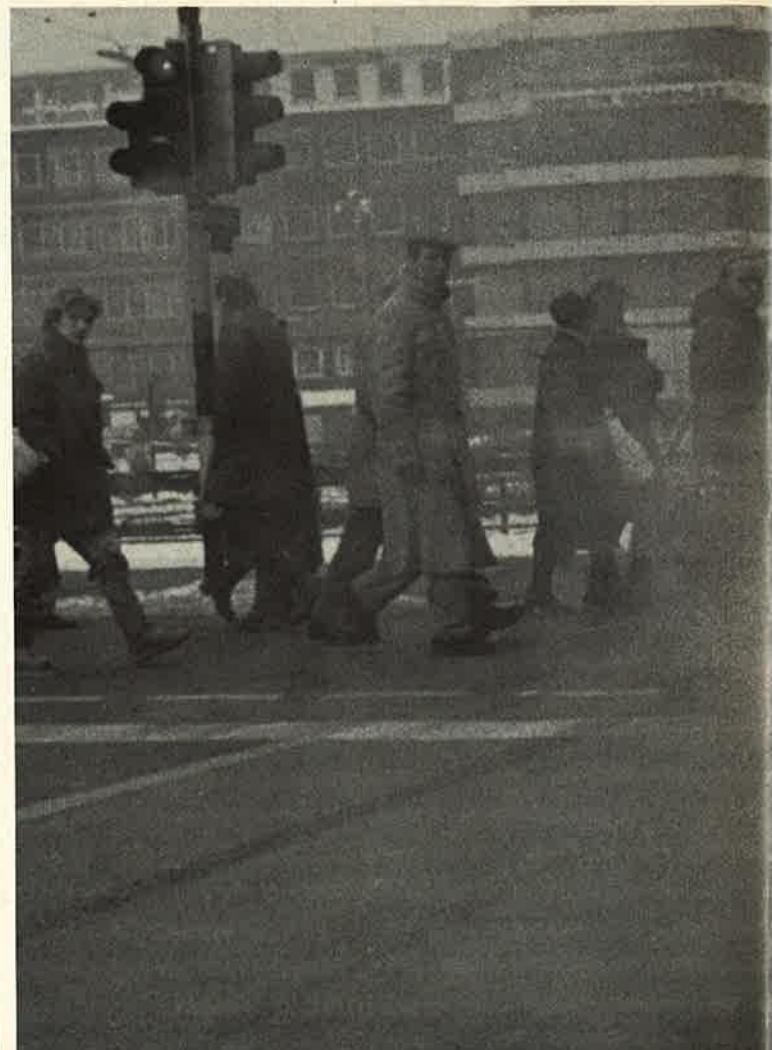
An solchen Tagen besteht das Mittagessen der Verteidiger aus Schnaps; auch eine Tradition.

Unserinem ist es ein Trost zu sehen, wie in solchen Stunden die Richter höchst professionell zu Denkmälern ihrer selbst erstarren: indem sie ihre Mimik abstellen, geben sie zu erkennen, was sie denken. Sehr wohl tun auch die Reaktionen der Journalisten und des Publikums: Das von einem Reporter in den Saal geschleuderte Wort vom „Juristengut“ hat bewirkt, daß der Psychiater sich bei seinen Klienten entschuldigte. Daß unerwarteterweise das – in Herrn Meubs Worten – „sachunkundige Publikum“ die psychiatrischen Patienten gegen die Interessen von Justiz und Psychiatrie verteidigt, hilft den Prozeß zu ertragen.

Während der wortführende Oberstaatsanwalt, Hans Hermann Eckert, sich darauf beschränkt, faschistische Ausdrucksweisen der Angeklagten und ihrer Verteidiger abzuwählen, leisten allein die Nebenkläger und der Nebenklägervertreter, Johannes Riemann, einen Beitrag dazu, die Logik des „Systems“ zu überwinden: Dem Anwalt ist zu verdanken, daß nicht nur Täter auf der Zeugenbank saßen, sondern auch Geschwister von Ermordeten. In dem gezeigten Film, in den vorgelesenen Briefen, die kurz vor der Deportation verfaßt wurden, in Eingaben an das Gericht, in denen Angehörige es darum bitten, ihre toten Verwandten vor Beleidigungen zu schützen und in Schilderungen aus dem Leben der Ermordeten erhalten die Opfer – ganz eingeschränkt – in diesem Verfahren einen Platz, den ihnen noch so viele Zahlen und diagnostische Kategorien nicht wieder nehmen können.

Ute Daub

Ute Daub ist Soziologin



Bleierne Zeit Wie schädlich ist Blei im Benz

Foto: dpa

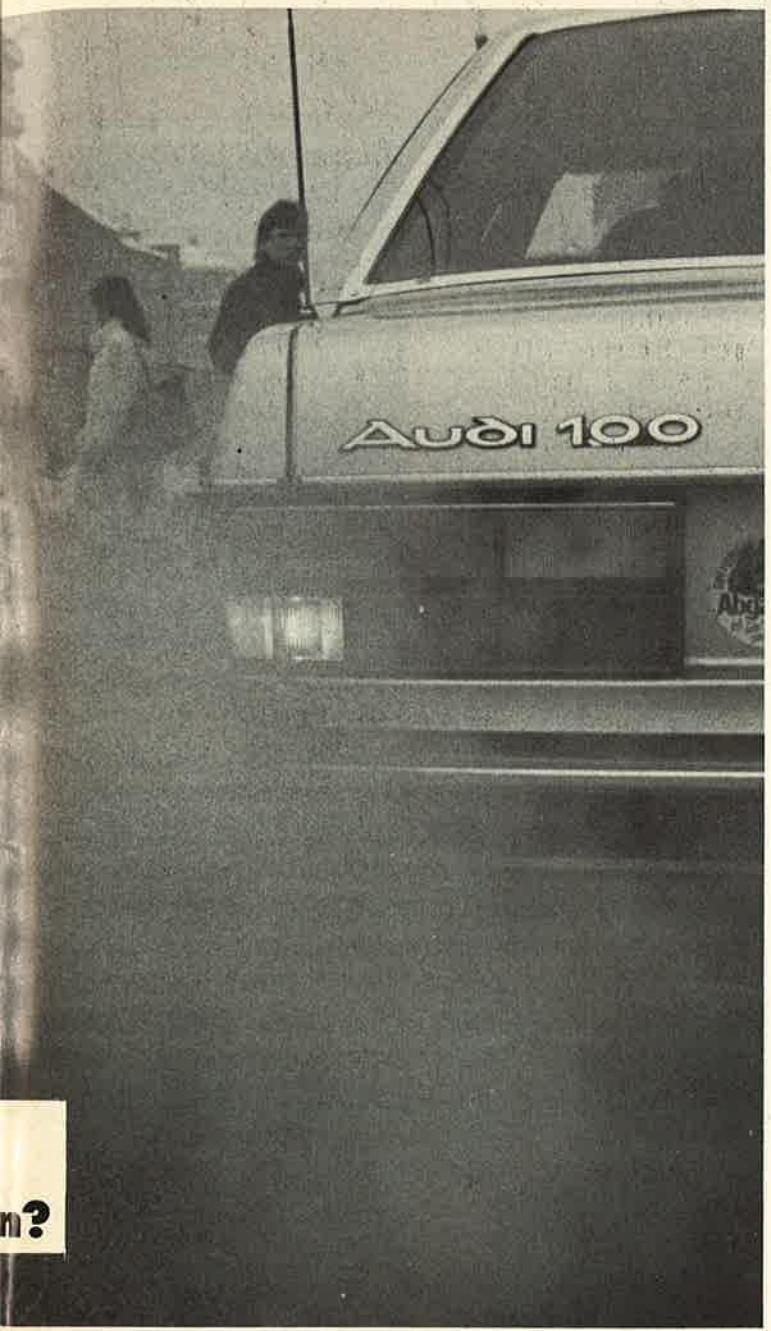
„Ich fühle mich heute, als hätte ich Blei in den Knochen.“ Diese gängige Beschreibung für Abgeschlagenheit und „bleierne“ Müdigkeit hat einen wahren Kern. 90 Prozent des von unseren Körpern aufgenommenen Bleis wird in den Knochen eingelagert und erst sehr langsam – mit einer biologischen Halbwertzeit von rund zehn Jahren – wieder abgebaut. Ein gebaut wird Blei wie das chemisch ähnliche Calcium. Aus den Knochen wird es in bestimmten Situationen wieder in die Blutbahn freigesetzt. So kann es zu „Bleikrisen“ kommen mit Symptomen einer akuten Bleivergiftung: Koliken, Erbrechen und starke Schmerzen.

Oft unerkannt, aber wesentlich häufiger ist die chronische Bleivergiftung mit zum Teil un-

spezifischen Symptomen wie Appetitlosigkeit, Müdigkeit und Kopfschmerzen. Später Folgen sind Bleianämien (der Eisenabbau ins Hämoglobin wird gehemmt), Bleilähmung besonders der Führungshand (Nervus radialis-Lähmung führt zur „Fallhand“) und Gingiva (Bleisaum der Zähne).

Auf zwei Wegen gelangt Blei in den Körper. Über die Lunge kommt knapp die Hälfte des Bleis der Atemluft in den Körper; Magen und Darm nehmen fünf bis zehn Prozent des Bleis aus der Nahrung auf, wobei Calcium- und Vitamin-D-Mangel die Aufnahme erhöht.

Bei Kindern ist Blei noch wesentlich gefährlicher. Sie nehmen über den Darm 50 Prozent des Bleis aus der Nahrung auf. Es wandert bei ihnen aber nur



n?
zur Hälfte in die Knochen. Der Rest gelangt in die Leber und ins Nervensystem. Dazu kommt noch, daß Kinder wesentlich „anfälliger“ schon bei geringen Bleikonzentrationen sind als Erwachsene. Untersuchungen zeigen aber, daß Kinder oft höhere Bleiwerte in Blut und Urin haben.

Da Blei die Blut-Hirn-Schranke bei Kindern durchdringen kann, sind Intelligenz-, Verhaltens- und Bewegungsstörungen die Folgen. Kinder mit niedrigen Bleiwerten sind im Durchschnitt intelligenter, kooperativer und zeigen ein besseres soziales Verhalten als solche mit hohen Werten. Diese haben oft feindselige Verhaltensweisen, sind hyperaktiv oder depressiv. Es gibt keine „eindeutigen“ Verhaltensänderungen nach Bleiver-

giftungen – jedes Kind reagiert „individuell“. Eine Verhaltensänderung durch Blei ist Pica, eine Sucht nach unnatürlichen Nahrungsmitteln.

Nach der Behandlung mit Penicillamin – einem Arzneimittel aus der Rheumatherapie mit erheblichen Nebenwirkungen – bessern sich die Folgen der Bleivergiftung in kurzer Zeit. Diese Behandlung röhrt aber nicht an den Ursachen, sie lindert nur die Folgen. Schäden des Kindes durch Blei können schon während der Schwangerschaft beginnen, da Blei auch die Placentaschranke durchdringt und besonders zusammen mit Cadmium fettsschädigend ist. Hier können die oben genannten Störungen entstehen, aber auch Schwangerschaftskomplikationen: Blei hat abtreibende Wirkung und

führt bei hohen Dosen zu Totgeburten.

Relativ viel Blei ist in Rinderleber und -niere, auf Blatt- und Wurzelgemüse sowie Beerenobst. Verhältnismäßig wenig „verbleibt“ sind Milch, Eier, Fleisch und Kartoffeln. So kann man sich und seine Kinder von der Nahrung her geschützen – obwohl viel Fleisch und wenig Gemüse ansonsten kaum zu empfehlen ist. Atmen müssen wir aber alle – oder auch alles.

1980 kamen 1350 Tonnen Blei aus bleiverarbeitenden Betrieben (zum Beispiel Akkumulatorenfabriken) in die Luft. Den weitaus größten Teil – 3200 Tonnen – pusteten die Autos aus ihren Auspuffen. Der Grund: In der Bundesrepublik dürfen noch immer organische Bleiverbindungen (Bleitetraethyl) als „Antiklopftmittel“ dem Kraftstoff zugesetzt werden. Seit 1971 haben wir zwar ein Benzinbleigesetz, das den Bleianteil begrenzt – nicht aber verbietet. 1976 erlaubte das Gesetz noch 0,15 Gramm pro Liter.

Als vor zwei Jahren die Ursachen des Waldsterbens in der Öffentlichkeit diskutiert wurde, war die Möglichkeit eines Verbotes von verbleitem Benzin, verbunden mit der Einführung des Katalysators, groß. Falsche Rücksicht auf die heisse Autoindustrie und Querelen in der EG brachten jedoch nur eine große Zahl von verwirrenden Verordnungen und „Kann“-Bestimmungen zu stande. Die Folgen dieser Politik sind ein nur sehr geringer Teil (heute bei circa sechs Prozent) von Bleifrei-Tankern und ein abgeschrägtes Tempolimit von 80 Kilometern pro Stunde auf Landstraßen und 100 Kilometern pro Stunde auf Autobahnen – was auch den Bleiausstoß durch geringeren Spritverbrauch gesenkt hätte.

Apropos weniger Sprit: das Gesetz hat noch einen leicht übersehbaren Haken. Da der bundesdeutsche Autofahrer immer mehr „sportliche“ Wagen mit mehr PS schätzt, stieg der Verbrauch an Kraftstoff eines Durchschnittswagens von 8,7 Liter pro 100 Kilometer (1960) auf 10,6 Liter im Jahre 1984. Und: es werden immer mehr Kilometer mit immer mehr Autos gefahren. Das heißt, daß zwar pro Liter seit 1976 weniger Blei im Benzin

enthalten ist, der Mehrverbrauch langsam aber sicher die frühere Einsparung wieder ausgleicht.

Das Bleitetraethyl aus dem Kraftstoff ist zudem noch gefährlicher als das Blei aus den Akkumulatoren-Werken, da diese Bleiteilchen so klein sind, daß sie in alle Verästelungen der Lunge gelangen, wo sie rasch aufgenommen werden. Als Beispiel für die Gifigkeit des Bleitetraethyls seien die von Medizinern für den Arbeitsplatz festgesetzten Grenzwerte für gefährliche Gase – die sogenannten MAK-Werte – genannt. Danach darf Bleitetraethyl höchstens mit einem Hundertstel Kubikcentimeter pro Kubikmeter Luft vorhanden sein; das im 1. Weltkrieg als Kampfgas berüchtigte Phosgen dagegen mit einem Zehntel Kubikcentimeter pro Kubikmeter Luft. Daraus kann wohl geschlußfolgert werden, daß Bleitetraethyl nach Auffassung der Grenzwert-Festlegter zehnmal so gefährlich ist wie Phosgen.

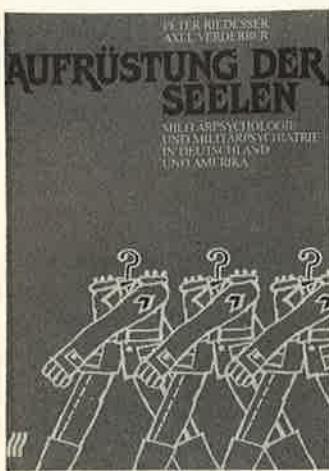
Und diese Bleiverbindung deckt – im wahren Sinne des Wortes – große Teile unseres Landes ab. An Autobahnen und städtischen Hauptverkehrsstraßen sind bis 30 Meter links und rechts der Straße sehr hohe Konzentrationen zu messen. In Städten ist das fatal. Denn was bleibt noch übrig an „bleifreiem Raum“? Auch den Wäldern, Parks und Feldern geht Bleitetraethyl an den Kragen. Es schädigt nachweislich – besonders zusammen mit Cadmium – das Wurzelwerk der Pflanzen. So wird dem Wald zusammen mit dem Säuerregen der Garaus gemacht.

Sarkastisch läßt sich noch anfügen: Was nicht eingetauft wird, wird später geschluckt. Das Blei von den straßennahen Feldern wird uns als Gemüse angeboten, die Kette endet beim Endlager Mensch. In letzter Zeit kursieren im politischen Raum Vorschläge, verbleites Benzin zu verbieten. Aus gesundheitlicher Sicht wohl keine Frage.

Stefan Ciesielski

Stefan Ciesielski, 27, ist Krankenpfleger und Mitarbeiter im Arbeitskreis Verkehr und Umwelt e.V., Cheruskerstr. 10, 1000 Berlin 62.
Weiterführende Literatur ist unter dieser Adresse erhältlich.

buchkritik



**Peter Riedesser, Axel Verderber,
Aufrüstung der Seelen – Militärpsychologie und Militärpsychiatrie in Deutschland und Amerika, Freiburg i. Br., 1985, Dreisam-Verlag, 159 Seiten.**

Peter Riedesser und Axel Verderber haben mit ihrem Buch 'Aufrüstung der Seelen – Militärpsychologie und Militärpsychiatrie in Deutschland und Amerika' eine umfangreiche, historisch kritische Darstellung vorgelegt. Für die seit Jahren laufenden Diskussionen zwischen konservativer Ärzteschaft und der Friedensbewegung im Gesundheitswesen finden sich hier wichtige schlagkräftige Argumente gegen die weitere Militarisierung unseres Gesundheitswesens.

Ein Hürde für die Aneignung des dargelegten Stoffes dürfte allerdings darin liegen, daß der Text hauptsächlich aus Originalzitaten mit spärlichen Überleitungen und knappen Kommentaren besteht. Es gehört eine Menge Disziplin und Interesse dazu, sich durch diesen Zitatenberg bis ans Ende des Buches durchzuarbeiten. Am Schluß des Buches begründen die Autoren ihre Schwierigkeiten bei der Bearbeitung des Themas damit, daß es ein 'gefühlsmäßig sehr belastender Vorgang' gewesen sei. Gerade um den emotionalen Reaktionen der Leser nicht vorzugreifen, hätten sie sich an vielen Stellen ihres eigenen Kommentars enthalten. Eine übertriebene Angst vor dem 'moralischen Zeigefinger', meine ich.

Einen Teil dieser Sprachlosigkeit angesichts der Greuelstaten des deutschen Faschismus teilen wir allerdings alle mit den Autoren. Und die Hypothek der Psychiatrie in der Bundesrepublik – wo die Auseinandersetzung mit den faschistischen Mordaktionen an psychisch Kranken allmählich erst in Gang kommt – dürfte zu der Zurückhaltung der Au-

toren ebenfalls beigetragen haben. Schließlich ist das Fehlen von allgemein verbindlichen ethischen Leitlinien für das Handeln im psychosozialen Bereich in der Bundesrepublik ein weiteres Hindernis, sich auch im Nachhinein moralisch wertend zur Militärpsychologie und Militärpsychiatrie zu äußern.

Die deutsche Militärpsychiatrie während des ersten Weltkriegs wird von den Autoren gründlich dargestellt. Die barbarischen 'Behandlungsmethoden' machen nachvollziehbar, wie es dem Apparat der Ludendorff'schen Militärdiktatur gelingen konnte, diesen imperialistischen Krieg aufrechtzuerhalten. Das Warten auf den Tod im Schützengraben galt als 'Kriegsneurose' und Zehntausende angemessen reagierender Männer wurden psychiatrisiert. Mit ausgetüftelt sadistischen Methoden wurden die Soldaten zur Rückkehr an die Front gezwungen.

Das 'Therapieprogramm' bestand unter anderem aus Wochenlanger Isolation, tagelangen feuchtkalten



Ganzpackungen und Dauerbädern, Röntgenbestrahlungen, Lumbalpunktionen und Scheinoperationen in Äthernarkose und schmerzhaften Verabreichungen von Stromschlägen. Zum Erfolg trug die 'frontnahe Behandlung' in Lazaretten direkt hinter den eigenen Linien und teilweise im Bereich des feindlichen Artilleriefeuers bei. Mit diesem 'patriotischen Engagement' gelang es, circa sechzig Prozent der Verluste wieder an die Front zurückzuführen.

Nach dem ersten Weltkrieg konnten die deutschen Militärpsychiater völlig unbehindert und ohne Angst vor Regressansprüchen ihrer ehemaligen Patienten weiterwirken.

Das hörte sich bei dem bekannten Universitätspsychiater Gaupp dann folgendermaßen an: „Der politische Radikalismus ist zum Teil nichts anderes als ein neurotisches Syndrom.“ Die revolutionären Aktivitäten direkt nach dem Kriege wurden ähn-

lich etikettiert. Der Psychiater Kahn 'begutachtete' mehrere Führer der Novemberrevolution. Kurt Eisner, Ministerpräsident der Bayerischen Räterepublik, schilderte er unter dem Pseudonym 'Otto Wasner': „Gewandter Redner, politischer Dilettant ... intelligent, erregbar, phantastisch, fanatisch; eitel bis zur Selbstüberhöhung, großsprecherisch; Phrasieur, Poseur; empfindsam ... Fanatischer Psychopath!“ Erich Mühsam und Ernst Toller wurden von ihm ähnlich 'gewürdigt'.

Sigmund Freud äußerte sich als Gerichtsgutachter nach dem ersten Weltkrieg eindeutig über die Rolle der deutschen Militärärzte: „... den Ärzten ist etwas wie die Rolle von Maschinengewehren hinter der Front zugefallen, die Rolle, die Flüchtigen zurückzutreiben.“ Freud forderte: „Der Arzt soll in erster Linie ein Anwalt der Kranken sein, nicht der eines anderen. Wie der Arzt in den Dienst eines anderen tritt, ist seine Funktion gestört ...“ Abschließend kommt er zu einer Feststellung, die auch in der heutigen Diskussion um Katastrophenmedizin und Zivilschutz Gültigkeit besitzt: „Zwischen der Unterordnung unter die Humanität und der allgemeinen Wehrpflicht läßt sich ein Kompromiß nicht herstellen.“

Bereits 1934 wurde im Rahmen der Vorbereitungen auf den zweiten Weltkrieg die 'Militärärztliche Akademie'



gegründet. Alle Spitzenvertreter der medizinischen Fächer gehörten ihr an. Aufbauend auf ihren Erfahrungen wurde die Militärpsychiatrie akribisch vorgeplant. Im zweiten Weltkrieg traten jedoch nicht die dramatischen neurotischen Bilder aus dem ersten Krieg, sondern massenhafte psychosomatische Erkrankungen auf. Die vorwiegend funktionellen Störungen des Intestinaltraktes behandelte man in speziellen Lazaretten und führte die Soldaten anschließend besonderen Bataillonen ('Magenbataillone') zu. Gegen Ende des Krieges wurden die Methoden zunehmend brutaler. Auch vor Elektro-

schocks schreckte man nicht zurück. Die Drohung mit standrechtlicher Erschießung besorgte ein übriges.

Die amerikanische Militärpsychiologie und -psychiatrie entwickelten sich in größerem Umfang erst nach dem zweiten Weltkrieg, in den Kriegen von Korea und Vietnam. Die modernen Sozialtechniken und psychotherapeutischen Verfahren wurden und werden vom Pentagon militärisch nutzbar gemacht. Neben speziellen Eignungstests wurden besondere Verhörmethoden, die 'Gehirnwäsche' und Verfahren der psychologischen Kriegsführung (Guerillabekämpfung und Aktionen gegen die Zivilbevölkerung) entwickelt. Ähnliche Projekte gibt es auch bei der Bundeswehr.

Die Autoren weisen abschließend auf ihr Erschrecken über die bereitwillige Mitarbeit der deutschen Ärzteschaft an der faschistischen Militärmedizin hin. Es sei eine Mär, wenn heute behauptet würde, damals habe es sich nur 'um eine Handvoll wildgewordener Militaristen' und um viele Mittläufer gehandelt.

Das rasche Anwachsen der Friedensbewegung im Gesundheitswesen – die IPPNW hat jetzt mehr als 5 000 Mitglieder – läßt hoffen, daß eine erneute Militarisierung des Gesundheitswesens in der Bundesrepublik verhindert werden kann. Die Zeit ist dafür reif, daß die Überlegungen eines unbekannten Arztes von vor mehr als hundert Jahren Wirklichkeit werden: „Der militärische Geist befindet sich bei den Jüngern Äskulaps nicht an dem richtigen Orte; denn der soll erhalten und heilen, während es dem Soldaten obliegt, zu zerstören. In dem Worte Militärarzt schon liegt ein grenzenloser Widerspruch, und von ärztlichen Berufsoffizieren, von Einauchung des



wahren militärischen Geistes in den Arzt zu sprechen, ist nicht nur Unsin, sondern Gedankenlosigkeit und Knechtssinn“. – jg –

buchkritik



Kiepenheuer & Witsch

Egmont R. Koch, Reinhard Klopfleisch, Armin Maywald, Die Gesundheit der Nation. Eine Bestandsaufnahme – Karten, Analysen, Empfehlungen, Köln 1986, Kiepenheuer & Witsch, 388 Seiten, 29,80 Mark.

Meine Lebenserwartung ist nicht besonders hoch. Ich bin in der Stadt geboren, die in Nordrhein-Westfalen die schlechtesten Noten für den Lebensstandard erhielt. Zudem war ich mit 30 Jahren noch ledig, wodurch meine durchschnittliche Lebenserwartung exakt um 4,6 Jahre niedriger liegt, als wäre ich verheiratet gewesen. Nur gut, daß ich mittlerweile nicht mehr zu den 62 Prozent der Männer, die rauchen, gehöre und umgezogen bin in eine Stadt, die eine relativ hohe Lebenserwartung bietet. Kein Wunder, daß dort auch die Selbstmordquote gering ist.

All das entnehme ich dem gerade erschienenen Atlas zur „Gesundheit der Nation“. Die drei Autoren haben sich die Mühe gemacht, aus 60 000

Einzelheiten eine Bestandsaufnahme über Krankheit und Gesundheit der Bundesbürger zu erstellen. Die Daten erhielten sie von den Statistischen Landesämtern und den Allgemeinen Ortskrankenkassen, ausgewertet wurden sie mit Hilfe des Bremer Rechenzentrums. Systematisch aufgeschlüsselt und gegliedert wurden die Daten nach den 328 Stadt- und Landkreisen der Bundesrepublik und den 240 AOK-Kreisen. In vier Kapiteln über Lebensstandard, Krankheiten, medizinische Versorgung und Kosten konnten so Karten der Bundesrepublik erstellt werden, wie sie bislang in keinem Nachschlagewerk zu finden sind. Mehrfach wurden auch Vergleiche mit anderen europäischen Ländern, teilweise auch mit Japan und den USA eingefügt.

Die Stärken dieses knapp vierhundert Seiten starken Werks liegen in

der detaillierten Aufschlüsselung der Daten, ihrer geographischen Zuordnung und der Suche nach den soziökonomischen Hintergründen.

Dabei tritt Verblüffendes zutage. Oder wußten Sie, daß nicht die Industriezentren an Rhein und Ruhr, sondern die bayerische Stadt Hof der bundesdeutsche Spitzenreiter für Atemwegserkrankungen ist? Durchweg am schlechtesten schneidet die rheinland-pfälzische Stadt Pirmasens ab: dort sterben nicht nur die meisten Menschen an Krebs und Herz-Kreislauf-Erkrankungen, es ist auch die Stadt mit den meisten Verkehrstoten, bezogen auf die Fahrzeugdichte, und hat die höchste Säuglingssterblichkeit. Da wundert es nicht mehr, daß diese Stadt den geringsten Anteil an hochqualifiziert Beschäftigten bietet und auch in der Lohn- und Gehaltsliste am Schluß liegt. Leider bieten die Autoren in ihrer Quintessenz keine schlüssige Erklärung für diese in jeder Beziehung negative Spitzenposition. Dies nur auf den hohen Anteil an Beschäftigten im Leder- und Textilgewerbe zurückzuführen, erscheint mir zu dürftig.

Schwachstellen des Buches liegen da, wo nicht auf statistisches Material zurückgegriffen werden konnte. Da es in der Bundesrepublik keine verlässliche Statistik über die Morbidität gibt, also die Häufigkeit, an einer bestimmten Krankheit zu erkranken, mußten in diesem Buch die für die Kosten sowie für ambulante und stationäre Behandlung wesentlichen chronischen Krankheiten wie Diabetes und Rheuma unbewertet bleiben. Auch der gesamte Bereich psychischer Erkrankungen bleibt unberücksichtigt.

Trotz dieser Nachteile ist das vorliegende Buch gleichermaßen für im Medizinbetrieb Tätige wie auch Laien ein wertvolles Nachschlagewerk. Unangemessen hoch erscheint dabei der Preis. Vielleicht als Ausdruck der Identifikation mit dem Inhalt? — um —

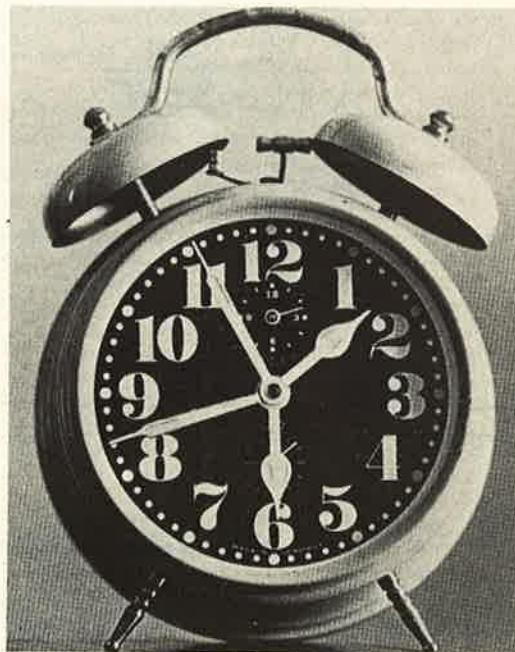


Peter Alheit, Bettina Daisien, Helga Flörcken-Erdbrink, „... weil wir praktisch in einer verkehrten Welt leben“ – Frankfurt/Main 1986, Cooperative-Verlag, 16,80 Mark.

Ein Buch über Schichtarbeiter, herausgegeben von einem Hochschullehrer und zwei wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen — man erwartet Statistik oder vielleicht arbeitsmedizinischen Jargon. Weit gefehlt. Ein Buch fast so spannend wie ein Kriminalroman, nur daß es „seelisch Tote“ sind, und keiner die Mörder sucht.

Schichtarbeit wird nicht nur als Problem des Arbeitenden, sondern als Problem der ganzen Familie gesehen: „Wir hängen beide mit drin in den drei Schichten“, „Wenn der Nachschicht hatte und morgens schlief und die Kinder waren da, dann war oft Terror“, „Du mußtest die Kinder ja immer ruhig halten“, „Da bin ich manchmal durchgedreht“, „...und mußtest nebenher Haushalt machen“. Ohne die Unterstützung der Frauen wäre es ihren Ehemännern schlecht möglich, die Folgen der Schichtarbeit auszuhalten. Eigene Berufstätigkeit der Ehefrauen wird unter diesen Bedingungen sehr schwierig, ganz zu schweigen von der fehlenden „Zeit für sich“.

Zeit, das ist das zentrale Wort dieses Buches. Schichtarbeit betrifft immer mehr Menschen. Trotzdem ist der Rhythmus von Arbeit und Freizeit nur auf die „Feierabend- und Wochenendgesellschaft“ abgestimmt: Theaterbesuch morgens? Kneipenbummel mittags? Englischkurs oder Sport nachts? So kommen die Autoren zu dem Schluß: „Die Zeit ist reif für Arbeitszeitverkürzung“.



Interviews mit Schichtarbeitern der Bremer Klöckner Hütte wurden unter verschiedenen Themen zusammengefaßt: Wie man Schichtarbeiter wird / Ausschluß aus dem sozialen und kulturellen Leben / Zeitnot ... Die Berichte der Betroffenen werden wörtlich zitiert, was die Situation plastischer wiedergibt, verknüpft mit kurzen Zusammenfassungen.

Das zentrale Kapitel für mich ist jedoch: Frauennalltag und Schichtarbeit-Interviews mit den Ehefrauen.

Anzumerken bleibt nur die unpassende Zitatauswahl für den Buchrücken: gerade im öffentlichen Dienst werden Leistungen zunehmend 24 Stunden lang in Anspruch genommen: Post, Polizei, Gesundheitswesen. Die Beschäftigten im öffentlichen Dienst sind also nicht Prototypen für „Außenstehende“. Dennoch: Die Lektüre dieses Buches erfüllt die gewerkschaftliche Forderung nach der 35-Stunden-Woche mit Leben.

Cornelia Selke

-KNACKPUNKT-



IMPRESSUM

Herausgeber

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

Anschrift der Redaktion: Demokratisches Gesundheitswesen, Siegburger Str. 26, 5300 Bonn 3, Tel. 0228 / 466208 (8.30 Uhr bis 12.30 Uhr, montags 19.00 Uhr bis 21.00 Uhr)

Anzeigenleitung: Walter Boilken, Steinstr. 73, 6300 Gießen, Tel. 06 41 / 3 80 86.

Redaktion:

Chefredaktion: Ursula Daalmann (ud) (V.i.S.d.P.), Joachim Neuschäfer (yn)

Aktuelle Gesundheitspolitik: Walter Popp (wp); Gesundheitsversorgung: Gregor Weinrich (gw); Uli Menges (um); Joachim Gill-Rode (jg); Arbeits- und Lebensverhältnisse: Norbert Andersch (na); Pharma- und Geräteindustrie: Ulli Raupp (urp); Umwelt: Peter Walger (pw); Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen: Matthias Albrecht (ma); Edi Erken (ee); Ausbildung: Birgitta Mewes (bm); Eckard Müller (em); Peter Liebermann (pl); Internationale: Gunar Stempel (gst); Stephan Schötz (sts); Frauenprobleme: Ulla Funko-Vorhüsselt (ufv); Karin Kieseyen (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 bittet die Leser um Mitarbeit, kann aber für unverlangt eingesandte Manuskripte keine Haftung übernehmen.

Nachdruck nur nach Zustimmung der Redaktion.

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

Die Zeitschrift »DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN« 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).

Abonnementrechnungen sind innerhalb von zwei Wochen nach ihrer Ausstellung zu beglichen. 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 Dezemberheft: 15. November 1986.

Graphik: Christian Paulsen,
Michael Westermann

Titelblatt: Menzen

Layout: Edi Erken, Ulli Raupp, Peter Walger, Joachim Neuschäfer, Ursula Daalmann

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

JSSN: Nr. 0172-7091

wir ÜBER uns

Leserumfrage

Noch immer erreichen uns Antworten auf unsere Leserumfrage aus Heft 9/86. Deshalb ist leider eine abschließende Auswertung noch nicht möglich. Wir möchten alle unsere Leserinnen und Leser nochmal herzlich, aber auch eindringlich bitten, unsere Umfrage zu unterstützen und die Auswertebögen bis spätestens zum 30. November an unser Büro zu senden.

Redaktionsseminar

Herausgeber und Redaktion trafen sich am Wochenende des 20./21. September zum kritischen Rückblick auf das Jahr 1986 und zur Perspektivdiskussion für das kommende Jahr. Durchweg erfreulich die Resonanz auf die inhaltliche und auch lay-outmäßige Gestaltung des Heftes. Die zunehmend professionelle Aufmachung hat aber auch ihre Schattenseiten: Viele Leser und Leserinnen meinen – mehr als früher – daß wir ein Heft „für sie“ statt „mit ihnen“ machen wollen. Die Bereitschaft, uns Nachrichten, Artikel, kurze Statements zu senden, nimmt leider spürbar ab. Gerade die Darstellung arbeitsplatzbezogener Probleme findet regelmäßig eine sehr große und positive Resonanz, wie zum Beispiel der Bericht einer Krankenschwester über die Anredeproblematik (Neutrum, dg 6/86).

Entsprechend der politischen Schwerpunktsetzung für das kommende Jahr haben wir versucht, die Report Themen zu planen. Folgende Themenkomplexe werden wir vorbereiten: Sparmaßnahmen im öffentlichen Gesundheitsdienst (G. Stempel); Abrechnungskriminalität (H. See); Kernenergie (P. Walger); Frauenberufe im Gesundheitswesen (U. Daalmann); Gesundheitswesen Südafrika (N.N.); „Amerikanisierung“ des Gesundheitswesens (N. Andersch); Standesorganisationen (M. Albrecht); In-vitro-fertilisation (U. Raupp); darüber hinaus sollen die Themen: Paragraph 218, Krankenpflege, Medizinethik und Ganzheitliche Medizin und Friedenspolitik voralig diskutiert werden.

Zum guten Schluß hat das Bonner Büro noch die neue Lay-out Konzeption, die die Leser erst ab dem Januar-Heft genießen dürfen, vorgestellt. Dann wird dg noch schöner!

Mitarbeit

Alle Leserinnen und Leser sollen sich angesprochen fühlen. Niemand soll uns mit seinem Beitrag verschonen. Auch wer seinen „Formulierungskünsten“ nicht traut, ist mit seinem Artikel willkommen. Ursula Daalmann und Joachim Neuschäfer aus unserem Büro stehen gerne mit Rat und tatkräftiger Hilfe zur Seite.

dg-Kontakte

Aachen: Erhard Knauer, Maria-Theresia-Allee 59, 5100 Aachen, Tel. (0241) 75459; **Ansbach:** Birgitta Eschenbacher, Am Heimweg 17, 8800 Ansbach, Tel. (0981) 1444; **Berlin:** Hermann Dittrich, Grunewaldstr. 28, 1000 Berlin 41, Tel. (030) 8226328; **Bonn:** Edi Erken, Eckenstr. 28, 5205 St. Augustin 2 (Hangeln), Tel. (02241) 29178; Stefan Schözel, Bergstr. 8, 5300 Bonn 1, Tel. (0228) 233528; Kurt Straif, Reuterstr. 121, 5311, Tel. 212696; Gregor Weinrich, Schumannstr. 30, 5311, Tel. 219778; **Bremen:** Cornelia Selke, Clausewitzstr. 25, 2800 Bremen 1, Tel. (0421) 234371; **Bremervörden:** Gunar Stempel, Virchowstr. 34, 2850 Bremerhaven-Geestemünde, Tel. (041) 27272; **Darmstadt:** Jürgen Frähnert, Neulicher Weg 3, 6101 Modautal-Ernstthal; **Dortmund:** Matthias Albrecht, Am Kuhlenweg 22, 4600 Dortmund 50, Tel. (0231) 753880; Detlev Uhlenbrock, Droste-Hülshoff-Str. 1, 4611, Tel. 421768; **Düsseldorf:** Joachim Gill-Roda, Fruchtstr. 2, 4000 Düsseldorf, Tel. (0211) 349204; **Duisburg:** Thomas Wetzig, Prinz-Albert-Str. 42, 4100 Duisburg 1, Tel. (0203) 342188; **Essen:** Christian Paulsen, Overbeckstr. 16, 4300 Essen 1, Tel. (0201) 743731; Norbert Andersch, Pollerbergstr. 22, Tel. 747131; Walter Popp, Sunderholz 32, 4311, Tel. 441630; **Fleensburg:** Ralf Cüppers, Apennader Str. 3, 2390 Flensburg, Tel. (0461) 47263; **Frankfurt:** Klaus Priester, Schloßstr. 96, 6000 Frankfurt 90, Tel. (069) 705449; **Gießen:** Claudia Göttmann, Bismarckstr. 6, 6300 Gießen, Tel. (0641) 75245; **Göttingen:** Barbara Wille, Ostlandweg 23, 33400 Göttingen, Tel. (0511) 33710; **Hamburg:** Robert Pfeiffer, Kurfürstendamm 45, 2000 Hamburg 70, Tel. (040) 6564845; **Hanau/Maintal:** Hans See, Südring 12, 6457 Maintal 1, Tel. (06181) 47231; **Hannover:** Martin Waltz, Tiestestraße 19, 3000 Hannover 1, Tel. d. (0512) 906557/p. (0511) 818868; **Hattingen:** Wolfgang Münster, Manzstr. 19, 4320 Hattingen, Tel. (02324) 67410; **Heidelberg:** Michael Gerstner, Burgstr. 44, 6900 Heidelberg, Tel. (06221) 474101; **Karlsruhe:** Claudia Lehner, Schillerstr. 54, 7500 Karlsruhe 1, Tel. (0721) 849948; **Kassel:** Matthias Dippel, Waitzstr. 2d, 3500 Kassel, Tel. (0561) 54925; **Kleve:** Ulla Funke-Verhassell, Steinbergen 33, 4182 Uedem, Tel. (02825) 8424; **Köln:** Peter Liebermann, Garthestr. 16, 5000 Köln 60, Tel. (0221) 763844; Eckard Müller, Säckinger Str. 4, 5141, Tel. 432919; Helmut Schaaf, Berrenrather Str. 359, 5141, Tel. 443818; **Lübeck:** Angela Schürmann, Stadtweide 99, 2400 Lübeck, Tel. (0451) 503355; **Mannheim:** Werner Weindorf, Friedrichstr. 57, 6800 Mannheim, Tel. (0621) 855405; **Marburg:** Hanna Koch, Alter Ebendorfer Weg 18, 3550 Marburg; **Mühlacker:** Helmut Jäger, Hermann-Hesse-Str. 43, 7103 Mühlacker, Tel. (07041) 15399; **München:** Margret Lambardt, Billrothstr. 7, 8000 München 70, Tel. (089) 781504; **Mindelheim:** Thomas Melcher, Beethovenstr. 4, 8948 Mindelheim, Tel. (08261) 9733; **Münster:** Helmut Copak, Geiststr. 67a, 4400 Münster, Tel. (0251) 794688; Barbara Halbeisen-Lehner, Hoyastr. 11, Tel. 287431; Uli Menges, Davensberger Str. 10a, Tel. 788399; Ulli Raupp, Peter Walger, Will-Hölscher-Weg 7, Tel. 7801437; **Oldenburg:** Helmut Koch, Saarstr. 11, 2900 Oldenburg, Tel. (0441) 83856; **Recklinghausen:** Petra Voss, Am Lohter 4, 4350 Recklinghausen, Tel. (02361) 15453; **Riedstadt:** Harald Skrobles, Freih.-v.-Stein-Str. 9, 6086 Riedstadt, Tel. (06158) 6161; **Siegburg:** Richard Bälzen, Hagebuttenweg 24, 5200 Siegburg-Kaldauen, Tel. (02241) 383590; **Siegen:** Michael Regus, Zur Zinsenbach 9, 5900 Siegen, Tel. (0271) 76860; **Sollingen:** Heinrich Recken, Basaltweg 15, 5650 Solingen 1, Tel. (02121) 47885; **Tübingen:** Elke Schön, Jacobgasse 19, 7400 Tübingen, Tel. (07071) 212798; **Ulm:** Wolf Schleinzer, Ringstr. 22, 7800 Ulm-Lehr, Tel. (0731) 68544; **Viersen:** Sebastian Sterl, Gladbacher Str. 94, 4056 Schwalmtal 1, Tel. (02163) 4191; **Wuppertal:** Michael Sümer, Nornenstr. 20, 5600 Wuppertal 2, Tel. (0202) 503845.

Das goldene Wort

Die längerfristige und immer intensivere Beschäftigung des Arztes mit der unternehmerischen Führung seiner Praxis wird die Persönlichkeitsstruktur möglicherweise ändern und das ärztliche Berufsbild wandeln.

aus: Der Deutsche Arzt vom 25.9.86

Kritische Rat bei Kiepenheuer & Witsch



Andrea Ernst
Kurt Langbein
Hans Weiss

Gift-Grün

Chemie in
der Landwirtschaft
und die Folgen

Kiepenheuer & Witsch

Broschur DM 24,80

Gift-Grün gibt ein umfassendes Bild über die Folgen des Einsatzes von Chemie in der Landwirtschaft.

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

Michael Adam
Renate Daimler/Volker Korbei

Kinderkriegen

Schwangerschaft,
Geburt und Stillen
ohne Angst und Zwang

Kiepenheuer & Witsch

Broschur DM 16,80

Frauen erfahren alles über Geburtsvorbereitung, natürliche Methoden der Schmerzlinderung und Stillen.

Das Ernährungsbuch

Lebensmittel und Gesundheit



Herausgegeben von der
Katalyse e.V.

Kiepenheuer & Witsch

Broschur DM 19,80

Das Ernährungsbuch vermittelt klar und umfassend Kenntnisse über das, was man braucht, um sich richtig zu ernähren.

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

Lisa Langbein / Erika Trappi

Kopfweh

Was tun
bei Kopfschmerz
und Migräne?

Kiepenheuer & Witsch

Broschur DM 12,80

Das Buch erklärt verschiedene Kopfschmerzarten und ihre Ursachen und zeigt alternative Behandlungsmethoden auf.

Egmont R. Koch
Reinhard Klopffleisch
Armin Maywald

Die Gesundheit der Nation

Eine Bestandsaufnahme
Karten, Analysen, Empfehlungen



Kiepenheuer & Witsch

Broschur ca. DM 29,80

Eine umfassende Analyse des Gesundheitswesens in der Bundesrepublik und zugleich konkreter medizinischer Ratgeber.

Prof. Dr. Herbert Lippert

Von Kopf bis Fuß

Nutzen und Risiken von Operationen
Ein kritischer Ratgeber

Kiepenheuer & Witsch

Broschur DM 39,80

Auch für den Nichtmediziner verständlich und trotzdem wissenschaftlich exakt — ein unentbehrlicher Ratgeber.