

dg

Demokratisches
Gesundheitswesen
Nr. 3 · März 1989
Einzelheft 5 Mark
G 2961 E



DIE MACHT
DER
FALSCHEN
BILDER

PARAGRAPH
218

GRG
TIPS ZUR SELBSTHILFE



FIND ICH
GUT!

FLORIERENDE GESCHÄFTE
2. DEUTSCHER AIDS-KONGRESS

RÄCHER DER VERDATETEN
ÄRZTE ALS DATENBOYKOTTEURE?

„MORALISCHE ANÄSTHESIE“
REICHSGESUNDHEITSAMT UND
MENSCHENVERSUCHE

Betreuungsgesetz

VOR
UND
ZURÜCK

Udo Sierck arbeitet in emanzipatorischen Behinderteninitiativen und ist Mitglied der Bundesarbeitsgemeinschaft „Behindertenpolitik“ der Grünen

Anfang Februar verabschiedete das Bundeskabinett den Gesetzentwurf für ein neues Betreuungsrecht, das, so Bundesjustizminister Engelhard, die Rechte alter, geistig oder körperlich behinderter Personen erheblich verbessern soll. Die darin vorgesehene Abschaffung der Entmündigung, wie sie noch heute von einem Regelwerk aus Kaisers Zeiten bestimmt wird, ist in der Tat ein Schritt nach vorn – oder besser: in die Gegenwart. Denn die Novellierung war längst überfällig.

Das noch geltende Vormundschaftsrecht zählt zu den Relikten deutscher Ordnungskunst im Fürsorgebereich, der allerdings bis ins interessierte Ausland hinein nicht mal mehr ein Hauch von Wertschätzung entgegengebracht wurde. Das selbstgefällige Bild vom modernen und liberalen Sozialstaat ist jetzt vom Geruch des allzu Hausbackenen befreit worden. Der Beifall von CDU-Seniorinnen und -Senioren bis hin zu den angegrünzten „Grauen Panther“ ist sicher, ein unhaltbarer Unruh(e)herd aus der Welt.

Das im Gesetzentwurf vorgesehene Beistandsrecht kostet Geld. Auf die bereits überlasteten Vormundschaftsgerichte kommen mit den neuen Richtlinien Aufgaben zu, deren Bewältigung nur durch eine Vielzahl neuer Stellen zu schaffen wäre. Eingeweihte prophezeien denn auch, daß der Entwurf beim Gang durch den Bundesrat vor allem im Bereich der vormundschaftlichen Genehmigungspflichten Federn lassen wird und die Rechte der Betreuten zurückgeschraubt werden dürften.

Gleichzeitig wird unter dem Segel der Liberalisierung der Beistandschaft auch im überarbeiteten Entwurf die Legalisierung der Zwangssterilisation betrieben. Ausreichend ist für den körpervertletzenden Eingriff die Einwilligung des Betreuers, wenn dadurch seelisches Leiden, hervorgerufen etwa durch die Trennung vom Kind, ver-

mieden werden kann. Mit dieser Formulierung wird bestätigt, daß durch medizinisch-technische Mittel mal wieder soziale Probleme gelöst werden sollen. Denn die Trennung von Mutter und Kind ist bei geistig behinderten Frauen Alltag und kommt bei „sozial-schwierigen“ Müttern vor. Die „endlich“ rechtlich abgesicherte Möglichkeit zur Sterilisation von „auf Dauer einwilligungsunfähigen“ Personen wird dazu beitragen, daß die ohnehin spärlichen Rufe nach anderen Wohnformen, nach dem Recht auf Selbstbestimmung beim Kinderkriegen gänzlich überhört werden.

Was die Bundesärztekammer kürzlich noch unverfroren – aber ehrlich – mit ihrer Empfehlung zur Sterilisation aus eugenischer und sozialer Indikation verlangt hatte, hält jetzt unter der unverfänglichen Formulierung der „Leidersparnis“ Einzug. Vor allem bei Eltern und Helfern vor Ort, die unter täglichen psychischen und physischen Belastungen und Zwängen stehen sowie mit Vorurteilen befrachtet sind, wird die Sterilisation das Mittel der Wahl sein. Zumal sich die Leidensvorbeugung vorzüglich in das selbstgestrickte Muster der Wohltätigkeit fügt.

Die Zwangssterilisation soll verhindern, daß es „zu einer Schwangerschaft“ kommt. Man kann sich an den Fingern abzählen, daß Frauen die potentiellen Opfer sein werden. Daß gerade bei ihnen aus Angst vor (innerfamiliärer) sexueller Gewalt die Unfruchtbarmachung „prophylaktisch“ vorgenommen wurde und wird, bleibt ebenso Tabu wie die Tatsache des sexuellen Mißbrauchs selbst.

Auch die Änderungen gegenüber dem Vorentwurf und alle Einschränkungen können nicht darüber hinwegtäuschen, daß hier ein Gesetz zur Verabschiedung steht, das die Zwangssterilisation ermöglicht. Fortpflanzungsverbote müssen nicht ausgesprochen werden, eugenische Ziele nicht benannt werden, um sie dennoch zu betreiben.

Report

- Paragraph 218:
Die Macht der falschen Bilder 12

Gentechnologie

- Es eilt.
Anforderungen an ein Gentec-Gesetz
von Wolf-Michael Catenhusen,
SPD 18

Gesundheitspolitik

- Flourierende Geschäfte
2. Deutscher Aids-Kongreß 24

Satire

- GRG:
Find ich gut! 26

Datenschutz

- Rächer der Verdateten?
Datenboykott gegen das GRG 28

Ausbildung

- Gelebte Utopie
Streiks und Aktionen an den
Hochschulen 30

Internationales

- Erste Hilfe
Interview mit Dr. Kamy Chetty,
Geschäftsführerin der NAMDA,
Südafrika 32

- Klagemauer?
IHP-Hauptversammlung 35

Ernährung

- Alles in Butter?
Ernährungsbericht 1988 34

Dokumente

- Vergütungsrechtliche Bewertung
von Nachtdiensten.
Urteil des Bundesarbeitsgerichts
vom 5. Mai 1988 19

- Reichsgesundheitsamt und
Menschenversuche im National-
sozialismus.
Von Professor Gerhard Baader 20

- Studienreform: „Berliner Modell“.
Arbeitspapier der „Inhalts-AG“
der MedizinerInnen und Mediziner
an der Freien Universität Berlin 22

Rubriken

- Echo 4
Trends 6
Glotze 10
Memo 10
Lesezeichen 36
Kölnstr. 198 39

IN HALT



Mit suggestiven Bildern wird von den selbsternannten „Lebensschützern“ der Mutterleib zum gefährlichsten Ort für Embryonen erklärt. Ist auf der anderen Seite in einer Gesellschaft, in der sich zunehmend eugenisches Denken breitmacht, der Paragraph 218 für den Schutz des Embryos notwendig, fragt Ursula Daalmann

12

28

Wegen der ordnungspolitischen Konsequenzen des GRG ist die Forderung nach einem Datenboykott durchaus begründet. Doch von den Ärzten ein Auftreten als Rächer der Verdateten zu erwarten, geht an der Realität weit vorbei. Dabei braucht man zur Verhinderung des Datenmissbrauchs von den Medizinern gar keinen zivilen Ungehorsam erwarten



Im Wintersemester begannen an den meisten Hochschulen studentische Aktionen, wie sie die Universitäten seit Jahren nicht mehr gesehen hatten. Steckt mehr dahinter als bloßer Urlaub vom Studienalltag?

34

Ziemlich übel

dg 2/89: „Tödliche Experimente? Studie zum akuten Herzinfarkt“

Voller Ärger schreibe ich hiermit einen Leserbrief, um dessen Veröffentlichung ich bitte.

Euer Artikel „Tödliche Experimente“ in Heft 2/89 ist kompletter Blödsinn, ansonsten meiner Meinung nach ziemlich übel.

1. Schlecht finde ich zuerst einmal die emotionale Anheize, die betrieben wird – „sich krümmen vor Schmerzen“, „von der Todesangst verzerrte Gesichter“, „um Hilfe flehen“ usw. Allein die Aufzählung zeigt, daß der Autor offensichtlich kaum Infarktpatienten kennt, die liegen nämlich eher still im Bett, die Gesichter sind mehr von den Schmerzen verzerrt und um Hilfe „flehen“ die wenigsten.

2. Die ISIS-2-Studie ist meines Wissens eine relativ gut gearbeitete weltweite, placebo-kontrollierte Studie, die im Unterschied zu vielen anderen Studien sicherlich recht umfassend die Kriterien von Wissenschaftlichkeit erfüllen dürfte. Hier von „Auftragsforschung“ zu sprechen ist reichlich dämlich; gar den beteiligten Ärzten „unethisches“ Verhalten vorzuwerfen und damit letzten Endes ein Berufsgerichtsverfahren zu fordern, ist mehr als übel!

3. Der Autor zeigt jedoch in seinen fachlichen Ausführungen, daß er tatsächlich von der Materie überhaupt keine Ahnung hat. So überzeugend wie er behauptet, sind die Ergebnisse mit Streptase ja gerade nicht! In der ISAM-Studie zum Beispiel konnte eben kein signifikanter Unterschied in der Mortalität nach drei Wochen festgestellt werden. Außerdem sprechen die allermeisten Studien dafür, daß die Streptase in den ersten drei, allerhöchstens sechs Stunden nach Schmerzbeginn gegeben werden muß, damit ein Effekt noch erreicht werden kann. Ein genereller Einsatz innerhalb von 24 Stunden, wie der Autor behauptet,

kann auf keinen Fall empfohlen werden. Immerhin ist die Nebenwirkungsrate der Streptase nicht zu vergessen: Hirnblutungen, Blutungen in andere Organe oder Haut, allergische Erscheinungen usw. – ganz zu schweigen vom Alter: Gerade die „Männer in fortgeschrittenem Alter“, die Euer Autor als typische Infarktpatienten anführt, sind häufig in einem Alter, in dem die Streptasetherapie nicht mehr zu vertreten ist. Und was die Acetylsalicylsäure angeht: Bis heute gibt es noch keine allgemein anerkannten Dosierungsempfehlungen; auch exakte Indikationen, bei welchen Herzerkrankungen sie sinnvoll ist, liegen nicht vor. (Von der Nebenwirkungsrate spricht zur Zeit überhaupt keiner, da sie überhaupt nicht erfaßt werden können aufgrund des kurzen Einsatzes!)

Somit verdreht Euer Artikel die Kritik gerade ins Gegenteil: Natürlich sind Streptase und auch ASS sinnvoll und gut bei vielen Patienten, aber doch bitte nicht so unkritisch! Gerade die Notwendigkeit der großen Kollektive aller Studien dazu zeigt doch, daß die Signifikanz des Therapieerfolges erst erreicht wird, wenn man wirklich mit vielen Patienten testet. Mit anderen Worten – und damit im Gegensatz zu der Folgerung Eures Artikels –: Muß man tatsächlich bei fast 9000 Patienten die teure und gefährliche Streptasetherapie machen, damit die Sterblichkeit dann von 12 auf 9,2 Prozent sinkt und damit „statistisch signifikant“ wird? Oder ist hier nicht ein neuer Irrweg, der zu einer unwesentlich verbesserten Prognose bei gleichzeitig steigenden Einnahmen für die Pharmaindustrie führt, vorprogrammiert?

Zum Schluß noch einmal zu dg: Es ist schön, wenn sich dg aktuellen medizinischen Themen zuwendet; jedoch setzt dies auch eine fachkundige und kompetente Schreibe voraus. Mit Eurem Artikel könnt ihr euch bestenfalls blamieren.

HANS GÜTLER
Essen

Abteilung „Ewige Wahrheiten“

dg 4 bis 9/88: Leserbrief von Christof Kugler; Projektdarstellung von Ulli Raupp

„500 Neuabonnenten braucht dg als ersten Schritt bis Ende 88, um seinen Fortbestand zu sichern.“ So steht es im April-dg beim Start der Abo-Werbekampagne. Drei Leser äußern sich zur Krise der Zeitschrift, so auch C. Kugler (dg 11/88), der in der Fusion mit „Mabuse“ einen Ausweg sieht. Ihr fordert im Anschluß an seinen Leserbrief zu Diskussionsbeiträgen auf (was hiermit geschehen soll) und schreibt: „Nur, um das Sterben von dg ging es keinesfalls.“ Wie bitte? Der Aboaufruf in dg 4 und 5/88 an die Leserinnen und Leser, daß 500 Neuabos (bzw. 7000 Gesamtabos) her müssen, damit „... die einzige linke Monatszeitschrift im Gesundheitswesen erhalten bleibt“ (dg 5/88) heißt doch im Umkehrschluß, daß bei Nichterreichen dieses Ziels Sabbat ist!

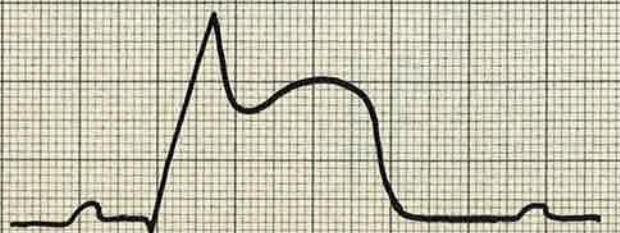
In dg 11/88 schreibt ihr, daß „unsere Werbekampagne... bisher nicht den erhofften Erfolg hat“. Wenn schon Plansoll-Zahlen vorgegeben werden, dann unterrichtet die Leserinnen und Leser wenigstens darüber, um wieviel ihr drunter geblieben seid und welche Folgen das hat. Ansonsten führt das doch zu der Haltung, die Zahlen der Abokampagne seien frei erfinden. Parallel zum Aboaufruf erzählt Redakteur Ulli Raupp die Geschichte des Projektes dg. Er und die Leserbriefschreiber berühren das Problem der Krise der westdeutschen Linken im allgemeinen und das der gewerkschaftlich-orientierten im besonderen allerdings nur oberflächlich: Ursachenforschung oder gar Selbstkritik sind nicht angesagt; das (noch) heile linke Weltbild könnte ja ins Wanken geraten.

So befürchtet Leserbriefschreiber C. Kugler: „... all die Erfahrungen, die Theoriekonzepte... verschwinden völlig mit dem drohenden Eingehen von dg“ (dg 11/88). Was aber, wenn all die Theoriekonzepte – der gesellschaftliche Fortschritt liege auf der Linie der Produktivkraftentwicklung, der Übergang zum Sozialismus (oder zumin-

dest zur antimonopolistischen Demokratie) komme zwangsläufig, eine Verstaatlichung des Gesundheitswesens und der Pharmaindustrie sei das Mittel der Wahl etc. – angesichts der realen Verhältnisse zusammenklappen wie Kartenhäuser? Staatlich organisiertes Gesundheitswesen (Großbritannien/Schweden...) ist beileibe keine Garantie für eine bessere und humanere Gesundheitsversorgung. Verglichen mit den kollabierenden (gerade im Bereich der Gesundheitsversorgung) Ländern des irr-realen Sozialismus strotzt der „freie“ Westen (trotz aller Elenderscheinungen) geradezu vor Lebenskraft. Ihre Vormacht und die NATO setzen z. B. mit der „Pax Americana“ ihre alten Forderungen nach einseitiger Abrüstung (der Russen!!!) durch und große Teile der Friedensbewegung haben nichts Besseres zu tun, als dies auch noch als eigenen Erfolg abzufeiern. Ohne detaillierter darauf eingehen zu wollen, ist es doch gerade der Umbruch in der Sowjetunion und das schonungslose Offenlegen der jahrzehntelangen, katastrophalen Fehlentwicklungen, was viele gewerkschaftlich-orientierte Linke an ihrem bisherigen Weltbild zweifeln läßt.

Dies alles aber ficht Ulli Raupp in seiner Darstellung des Projektes dg nicht an, denn: „dg steht für einen linken Grundkonsens in der Gesundheitspolitik.“ Man kann und sollte nun drüber streiten, was ein solcher Konsens beinhaltet, mir sind allerdings viele Dinge aus der Abteilung „Ewige Wahrheiten“ abhanden gekommen. Gewerkschaftsbürokratie, eingeschränktes Wahrnehmungsvermögen vieler von uns Linken bezüglich neuem/fremdem Gedankengut (Alternativmedizin/Frauenbewegung/Ökologie...), um später um so lockerer auf den fahrenden Zug aufzuspringen und nicht zuletzt der „gesundheitsspolitische Konsens“ in den RGW-Staaten haben mein linkes Weltbild zerfleddert.

Wo es keine Zweifel gibt, werden schnell Schuldige für die Krise gefunden. Raupp bemängelt, daß der Buchhandel die dg-Hefte unverkauft zurückschickt, und hat auch gleich die Ursache parat: „... weil sie in den seltensten Fällen gut sicht-



bar ausgelegt werden.“ So einfach ist das.

Auch sonst liebt U. Raupp die einfache Geschichtsschreibung: Die Zeitschrift „Mabuse“ gab es als linkes Gesundheitsblatt bei dg-Gründung immerhin schon 3 Jahre lang. Warum also Marktlücke und warum keine Gespräche um ein gemeinsames Vorgehen? Lag das nicht auch an eurer Gewißheit (und der eurer Herausgeberprofessoren Abholz, Deppe, Mausbach...), daß die Spontistille schon bald (auch) an ihren basisdemokratischen Strukturen zugrunde gehen würde? Diese Haltung war damals doch auch bei der Konkurrenz „Neue“ versus „taz“ von seiten der „Neuen“ vorhanden und kehrt in Raupps Projektdarstellung ständig wieder: Mai sind es die „oft bejubelten Einheitslöhne“ (dg 5/88) – (wer jubelt denn bei diesen Löhnen?) –, mal die „lustvollen Betroffenenberichte als höchstes Glück jeder Alternativredaktion“ (dg 6/88).

Auch das Scheitern eurer wirtschaftlichen Anfangskonstruktion über Kommanditisteneinlagen der verdienenden Leserschaft Ende 1981 und die dann folgende Übernahme der 35 000 DM Schulden und der Zeitschrift durch den Pahl-Rugenstein Verlag wird von Raupp nicht hinterfragt. Er schreibt: „Es gab keine bessere Alternative“ (dg 5/88). Zwischenfragen, ob denn überhaupt gesucht wurde, spielen dabei ebenso wenig eine Rolle, wie die nicht ganz unwichtige Frage nach den Eigentumsverhältnissen (siehe auch unter Marx, Karl). Daß man sich dem „stigmatisierten, linken Verlag“ (Raupp) (wer stigmatisiert und um welche Stigmata handelt es sich?) verkaufte, wird von Raupp damit begründet, daß nicht verlagsgebundene Zeitschriften bei Druckereien „kein ökonomischer Faktor“ seien. Dem Druckereibesitzer ist es doch ziemlich wurscht, wer die Rechnung bezahlt. Im übrigen belegt trotz aller Krisen die Alternativpresse von „taz“ bis Stadtzeitungen das Gegenteil, denn die werden ja auch irgendwo gedruckt. Daß das Herausbergremium in Form der SPD/DKP-orientierten Professoren und die aus SHB-MSB-Zusammenhängen stam-

mende Redaktion mit dem dg ausgerechnet beim Pahl-Rugenstein Verlag landete, ist doch nicht zufällig, sondern zwangsläufig passiert, weil es politisch keine Alternativen gab.

So ist das Rauppsche Lob, daß der Verlag nie Einfluß genommen habe, deplaziert: Warum sollte er denn, bei soviel an politischer Übereinstimmung?

Fragen, ob Anzeigen des Verlags im dg oder die Zusendung von Prospekten an Abonnenten Einflußnahme bedeuten, werden nicht gestellt. Auch, daß der „stigmatisierte, linke Verlag“ seine Zeitschriften bei der Bertelsmann-Firma VVA verwalten und ausliefern läßt, bleibt unerwähnt, könnte es doch das linke Grundkonsenswasser trüben. Und so weiter und so fort. Und ja keine Zwischenfragen.

Eine Fusion mit „Mabuse“, nur weil es Lesern wie C. Kugler wichtig ist, „... die dg-Linie weiter mit dabei zu haben“ (dg 11/88), erscheint kurzzeitig, solange der Einheitsbrei des linken Grundkonsens eine pluralistische Streitkultur verhindert. Ein Zusammengehen mit „Mabuse“ sollte nicht mit wirtschaftlichen Not-Argumenten und „Linienrettungen“ begründet werden, sondern intensiv politisch diskutiert werden. C. Kugler schreibt richtig, daß darüber öffentlich nachgedacht werden solle. Jetzt sind die anderen Leserinnen und Leser dran.

FRAUKE EWERT-
Wuppertal

Liebe Frauke Ewert,

vielen Dank für Ihren ausführlichen Brief, in dem ja an vielen Stellen Ihr Ärger über unsere, insbesondere meine Darstellungen zum Ausdruck kam. Auch ich habe mich geärgert, nachdem ich Ihren Brief ein erstes und ein zweites Mal gelesen hatte. Ich bin zum Bücherregal gerannt, um „Munition“ zu sammeln für den Gegenangriff. Ich sichtetete meine Statistiken zum Systemvergleich, die ich Ihnen „um die Ohren hauen“ wollte. Ich grub „mein Zitat“ aus dem Kapital aus: „Jeder Fortschritt in der kapitalistischen Landwirtschaft ist ein Fortschritt in der Kunst, nicht nur den Landarbeiter, sondern

auch den Boden zu berauben“, mit dem ich Ihnen in oberlehrerhafter Manier belegen wollte, daß für Marxisten die Ökologieproblematik durchaus nicht neu oder fremd sei. Polemisch wollte ich Ihnen Ignoranz vorwerfen, weil Sie angeblich außer acht lassen, daß jeder Bürger des „freien“ Westens, der vor Lebenskraft strotzt, auf dem Kopf von mindestens drei Einwohnern eines sogenannten Entwicklungslandes steht.

Kurz: Ich wollte meinen Ärger an Details Ihres Briefes auslassen, bis ich mir – nachdem ich einmal darüber geschlafen hatte – klar darüber wurde, daß ich mich eigentlich darüber ärgerte, daß Sie im Prinzip Recht haben. Ich bin oft genug enttäuscht darüber, daß wir – aber damit meine ich nicht nur die gewerkschaftlich orientierte Linke – über die Darstellung und Kommentierung der täglichen „Sauereien“ unseres (Gesundheits-) Systems hinaus, es nicht oder kaum noch schaffen, über Grundsätzliches und Programmisches zu diskutieren und zu streiten. Zum Beispiel über die von Ihnen angesprochene Frage, was denn nun der Grundkonsens in der Gesundheitspolitik ist.

Auch bin ich wahrlich nicht der einzige in der dg-Redaktion, der seine Gewerkschaftsbeiträge mehr aus alter politischer Tradition bezahlt, beileibe aber nicht deshalb, weil mir die Aktionen meiner Gewerkschaft an meinem Arbeitsplatz eine Orientierung geben könnten. Was Herr Gorbatschow und den aktuell stattfindenden Umbruch in der Sowjetunion angeht, so stimmt es mich – und nicht nur mich – allerdings optimistisch, daß dieses System zu so radikaler Selbstkritik und auch entsprechender Taten fähig ist.

Ich bin sicher, daß ein solcher Umbruch über die Militär-/Friedenspolitik hinaus auch in viele andere Bereiche des gesellschaftlichen Lebens im Westen hineinwirken wird und – optimistisch? – Katalysatorfunktion für eine neue programmatische Diskussion unter den Linken haben kann.

Diese Diskussion könnte zum Beispiel der Frage nachgehen,

warum vielen Sozialaktivisten die Feinheiten im Marxschen Denken verborgen geblieben sind, sie sich lieber um die einfachen Streitfragen gekümmert haben, statt zum Beispiel um den „ökologischen Marx“. Sie könnte auch einmal sehr grundsätzlich einer Marxismus-Gläubigkeit entgegentreten, die sich auf den Begriffsrahmen einer streng determinierten, linearen Kausalitätsauffassung stützt, was beispielsweise Laplace zu der Annahme verleitet, daß einem Wesen, dem die Gesamtheit der Ursachen bekannt wäre, die Gegenwart voll verständlich sei und es die Zukunft voraussagen könnte. Wir müßten uns alternativ mit systemischen und kybernetischen Modellen der Ursachen-/Wirkungsbeziehung auseinandersetzen. Ich sehe in dieser Diskussion eine Aufgabe und eine reelle Chance für die Linke, wir sollten sie – möglichst heute – beginnen.

Ich will mich aber mit meinem Statement nicht vor einigen von Ihnen angemahnten Antworten drücken:

Soweit ich den Abo-Stand zu Beginn diesen Jahres überblicke, haben wir seit dem Start unseres Werbens circa 320 Neuzugänge, weniger als erwartet. Auch wenn wir damit deutlich mehr Abonnements im Vergleich zu den Vorjahren gewinnen konnten, unser Ziel haben wir nicht erreicht. Wir werden deshalb mit dem Verlag über weitere und andere Maßnahmen sprechen müssen – an Einstellung der Zeitschrift ist nicht gedacht.

Zum Pahl-Rugenstein Verlag, so habe ich es auch gemeint, gab es in der Tat keine politische Alternative, aber auch keine ökonomische, weil nämlich jede Druckerei einem Verlag erheblich andere Rabatte einräumt als den Herausgebern nur einer kleinen Zeitschrift (in unserem Fall sank der Herstellungspreis um circa 25 Prozent).

Was Ihren letzten Absatz angeht, kann ich nur zustimmen – insbesondere auch dem letzten Satz.

Mit optimistischen Grüßen
Ulli Raupp

Zahnärzte: Für Direkt- abrechnung

Auf einer außerordentlichen Sitzung der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) wurde der Vorstand beauftragt, mit den Krankenkassen Verhandlungen darüber zu führen, daß Zahnersatz und kieferorthopädische Leistungen wahlweise von den Zahnärzten direkt mit den Patienten abge-

rechnet werden können. Mit nur einer Stimme Mehrheit wurde der Antrag des Vorstands abgelehnt, daß künftig für Zahnersatz und Kieferorthopädie nur noch das direkte Vertragsverhältnis zwischen Arzt und Patient gefordert wird. Der Ausstieg aus dem Sachleistungsprinzip würde für die Patienten bedeuten, daß sie zunächst gegenüber dem Zahnarzt in Vorleistung treten und von der Krankenkasse deren Kostenanteil wieder einfordern müssen.

Anders, schneller, schlechter

dg 2/89: „Leere Kassen. Wie geht's weiter mit der AOK?“

Ihr habt für den Februar ein Heft gemacht, das mir von der Themenauswahl wieder einmal richtig gut gefallen hat. Vielen Dank. Als Uralt-Abonnent möchte ich mich mit einem Leserbrief zu dem Artikel „Leere Kasse – Wie geht's weiter mit der AOK?“ beteiligen.

Ich arbeite als Assistenzarzt der Chirurgie im Kreis Kleve und habe täglich mit einer der armen „AOKs“ zu tun. Für jedes Krankheitsbild wird uns von der AOK eine bestimmte Zahl von Liegetagen zugebilligt. So darf eine Appendicitis zum Beispiel einschließlich OP-Tag sieben Tage dauern. Liegt der Patient länger im Krankenhaus, so ist dies der AOK gegenüber schriftlich zu begründen.

Nach einer Appendektomie reicht die zugebilligte Liegezeit fast immer aus. Bei schweren und komplexeren Diagnosen und Therapien werden Liegetage scheinbar nach Gutdünken verteilt. Da gab es schon drei (!) Tage für eine Rektumresektion... Nach anfänglichem wieherndem Gelächter muß der Stationsarzt dann begründen, was in diesem Fall zum Glück nicht schwer fällt.

Weitaus problematischer sind zum Beispiel Extremitätenrehabilitationsversuche bei diabetischer Angiopathie mit sparsamer Resektion und intraarterieller Gefäßerweiternder Injektionstherapie. Das dauert viele Wochen. Und gäbe es nicht seit kurzem eine verständigere Vertrauensärztin der AOK, so wäre abzusehen, daß AOK-Patienten anders, das heißt „schneller“ und somit schlechter behandelt werden als Patienten anderer Krankenkassen. Sicherlich ist es richtig, daß Krankenkassen auf die Zahl der Liegetage achten. Das darf jedoch nicht zur Einflußnahme auf Therapieverfahren führen.

Meinen Kollegen und mir stellt sich die Frage, ob die Zahl der Liegetage, die die AOKs zubilligen, in Deutschland identisch ist? Und was passiert, wenn wir Patienten früher entlassen als allgemein üblich? Werden uns dann in ein paar Jahren die zugebilligten Liegetage für ein Krankheitsbild zusammengezogen, weil's manchmal schneller geht?

CHRISTIAN FÜLLERS
Emmerich

AiP: Stellen fehlen

Die Bundesanstalt für Arbeit in Nürnberg hat jetzt Zahlen über arbeitssuchende Ärztinnen und Ärzte im Praktikum veröffentlicht. Danach waren Ende Dezember noch 1711 Absolventen des Medizinstudiums arbeitssuchend gemeldet. Insgesamt hatten bis zu diesem Zeitpunkt etwa 4000 Studentinnen und Studenten ihr Studium abgeschlossen. Demnach hätten mehr als 40 Prozent von ihnen keine Stelle gefunden.

Schweiz: Höhere Kassenbeiträge für Frauen

In der Schweiz müssen Frauen nach wie vor höhere Krankenkassenprämien bezahlen als Männer. Ein Antrag, diese Ungleichbehandlung abzuschaffen, wurde vom Schweizer Nationalrat mit knapper Mehrheit abgelehnt. Während der Debatte im Nationalrat wurde als Argument für die Beibehaltung der unterschiedlichen Einstufung von Frauen und Männern in der Krankenversicherung die höheren Krankenpflegekosten der Frauen angeführt. Susanne Leutenegger Oberholzer, Nationalrätin der Grünen Baselland, erklärte dazu in der Zeitschrift „Soziale Medizin“, daß das Geschlecht „eine völlig absurde Risikokategorie“ sei. Außerdem würde eine Einstufung nach Risiken dem Solidarprinzip der Krankenversicherung widersprechen.

Gesundheits- pflicht

yn – Arbeitsunfähig erkrankte Mitarbeiter sieht die Stadt Frankfurt nicht gerne. Abhilfe soll der Zwang zur gesunden Lebensführung schaffen.

Unternehmer sehen kranke Mitarbeiter nicht gerne. Da macht die Stadt Frankfurt keine Ausnahme. Und die Ursachen für die Erkrankungen der Beschäftigten sind – da haben die Verfechter der Prävention durch Verhaltensänderung ganze Arbeit geleistet – im vorliegenden Fall für das Personal- und Organisationsamt der Stadt Frankfurt schon ausgemacht. So heißt es in einem Einschreiben an einen 56jährigen Feuerwehrmann, der seit dem 25. November 1987 ununterbrochen arbeitsunfähig erkrankt ist, daß laut Gutachten des Stadtgesundheitsamts „eine Wiederherstellung Ihrer vollen Dienstfähigkeit innerhalb von zwei Jahren unter entsprechender Lebensführung“ für möglich erachtet wird.

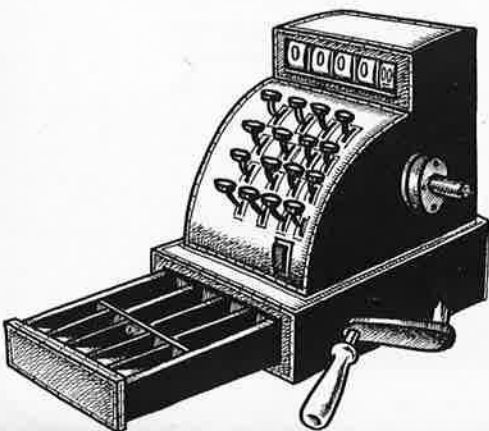
So einfach ist das also: Mit entsprechender Lebensführung läßt sich die Arbeitskraft wieder voll herstellen, und, das ist der

Zunahme der Asbest- Erkrankungen

Die Zahl der durch die Arbeit mit Asbest erkrankten Beschäftigten ist im Jahr 1987 rapide angestiegen. Dies geht aus dem Unfallverhütungsbericht vor, der vom Bundesarbeitsministerium dem Bundestag vorgelegt wurde. Danach wurden 1987 1664 Verdachtsanzeigen wegen asbestbedingter Berufserkrankung verzeichnet, eine Steigerung von 25 Prozent gegenüber dem Vorjahr. Von den erstmals entschädigten tödlichen Berufserkrankungen (275) waren mehr als die Hälfte, nämlich 153, auf die Einwirkung von Asbest zurückzuführen. Es sei auch in den nächsten Jahren mit einem weiteren Anstieg dieser Erkrankungen zu rechnen, teilte das Ministerium mit.

Tschernobyl: Hohe Belastung in den Alpen

In den bayerischen und österreichischen Alpen besteht an einigen Stellen ein besonders hohes Strahlenrisiko. Wie die Gesellschaft für Strahlen- und Umweltforschung in Neuherberg mitteilte, sei in Mulden und Tälern der Boden teilweise hoch mit Cäsium belastet. Zu diesem Ergebnis war auch das Ökologie-Institut in Wien gekommen. Als Höchstwert hatte es in den österreichischen Alpen mehr als 148 000 Becquerel Cäsium-137 pro Quadratmeter Bodenfläche gefunden. Nach Angaben des „Strahlentext“ betrage dort die Cäsium-Gesamtaktivität, einschließlich Cäsium-134, mehr als 180 000 Becquerel pro Quadratmeter.



zweite Schluß, der aus dieser Annahme des Gesundheitsamts gezogen werden kann, bei entsprechendem Verhalten wäre der Beschäftigte erst gar nicht arbeitsunfähig geworden. Doch großzügig wie die Stadt Frankfurt ist, sieht sie darüber hinweg. Aber jetzt muß Schluß sein mit dem unsoliden Lebenswandel, meint das Personalamt und schreibt: „Wir machen Sie darauf aufmerksam, daß Sie aufgrund der Ihnen als Beamter obliegenden Treuepflicht und der Pflicht zur vollen Hingabe an den Beruf gehalten sind, Ihrem Dienstherrn Ihre ganze Arbeitskraft zur Verfügung zu stellen und demgemäß auch Ihre Arbeitskraft voll zu erhalten. Diese Gesunderhaltungspflicht beinhaltet darüber hinaus, die eingeschränkte oder verlorengegangene Arbeitskraft wiederherzustellen.“

Die „Fürsorge“ der Behörde aber geht über solch allgemeine Unverschämtheiten hinaus. Dem Feuerwehrmann, der wohl selbst das größte Interesse daran hat, gesund zu werden, werden nicht etwa Empfehlungen mitgeteilt. Nein, „nicht zuletzt auch in Ihrem eigenen Interesse“, so das Schreiben der Stadt, wird er aufgefordert, ab sofort die Lebensweise „gesundheitsorientiert“ auszurichten und insbesondere „vollkommen auf Alkohol und Nikotin zu verzichten sowie Ihr Gewicht bis Ende des Jahres 1989 auf das Normalgewicht zu reduzieren“.

Wer meint, damit wäre es genug der Menschenverachtung gegenüber einem 56jährigen Beschäftigten, dessen Leberleiden zudem nicht etwa auf Alkoholabusus, sondern auf eine im Dienst erfolgte Nitrose-Gas-Vergiftung zurückzuführen ist, hat sich getäuscht. Denn mit der Forderung ist es nicht getan: „Im Benehmen mit der Amtsärztin werden Sie in dreimonatigen Abständen dem Stadtgesundheitsamt zwecks Verlaufskontrolle vorgestellt“, heißt es im Schreiben der Stadt, und es werden bei Zuwiderhandlung gegen die Auflagen disziplinarrechtliche Maßnahmen angedroht.

Schlimm genug, daß die Stadt Frankfurt um jeden Preis die Zahlung einer Erwerbsunfähigkeitsrente vermeiden will, schlimm auch, daß sie auf der einen Seite Verhaltensänderungen einfordert, selbst aber wegen der dünnen Personaldecke den häufigen Ausfall von Sport für die Feuerwehrbeamten in Kauf nimmt und damit nur ein geringes Bemühen um deren Gesundheit zeigt. Erschreckend aber ist vor allem der Geist, der hinter einem solchen Schreiben steht. Sein Verfasser täte gut daran, sich mit der jüngeren Geschichte zu beschäftigen. Schon einmal war die Gesundheitspflicht oberstes Gebot gewesen. Die Konsequenz allerdings war damals weitreichender: Die Vernichtung der Kranken.



Foto: Brenner

Protest gegen Biblis

Gegen die geplante Wiederinbetriebnahme des Kernkraftwerks Biblis haben Ende Januar etwa 200 Teilnehmer aus verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens demonstriert. Auf der Kundgebung machte Winfried Beck, Vorsitzender des Vereins Demokratischer Ärztinnen und Ärzte, auf die Gefahren eines Unfalls in Biblis aufmerksam. Bei einem mit Tschernobyl vergleichbaren Unfall sei ein Gebiet von 5000 Quadratkilometern einen Monat lang mit einer Dosis von 2 rem verseucht, das zehnfache der in den USA erlaubten Dosis. Von Experten werde behauptet, so Beck, die Eintrittswahrscheinlichkeit einer Kernschmelze liege bei 1 zu 1 Billion. Insbesondere für Biblis seien solche Schätzungen unseriös, da es in unmittelbarer Nähe einer Tiefflugzone liege. Weder Block A noch Block B seien gegen den Absturz von Militärmaschinen abgesichert. Nach heutigen Genehmigungskriterien müsse die Wandstärke der Reaktorkuppeln 180 bis 200 cm betragen, tatsächlich messe die Decke von Block A nur 60 cm, die von Block B nur 100 cm.

Die von den Behörden demonstrierte Fürsorge, zum Beispiel die Angabe von Evakuierungsrouten, wird vom VDÄÄ als bloße Beschwichtigung bewertet. „Der Minister für Reaktorsicherheit Weimar, die Betreiberfirma RWE ... können keine 160 Kilometer-Zone evakuieren, keine circa 2,5 Millionen Menschen innerhalb weniger Stunden und Tage in andere Regionen verbringen“, erklärte Beck. Da der größte anzunehmende Unfall auch in Biblis jederzeit möglich sei und in diesem Falle keine Hilfe möglich wäre, dürfe Biblis nicht wieder eingeschaltet werden.

Anfang Februar erklärte Kraftwerksdirektor Klaus Distler, daß beide Blöcke wieder in Betrieb genommen worden seien.

Pflegenotstand: Nix da

Wer verantwortet eigentlich den Pflegenotstand? Die Politiker? Die Krankenkassen? Die Träger? Bettina Kolmar hat auf der Suche nach einem Arbeitsplatz auch noch andere gefunden, die sich an die eigene Nase fassen dürfen.

Ich bin Krankenschwester, Mutter einer dreijährigen Tochter und zur Zeit Teilzeitbeschäftigte in einem Büro. Während meiner Abwesenheit wird meine Tochter von einer Tagesmutter versorgt, die die Hälfte meines Lohns kostet. Wäre ich den ganzen Tag weg, würde genau ein Drittel meines Lohns übrigbleiben.

Die Arbeit im Büro macht mir keinen Spaß, und da jetzt so viel von Pflegenotstand geredet wird, sah ich für mich eine Chance, meiner jetzigen Arbeitssituation ein Ende zu machen und als Teilzeitkrankenschwester in den stationären Bereich zurückzukehren. Ich dachte, wenn Krankenschwestern fehlen und bekannt ist, daß viele wegen der Kinder zu Hause bleiben, daß die Kran-

kenhausverwaltungen vielleicht einmal auf die Idee kommen könnten, ein anderes Arbeitszeitsystem und Kinderbetreuungsplätze zu organisieren.

Also rief ich guten Mutes bei verschiedenen Krankenhäusern an und fragte, ob ich in Teilzeit dort arbeiten könne. Nix da. Auf meine Frage, ob man denn vom Pflegenotstand nicht betroffen sei, nur betretenes Schweigen. Einige Tage später hörte ich von einem Arzt, daß aus Kostengründen unbesetzte Stellen solange unbesetzt blieben, wie Krankenschwestern diesen Personalzustand mittragen. Was haben die nur davon? Gibt es höheres Gehalt dafür, wenn man den bundesdeutschen Gesundheitspolitikern den Rücken stärkt und den eigenen krumm macht?

Suchttherapie: Männerorientiert

Mehr frauenspezifische Therapieformen hat die Münchner Suchthilfe-Organisation Daytop gefordert. Obwohl die Zahl der suchtkranken Frauen in der Bundesrepublik ständig ansteige, seien die gängigen Therapien immer noch vorwiegend auf Männer zugeschnitten, kritisierte Dr. Hans Ulrich Gresch, Psychologe bei Daytop, das bestehende Therapieangebot. Bei den klassischen psychotherapeutischen Verfahren finde sich auch heute noch keines, das sich mit weiblichen Problemen auseinandersetze, so Gresch.



Zukunftsmusik Kongreß Gesundheits- förderung in Berlin vom 28. bis 30. April 1989

Als 1980 ein Deutscher Ärztetag in Berlin tagte, trafen sich 10 000 Gesundheitsarbeiter und -bewegte zum Gegenkongreß, dem ersten Gesundheits-tag. Dieses Jahr findet wieder ein Deutscher Ärztetag in Berlin statt. Und im Vorfeld gibt es wieder ein großes Treffen: Vom 28. bis 30. April findet der erste nationale Kongreß zur Gesundheitsförderung statt.

Die von der WHO propagierte Gesundheitsförderung meint unter anderem eine Verbesserung der Gesundheitskompetenz der Bürger, eine gesundheitsgerechte Gestaltung der Lebensbedingungen und entsprechende Umorientierungen des institutionalisierten Gesundheitswesens.

Der Begriff Gesundheitsförderung soll nicht zum Inhalt von Sonntagsreden werden und dabei gesellschaftliche Widersprüche zukleistern. Wir sehen eine Chance, die neue Orientierung in der Gesundheitspolitik

aktiv zu beeinflussen. Daher veranstalten wir den Kongreß in Berlin.

Die seit 1987 von der Fraktion Gesundheit regierte Ärztekammer Berlin konnte als Mitveranstalter die Berliner Betriebskrankenkassen gewinnen. Gesundheitsförderung als richtungsweisende Veränderung braucht Kooperation.

Der Kongreß behandelt Konzepte zur praktischen Umsetzung im Betrieb, in der Gemeinde und im Gesundheitswesen. Referenten aus den USA und anderen Ländern erläutern Grundlagen einer New Public Health Policy. Neben größeren Veranstaltungen gibt es ein reichhaltiges Arbeitsgruppen-Angebot: Es treffen sich einzelne Berufe (Kassenärzte, Pflegepersonal, Sozialarbeiter, Zahnärzte zum Beispiel) zum Gedankenaustausch. Und auch intersektorale Strategien wie Health Cities, DHP, betriebliche Präventionsprojekte sowie Konzepte für spezielle Zielgruppen (alte Menschen, chronisch Kranke und andere) werden vorgestellt und diskutiert. Nicht zu kurz kommen soll auch die Kultur und das abendliche Treffen bei Essen und Trinken.

Das Programm kann angefordert werden beim Kongreßbüro, Landesverband der BKK, Potsdamer Str. 58, 1000 Berlin 30, Tel. (030) 2 62 70 91.

Thomas Elkeles
Ellis Huber

Sicherheitsrisiko durch genmanipulierte Bakterien

Die bisherigen Sicherheitskonzepte wie die der Zentralen Kommission für die Biologische Sicherheit in der Bundesrepublik beurteilen das Risiko von Genexperimenten nach den Eigenschaften der Ausgangsmaterialien. Eine Versuchsreihe von schwedischen Wissenschaftlern hat nun ergeben, daß diese Sicherheitsmaßstäbe nicht ausreichen. Bei ihren Versuchen mit dem Erreger *Yersinia pseudotuberculosis*, bei denen sie die Produktion der beiden Eiweiße gentechnisch verhinderten, die den Bakterien den Zellkontakt ermöglichen, hätten die Wissenschaftler eine Veränderung der Pathogenität festgestellt, berichtet die „Zahnarzt Woche“. Bei den Erregern, die die Eiweiße nicht mehr ausbilden konnten, sei für den sogenannten LD-50-Versuch, bei dem die Dosis ermittelt wird, die die Hälfte der Versuchstiere tötet, die Dosis um etwa das tausendfache geringer gewesen als bei unveränderten Bakterien. Als Konsequenz dieser Ergebnisse stellt die „Zahnarzt Woche“ fest, daß es nicht gerade wahrscheinlich sei, „daß sich die Effekte dieser oder ähnlicher gentechnischer Manipulationen in ihrer Gefährlichkeit hinreichend abschätzen lassen“.

Saarland: Methadon- Projekt

Noch in diesem Jahr will die Saarländische Landesregierung einen Modellversuch zur Behandlung von Drogenabhängigen mit dem Ersatzstoff Methadon starten. Dies teilte die Landesregierung am 6. Februar in einer Antwort auf eine parlamentarische Anfrage der CDU mit. In das Programm aufgenommen werden sollen etwa 10 bis 20 Heroinabhängige, die mindestens 22 Jahre alt sein müssen und einen Verzicht auf andere Drogen erklären müssen. Verpflichtend sei auch die Teilnahme an einem psychosozialen Begleitprogramm.

Urteil im Frank- furter „Euthana- sieprozeß“

Der Bundesgerichtshof (BGH) in Karlsruhe hat die beiden Ärzte Dr. Aquilin Ullrich und Dr. Heinrich Bunke wegen Beihilfe zum Mord an Tausenden von psychisch Kranken während der NS-Zeit zu jeweils drei Jahren Freiheitsentzug verurteilt. Die Vorinstanz, das Landgericht Frankfurt, über deren Verhandlung dg 1987 berichtete, hatte die beiden Ärzte zu einer vierjährigen Haftstrafe verurteilt. Der BGH minderte die Strafhöhe, da er die beiden Ärzte in 2340 beziehungsweise 9200 Fällen der Beihilfe zum Mord für überführt ansah, die Vorinstanz aber von einer Beteiligung bei 4500 beziehungsweise 11000 Morden ausgegangen war. Um das Verfahren, das seit mehr als 28 Jahren läuft, „endlich abzuschließen“, habe der BGH von sich aus die Strafen neu festgesetzt. Der dreijährige Freiheitsentzug entspricht der gesetzlichen Mindeststrafe. Ungewiß ist, ob die beiden Verurteilten überhaupt die Strafe antreten müssen.



Tschernobyl: Wildes Strahlen

Produkt	Cs in bq/kg
Schwein, Hessen	< 3
Schwein, Norddeutschland	< 3
Rind, Süddeutschland	7
Rind, Westfalen	6
Rind, Norddeutschland	18
Geflügel, BRD	< 3
Wildente, BRD	55
Lamm, Neuseeland	< 3
Lamm, Norddeutschland	6
Lamm, Südbayern	20
Hirschgulasch, Norddeutschland	43
Wildschwein, Weserbergland	53
Reh, Ostwestfalen	235
Reh, Süddeutschland	3194
Rentier, Schweden	240
Hecht, Einfeld der See	48
Hecht, Plöner See	110
Hecht, Bayern	250
Karpfen, Hessen	3
Karpfen, Westfalen	6
Forelle, Hessen	6
Scholle, Ostsee	6
Rotbarsch, Nordsee	3
Gemüse aus der BRD	< 3 – 4

Einschätzung der Strahlenbelastung

Bis zu 10 bq/kg strahlenarm
10–30 bq/kg nicht für Schwangere, Stillende und Kleinkinder geeignet
30–100 bq stark belastet, nur gelegentlicher Verzehr

Quelle: Die Verbraucher-Initiative, Breitestraße 51, 5300 Bonn 1



Foto: Döhrn

KV-Berlin: Bundeszuschuß für AOK gefordert

Einen Bundeszuschuß für die Berliner AOK hat der Vorsitzende der Berliner Kassenärztlichen Vereinigung (KV), Manfred Richter-Reichhelm, gefordert. Hintergrund der Forderung ist der Punktwertverfall der RVO-Kassen, der, so die KV, immer mehr Berliner Praxen in finanzielle Nöte bringe. Bis 1981 war nach dem Krankenkassenausgleichsgesetz ein Bundeszuschuß gezahlt worden, der nach Angaben des KV-Geschäftsführers Gerd von Essen zwischen 5 und 15 Prozent der gesamten Einnahmen der Kassen ausgemacht habe.

Informationen aus der Türkei

Um Ärzten und Pflegepersonal das Verständnis für türkische Patientinnen und Patienten zu erleichtern, hat die Universität Essen jetzt erstmals einen Pressespiegel aus türkischen Zeitschriften zu gesundheitlichen Themen zusammengestellt. Der „Derman“ soll künftig alle zwei Monate erscheinen. Die Initiatorin des Projekts, Dr. Rosemarie Neumann, erklärte, daß gerade Beiträge aus dem Heimatland der Patienten eine notwendige Information seien, um deren Verhaltensweisen zu verstehen und die Behandlung gezielt angehen zu können. Interessenten können den „Derman“ beziehen über die Universität Essen, Fachbereich III, Dr. Rosemarie Neumann, Universitätsstraße 12, 4300 Essen, Tel. (02 01) 1 83 30 23.

VDS-Fachtagung: Präparate- sammlungen überprüfen

Auf ihrer Sitzung in Heidelberg hat die VDS-Fachtagung Medizin, der bundesweite Zusammenschluß der Medizinfachschaften, die Einsetzung von unabhängigen Kontrollkommissionen für alle Institute und Kliniken mit medizinischen Präparatesammlungen gefordert. Aufgabe der Kommissionen, die sich aus Historikern, Medizinern und Institutsangehörigen zusammensetzen sollen, sei die Sichtung der Sammlungen und Archive nach Präparaten, die von ermordeten Opfern des Nationalsozialismus für die Universitäten „gewonnen“ worden seien. Darüber hinaus forderten die Studentinnen und Studenten, daß die Verflechtung der einzelnen Institute mit dem Nationalsozialismus dokumentiert werden solle. Nachgedacht werden müsse darüber, wie die Medizingeschichte über die NS-Zeit in die Lehre zu integrieren sei. Hintergrund dieser Forderungen seien Funde an den anatomischen Instituten in Heidelberg und Tübingen, wo zahlreiche Sammlungs- und Demonstrationsstücke aus ermordeten Gegnern des NS-Regimes bestünden, erklärte die VDS-Fachtagung.

Krankenpflege: Termin für Tarifverhandlungen

In einem Gespräch mit den Arbeitgebern von Bund, Ländern und Gemeinden am 26. Januar hat die Gewerkschaft ÖTV für den 28. Februar den Beginn von Tarifverhandlungen über die Arbeitsbedingungen der Angestellten in der Kranken- und Altenpflege vereinbart. Zur Sprache kommen sollen dabei auch Manteltariffragen. Dies erklärte auf Anfrage Wolfgang Scheiter vom Tarifsekretariat des ÖTV-Hauptvorstandes.

Sinn? Geschäftssinn!

Da schickt der Gienger-Verlag ein Schreiben an die Krankenhäuser, in dem sie aufgefordert werden, ihren Endoprothesen-Patienten „unbedingt“ einen Paß mitzugeben. Denn, so der Verlag, Endoprothesenpässe würden von Kontrollbeamten auf Flughäfen begrüßt und würden Schrittmacherpatienten wie Trägern eines künstlichen Hüftgelenks lästige Kontrollen ersparen. Und das Krankenhaus hat auch noch etwas davon: „Ab 500 Exemplaren ist der Eindruck Ihres Hauses kostenlos.“

Daß ein Endoprothesenpaß einen Patienten von der Kontrolle auf einem Flughafen befreit, wollten wir nicht so recht glauben. Wir haben uns an das Landeskriminalamt in Düsseldorf und an den Dienstgruppenleiter der Sicherheitsüberprüfung des dortigen Flughafens gewandt.

Dort hat man nur gelacht. Was wäre eine Sicherheitsüberprüfung, wenn man ihr durch das bloße Vorweisen eines Ausweises entgehen könnte, stellte man uns die rhetorische Frage, schließlich könne sich jedermann einen solchen Ausweis beschaffen.

Einhellige Auskunft war, daß ein Fluggast beim Ansprechen eines Metalldetektors im Zweifelsfall eine entsprechende OP-Narbe vorzuweisen habe.

Und das macht Sinn. Das Schreiben des Gienger-Verlags hingegen zeugt nur von Geschäftssinn.

Christian Füllers

Endoprothesen-Paß

Operationslag: _____

Gelenk: _____

Diagnose: _____

(Name) _____

(Vorname) _____

(Geburtsdatum) _____

(Straße) _____

(PLZ, Wohnort) _____

Klinik _____

Noch ein Wort zur Belastbarkeit Ihrer Endoprothese:

Vermeiden Sie im Interesse einer langen Lebensdauer der Endoprothese sportliche Belastungen. Fragen Sie Ihren Arzt, von welchen Belastungen Sie raten werden muß und welche Belastungen Sie unbedingt weiter durchführen dürfen. Vermeiden Sie eine übermäßige Gewichtszunahme, da der mechanische Verschleiß auch vom Körpergewicht abhängt.

Ein künstliches Gelenk verfügt im Gegensatz zu körpereigenem Gewebe über keine Infektionsabwehr. Sie sollten deshalb bei Auftreten von Infektionskrankheiten (wie z.B. Nierenbeckenentzündungen, Furunkel usw.) sofort Ihren Arzt aufsuchen, damit eine entsprechende Behandlung erfolgen kann.

Falls Sie noch weitere Fragen haben: Zögern Sie nicht, mit Ihrem Arzt zu sprechen! Er ist mit den möglichen Problemen bestens vertraut und wird Ihnen helfen, die Vorteile Ihrer Endoprothese so lange wie möglich zu nutzen.

Der Inhaber dieses Endoprothesen-Passes hat ein künstliches Gelenk, das teilweise aus Metall besteht. Metalldetektoren können evtl. ansprechen.

The owner of this certification has an artificial joint partly consisting of metal. Detectors may emit sounds.

Le possesseur de cette carte pour porteurs de prothèses a une articulation artificielle comportant des parties en métal. Les détecteurs de métal peuvent éventuellement être déclenchés.

1. 3. Darmstadt

Das neue Krankenversicherungsrecht und die Absicherung der Pflegebedürftigkeit
Kontakt: Abteilung Fort- und Weiterbildung Elisabethenstift, Stiftstraße 14, 6100 Darmstadt, Tel. (061 51) 40 33 48.

1. 3. Frankfurt

Seminar: Rückenschonende Arbeitsweise
Kontakt: FZBA der Arbeiterwohlfahrt, Gutleutstraße 319, 6000 Frankfurt/M. 1, Tel. (069) 27 10 60.

1. – 3. 3. Bremen

Informations- und Kommunikationstechnologien im Sozial- und Gesundheitswesen. EDV in der Verwaltung und zur Unterstützung der fachlichen Arbeit
Kontakt: Bremer Volkshochschule/SozTec 89, Schachhauser Heerstraße 67, 2800 Bremen 1.

2. 3. Recklinghausen

Fachtagung: „Bildschirmarbeit – Sichere Arbeitsplätze?“
Kontakt: RKW Nordrhein-Westfalen, Weiterbildung/ZPT, z. Hd. Herrn Flocken, Sohnstraße 70, 4000 Düsseldorf 1, Tel. (02 11) 680 01 30.

2. – 4. 3. Ulm

Fachseminar: „Sexueller Mißbrauch behinderter Menschen“
Kontakt: Gesellschaft für Sexualerziehung und Sexualmedizin Baden-Württemberg e.V., Herr Künstler, L1,1 (Staatliches Gesundheitsamt), 6800 Mannheim.

6. – 7. 3. Nürnberg

Tagung: Subsidiarität heute: Das Verhältnis zwischen öffentlichen und freien Trägern der sozialen Arbeit
Kontakt: Institut für soziale und kulturelle Arbeit, Untere Krämergasse 3, 8500 Nürnberg 1, Tel. (09 11) 22 78 99.

6. – 10. 3. Hamburg

Bildungsurlaubsseminar: Krankenpflege im Nationalsozialismus III
Kontakt: Berufsfortbildungswerk des DGB, Billhorner Deich 94, 2000 Hamburg 28, Tel. (040) 7 88 52 25/44.

6. – 10. 3. Karlsruhe

Fortbildungskurs für pflegerische Mitarbeiter in Sozialstationen, Krankenhaus und Altenpflegestation: „Schwerkranken und Sterbende begleiten“
Kontakt: Evangelisches Fachseminar Karlsruhe-Rüppurr, Diakonissenstraße 28, 7500 Karlsruhe-Rüppurr, Tel. (07 21) 8 89 26 63.

6. – 10. 3. Darmstadt

Psychisch krank im Alter: Wie begegne ich suchtgefährdeten Menschen
Kontakt: Abteilung Fort- und Weiterbildung Elisabethenstift, Stiftstraße 14, 6100 Darmstadt, Tel. (061 51) 40 33 48.

8. – 9. 3. Frankfurt

Seminar: Psychopharmaka im Alter
Kontakt: FZBA der Arbeiterwohlfahrt, Gutleutstraße 319, 6000 Frankfurt/M. 1, Tel. (069) 27 10 60.

8. – 10. 3. Mannheim

5. Deutscher MTA-Kongreß
Kontakt: Deutscher Verband Technischer Assistenten in der Medizin e. V., Rüttenscheider Straße 158, 4300 Essen 1.

8. – 10. 3. Frankfurt

Seminar zur Gentechnologie: Auswirkungen auf die Lebensbewältigung behinderter und chronisch kranker Menschen – ethische, pragmatische und soziale Fragen
Kontakt: Fortbildungswerk des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbandes, Wilhelm-Polligkeit-Institut, Heinrich-Hoffmann-Str. 3, 6000 Frankfurt 71.

10. – 12. 3. Bad Boll

Tagung: „Den Kindern eine Zukunft lassen. Belastete Umwelt – Kranke Kinder. Politische Verantwortung von Eltern, Lehrern und Erziehern“
Kontakt: Evangelische Akademie Bad Boll, 7325 Bad Boll, Tel. (071 64) 791.

11. – 12. 3. Kiel

Arbeitskreis Frauen und kritische Psychologie
Kontakt: Lisa Schneider, Gneisenaustraße 12, 2300 Kiel 1.

12. – 19. 3. Paris

Internationaler Workshop der DGSP: Bestandsaufnahme der Sozialpsychiatrie in der Bundesrepublik und in Frankreich
Kontakt: Deutsche Gesellschaft für soziale Psychiatrie (DGSP), Stuppstraße 14, 5000 Köln 30, Tel. (02 21) 51 10 02.

13. – 15. 3. Bad Boll

Tagung: „Seelenpresse – Patientenzeitungen in der Bundesrepublik“
Kontakt: Evangelische Akademie Bad Boll, Akademieweg 11, 7325 Bad Boll, Tel. (071 64) 791.

16. – 18. 3. Essen

Seminar: Zeit sparen – aber wie? Arbeitsanfall, Zeit und persönliche Organisation
Bildungszentrum Essen des DBfK, Königgrätzstraße 12, 4300 Essen 1, Tel. (02 01) 28 55 99 oder 27 48 29.

18. – 21. 3. Frankfurt

Workshop: „Generationen – Die uns allen gemeinsame Geschichte in unserem persönlichen Leben“
Kontakt: GwG, Richard-Wagner-Straße 12, 5000 Köln 1, Tel. (02 21) 25 29 17.



Glotze

- | | | |
|--------|-------|--|
| 1. 3. | 15.30 | Frauengeschichten (1): „Mit dem Rollstuhl auf Achse“. Bericht über Renate Scharbert, die durch Kinderlähmung seit dem zweiten Lebensjahr auf den Rollstuhl angewiesen ist. Sie ist Gründerin des „Münchner Crüppel Cabarets“, über das der zweite Teil berichtet (ARD) |
| 2. 3. | 15.30 | Frauengeschichten (2) (ARD) |
| | 20.15 | Veto – Bürger erheben Einspruch (ARD) |
| | 21.00 | Gesundheitsmagazin Praxis (ZDF) |
| 3. 3. | 22.30 | Tod in Deutschland: Herzversagen (West 3) |
| 5. 3. | 23.35 | Politisches Feature: „Der genetische Fingerabdruck“. Gentechnologie im Dienste der Strafverfolgung (West 3) |
| 7. 3. | 17.45 | Video an, beim Landarzt meldet sich Corinna zurück (ZDF) |
| 9. 3. | 20.15 | Gesucht wird ... eine Blutspur – Reportage über den Handel mit Blut (ARD) |
| 11. 3. | 19.30 | Brisantes aus dem Schwarzwald: Im Glottertal gehts um Nierenspenden (ZDF) |
| 18. 3. | 15.45 | Gesundheit! Medizin im Ersten (ARD) |
| 19. 3. | 17.30 | Bilder aus der Wissenschaft (ARD) |
| 22. 3. | 22.10 | Tod und Auferstehung, vier Folgen, jeweils Mittwochs um die gleiche Zeit (ZDF) |
| 25. 3. | 19.30 | Traurig, traurig: Die letzte Folge der Schwarzwaldklinik behandelt eine „Hochzeit mit Hindernissen“ |

31.3.-2.4.

Münster

Treffen der Elterninitiative alkoholgeschädigter Kinder
Kontakt: Helga Thater, Prinzeß-Luise-Straße 50, 4330 Mülheim/Ruhr, Tel. (02 08) 42 94 26.

3.4.

Frankfurt

Beginn des ersten Weiterbildungslehrgangs zur/zum Fachkrankenschwester/-pfleger für Psychiatrie
Kontakt: Berufsbildungswerk des DGB, Gutleutstraße 169-171, 6000 Frankfurt/M. 1, Tel. (069) 23 50 91-95.

4.-6.4.

Karlsruhe

Seminar: „Kooperation der Pflegekräfte mit Angehörigen von Patienten in Krankenhaus und Altenheim“
Kontakt: Evangelisches Fachseminar Karlsruhe-Rüppurr, Diakonissenstraße 28, 7500 Karlsruhe-Rüppurr, Tel. (07 21) 8 89 26 63.

7.-9.4.

Bonn

Grundlagenseminar: Für die Dritte Welt noch gut genug. Das Geschäft der Pharma-Multis mit dem Export
Kontakt: BUKO-Pharma-Kampagne, August-Bebel-Straße 62, 4800 Bielefeld 1, Tel. (05 21) 6 05 50.

8.-9.4.

Kaufungen

Programmdiskussion für die Gründung des Vereins demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten
Kontakt: Volker Kluy, Grindelhof 19, 2000 Hamburg 13.

14.-16.4.

Loccum

Genom-Analyse an Arbeitnehmern: Schutz oder Auslese?
Kontakt: Evangelische Akademie Loccum, 3056 Rehburg-Loccum, Tel. (0 57 66) 810.

20.-21.4.

Düsseldorf

„Wirklichkeitsschock? Ein Seminar für neu examinierte Schwestern und Pfleger“
Kontakt: Kaiserswerther Seminare, Institut für Weiterbildung Diakoniewerk Kaiserswerth, Alte Landstraße 121, 4000 Düsseldorf 31, Tel. (02 11) 40 96 65 oder 4 09 25 92.

22.4.

Iserlohn

Ganztägiges Treffen für Psychiatrie-Betroffene: „Menschen am Rande der Psychiatrie“
Kontakt: Evangelische Akademie Iserlohn, Berliner Platz 12, 5860 Iserlohn.

28.-30.4.

Berlin

Gemeinsamer Kongreß des Landesverbandes der Betriebskrankenkassen und der Ärztekammer Berlin: „Zukunftsaufgabe Gesundheitsförderung“
Kontakt: Kongreßbüro Zukunftsaufgabe Gesundheitsförderung, Landesverband der Betriebskrankenkassen in Berlin, Sarah Schepper und Michael Stratmann, Potsdamer Straße 58, 1000 Berlin 30, Tel. (030) 2 62 70 91.

28.4.-1.5.

Hannover

7. Bürgerinitiativen Verkehrskongreß: „Ausstieg aus der Autogesellschaft“
Kontakt: AK Verkehr, Kirchstraße 4, 1000 Berlin 21, Tel. (030) 3 92 61 46 (Montag bis Freitag 11-16 Uhr).

2.-6.5.

Berlin

92. Deutscher Ärztetag
Kontakt: Bundesärztekammer, Lewin-Straße 1, 5000 Köln 41, Tel. (02 21) 4 00 41.

5.-7.5.

Hannover

Fachtagung Medizin der VDS. Themen unter anderem: Erarbeitung eines Studienreformmodells, Medizin im Nationalsozialismus
Kontakt: VDS-Fachtagungssekretariat Medizin, Deutschausstraße 2, 3550 Marburg, Tel. (06 4 21) 6 73 44.

6.5.

Oberhausen/ Philippsburg

Fachtagung: „Radioaktivität und Strahlenbelastung“
Kontakt: Bürgerinitiative Umweltschutz Philippsburg-Waghäusel e.V., c/o Werner Aust, Egerlandstraße 1, 6838 Reilingen, Tel. (06 2 05) 1 35 30.

8.-10.5.

Düsseldorf

Seminar: Frauen und Berufssarbeits. Zur beruflichen Identität von Frauen
Kontakt: Kaiserswerther Seminare, Institut für Weiterbildung Diakoniewerk Kaiserswerth, Alte Landstraße 121, 4000 Düsseldorf 31, Tel. (02 11) 40 96 65 oder 4 09 25 92.

12.-21.5.

Kassel

Supervisionskongreß zum Thema „Das Alltägliche in der Supervision, das Außergewöhnliche und der Werthimmel“
Kontakt: Norbert Lippenweiler, c/o GhH, Arnold-Bode-Straße 10, 3500 Kassel.

25.-27.5.

Bonn

Fachtagung zum Thema „Nahrungsmittel im Zwielicht“: Umweltbilanz, Welthandel, Konsumentenverhalten und Ernährungssicherung
Kontakt: Gustav-Stresemann-Institut, Frau Schäfers, Langer Grabenweg 68, 5300 Bonn 2, Tel. (02 28) 8 10 71 72.

9.-11.6.

Mainz

Gesundheitspolitischer Kongreß. Schwerpunkt: „Zusammenarbeit in der Medizin“. Anmeldungen für weitere AGs bis 15.3.
Kontakt: Organisationskomitee GPK, c/o Fachschaft Medizin Klinik, Langenbeckstraße 1, 6500 Mainz, Tel. (06 1 31) 17 25 37.

Kleinanzeigen: Preis pro Zeile

(25 Anschläge) 2,50 Mark.

Einsenden an:

dg-Redaktion, Kölnstraße 198, 5300 Bonn 1

Dipl.-Kfm., Krankenhausbetriebswirt, (30 J.) sucht neue, sinnvolle Aufgabe in z.B. alternativen Gesundheitseinrichtungen, Einrichtungen für Ganzheitsmedizin oder sonstigen Einrichtungen im Gesundheitswesen. Wer kann mit Tips, Adressen etc. (gegen Kostenersatzung) weiterhelfen?

Tel. (02 861) 6 10 95 oder unter Chiffre 010389 an dg-Redaktion, Kölnstraße 198, 5300 Bonn 1.

Sozialarbeiter/Sozialpädagoge, Betriebswirt

für die Rehaeinrichtung mit 17 Plätzen gesucht. Die therapeutischen Angebote sind Arbeitstherapie, Psychotherapie und Sozialtherapie. Erforderlich sind Kenntnisse in Sozialrecht, Betriebswirtschaft und EDV.

Bewerbungen bitte an: Die Rehaeinrichtung, Wildstraße 3, 7900 Ulm

Wir suchen für Gemeinschaftspraxis in Hamburg-St.Pauli eine **Ärztin** für Allgemeinmedizin.
Tel. (040) 31 55 93

Zu verschenken: Jahrgänge 79-88 der Blätter f. Deutsche u. Intern. Politik.
Tel. (02 241) 2 91 78

Krankengymnastik-Praxis in Bremen-Nord sucht zum 1.4./1.5.89 Krankengymnast/in.
Wir arbeiten im Team und haben Interesse an Mitarbeiter/innen, die mit Kindern arbeiten, bzw. eine Bobath-Ausbildung haben.
Tel. (04 21) 60 00 47

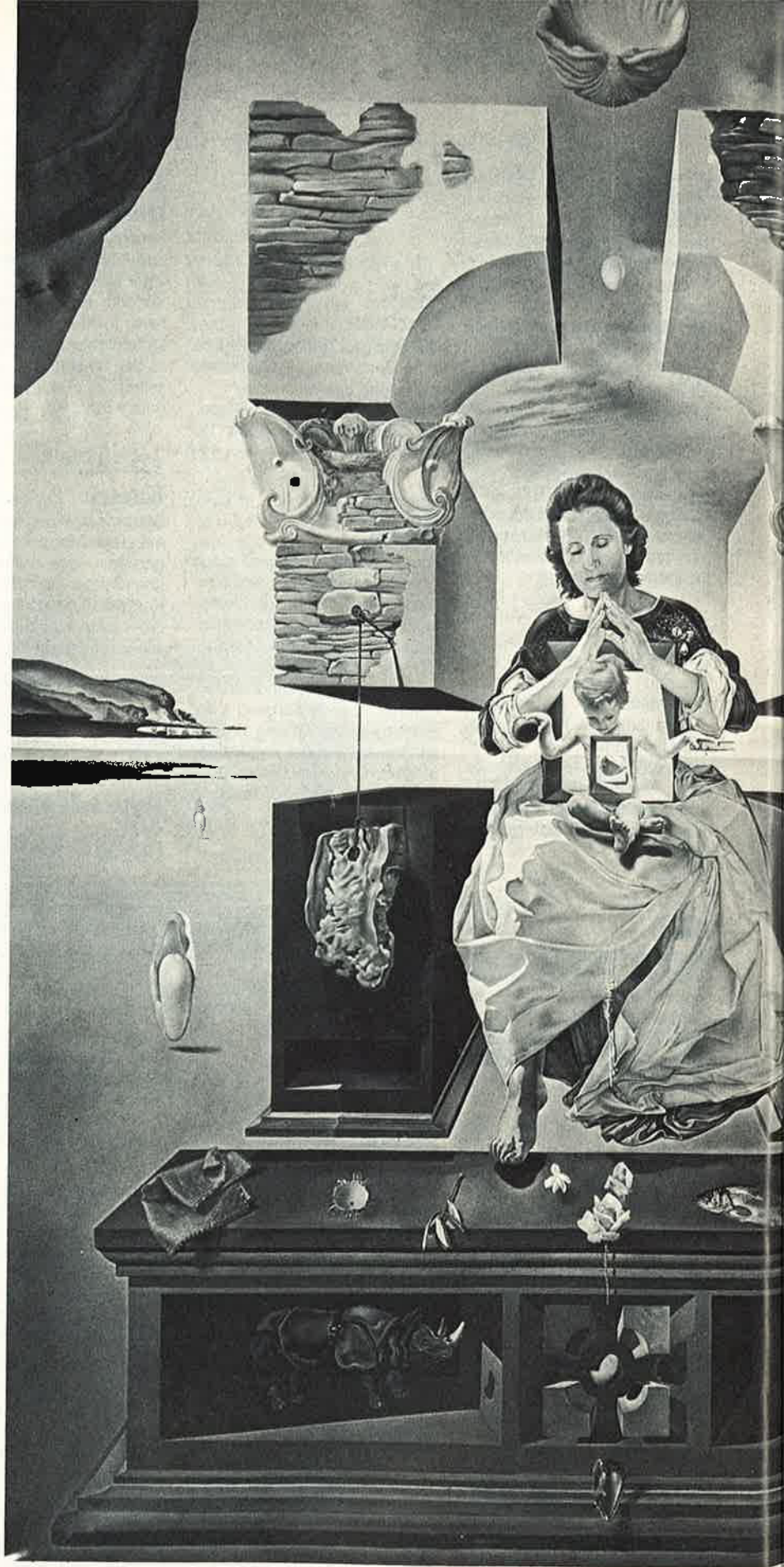
Ruhrgebiet:
Wer teilt sich mit mir KV-Notdienste?
Tel. (02 01) 35 78 26

Engagierte Logopädin, 34 J. (Examen Juli 89), sucht Stelle ab Sept./Okt. 89 in NRW.
Angebote an Christine Lücking, Kuhdamm 2, 3556 Weimar-Wolfshausen, Tel. (06 4 21) 7 81 31

Wer sich die Argumente der selbsternannten „Lebensschützer“ anhört, könnte meinen, daß es für Embryonen keinen gefährlicheren Ort gibt als den Mutterleib. Doch mit den suggestiven Bildern von Köpfchen, Händchen und Füßchen, die in allen Beschützungswünsche auslösen, werden die Probleme ungewollt schwangerer Frauen weggelogen.

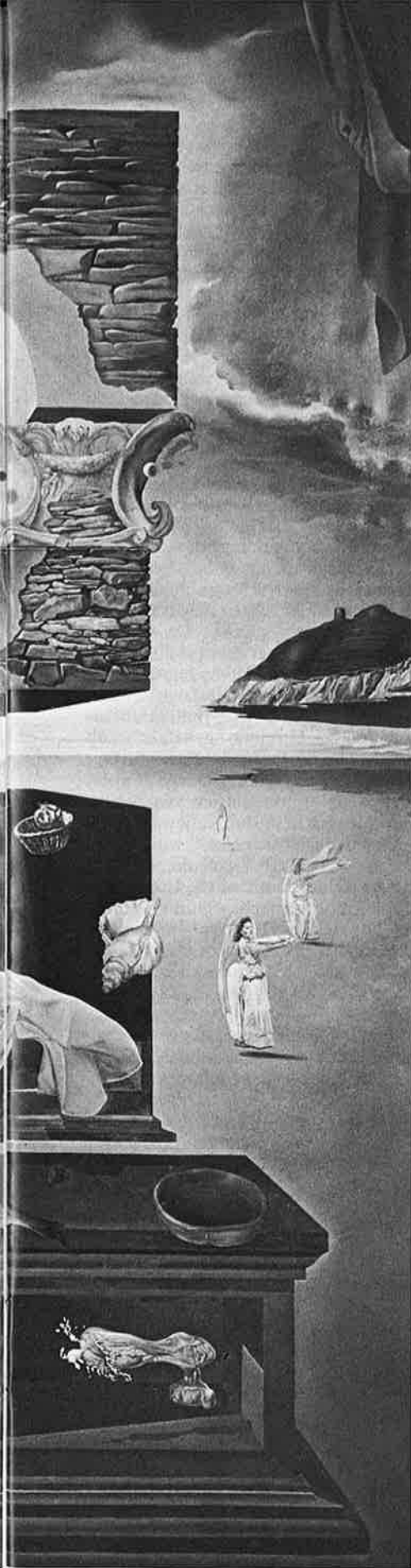
Das uneingeschränkte Recht auf Selbstbestimmung wird neuerdings auch von anderer Seite angegriffen: Von Behinderten, die warnen, daß die Abtreibung auch ein Mittel der Menschenzucht sein könnte. Von Frauen, die irritiert darüber sind, daß ihresgleichen die männlichen Maßstäbe der Leistungsfähigkeit und Fitness übernehmen, und deshalb die Qualität des Embryos abchecken lassen.

Ist der Paragraph 218 nötig für den Schutz des Embryos, fragt dg-Redakteurin Ursula Daalman



DIE MACHT DER

PARAGRAPH 218



Salvador Dalí: Die Madonna von Port Ligat

Ich war schockiert über die Bilder von den rührenden kleinen Embryonen, war entsetzt und von Zweifeln geplagt, als Franz Alt diese Bilder auf dem Bildschirm zeigte, verbunden mit der Unvereinbarkeitserklärung von Friedensbewegung und Befürwortung eines Schwangerschaftsabbruchs. Ich war empört, aber gleichzeitig auch verunsichert, als die hohen Herren der katholischen Kirche zum ersten Mal den Vergleich der Abtreibung mit den Massenmorden der Nationalsozialisten wagten...

Der Druck auf abtreibende Frauen, auf Ärztinnen und Ärzte, die daran mitwirken, hat ungeheuer zugenommen. Die Prozesse in Memmingen und die Verhöre von mehreren 100 Frauen in Rheinland-Pfalz sprechen davon Bände. Gleichzeitig entwickelt sich endlich Gegendruck. Kaum eine liberale Zeitschrift, in der nicht angewidert über die „Hexenprozesse“ berichtet wurde, selbst Boulevardblätter wie „Bild der Frau“ zeigen sich distanziert.

Gute Voraussetzungen, wie es scheint, daß sich ähnlich wie in den siebziger Jahren eine breite Bewegung gegen die Kriminalisierung abtreibender Frauen entwickelt. Tatsächlich wiederholt die Zeitschrift „stern“ mit großem öffentlichen Echo ihre fast schon legendäre Selbstbeziehungsaktion „Ich habe abgetrieben“, 1000 betroffene Frauen, Ärzte, die an einer Abtreibung mitgewirkt, und Männer, die an einer Abtreibung beteiligt waren, haben unterzeichnet. Mehr als 200 Ärztinnen und Ärzte unterschrieben eine Solidaritätserklärung des Vereins demokratischer Ärztinnen und Ärzte mit dem in Memmingen angeklagten Gynäkologen Dr. Theissen. Anfang Januar hatten mehrere Zeitschriften eine von 600 Personen unterzeichnete Anzeige veröffentlicht, die sich gegen die Strafverfolgung von Frauen wegen eines Schwangerschaftsabbruchs aussprachen.

Und doch ist es komplizierter geworden, Gegendruck zu entwickeln. Eine ▶

FALSCHEN BILDER

Reihe prominenter Grüner weigerte sich, diesen Anzeigentext, der von drei süddeutschen Frauenreferentinnen der eigenen Partei verfaßt wurde, zu unterzeichnen, da er nicht die Abschaffung des Paragraphen 218 fordert, und unterschrieben beim „stern“. Aus taktischen Gründen, wie eine der drei Frauenreferentinnen erklärte, habe man vorsichtshalber auf diese Forderung verzichtet. Es sei sonst zu befürchten gewesen, daß Sozialdemokratinnen und Gewerkschafterinnen sich nicht beteiligen würden.

Merkwürdigerweise ist die Befürchtung aber gar nicht begründet. Die Arbeitsgemeinschaft sozialdemokratischer Frauen etwa und die großen Gewerkschaften IG Metall, HBV, ÖTV und GEW haben sich längst der Forderung nach Streichung des Paragraphen 218 angeschlossen. Auch die Bundesfrauenkonferenz des DGB steht in dieser Reihe. Die Vermutung liegt da nahe, daß nicht so sehr taktische Überlegungen die Feder geführt haben könnten, als vielmehr die Befürchtung, latente Zweifel in den eigenen Reihen könnten zum Ausbruch kommen.

Im Frühjahr 1988 hatte es schon einmal kurz geknallt. Da erklärten vier Bundestagsabgeordnete der Grünen in einer Pressemitteilung: „Wer sich gegen die Vergewaltigung der Natur durch Gentechnik und andere industrielle Einflüsse wendet, wer sich für die Wiederherstellung natürlicher Vorgänge und Kreisläufe einsetzt, kann nicht gleichzeitig den gänzlich unnatürlichen Vorgang einer Abtreibung propagieren als Selbstbestimmungsrecht von Menschen gegen einen naturgemä-

Ben Vorgang.“ Die Wahrheit dürfe auch bei den Grünen nicht zur Sprache kommen, eine „Wertung der Abtreibung als Tötung“ würden „die sonst mutigen Kämpfer/innen für die Rechte der Frauen ängstlich meiden“, wetterten die vier Grünen Halo Saibold, Dora Flinner, Charlotte Garbe und Eckhard Stratmann. Nach kurzem Grabenkampf wand sich Stratmann öffentlich: „Die Pressemitteilung enthält Formulierungen, die Interpretationen hervorrufen, die in keiner Weise in meiner Absicht lagen.“

In den siebziger Jahren ging es hauptsächlich um die soziale Frage, um die Auswirkungen des Abtreibungsverbots auf Frauen, die nicht der Oberschicht angehörten. Der Tötungsvorwurf, den die Katholische Kirche aussprach, wurde vehement abgewehrt, nicht aber ernsthaft thematisiert. Laxe Formulierungen wie die von dem „himbeerähnlichen Zellklumpen“ oder der „gut entwickelten Kaulquappe“ leisteten da ähnlich groben Keilen wohl auch Vorschub, so wenn die CDU-Bundestagsabgeordnete Roswitha Verhülshof von Abtreibungen sprach, die „schnell mal zwischen Frühstück und Mittagessen abgewickelt werden können“.

Selbst Pro Familia brauchte bis 1987, die Selbstzweifel der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Gegenstand einer verbandsinternen Fortbildung machen zu können. „Es gibt den Widerspruch zwischen einer griffigen politischen Freiheitsrhetorik und – pathetisch formuliert – einer recht unreflektierten Gegnerschaft des Herzens“, wie Ger-

hard Amendt, Mitbegründer der Pro Familia Bremen, es in seinem 1988 erschienenen Buch „Die bestrafte Abtreibung – Argumente zum Tötungsvorwurf“ beschreibt. Aber nicht nur „im Herzen“ finden sich Widersprüche. Auch ganz rational beschränkt entstehen Argumentationsnöte, wenn die Vision von einer Heranreifung des Embryo außerhalb des Körpers der „Eispenderin“ immer realistischere Formen annimmt. Widersprüche tauchen auf, wenn man sich einerseits rigoros mit dem Argument der „Menschenwürde“ gegen Forschung an Embryonen wehrt und andererseits konservative Argumente, bei einer Abtreibung gehe es um Menschenleben, abwehrt.

Um Mißverständnisse zu vermeiden: Konsequenz im Sinne ihres rigorosen Postulats „Leben ist von Anfang an“ sind auch die eifrigsten Verfechter des „Lebensschutzes“ nicht. Da braucht nicht einmal der Verweis auf die blutige Vergangenheit der Kirche her oder auf die kirchlichen Segen für das Militär, schon wenn es um eine Indikation aus eugenischen Gründen geht, bröckelt die moralische Front deutlich ab. Der Verweis auf die Geschichte zeigt aber, daß der Zeitpunkt, zu dem ein Zellgebilde Mensch sein durfte, jeweils ganz unterschiedlich festgesetzt wurde. Im 19. Jahrhundert etwa galt der Katholischen Kirche der männliche Embryo ab dem 40., der weibliche erst ab dem 80. Tag an als beseelt. Was die biologischen Tatsachen zu bedeuten haben, definieren die Meinungsmacher in der Gesellschaft.

Daß der Beginn des Lebens eine soziale und keine biologische Kategorie

Fast einer Unabhängigkeitserklärung der Leibesfrucht kommt es gleich, wenn die „Lebensschützer“ das Ungeborene auf großen Plakaten zeigen. Der Körper des Schwangeren ist dort bereits verschwunden



ist, hat der Gesetzgeber längst nachvollzogen: Im Sinne der rein biologischen Definition vom Lebensbeginn – der Vereinigung von Ei- und Samenzelle – gibt es nämlich „Abtreibungen“, die nicht nur straffrei sind, sondern auch vom Strafgesetzbuch nicht erfaßt werden. Daß die Spirale und die „Pille danach“ erlaubt sind, obwohl sie ja nur die Einnistung des befruchteten Eis verhindern, nicht aber die Befruchtung selbst, widerspricht jedenfalls den rigoristischen Festsetzungen, und darf wohl auch als „Tribut an die Pharmaindustrie“ verstanden werden, wie Sylvia Groth und Roscha Schmidt vom Feministischen Frauengesundheitszentrum Berlin so schön schreiben.

Erst als der Blick in den Körper der schwangeren Frau technisch möglich wurde, begann man, den Embryo völlig getrennt vom Körper der Frau zu sehen, erst mit der „Veröffentlichung des Fötus“, wie die Medizinhistorikerin Barbara Duden, USA, diesen Prozess benennt, konnten überhaupt die Begriffe „Abtreibung“ oder „Schwangerschaftsabbruch“ durch den der „Tötung menschlichen Lebens“ ersetzt werden. Auch bundesdeutsche Feministinnen haben gezeigt, wie die vorgeburtlichen Untersuchungstechniken das Verhältnis der Frauen zu ihrer Schwangerschaft revolutionieren. Bereits die Ultraschalluntersuchung zeigt den Embryo neben der Mutter auf dem Monitor, trennt ihn also bildlich von ihrem Körper. Fast einer „Unabhängigkeitserklärung“ der Leibesfrucht kommt es gleich, wenn auf den großen Plakatwänden der konservativen „Lebensschützer“ das Ungeborene gezeigt wird – der Körper der Schwangeren, die Plazenta ist dort bereits völlig verschwunden. Genau diese Bilder geben dem Tötungsvorwurf ihre Macht. Was von Frauen, die gewollt schwanger sind, als schön empfunden wird, da das gewünschte Kind auf dem Bildschirm Gestalt annimmt, wird zum enormen sozialen Druckmittel gegen die ungewollt Schwangere, den Embryo bereits als Menschen und eine Abtreibung als Mord wahrzunehmen.

Noch empfinden Frauen, die abtreiben, in aller Regel anders: Gerhard Amendt bestätigt dies eindrücklich aus seiner Beratungstätigkeit: „Dabei fiel mir auf, daß der Schwangerschaftsabbruch nicht mit Phantasien der Fremdtötung zusammenfiel, sondern vielmehr umgekehrt mit Phantasien, selbst getötet zu werden oder getötet worden zu sein.“

In einer Schwangerschaft „muß sich die Frau mit einem Teil ihres Körpers auseinandersetzen, mit einem Geschöpf, das von ihr selbst geschaffen werden soll. Sie wird mit Haut und Haar, mit Essen und Trinken, mit Wachen und Schlafen, mit Geist und Seele in Anspruch genommen, um ein lebensfähiges Kind auf die Welt zu bringen.“ So beschreibt es die Soziologin

Susanne von Paczensky in ihrem Buch „Paragraph 218: Zu Lasten der Frauen“. Es sei daher auch ganz unsinnig, die gleichen Rechtsbegriffe für dieses Verhältnis zu benutzen, die sonst für Personen Geltung hätten. Eine Erkenntnis, die offenbar Frauen vorbehalten ist, wie sich auch in der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts von 1975 widerspiegelt. Die einzige Frau unter den Bundesverfassungsrichtern, Wiltrud Rupp-von Brünneck, distanzierte sich in einem Minderheitenvotum vom Urteil ihrer männlichen Kollegen, eine Abtreibung sei als Tötung zu werten, und bestand darauf, daß ein grundlegender Unterschied zwischen Tötung oder Mord und einer Abtreibung bestehe. Sie sei „nicht allein nach dem natürlichen Empfinden der Frau, sondern auch rechtlich etwas wesentlich anderes, als die Vernichtung selbständig existenten Lebens.“

Gleichwohl haben sich mit der Entwicklung der Reproduktionsmedizin die Dinge geändert. Es ist einfach nicht mehr möglich, eine Abtreibung mit einer Zahnextraktion zu vergleichen, wenn der Zeitpunkt, zu dem inzwischen „Früchlen“ am Leben gehalten werden können, dem letzten Termin, zu dem eine Abtreibung erfolgen darf, ganz nahe gerückt ist. Gerhard Amendt insistiert zurecht darauf, daß die vom eigenen Anspruch her friedfertigen Frauen sich darüber bewußt werden müßten, daß eine Abtreibung ein „aggressiver Akt“ ist, „sowohl aus der Sicht derjenigen, die sie lebensplanerisch wollen, wie derjenigen, die sie technisch durchführen.“ Dies zu leugnen, hat der Frauenbewegung schon in der Vergangenheit geschadet, da die widerstreitenden Ansprüche un bearbeitet geblieben sind. Wer „mit dem Herzen“ eigentlich Frauen Übles unterstellt, die abtreiben, kann sie auch nicht überzeugend verteidigen.

Die vielfältigen Untersuchungsmöglichkeiten im Frühstadium der Schwangerschaft, die den Gen- und Reproduktionstechnologen den Uterus zugänglich machen, radikalisieren dabei noch weiter die Tendenz, das Ungeborene unabhängig von der Schwangeren zu sehen. Es wird tatsächlich darüber geredet werden müssen, was die Besonderheit ausmacht, im Mutterleib zum Menschen zu werden, wenn die ersten Kinder aus einer künstlichen Gebärmutter geboren werden. In der Auffassung konservativer Philosophen ist der Embryo schon jetzt zur „Person“ aufgestiegen, wie kürzlich auf einem Symposium des „Instituts für medizinische Anthropologie und Bioethik“ in Wien verkündet wurde. Das Trauerspiel dabei ist, daß so gleichzeitig die schwangere Frau zum Gefäß degeneriert, das zum pfleglichen Umgang mit seiner Gebärfähigkeit verpflichtet werden muß.

Welch wilde Phantasien dabei durch die Köpfe geistern, zeigt die Aussage

des ehemaligen Ärztlichen Geschäftsführers der Bundesärztekammer, Dr. Michael Popovic, der sich ansonsten auch gern mit Katastrophenschutz befaßt: „Der gefährlichste Ort für ein Kind ist der Mutterleib.“ Daß die Reproduktionsvorgänge dann möglichst aus diesem „gefährlichen“ Ort herausgelöst werden sollten, zumindest aber scharfe Kontrolle darüber ausgeübt werden muß, ist da nur der nächste logische Schritt.

Sinnfälligster Beweis für diese Entwicklung ist der Entwurf aus dem Haus des Justizministers zum „Embryonenschutz“. Er zielt darauf ab, schwangere Frauen auf einen für den Embryo optimalen Lebenswandel zu verpflichten. Die Schwangere wird dort zum Risikofaktor erklärt, vor dem das „ungeborene Leben“ auch strafrechtlich geschützt werden muß. Gleichzeitig wird aber durch die Hintertür die Forschung an Embryonen in den ersten 14 Tagen für rechtens erklärt (siehe dg 5/88). Neu an diesem Gesetz ist die eindeutige Aufwertung des Embryos als Rechtssubjekt.

Geschützt werden muß „der Embryo“ in der Tat, fragt sich bloß, vor wem. Die Bundestagsabgeordnete Herta Däubler-Gmelin findet dazu nur eine sehr hilflose Unterscheidung: „Dort geht es um ... ein Forschungsobjekt, zu dem der Forscher, welches seine Motive auch immer sein mögen, außerhalb der bestehenden Arbeitsbeziehungen keinerlei weitere Beziehungen hat. Der Forscher greift in Gewebe ein. Sonst nichts. Daß dies bei Abtreibungen anders ist, das wissen wir mittlerweile wirklich.“ Hilflös ist das Argument, weil sich damit auch zeigen ließe, daß die Embryonenforschung doch eine ganz sachliche Geschichte sei, während der Abtreibung fast heimtückische, jedenfalls zerstörerische Motive anhängen.

Aus den Motiven, die Humangenetiker und Gentechniker für ihre Arbeit anführen, läßt sich das Schutzbedürfnis des Embryos weniger herleiten als aus ihren Taten. Der beste Beleg dafür, daß die Unschuldsumutung der Gentechnologie sich selbst ad absurdum geführt hat, ist das von der EG-Kommission geplante Programm „Prädiktive Medizin: Analyse des menschlichen Genoms“. Mit fast schon naiv zu nennender Offenheit wird dort begründet, zu welchem Ziel das menschliche Genom kartiert und hier speziell genetisch bedingte Dispositionen für einige große „Volkskrankheiten“ untersucht werden sollen: Da man ohnehin nie in der Lage sein werde, die umweltbedingten Risikofaktoren vollständig auszuschalten, müßte man eben „gegebenfalls die Weitergabe der genetischen Disposition an die kommende Generation verhindern.“ (siehe dg 11/88)

Hier geht es – und offener wurde es bislang selten formuliert – um qualitati-

ve Bevölkerungspolitik mit den Mitteln der Gentechnologie. Der Skandal wurde nach und nach in der Öffentlichkeit – auch im Deutschen Bundestag – als solcher wahrgenommen und kommentiert. Ebenso wie sich die Öffentlichkeit nun auch langsam der Tatsache annimmt, daß in Indien aufgrund der Möglichkeit, vor der Geburt das Geschlecht des Ungeborenen zu bestimmen, immer mehr weibliche Feten abgetrieben werden. „Es steht nichts anderes auf dem Spiel als das Überleben der Frauen“, kommentierte der „Spiegel“. Die empörten Stimmen lassen aber unbeachtet, daß auch dort die Frauen aus subjektiv verständlichen Gründen abtreiben, da sie mit der Geburt eines (weiteren) Mädchens den Bestand der Familie gefährden oder da sie wissen, was für ein Leben den Mädchen drohen kann. Dies sind die gleichen Argumente, die auch in der Bundesrepublik Frauen anführen, wenn sie eine Abtreibung nach eugenischer Indikation vornehmen lassen. „Ein Mädchen ist doch nicht weniger wert als ein Junge“, denken die aufgebrachten Europäer und verschwenden keinen Gedanken daran, daß andere soziale Bedingungen anderes als unerträgliches Leid erscheinen lassen. Auch die humangenetischen Beratungsstellen leiten ihre Existenzberechtigung daraus ab, schweres Leid für Kind und Familie verhindern zu wollen.

Mit welcher Selbstverständlichkeit Abtreibungen akzeptiert werden, wenn bereits vor der Geburt eine Behinderung des Kindes absehbar ist, zeigt, wie politisch die scheinbar nur private Inanspruch-

nahme humangenetischer Beratung und pränataler Diagnostik ist. Die Entscheidung für oder gegen ein Kind ist ja niemals eine rein individuelle, in sie geht der gesamtgesellschaftliche Umgang mit dem, was als Behinderung aufgefaßt wird, mit ein. Dabei erhöht jede neue Diagnosemöglichkeit und jeder neu entdeckte Zusammenhang zwischen genetischen Eigenschaften und einer Normabweichung den Legitimationsdruck für die, die von der Norm abweichen, und die, die die Normabweichung akzeptieren.

Verena Krieger, Bundestagsabgeordnete der Grünen, hat auf einem Diskussionsforum ihrer Fraktion „Abtreibung – neu diskutieren“ im vergangenen Dezember daraus folgende Konsequenz gezogen: „Generell müssen wir Abschied nehmen von der Vorstellung, es gäbe eine völlig autonome Entscheidung, und den Blick stärker auf die sozialen Voraussetzungen individueller Entscheidungen lenken.“ Das von der Frauenbewegung in den siebziger Jahren eingeforderte Recht auf Selbstbestimmung müsse notfalls hinter einem kollektiven Schutzrecht gegen Diskriminierung und Ausbeutung zurücktreten.

Tatsächlich vollzog die Parole „Mein Bauch gehört mir“ nur die bürgerliche Utopie vom autonomen Individuum für die Frauen nach. „Es ging darum, nun auch für Frauen die Rechte auf freie Bestimmung über ihre Person, auf individuelle Selbstbestimmung und persönliche Freiheit einzufordern, ohne dabei ihre „Anders“-Geschlechtlichkeit, und dies bedeutete unter anderem zentral auch ihre Gebärfähigkeit, aus dieser

Entwicklung zur freien Persönlichkeit auszugrenzen“, wie die Historikerin Susan Zimmermann auf dem Forum der Grünen erklärte. Wenn nun aber aus der Tatsache, daß durch Gen- und Reproduktionstechnologien auch eugenische Tendenzen in der Gesellschaft neuen Aufschwung erhalten, der Umkehrschluß gezogen wird, man müsse zurück zur alten Ideologie von der Mutterschaft als biologischem Schicksal, dann führe der Zug in die falsche Richtung.

Daß sich aus dem Recht auf Abtreibung fast schon eine Pflicht zur Abtreibung entwickelt hat, wenn der Embryo genetisch „defekt“ ist, davor warnen Männer und Frauen aus Krüppelinitiativen seit längerem. „Das Angebot der pränatalen Diagnostik hemmt jede Bereitschaft, sich auf eine Bewältigung des Problems einzulassen, da es ja – dank Technik – sauber gelöst werden kann“, so Swantje Köbsell, Mitarbeiterin einer Beratungsstelle für Behinderte in Bremen. Köbsell tritt trotzdem für das Recht der Frauen auf Abtreibung ein und dafür, daß sie entscheiden, ob sie ein Kind bekommen. „Wir sind jedoch dagegen, wenn bestimmte Feten einzig und allein aufgrund ihrer mangelhaften Qualität abgetrieben werden, zu einem Zeitpunkt, wo Frau sich eigentlich schon für das Austragen entschieden hatte.“ Sylvia Groth vom Feministischen Frauengesundheitszentrum in Berlin spitzt noch weiter zu. Sie ist der Auffassung, „daß eine Frau allein darüber entscheiden kann und soll, ob sie ein Kind möchte. Wir halten es für nicht zulässig und für politisch falsch, über die Qualität eines Kindes entscheiden

Aus dem Recht, in bestimmten Notlagen abzutreiben, hat sich bereits eine Pflicht zur Abtreibung entwickelt, wenn der Embryo genetisch „defekt“ ist. Muß der „gläserne Uterus“ in „natürliches Dunkel“ gehüllt werden?



zu wollen. Wir lehnen also einen Abbruch aus eugenischen Gründen ... ab."

Beunruhigt zeigt sich Sylvia Groth vor allem darüber, daß Frauen heute Maßstäbe übernehmen, „die sich an Leistungsfähigkeit orientieren, so daß die eugenische Indikation, die als Zwangsmaßnahme in einem totalitären Staat eingerichtet wurde, heute freiwillig von den allermeisten Männern und Frauen befürwortet, ja für ihr Recht gehalten wird.“ Doch konsequent zu Ende denkt sie diesen Ansatz nicht. Denn dies hieße, die Abtreibung aus eugenischer Indikation zu verbieten. Und es hieße, Frauen für die Folgen sozialer Mißstände verantwortlich zu machen und sie sie ausbaden zu lassen. Es würde bedeuten, daß der „gläserne Uterus“ wieder in ein „natürliches Dunkel“ gehüllt werden müßte.

Es ist nicht der Wunsch nach Menschenzucht, der Personen zur humangenetischen Beratung führt, sondern die Befürchtung, mit einem behinderten Kind in eine Notlage zu kommen, die heute selbst den Befürwortern des Paragraphen 218 zwingend genug erscheint, eine Abtreibung straffrei geschehen zu lassen. So ernst die Warnungen vor eugenischen Tendenzen in der Gesellschaft genommen werden müssen, so geht es doch nicht an, mit dem Vorwurf der Verantwortungslosigkeit nur bei denen anzusetzen, die die technischen Möglichkeiten nachfragen. Tatsächlich sind es doch die die Nachfrage anheizenden Anbieter, die unter ökonomischen oder Legitimationsdruck stehen, und deshalb suggerieren, dieser „Defekt“ könne und müsse aus der Welt geschaffen werden. Genau diese Suggestion der „Machbarkeit“ verbunden mit der Definitionsmacht der ärztlichen Zunft aber verschleiert die Tatsache, daß nur vier Prozent der tatsächlichen Behinderungen genetisch bedingt sind. Die Illusion des durchrationalisierbaren und völlig regelbaren glücklichen Lebens kehrt die Beweislast zu Ungunsten der Frauen um. An Krankheit und Behinderung sind dann nämlich, wenn die falschen Bilder geglaubt werden, sie allein schuld. Den Schuh sollten sie sich nicht anziehen.

So „altmodisch“ es mittlerweile auch klingen mag: Es wäre moralischer und erfolgreicher, die volkswirtschaftliche Durchrationalisierung aller Lebensbereiche zu bekämpfen, als diejenigen zu bestrafen, die unter ihr am meisten leiden. Das schließt ein, den Katalog dessen, was heute pränatal diagnostiziert und als Krankheit gezählt wird, drastisch einzuschränken und die fatale Verknüpfung von wirtschaftlichen Interessen und falschen Bildern von Behinderung aufzulösen. Aber es sollte nicht vergessen werden, daß es tatsächlich unerträgliche Erkrankungen gibt. Wenn festgestellt werden kann, daß

sich ein Embryo zu einem anenzephalen Kind entwickeln wird, wer wollte der schwangeren Frau dann dieses Wissen vorenthalten und sie zum Austragen der Schwangerschaft zwingen? Doch allenfalls die katholische Kirche.

Die Entscheidungen über den Verlauf oder den Abbruch einer Schwangerschaft sind schwieriger geworden, da die Reproduktionsmedizin und die Gentechnik die Reproduktionsverhältnisse grundlegend ändern. Der Embryo ist dank der technischen Entwicklung immer konturschärfer, immer „sichtbarer“ geworden. Das Wissen um Risiken

wird durch Schwangerschaftsvorsorge, ärztliche Aufklärungspflicht und die Medien quasi zur „Zwangsinformation“, der sich keine Frau entziehen kann und der sich auch die meisten nicht entziehen wollen. Ebensowenig können sich Frauen der Verantwortung entziehen, die aus solchem Wissen erwächst. Um so mehr wird man der Übersetzung dieser Verantwortung in rechtliche Zwänge Widerstand entgegenstellen müssen. Über das Strafrecht sind diese Probleme nicht regelbar, und deswegen ist keiner der Gründe für eine Streichung des Paragraphen 218 schlechter geworden. □

WARUM DER PARAGRAPH 218 ABGESCHAFFT WERDEN MUSS

Die Gründe für die Abschaffung des Paragraphen 218 bestehen nach wie vor. Sie sind sogar noch erhärtet worden

Kein Politiker, kein Richter und kein Arzt kann stellvertretend für eine Frau entscheiden, ob sie ein Kind haben möchte oder nicht. Ob Frauen eine ungewollte Schwangerschaft austragen oder nicht, läßt sich nicht durch das Strafgesetzbuch regeln. Ganz im Gegenteil – mehrere Studien, die von van Praag und Ketting und die des Freiburger Max-Planck-Instituts, haben erwiesen, daß in europäischen Staaten mit einer liberaleren Gesetzgebung oder Praxis und mit einem hohen Standard der Verhütungspraktiken die Zahl der Abtreibungen sinkt.

Strafandrohung und Verfolgung abtreibender Frauen und Ärzte bewirken letztlich nur die soziale Benachteiligung derjenigen, die es sich nicht leisten können, viel Geld für eine Abtreibung zu zahlen oder ins Ausland zu fahren. Gesundheitliche Schäden sozial benachteiligter Frauen sind die direkte Folge.

Zwangsberatungen, wie im jetzigen Paragraphen 218 vorgeschrieben, können niemals das leisten, was ein freiwillig in Anspruch genommenes Angebot vermöchte. Legt der Gesetzgeber Hürden vor den Eingriff, so erfolgt er in aller Regel zu einem späteren Zeitpunkt, was die abtreibende Frau gesundheitlich und psychisch in stärkerem Maße belastet.

Auch durch Almosen, wie das, was im Rahmen der Stiftung Mutter und Kind vergeben wird, lassen sich ungewollt Schwangere nicht davon

abhalten, einen Abbruch vornehmen zu lassen. Wer die Zahl der Abtreibungen senken will, ist besser beraten, sich für frauen- und kinderfreundliche Maßnahmen wie die 35-Stunden-Woche einzusetzen als für die Bestrafung von ungewollt Schwangeren. Trotzdem wird es immer Abtreibungen geben, weil Mutterschaft nicht „die natürliche Bestimmung“ der Frau ist und weil es immer Lebenslagen geben wird, in denen die emotionalen, sozialen und finanziellen Voraussetzungen nicht da sind, um ein Kind auszu-tragen.

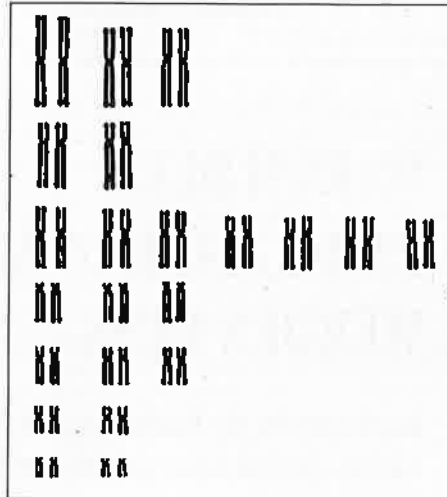
Bis zu welchem Zeitpunkt und wo, ob beim niedergelassenen Arzt, in einer Ambulanz oder Klinik eine Abtreibung vorgenommen werden soll, läßt sich sinnvoller außerhalb des Strafrechts – etwa in einem Patientenschutzrecht – regeln. Da ein frühzeitiger Abbruch im Interesse der betroffenen Frau selbst ist, braucht er auch nicht mittels einer Strafandrohung erwirkt werden.

Erfahrungen aus Schweden etwa zeigen, daß mit der Legalisierung des Schwangerschaftsabbruchs der Anteil der frühen Abbrüche (bis zur achten Woche) drastisch gestiegen ist.

Der Paragraph 218 ist die rechtliche Grundlage für die Prozesse in Memmingen und die Schnüffelverhöre in Rheinland-Pfalz. Wer sie ablehnt, muß konsequenterweise auch für die Abschaffung des Paragraphen eintreten.

ES EILT

GEN-GESETZ



Erste Freilandversuche mit gentechnisch manipulierten Organismen sind bereits beantragt, eine gesetzliche Regelung aber läßt auf sich warten. Wolf-Michael Catenhusen mahnt zur Eile und skizziert Anforderungen an ein Gentechnologengesetz

Wolf-Michael Catenhusen, SPD-MdB, war Vorsitzender der Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages „Chancen und Risiken der Gentechnologie“

Schon im Januar 1987 hatte die Enquete-Kommission zur Gentechnologie im breiten Konsens empfohlen, „zum Schutz von Mensch, Tier und Umwelt allgemein rechtsverbindliche Sicherheitsbestimmungen für Einrichtungen der Genforschung und entsprechende Produktionsstätten gesetzlich festzuschreiben“. Die Festlegung von Eckwerten für ein solches Gesetz ist ein notwendiger, längst überfälliger Schritt. Die Neuartigkeit und die Vorläufigkeit unseres Wissens über biologische Risiken, die mit der Gentechnologie verbunden sind, erfordert ein Gesetz zur biologischen Sicherheit, das die Basis für rechtsverbindliche Regeln im Umgang mit der Gentechnologie in Forschung und Industrie schafft. Die Sicherheitsstandards selbst können aber nicht umfassend im Gesetz geregelt werden, da sie flexibel dem Fortgang unseres Wissens über biologische Risiken angepaßt werden müssen.

Durch ein Gengesetz können dann aber die notwendigen Rechtsverordnungen verbindlich erlassen werden, in denen nach Auffassung der SPD auch ein fünfjähriges Verbot (Moratorium) für die Freisetzung gentechnisch veränderter Viren und Mikroorganismen in die Umwelt festgelegt werden muß. Solche Freisetzungen sind nach heutigem Kenntnisstand nicht rückgängig zu machen.

Ein Gentechnologengesetz darf auch nicht die auf der Grundlage des Bundes-Immissionsschutzgesetzes eingeführte Regelung ersetzen, nach der jedes Genehmigungsverfahren für eine gentechnische Produktionsanlage unter voller Öffentlichkeitsbeteiligung durchzuführen ist. Der Erhalt der Öffentlichkeitsbeteiligung ist für eine breite Zustimmung zu einem Gentechnologengesetz unverzichtbar.

Die Einführung eines Gentechnologengesetzes muß mit der Androhung strafrechtlicher Konsequenzen gegen bewußte Verstöße gegen dieses Gesetz verbunden werden. Das Gesetz muß auch eine Gefährdungshaftung vorsehen, die der Vorläufigkeit unseres Wissens über denkbare Risiken der Gentechnologie Rechnung trägt.

Jedes Gesetz muß eindeutig und durchführbar sein. Die Bundesländer wären gut beraten zu prüfen, ob nicht zumindestens die Genehmigung komplexerer Vorhaben vom Bundesgesundheitsamt in Berlin und nicht von den Ländern selbst durchgeführt werden sollte, etwa bei der Genehmigung von Freisetzungsexperimenten. Wir brauchen bundesweit einheitliche Regelungen und Standards bei Genehmigungsentscheidungen auf diesem Gebiet. Es würde die Akzeptanz eines Gengesetzes gefährden, wenn Bayer, Hoechst und BASF eine unterschiedliche Genehmigungspraxis zu spüren bekämen.

Durch ihr langes Zögern hat die Bundesregierung es schon jetzt zu verantworten, daß eine Entscheidung über ein erstes Freisetzungsexperiment nicht auf rechtsverbindlicher Grundlage getroffen werden kann. Wir müssen den grotesken Zustand rasch beenden, daß die allgemeine Bereitschaft zu klaren gesetzlichen Regelungen für den Umgang mit der Gentechnologie durch weiteres schleppendes Verfahren in der Bundesregierung Schaden nimmt. Verprellt würden insbesondere die Industrieunternehmen, die klare Vorgaben akzeptieren. Die Öffentlichkeit muß schnell Klarheit haben, welches die Rahmenbedingungen für den Umgang mit der Gentechnologie in Zukunft sein werden.

Mit dem Gentechnologengesetz ist aber der rechtliche Handlungsbedarf mit der Gentechnologie nicht erschöpft. So muß die Bundesregierung umgehend einen Gesetzentwurf, der die Eingriffe in die menschliche Keimbahn verbietet, vorlegen. Auch Fragen des Datenschutzes für genetische Daten des Menschen und der möglichen Analyse menschlicher Erbanlagen verlangen rechtzeitig rechtliche Regelungen, damit die Gesellschaft selbst auf diesem Gebiet entscheiden kann, ob und zu welchem Zweck genetische Daten des Menschen erfaßt und ausgewertet werden können. □

Vergütungsrechtliche Bewertung von Nachtdiensten

Urteil des Bundesarbeitsgerichts vom 5. Mai 1988
(6 AZR 658/85; 11 Sa 47/85 Berlin)

Tatbestand:

Die Parteien streiten um die vergütungsrechtliche Bewertung von Nachtdienst.

Die Klägerinnen sind als Krankenschwestern im Krankenhaus A des beklagten Landes tätig. Sie erhalten Vergütung nach der Vergütungsgruppe KR IV der Anlage 1 b zum BAT. Sie werden im Schichtdienst beschäftigt. Die Klägerin zu 1) hat im Jahr 1984 an 42 Tagen, die Klägerin zu 2) an 35 Tagen und die Klägerin zu 3) an 56 Tagen Nachtdienst geleistet. Während der jeweiligen sieben Arbeitstage umfassenden Nachtdienstwochen sind die Klägerinnen von 22.00 Uhr bis 6.30 Uhr allein auf der Station. Sie haben während dieser Zeit die dort befindlichen Patienten zu betreuen und jederzeit abrufbereit zur Verfügung zu stehen.

Das beklagte Land vergütete in der Vergangenheit den Mitarbeitern in den Nachtschichten die Anwesenheitszeiten voll mit 8,5 Stunden, ohne eine Zeit für Pausen in Abzug zu bringen. Diese Praxis stellte das beklagte Land aufgrund einer Beanstandung des Rechnungshofes ein. Seither bringt das beklagte Land von der Anwesenheitszeit pro Nachtschicht eine Pause von jeweils einer halben Stunde in Anrechnung, ohne daß die Tätigkeit der Klägerinnen organisatorisch verändert worden ist. Sie erhalten aber einen Pausenausgleich entsprechend der Verordnung über die Arbeitszeit für Beamte i. d. F. vom 4. Oktober 1974 (Gesetz- und Verordnungsblatt für Berlin 1974, S. 2676).

Die Klägerinnen haben gemeint, die Zeit des Nachtdienstes sei voll als Arbeitszeit zu werten. Abgesehen von den Zeiten direkter Arbeitsleistung, die höher als vom beklagten Land zu veranschlagen seien, müßten sie jederzeit abrufbereit sein. Sie hätten keine Gelegenheit, festgelegte und ungestörte Ruhepausen von 30 Minuten Länge durchzuführen. Die Klägerinnen haben zuletzt beantragt festzustellen, daß die von den Klägerinnen als Pflegekräfte im Nachtdienst zwischen 22.00 Uhr und 6.30 Uhr auf den Stationen geleistete Tätigkeit rechtlich voll als Arbeitszeit zu werten ist.

Das beklagte Land hat Klageabweisung beantragt und gemeint, den Klägerinnen stehe kein Pausenanspruch nach der Arbeitszeitordnung zu. Auf das Arbeitsverhältnis sei die Verordnung über die Arbeitszeit in Krankenpflegeanstalten vom 13. Februar 1924 anzuwenden, die eine konkrete Pausenregelung nicht vorsehe. Die Klägerinnen hätten daher keinen Anspruch auf eine ungestörte Pause. Deshalb werde ein Pausenausgleich entsprechend der Verordnung über die Arbeitszeit für Beamte gewährt. Bei einer Belegung der Station mit maximal 37 Patienten werde von diesen in den Nächten durchschnittlich allenfalls 20- bis 25mal geklingelt. Während der Zeit des Nachtdienstes leisteten die Klägerinnen mit Ausnahme der begrenzten direkten Tätigkeiten keine Arbeitsbereitschaft, sondern nur eine Bereitschaft im Sinne eines Bereitschaftsdienstes. Deshalb sei auch die Inanspruchnahme einer oder mehrerer Pausen durch die Klägerinnen möglich. Eine Ruhepause liege nicht nur dann vor, wenn es sich um eine im voraus oder mindestens vor ihrem Beginn festliegende Unterbrechung der Arbeitszeit für bestimmte Zeiten handle. Die Verordnung über die Arbeitszeit in Krankenpflegeanstalten sehe keine strikte Festlegung der Pausen des Pflegepersonals vor. Sie überlasse es vielmehr der Anstaltsleitung, eine den Umständen nach angemessene Regelung zu treffen. Davon habe das beklagte Land Gebrauch gemacht. Es habe ange-

In einer erst jetzt veröffentlichten Entscheidung des Bundesarbeitsgerichts in Kassel wird bestätigt, was Betriebs- und Personalräte schon lange forderten: daß die gesamte Zeit der Nachtwache auf den Stationen als Arbeitszeit zu werten ist. Das Bundesarbeitsgericht wies die Revision des Landes Berlin gegen die entsprechenden Entscheidungen der vorhergehenden Instanzen zurück.

ordnet, die halbstündige Pause während des Nachtdienstes den Umständen entsprechend selbst zu bestimmen und ggf. zu verteilen.

Arbeitsgericht und Landesarbeitsgericht haben dem Feststellungsbegehren der Klägerinnen entsprochen. Mit der zugelassenen Revision verfolgt das beklagte Land seinen klageabweisenden Antrag weiter, während die Klägerinnen Zurückweisung der Revision beantragen.

Entscheidungsgründe:

Die Revision ist unbegründet.

I. Das Landesarbeitsgericht hat ausgeführt, die Zeit des von den Klägerinnen geleisteten Nachtdienstes von 22.00 Uhr bis 6.30 Uhr sei voll mit 8 1/2 Stunden als Arbeitszeit zu bewerten, weil die Klägerinnen während dieser Zeit keine Ruhepausen einlegen könnten. Ruhepausen seien Unterbrechungen der Arbeit innerhalb der täglichen Arbeitszeit, die dem Zweck der Erholung des Arbeitnehmers dienen und in denen der Arbeitnehmer von der Erfüllung seiner vertraglichen Arbeitspflicht frei ist. Sie seien im voraus festliegende Unterbrechungen der Arbeitszeit, in denen der Arbeitnehmer weder Arbeit zu leisten noch sich dafür bereitzuhalten brauche, sondern freie Verfügung darüber habe, wo und wie er diese Ruhezeit verbringen wolle. Die Klägerinnen konnten keine frei verfügbaren Ruhepausen einlegen. Sie mußten sich stets wegen der eintretenden Möglichkeit, während der gesamten Zeit von 22.00 Uhr bis 6.30 Uhr zu einem Patienten gerufen zu werden, zur Arbeitsleistung bereithalten. Dem stehe nicht entgegen, daß sie während des Nachtdienstes erfahrungsgemäß auch längere Zeiträume lägen, in denen in der Regel nicht mit dem Ruf eines Patienten zu rechnen sei. Dadurch werde nicht die „Wachaufmerksamkeit“ suspendiert, die gerade darin bestehe, auf einen Ruf zu achten. Das beklagte Land könne sich auch nicht auf die Verordnung über die Arbeitszeit in Krankenpflegeanstalten vom 13. Februar 1924 berufen. Durch § 3 Abs. 1 der Verordnung werde der Anstaltsleitung nur das Recht eingeräumt, abweichend von den Bestimmungen der Arbeitszeitordnung die Dauer und Verteilung der Arbeitszeit und der Pausen zu regeln, nicht aber Teile der regelmäßigen Arbeitszeit als Pausen zu werten, obwohl eine Unterbrechung der Arbeit nicht möglich sei.

II. Die Ausführungen des Landesarbeitsgerichts halten der revisionsrechtlichen Überprüfung stand.

1. Die Klägerinnen haben gegen das beklagte Land Anspruch auf Vergütung für die gesamte Zeit des Nachtdienstes. Das beklagte Land ist nicht berechtigt, eine halbstündige Pause auf die achteinhalbstündige Dienstzeit anzurechnen. Denn den Klägerinnen wird während des Nachtdienstes keine Pause gewährt. Sie leisten vielmehr durchgängig entweder sogenannte „Vollarbeit“, in der sie die Patienten der Station betreuen und die damit im Zusammenhang stehenden Arbeiten verrichten, oder sie erbringen Arbeitsbereitschaft, die wie „Vollarbeit“ zu vergüten ist. Entgegen der Auffassung der Revision hat das Landesarbeitsgericht den Begriff der Arbeitsbereitschaft nicht verkannt. Der Bundes-Angestelltenvertrag (BAT) enthält keine Begriffsbestimmung der Arbeitsbereitschaft, sondern setzt ihn voraus. Nach ständiger Rechtsprechung und herrschender Meinung handelt es sich dabei um „Zeiten wacher Aufmerksamkeit im Zustande der Entspannung“. Gegenüber der vertraglich geschuldeten regelmäßigen Arbeitsleistung stellt die Arbeitsbereitschaft eine mindere Leistung dar, die den Arbeitnehmer erheblich weniger als die Vollarbeit beansprucht und damit einen Entspannungszustand ermöglicht. Sie ist von der Pause zu unterscheiden, in der sich der Arbeitnehmer nicht in wacher Achtsamkeit zur jederzeitigen Arbeitsaufnahme bereitzuhalten braucht. (. . .)

2. Der Begriff der Pause ist weder gesetzlich noch tariflich definiert. So setzen die Bestimmungen der AZO und die der Verordnung über die Arbeitszeit in Krankenpflegeanstalten vom 13. Februar 1924 und die der Verordnung über die Arbeitszeit der Beamten i. d. F. vom 4. Oktober 1974 ebenso wie § 15 Abs. 1 BAT den Pausenbegriff voraus. Das Bundesarbeitsgericht hat unter Rückgriff auf den natürlichen Sprachgebrauch Ruhepausen definiert als im voraus festliegende Unterbrechungen der Arbeitszeit, in denen der Arbeitnehmer weder Arbeit zu leisten noch sich dafür bereitzuhalten braucht, sondern freie Verfügung darüber hat, wo und wie er diese Ruhezeit verbringen will. Entscheidendes Kriterium für die Pause ist damit die Freistellung des Arbeitnehmers von jeder Dienstverpflichtung und auch von jeder Verpflichtung, sich zum Dienst bereitzuhalten. (. . .)

a) Nach diesen Maßstäben sind die Zeiten, in denen die Klägerinnen auf Rufe der Patienten warten und die durchaus einen längeren Zeitraum als die gesamte Pausenzeit von einer halben Stunde ausmachen können, vergütungsrechtlich nicht als unbezahlte Ruhepausen, sondern als Arbeitsbereitschaft zu werten. Denn die Klägerinnen haben durchgehend aufmerksam auf die stets möglichen Klingelzeichen der Patienten zu achten und auf Anforderung sogleich ihre Vollarbeitsleistung aufzunehmen.

b) Im Geltungsbereich der Verordnung über die Arbeitszeit in Krankenpflegeanstalten vom 13. Februar 1924 gilt nichts abweichendes. Die danach mögliche „Regelung der Anstaltsleitungen“ erlaubt dem Arbeitgeber nicht, Arbeitszeit vergütungsrechtlich wie eine Ruhepause zu bewerten. Die Verordnung gestattet abweichend von der AZO lediglich eine anderweitige Anordnung der Ruhepausen, möglicherweise sogar eine Delegation des Bestimmungsrechts vom Arbeitgeber an die betroffenen Arbeitnehmer. Aber auch dann liegt eine Pause nur vor, wenn dem Arbeitnehmer die Möglichkeit eröffnet ist, für den von ihm be-

stimmten Zeitraum von jeglicher Arbeitsleistung – auch in der eingeschränkten Form von Arbeitsbereitschaft – Abstand zu nehmen. Nur wenn die Regelung der Anstaltsleitung oder das Selbstbestimmungsrecht des Arbeitnehmers zur Folge hätte, für einen bestimmten Zeitraum nicht auf die Rufe der Patienten warten und die Arbeit aufnehmen zu müssen, könnte von einer Pause ausgegangen werden. So verhält es sich im Streitfall nach den jedenfalls nicht mit statthaften Verfahrensrügen angegriffenen Feststellungen des Landesarbeitsgerichts jedoch nicht. Die Klägerinnen sind vielmehr gehalten, während der gesam-

ten Dienstzeit auf Klingelzeichen der Patienten zu achten und ggf. Vollarbeit ohne Rücksicht auf die von ihnen bestimmte Pause aufzunehmen. Sie sind nicht berechtigt, die Klingelzeichen zu ignorieren und die Aufnahme der Vollarbeit unter Hinweis auf die zur Zeit bestehende Pause zu verweigern. Somit kommt es entgegen der Auffassung der Revision nicht darauf an, daß es im Laufe des Nachtdienstes verschieden lange Zeiten gibt, in denen kein Patient der Hilfe bedarf und es objektiv möglich ist, eine Pause einzulegen. Entscheidend ist vielmehr, daß auch in dieser Zeit Anspannung besteht, ob ein Patientenruf erfolgt oder

nicht, sowie die fehlende Berechtigung der Klägerinnen, auf einer selbstangeordneten Pause bestehen zu können.

3. Dem beklagten Land ist es unbenommen, neben der korrekten vergütungsrechtlichen Behandlung der Nachtdienste bei den Klägerinnen die Verordnung über die Arbeitszeit für Beamte i. d. F. vom 4. Oktober 1974 entsprechend anzuwenden. Die Anwendung dieser Verordnung kann jedoch nicht dazu führen, tariflich entstandene Vergütungsansprüche der Klägerinnen zu ersetzen.

Reichsgesundheitsamt und Menschenversuche im Nationalsozialismus

Von Professor Gerhard Baader

(...) Am Reichsgesundheitsamt (RGA) war eine bakteriologische Abteilung von Weltangesehen entstanden, in der – so die Festschrift von 1926 – die experimentellen Arbeiten in sieben Gruppen von Laboratorien ausgeführt werden, nämlich in solchen für bakteriologische, zoologische, serologische, pathologisch-anatomische und röntgenologische Untersuchungen und Forschungen... Die Abteilung ist vorwiegend Forschungsstätte und sie hat zu jeder Zeit hervorragende Wissenschaftler vereinigt.

Das änderte sich auch nicht 1933, als mit dem „Gesetz zur Wiederherstellung des Berufsbeamtentums“ hier wie anderswo jüdische Kollegen das Reichsgesundheitsamt verlassen hatten. Mit Hans Reiter trat zwar ein Mann an die Spitze des Instituts, der seit den zwanziger Jahren Parteigänger der Nationalsozialisten war, jedoch auch angesehener Hygieniker; er beschrieb 1916 die Reiterische Krankheit. Am 25. Juli 1933 übernimmt er die kommissarische Leitung des Reichsgesundheitsamtes, am 1. Oktober wird er sein Präsident bis 1942, als die einzelnen Abteilungen – die bakteriologische hieß schon seit 1938 Robert-Koch-Institut am Reichsgesundheitsamt – selbständige Reichsanstalten wurden. Eugen Gildemeister wird der erste Leiter des nun selbständigen Robert-Koch-Instituts, dem er bereits, solange es im Reichsgesundheitsamt selbst integriert war, als dessen Vizepräsident und geschäftsführender Direktor des Instituts vorstand. Reiters eigene wissenschaftliche Tätigkeit ist in den Jahren seiner Präsidentschaft fast ganz zum Erliegen gekommen; er ist vorwiegend politischer Propagandist, stellte die Ziele des RGA unter die Ziele nationalsozialistischer Gesundheitspolitik sowie der Vernichtungsmaßnahmen dieser Zeit. Bereits 1934 wird dort der Psychiater Eduard Schütt, ebenso wie Reiter alter Nationalsozialist und Rassenhygieniker, zunächst kommissarisch, Direktor der Abteilung Erb- und Rassenpflege, 1937 untersteht ihm auch die Erbforschung. Er ist eine der zentralen Figuren des öffentlichen Gesundheitswesens in Berlin; seine Funktionen sind neben der im Reichsgesundheitsamt vielfach: Leiter der Poliklinik für Erb- und Rassenpflege beim Kaiserin-Auguste-Victoria-Haus, Mitglied des Landesgesundheitsrates, amtsärztlicher Beisitzer im 1. Senat des Erbobergesundheitsobergerichts beim Kammergericht in Berlin und Leiter der „Wissenschaftlichen Gesellschaft der Deutschen Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes“.

Reiter, Schütt und Gildemeister sind die Kernfiguren des Reichsgesundheitsamtes in diesen Jahren. Während sich Reiter in dieser Zeit weitgehend eigener wissenschaftlicher Tätigkeit enthielt und Schütt selbst im Kreise der Rassenhygieniker stets zweitrangig blieb, so hat Gildemeister am Robert-Koch-Institut die Tradition dieses Hauses in vollem Maße weitergeführt. Ihm zur Seite stand

Mit einer Vortragsveranstaltung Ende letzten Jahres über die Arbeit des Reichsgesundheitsamts in der Zeit von 1933 bis 1945 wollte das Bundesgesundheitsamt nach eigenem Bekunden einen ersten Schritt in der Aufarbeitung seiner Geschichte tun. Wir dokumentieren den Vortrag Professor Baaders, der sich mit der Beteiligung führender Wissenschaftler des Reichsgesundheitsamts an Menschenversuchen in Konzentrationslagern auseinandersetzt

vor allem Gerhard Rose. Habilitiert in Heidelberg, hatte er 1929–1936 in Chekiang, Hangchow China und als Leiter der Schistosomiasis-Bekämpfung der chinesischen Nationalregierung seine Sachkompetenz als Tropenmediziner unter Beweis gestellt, bevor er 1936 Leiter der Tropenmedizinischen Abteilung am Robert-Koch-Institut und bald auch, seit 1939, sein Vizepräsident wurde. Von 1938–1944 war er zusätzlich Lehrbeauftragter für Tropenmedizin an der Berliner Universität. Auch sein Vorgänger Claus Schilling hatte zuletzt als außerordentlicher Professor an der Berliner Universität diese Fachrichtung vertreten. Seit 1928, anfangs als Wissenschaftlicher Hilfsarbeiter, ab 1931 als Regierungsrat und zuletzt bis 1941 als Abteilungsleiter, war Eugen Haagen im Robert-Koch-Institut tätig, bevor er als Professor für Hygiene an die Universität Straßburg berufen wurde.

Alle vier entscheidend wichtigen Personen des Robert-Koch-Instituts in diesen Jahren sind in verbrecherische Menschenversuche im Nationalsozialismus, in ihre Planung und ihre Durchführung verwickelt. Es handelt sich dabei vor allem um Fleckfieberversuche in den Konzentrationslagern Buchenwald sowie Natzweiler und Schirmeck im Elsaß. Dies ist wehrmedizinische Zweckforschung; für sie zeichnet die SS-Stiftung „Ahnenerbe“, die 1935 gegründet wurde. Ihr „Institut für wehrwissenschaftliche Zweckforschung“ hat nicht nur den Nichtmitgliedern der Waffen-SS den Zugang zu den Konzentrationslagern zur Durchführung ihrer verbrecherischen

Versuche verschafft, sie hat auch ihre Finanzierung ermöglicht. Denn finanziert wurde diese „Forschungs- und Lehrgemeinschaft des Ahnenerbe“, wie sie ab 1939 hieß, nicht nur aus Mitteln der Waffen-SS, sondern auch vom Reichsforschungsrat, von der Deutschen Forschungsgemeinschaft und Firmen wie Merck, Siemens oder IG-Farben, aber auch von Spenden von Daimler-Benz. Daß bei der Durchführung dieser Forschung auch die Kaiser-Wilhelm-Institute und das Reichsgesundheitsamt nicht fehlen durften, versteht sich von selbst. So stehen am Anfang der Planung und Durchführung dieser Menschenversuche Besprechungen zwischen Reiter, Gildemeister und dem Chef des Hygiene-Instituts der Waffen-SS, SS-Obersturmführer Prof. Dr. Joachim Mrugowsky als Oberster Hygieniker der SS im Reichsministerium des Innern, die zuerst am 29. 12. 1941 stattfanden.

Fleckfieber war im Zuge des Rußlandfeldzuges zu einer großen Gefahr geworden; was anstand, war eine Regelung der Impfstoffproduktion, und das war zunächst auch das Thema dieser Besprechung. In einer zweiten Besprechung, an der zusätzlich der Reichsärztführer Leonardo Conti teilnahm, forderte Conti die Durchführung von Infektionsversuchen bei Fleckfieber: „Da der Tierversuch keine ausreichende Wertung von Fleckfieberimpfstoffen zuläßt, müssen die Versuche am Menschen durchgeführt werden.“ Als er dabei nicht die nötige Unterstützung erhielt, trug er die Sache an die SS heran. Auf Veranlassung des Reichsarztes der SS Dr. Grawitz wurde im Einverständnis mit Himmler vom Hygiene-Institut der Waffen-SS im Konzentrationslager Buchenwald eine klinische Station der „Abteilung für Fleckfieber- und Virusforschung“ eröffnet, der der Lagerarzt des Konzentrationslagers Dr. Erwin Ding-Schuler vorstand; bis Ende 1944 fanden dort 24 Versuchsreihen statt. Es kam in der ganzen Zeit nicht, wie geplant, zu der Entwicklung und Herstellung eines SS-eigenen Impfstoffes, sondern es wurden nur vorhandene Impfstoffe geprüft. Davon seien der Impfstoff der Behring-Werke, hergestellt aus Hühnereidotterackkulturen nach dem Verfahren Cox, Gildemeister und Haagen, der Weigl-Impfstoff aus Läusedärmen, der Durand-Giroudsche Impfstoff aus Kaninchenlungen vom Institut Pasteur in Paris und verschiedene Fleckfiebertherapeutika wie Nitroakridin, Methylenblau und Rutenol der IG-Farben-Industrie AG erwähnt.

Ding-Schuler ging so vor, daß er jeweils drei Gruppen von Versuchspersonen bildete, die alle artifiziell infiziert wurden. Die erste Gruppe wurde unbehandelt gelassen, die zweite mit dem jeweiligen Impfstoff behandelt; eine Dritte waren die sogenannten Passagepersonen, die dafür verwendet wurden, Fleckfieberstämme zu erhalten, um jederzeit von Fleckfieberkranken Frischblut

zur Verfügung zu haben. Von diesen – im Monat drei bis fünf Personen – sind fast alle gestorben. Insgesamt waren an den Versuchen 450 Personen beteiligt, von denen 158 gestorben sind. Bei der hohen Letalität gab es nur zu Anfang Freiwillige, denen Zusatzkosten in Aussicht gestellt wurde. Später wurden dazu wahllos aus den im Lager Festgehaltenen Versuchspersonen ausgewählt.

Zwar war das Reichsgesundheitsamt bis zu diesem Zeitpunkt noch nicht direkt an diesen Versuchen beteiligt; trotzdem besuchten Gildemeister und Rose am 17. 3. 1942 diese Abteilung. Gildemeister hatte Rose, der zunächst ablehnend war, mitgenommen. Roses Bedenken waren prinzipieller Natur: „Wenn dieses Verfahren Schule mache, könnten wir ja die ganze Immunitätslehre an den Scharfrichter abtreten und nächsten eine Scharfrichterschule am Institut aufmachen.“ Gildemeister hatte auch Rose gesagt, daß es sich bei den Versuchspersonen nur um zum Tode verurteilte Verbrecher handele. Rose hat diese Versuche zur Prüfung der Impfstoffe zunächst trotzdem abgelehnt. Sie wichen von den bisherigen Methoden der Impfstoffprüfung ab, da es bei ihnen um Leben oder Tod ginge. Die Schutzwirkung eines Impfstoffes werde im Tierversuch geprüft, am Menschen nur Verträglichkeit und Gebrauchsdosis. Ebenso sei künstliche Infektion unzulässig. So äußerte er sich bereits Conti gegenüber, der auf die Notwendigkeit dieser Versuche hinwies, da es bereits zu Fleckfieberepidemien im Generalgouvernement gekommen sei und weitere unter den russischen Kriegsgefangenen zu erwarten wären. „In Kriegzeiten“ – so Conti – „wo Millionen der Besten ... ihr Leben opfern müßten, müsse man auch vom Gemeinschaftsschädling seinen Beitrag zum allgemeinen Wohl fordern“.

Rose hat seine Ablehnung anlässlich eines Vortrages von Ding-Schuler auf der 3. Arbeitstagung der Beratenden Ärzte der Wehrmacht in der Sektion Hygiene im Mai 1943 noch einmal unmißverständlich zum Ausdruck gebracht. Der Tagungsleiter verbat sich jedoch die Auseinandersetzung um prinzipielle ethische Fragen, obwohl allen klar war, daß es sich um Menschenversuche in Konzentrationslagern handelte. Ding-Schuler hat in seiner Antwort an Rose die Versuche verteidigt; überdies seien die Versuchspersonen alle zum Tode verurteilte Verbrecher gewesen. Weder Rose noch ein anderer der Anwesenden hat aber auch nur den Versuch gemacht, weitere Versuche zu verhindern.

Im Gegenteil hat Rose sieben Monate später eine Versuchsreihe in Buchenwald mit dem japanischen Impfstoff Kopenhagen aus Läuseleber veranlaßt. Am 2. 12. 1943 bat er Mrugowsky um die Genehmigung, daß dieser Impfstoff in Buchenwald erprobt werden könnte. Dies erfolgte in der Versuchsreihe VII vom 8. 3. bis 18. 3. 1944 an 20 Personen; sechs Todesfälle waren dabei zu verzeichnen. Dieser Impfstoff, der sich im Tierversuch ausgezeichnet bewährt hatte, erwies sich beim Menschen als völlig ungeeignet. Rose hatte, wie es scheint, seine Meinung völlig geändert und sich an diesen Versuchen beteiligt. Diese Änderung seiner Einstellung geht auch aus einem Brief Roses an seinen Kollegen Haagen am Robert-Koch-Institut von 1943 hervor. Haagen hatte vom Herbst 1943 an bis zum Herbst 1944 Versuche mit Fleckfieberimpfstoff im Sicherungslager Schirmeck, das zum Konzentrationslager Natzweiler gehörte und später im Konzentrationslager Natzweiler selbst, Verträglichkeitsprüfungen eines neuen, von ihm entwickelten Fleckfieberimpfstoffes zunächst in Polen vorgenommen. Diese Versuche waren im Gegensatz zu denen in Buchenwald keine Erprobung herkömmlicher Impfstoffe und sie wurden darüber hinaus von Haagen selbst initiiert und von Anfang an selbst durchgeführt. Bei einer ersten Versuchsreihe in Schirmeck im Mai 1943 starben alle 25 Polen; bei einer Versuchsreihe in Natzweiler im Winter 1943/44, wohin 90 Häftlinge aus Auschwitz gebracht wurden, starben 29 von ihnen. Dieser Transport ist deswe-

gen besonders interessant, weil ihrem Transport ein Briefwechsel Haagens mit Rose vorherging, in dem er von seinen Klagen berichtete, daß die bisher zur Verfügung stehenden Versuchspersonen infolge ihres schlechten Gesundheitszustandes für seine Versuche unbrauchbar wären und er 100 Personen in normalem Gesundheitszustand angefordert habe. Rose weiß darauf nichts anderes zu antworten als die Bitte, daß er sich auch an gegebener Stelle für Lieferung von solchen Impflingen an ihn zur Erprobung des Kopenhagener Impfstoffes einsetzen möge, um die Versuche in Buchenwald fortzusetzen.

Wie ist dieser Sinneswandel bei Rose zu erklären? Es ist ein Zwiespalt, der, wie mir scheint, durch seine ganze Argumentation auch im Nürnberger Ärzteprozeß geht, wo er dieser Verbrechen wegen angeklagt ist. Einerseits ist Roses Kritik an solchen Versuchen zunächst prinzipiell; es geht ihm um die Methodik der Immunologie, es gilt den Anfängen zu wehren, auf daß die Wissenschaftlichkeit in diesem Sinne bewahrt würde. Es könne sich auch Physiologie und Immunitätswissenschaft, die schon mit dem Tierversuch im Urteil der Öffentlichkeit belastet sei, den Menschenversuch überhaupt nicht leisten, obzwar er ungeheure Vorteile für die Forschung böte. Andererseits hat Rose selbst den Vorteil dieser Versuche für die Forschung näher definiert; von den Fleckfieberversuchen in Buchenwald sagt er in diesem Sinn: „1. haben sie gezeigt, daß der Glaube an die schützende Wirkung der Weiglischen Impfstoffe ein Irrtum war ... ;

2. haben sie gezeigt, daß die brauchbaren Impfstoffe zwar nicht vor Infektionen, aber so gut wie sicher vor dem Tode schützen ... ;

3. haben sie gezeigt, daß die Einwände gegen den biologischen Wert der Eidotter-Impfstoffe im Vergleich zu dem Läuse-Impfstoff ungerechtfertigt waren. Damit war der Weg zu einer Massenherstellung von Fleckfieber-Impfstoffen offen;

4. sind durch die Buchenwald-Versuche aber auch mehr Impfstoffe rechtzeitig als unbrauchbar erkannt worden.“

Vor dem Nürnberger Gericht sagte Rose unter anderem, solche Versuche belasteten den Forscher, der sie durchführte oder veranlaßte, da es nicht mit der Tatsache getan wäre, daß man sage, die Versuchsperson sei ohnedies zum Tode verurteilt. Er bliebe trotzdem ein Mensch. Angeklagt wären hier Ärzte, die sich der schweren Aufgabe dieser Experimente unterzogen hätten. Nicht Forschungsfanatismus von Leuten wie Ding-Schuler beseele ihn, nicht anders wie Gildemeister, Holzlöhner und Hans Eppinger aus Wien. „Es sitzen hier mit uns auf der Anklagebank drei tote deutsche Professoren“, die alle der Herabsetzung ausgesetzt wären.

Aus dieser Zwiespältigkeit heraus veranlaßte Rose selbst Versuche in Buchenwald, obschon er Bedenken hatte, ob man sie selbst an zum Tode Verurteilten durchführen dürfe. Nicht der Arzt, sondern der Staat entscheidet, wer sein Leben durch Taten gegen die Allgemeinheit verwirkt hat. Die Frage, ob einer zu Recht zum Tode verurteilt sei, stellt sich ihm deshalb nicht, obzwar er an anderer Stelle den Wandel von Rechtsvorstellungen insgesamt ebenso hervorgehoben hat wie eine lange Liste von relativ geringen Straftatbeständen, auf die damals in Deutschland bereits die Todesstrafe stand, wie Schwarzschlachtungen, Kriegsdienstverweigerung, Lebensmittel-schiebungen und anderes mehr. Die Kriegssituation mit ihren anderen Rechtsnormen wird hier ins Treffen geführt; die Tatsache, daß es sich beim Dritten Reich um einen terroristischen Unrechtsstaat handelte, der sich am deutlichsten in den Konzentrationslagern manifestierte, bleibt außerhalb Roses Überlegung.

Sieht man von diesen politischen Implikationen ab, so steht hinter vielen Widersprüchen Roses wieder eine verkürzte rein naturwissenschaftliche Blickrichtung. Die Überlegungen über den glei-

chen Lebenswert aller Menschen scheinen in diesen Argumentationsketten in den Hintergrund zu treten. Wichtig ist, selbst bei seiner Ablehnung von Menschenversuchen, zunächst die Sauberkeit der Methode und das Hintanhalten von Forschungsfanatismus. Für sie spricht das Verlockende des Experiments von den richtigen Leuten und an Minderwertigen durchgeführt. Dafür hat sich Rose auch entschieden, als er trotz aller Bedenken sich an den Fleckfieberversuchen in Buchenwald beteiligte. Immer taucht in der Verteidigung aller Angeklagten das Argument auf, daß es Menschenversuche auch schon vorher gegeben habe und zwar gerade an Verbrechern, die bisweilen nicht zum Tode verurteilt und auch nicht freiwillig waren. Rose führt in diesem Zusammenhang Prof. Richard P. Strong an, der als Public Health Officer in Manila sowohl Experimente mit abgeschwächten Pestbakterien als auch solche zur Klärung der Ursache der Beri-Beri-Krankheit bei mehreren zum Tode verurteilten Verbrechern durchführte. Freiwilligkeit ist zumindest bei den Pestversuchen nicht erwähnt. Von den Versuchspersonen bei den Beri-Beri-Versuchen starb eine. Daß auch hier die gleiche verengte naturwissenschaftliche Denkweise wie bei Rose vorliegt, kann keinem Zweifel unterliegen. Die Berufung auf sie – und darauf hat auch die Anklage abgehoben – zur eigenen Verteidigung ist jedoch unzulässig. Denn selbst diese vereinzelt Versuche, wie die Strongs, unterscheiden sich als Einzelversuche von denen in den Konzentrationslagern. Letztere wurden als Reihenversuche an Deutschen, Russen, Polen und Juden wahllos durchgeführt. Diese Personengruppen einte die Tatsache ihrer Ausgrenzung und ihrer Freigabe zur Vernichtung, wenn auch in Abstufungen, durch ein verbrecherisches Regime. Auch Rose mußte klar sein, was Conti unter „Gemeinschaftsschädlingen“ verstand; er kannte die Verhältnisse von Buchenwald durch zumindest einen Besuch, er kannte die Letalitätsquote durch den Vortrag Ding-Schulers. Er initiierte unter diesen Bedingungen eine Versuchsreihe. Damit hat er als angesehener Forscher den Schritt von nur naturwissenschaftlich bedingter Sehweise zum medizinischen Verbrechen getan.

Dies gilt für Rose und in ganz besonderem Maße für den Vorgänger Roses im Reichsgesundheitsamt Claus Schilling mit seinen Malariaversuchen im Konzentrationslager Dachau. Schilling wurde für sie im Prozeß gegen die Wachmannschaften von Dachau verurteilt und gehängt. Haagen wurde von einem französischen Militärgericht zu lebenslänglicher Haft verurteilt; er war nach wenigen Jahren wieder frei. Rose, der auch im Nürnberger Prozeß angeklagt und zu lebenslanger Haft verurteilt worden war, war nicht nur nach vier Jahren wieder in Freiheit, sondern wurde 1963 auf Antrag der Bundesdisziplinarkammer in Düsseldorf freigesprochen und das Nürnberger Urteil damit zu einem Fehlurteil gemacht. Dem entspricht auch die Nachkriegskarriere Roses; er wurde nicht nur Generalbevollmächtigter einer pharmazeutischen Firma und Ehrenmitglied des Vorstands der Arbeitsgemeinschaft der Unternehmer für Industrie, Handel und Gewerbe im mittleren Wesergebiet, sondern ist auch Träger der Schürmann-Medaille der Deutschen Gesellschaft für Wehrmedizin und Mitglied der Max-Planck-Gesellschaft seit 1962.

Das alles – auch die Beteiligung von früheren oder damaligen Angehörigen des Reichsgesundheitsamtes an diesen Taten und der Anteil der Institution selbst an ihrer Planung innerhalb und außerhalb der Konzentrationslager – ist kein absoluter Bruch mit bestehenden Traditionen, sondern nur die volle Konsequenz aus einer reduktionistisch-naturwissenschaftlichen Medizin. Es ist – so Viktor von Weizsäcker – „der Geist, der den Menschen nur als Objekt nimmt“. „Weil“ – so wieder Viktor von Weizsäcker 1947 – „die (in Nürnberg) angeklagten Taten aus einer überlebten Art von Medizin aus geschahen, die in sich selbst keine Hemmungen gegen unsittliches Handeln enthielt,

darum fanden sie auch in dieser Art Medizin keinen Schutz und keine Warnung gegen mögliche unsittliche Handlungen. Denn es kann wirklich kein Zweifel darüber bestehen, daß die moralische Anästhesie gegenüber den Leiden der... zu Experimenten Ausgewählten begünstigt war durch die Denkweise einer Medizin, welche die Menschen betrachtet wie ein chemisches Molekül oder ein Versuchskaninchen. So wird bei Humanversuchen, bei therapeutischen ebenso wie

bei nicht-therapeutischen, gerade auch bei solchen, die im Urteil von Nürnberg und in der Deklaration von Helsinki als zulässig bezeichnet wurden, die Frage der ärztlichen Ethik zum entscheidenden Kriterium ihrer Durchführung.

Ernst müssen wir dabei die warnende Frage eines israelischen Wissenschaftlers, Professor Yehuda Bauer, beim Tribunal gegen Mengele im April 1985 in Jerusalem in Jad Vaschem nehmen, daß

der Blick auf diese Verbrechen die Frage unter kritischen Wissenschaftlern auch nach Auschwitz aufwirft, „ob wir nicht einen gut ausgerüsteten Barbarismus selbst produzieren“. Diese Frage ist in einer Zeit, in der Gentechnologie und Reproduktionstechnologie eine immer größere Bedeutung gewinnen und soziobiologisches Denken an die Übertragung biologischer Modelle auf gesellschaftliche Phänomene an den Sozialdarwinismus denken läßt, nur zu berechtigt.

Studienreform: „Berliner Modell“

Arbeitspapier der „Inhalts-AG“ der Medizinerinnen und Mediziner an der Freien Universität Berlin

Dieses Papier formuliert eine Vorstellung, die von uns Studentinnen als Diskussionsgrundlage erarbeitet worden ist. Wir fühlen uns durch die Zahl ähnlicher, zum Teil umgesetzter Modelle und veröffentlichter Ideen aufgefordert, auch an unserer Universität das Gespräch über die Verbesserung unserer Ausbildung aufzugreifen. In vielen Gesprächen während unseres bisherigen Studiums, besonders aber auch im Forum, das unser Streik uns bietet, haben wir von vielen Assistentinnen und Professorinnen immer wieder erfahren, daß auch sie an eine grundlegende Studienreform denken.

Die Erfahrung mit den Ausbildungsreformen der letzten Jahre hat gezeigt, daß Teilreformen in einzelnen Bereichen uns unserem Ausbildungsziel nicht näher gebracht haben. Deshalb haben wir ein Modell entwickelt, in dem die jetzigen großen Mängel in der Ausbildung beseitigt werden. Wir gehen davon aus, daß sich ein solches Studienmodell nur vor dem Hintergrund einer demokratischen Universitätsstruktur realisieren läßt. (...)

Der enorme Wissenszuwachs in allen Bereichen der medizinischen Disziplinen stellt neue Anforderungen an Lehrende und Lernende, den Lehrinhalt zu ordnen, auszuwählen und zu vermitteln. Wir alle sind z. B. mit Umweltverschmutzung, veränderter Altersstruktur und Problemen, die sich aus der Erschließung neuer Wissensgebiete ergeben, konfrontiert. Der starre Rahmen der derzeitigen Approbationsordnung bietet nicht den nötigen Freiraum, auf diese Veränderungen adäquat zu reagieren. Die bisherige Antwort auf diese Fragen beschränkt sich auf das Aneignen enzyklopädischen Wissens. Die Lösung dieses Dilemmas liegt in der Erziehung zu lebendigem Denken auf breiter Basis, die der Dynamik des Wissensstoffes gerecht werden kann. Unser Ausbildungsziel ist der/die *weiterbildungsfähige Ärztin/Arzt mit allgemeinmedizinischen Grundlagen*. (...)

Öffnung der Universität für neue Inhalte

Wir verstehen die Universität als Forum der Auseinandersetzung verschiedener Lehren; für die Medizin bedeutet das den Diskurs mit neuen Methoden und Ansätzen. Dies findet zur Zeit nicht statt. Eine Diskussion ist allenfalls in Fachzeitschriften oder auf Kongressen möglich. Unserer Meinung nach vernachlässigt die Universität damit eine Aufgabe, die sie für die Gesellschaft zu tragen hat. An mehreren Universitäten gibt es bereits Einzelveranstaltungen unterschiedlicher Qualität. Auch außerhalb der Universität besteht eine merkwürdige Nachfrage. Wir fordern daher die Öffnung der Universität für andere Lehren. Wir denken dabei zum Beispiel an folgende: Homöopathie, Chinesische Medizin, Physikalische Therapien, Anthroposophie, Ethnologie, Phytotherapie.

Diese Einzelbereiche müssen ihre Darstellung, ihre Voraussetzungen und ihre Methodik selbst bestimmen dürfen, da wir dem Problem gerecht

Während der vergangenen Monate streikten an mehreren Hochschulen Studentinnen und Studenten für eine materielle Absicherung des Studiums, eine ausreichende finanzielle Ausstattung der Hochschulen, eine Demokratisierung der universitären Strukturen. In Westberlin bildete sich während des Streiks eine „Inhalts-AG“ der Medizinstudentinnen und -studenten, die Vorschläge für eine Studienreform erarbeitet hat. Wir dokumentieren die Ergebnisse.



werden müssen, daß sie zum Teil mit herkömmlichen naturwissenschaftlichen Verfahren allein nicht erklärbar sind und ihnen deshalb der Zugang zur Universität bisher verwehrt wurde. Wir halten es für notwendig, auf Antrag Institute einzurichten, die diese Lehren repräsentieren. Über diese Einrichtung wird im Einzelfall von einem noch zu bestimmenden Gremium entschieden.

Ein weiterer wichtiger Aspekt des Studiums ist die *Auseinandersetzung mit sich selbst und dem Verhältnis zu den Patientinnen*. Die Interaktion zwischen Ärztinnen und Patientinnen ist ein wesentlicher Bestandteil des ärztlichen Alltags. Daher ist die Problematisierung der Gesprächsgestaltung, des ärztlichen Selbstverständnisses, des Lernens an sich selbst durch Sensibilisierung für den eigenen Körper (z. B. Krankheit, Schmerz, Sexualität) notwendig.

Im Moment findet die Ausbildung zu *vorbeugend denkenden und handelnden Ärztinnen* zu wenig Beachtung. Wir finden es wichtig, daß Erkenntnisse der Gesundheitserziehung, der Ernährungswissenschaften, der Suchtthematik sowie der krankmachenden Faktoren aus Umwelt und Gesellschaft und die durch den Arzt verursachten Krankheiten mit einbezogen werden. Statt dessen setzt unsere Ausbildung erst bei der Behandlung von Krankheiten ein.

Ein *Studium Fundamentale* soll mehr der Ausbildung lebendigen Denkens und des Urteilsvermögens dienen, weniger der reinen Vermittlung weiteren Wissensstoffes. Gedacht ist an eine patientenzentrierte, ganzheitliche Medizin. Den Studentinnen soll damit die Möglichkeit gegeben

werden, die eigene Persönlichkeit zu entwickeln und den Horizont zu erweitern, um ihre Fähigkeit zur sozialen Verantwortlichkeit und ihren Willen zur Mitwirkung zu fördern. Das Studium Fundamentale soll das gesamte Studium begleiten, denn wir halten die ständige Beschäftigung mit geistes- und gesellschaftswissenschaftlichen Fragen auf interdisziplinärer Ebene für eine Voraussetzung dieser Ziele. Zusätzlich zu den spezifisch medizinischen Fragestellungen werden im Sinne des Studium Fundamentale weitere Fächer voll berücksichtigt.

Ergänzend zum neu zu schaffenden Lehrprogramm sollten den Medizinstudentinnen entsprechende Vorlesungen und Seminare angeboten werden, und zwar räumlich innerhalb oder in der Nähe der medizinischen Institute und zeitlich nicht in Konkurrenz zu den übrigen Lehrveranstaltungen. Eine möglichst plausible Integration in die geplanten Blockpraktika bzw. einen Wochenlehrplan ist anzustreben.

Integratives Lernen

Bisher wurde das Studium geprägt von der Lehre und den Themen einzelner Institute, die nacheinander, jedoch nicht miteinander erarbeitet wurden. Im künftigen Studium sollen nicht mehr einzelne Institute durchlaufen, einzelne Fächer abgefragt werden, sondern das Studium in Blöcken stattfinden. In Anlehnung an das „Modell Maastricht“ haben die Blöcke in etwa folgende Struktur: Ein Oberthema wird gewählt, in Kleingruppen bearbeitet durch Vorlesungen und Seminare vertieft, sowie ständig von praktischen Übungen begleitet.

– Themenwahl:

Die bisherige strikte Trennung zwischen Vorklinik und Klinik soll nicht weiter bestehen. Dennoch erscheint uns eine fortschreitende Entwicklung der Themen von den grundlagen-bezogenen zu mehr praktisch-klinisch orientierten notwendig. Dementsprechend sind die Blöcke im ersten Jahr von grundlegenden Themen geprägt (z. B. Bewegung), in den folgenden Jahren soll es neben organbezogenen Blöcken (z. B. Herz, Leber) vor allem symptombezogene Blöcke geben (z. B. Fieber, Schmerz). Die Institute bieten uns zu dem im Block behandelten Thema koordinierte Lehrveranstaltungen an (Vorlesungen, die weit gefaßt sind, und von wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen geleitete Seminare, die Probleme der Blöcke vertiefend behandeln).

– Kleingruppen:

Kern der Blöcke sind die Kleingruppen aus ca. 8 Studentinnen, die von einer/einem Tutorin betreut werden, die/der den entsprechenden Block schon durchlaufen haben muß und mit den Problemen vertraut ist. Sie/er wird entsprechend den jetzigen Tutorinnen entlohnt. Die Kleingruppen strukturieren das Thema, die Arbeitsweise und auch die Schwerpunkte ihrer Arbeit. Die/der Tutorin lehrt nicht, sondern ist Ansprechpartnerin und Orientierungshilfe.

– Heranführung an die Praxis

In die neue Struktur sollen praktizierende ÄrztInnen integriert werden, die eine Kleingruppe oder einzelne StudentInnen betreuen und sie schon frühzeitig mit der Tätigkeit als praktische Ärztin vertraut machen. Dies kann durch Gespräche mit PatientInnen oder Krankenbesuche geschehen.

Praxis im Studium

Die verantwortliche Tätigkeit als Ärztin/Arzt erfordert eine kontinuierlich praxisbezogene Ausbildung. Sie dient zur schrittweisen Aneignung von ärztlichen Fähigkeiten, die durch verschiedene Erfahrungen in der praktischen Krankenhausarbeit erlernt werden. Dazu gehören u. a. Untersuchungen am eigenen Körper, um patientengerecht handeln zu können. Das Kennenlernen der Inhalte angrenzender Berufsgruppen bereitet auf die Zusammenarbeit mit ihnen vor. Folgendes Modell soll dies gewährleisten:

1. studiumvorbereitendes Praktikum im Krankenhaus;
2. studiumbegleitendes Praktikum;
3. blockbegleitende Praktika;
4. Famulaturen und Praktisches Jahr.

ad 1. Während eines durchgehenden 6-monatigen, das Studium vorbereitenden Praktikums im Krankenhaus (mit höchstens einem Stationswechsel) soll man die Grundpflege erlernen und Einblick in alle dort tätigen Berufsgruppen bekommen. Die PraktikantInnen dürfen keineswegs Schwestern ersetzen, wobei ihre soziale Situation wie die der SchwesternschülerInnen geregelt ist.

ad 2. Das studiumbegleitende Praktikum findet in allen Semestern einmal wöchentlich statt. Während eines Semesters befinden sich an diesem Tag maximal 5 StudentInnen aus verschiedenen Semestern gemeinsam auf derselben Station. Hierbei soll die/der StudentIn im ersten Semester zunächst beobachten, ab dem zweiten Semester führt sie/er die erlernten und bescheinigten Tätigkeiten selbst aus. Diese Art des Praktikums dient

der semesterübergreifenden Kooperation unter den StudentInnen und verhindert die Überlastung des Personals.

ad 3. Die jeweiligen blockbegleitenden Praktika richten sich nach den Themen des Blocks, wobei zur theoretischen Ausbildung das Üben am Modell und an KommilitonInnen gehört.

ad 4. Famulaturen und Praktisches Jahr können in überarbeiteter Art und Weise beibehalten werden. Dieser Punkt wird noch diskutiert.

Vorschläge zum Thema Prüfungen

Unserer Ansicht nach ist die Kritik an unserem Prüfungssystem nicht allein eine Frage des Prüfungsmodus, sondern hat in zunehmendem Maße Auswirkungen auf Lernstile und Lerninhalte. Die zunehmende Verschlechterung ergibt sich nicht nur aus der Veröffentlichung der Altfagen, aus dem sich daraus ergebenden Zwang, immer neue Fragen zu finden und der Möglichkeit, sich ausschließlich mit Fragensammlungen erfolgreich auf die Prüfung vorzubereiten. Ergebnis dieses Mechanismus ist die Verselbständigung des Multiple-Choice-Verfahrens. Das Aufheben der Veröffentlichung, das ohnehin praktisch undurchführbar wäre, würde die grundsätzlichen Mängel dieses Systems nicht beseitigen, da die folgenden entscheidenden Punkte darüber hinaus von Wichtigkeit sind. Zwar ermöglicht das MC-System durch die einfache Handhabung das Abfragen einer immensen Stofffülle innerhalb von zwei Tagen, jedoch kann diese Stoffmenge unmöglich in so kurzer Zeit aktiv präsent sein und führt so automatisch in die Sackgasse des passiven Wissens und des „Lückenlernens“. Im Hinblick auf die Aufgabe unseres Studiums, uns zu verantwortlich handelnden ÄrztInnen auszubilden, meinen wir, daß selbst Vorteile wie Objektivität und Vergleichbarkeit (die nicht MC-immanent sind) die genannten Nachteile nicht entkräften. Die Ablehnung des bestehenden Prüfungssystems erfordert die Erarbeitung neuer Formen, die sich gut in das Blockstudium integrieren lassen und so die

Realisierung folgender Ziele gewährleisten. Prüfungen müssen

- der Kontrolle der Handlungsfähigkeit (Überprüfung praktischer Fähigkeit) und
- der Rückmeldung über den momentanen Ausbildungsstand dienen.

Ihr Sinn liegt nicht darin, StudentInnenzahlen zu reduzieren. Sie sollen nicht dadurch motivieren, daß ein Thema abgehakt wird, sondern dadurch, daß jede Prüfung in Aussicht stellt, mehr Verantwortung tragen zu dürfen. Es muß gewährleistet sein, daß die testierten Fähigkeiten in der Folge zur Anwendung kommen (z. B. Spritzenschein). So wird uns die Möglichkeit gegeben, schrittweise in die Verantwortung unseres Berufes hineinzuwachsen.

Welche Wege zur Umsetzung unserer Ziele stellen wir uns vor? Es muß in der Entscheidung des Einzelnen liegen, den Leistungsnachweis durch kursbegleitende oder eine abschließende Kontrolle zu erbringen. Der Umfang der zu erarbeiteten Lernziele wird deshalb zu Beginn des Kurses in Form eines Aufgabenkatalogs festgelegt. Dadurch wird die Entwicklung zu mehr Eigenverantwortung gefördert. Verschiedene Prüfungsmodalitäten sind kursspezifisch zu diskutieren (z. B. mündliche Prüfung, schriftliche Prüfung, Hausarbeiten, Referate, Prüfung in Form von Gruppenleistungen). Aus Gründen der Vergleichbarkeit, der Standortbestimmung und zur Wiederholung des Stoffgebietes halten wir übergeordnete Prüfungen im Rahmen der einzelnen Universitäten für notwendig. Damit ist die verknüpfende Auseinandersetzung mit den verschiedenen Themenbereichen gewährleistet. Wir fordern an grundlegenden Zusammenhängen und an der Häufigkeit und Bedeutung tatsächlich auftretender Krankheiten orientierte Prüfungsinhalte. Insgesamt sollte eine Verschiebung des Gewichtes übergeordneter Prüfungen zugunsten kontinuierlich kontrollierter Begleitung während des Semesters sein. In welcher Form Prüfungen in Zukunft – im Rahmen neuer demokratischer Strukturen – kontrolliert werden, wird noch diskutiert. (...) □

Anzeige:

Die biografische Erzählung über das mutige Leben einer unvergessenen Frau!

CHRISTIANE BARCKHAUSEN
AUF DEN SPUREN
VON TINA MODOTTI



PAHL-RUGENSTEIN

Christiane Barckhausen erhielt als erste Frau und erste Europäerin den begehrten Literaturpreis CASA DE LAS AMERICAS, 1988, für die biografische Darstellung eines ungewöhnlichen Frauenlebens. Zart und sorgsam, alle erreichbaren Einzelheiten beachtend, zeichnet sie die Stationen dieses Lebens nach: TINA MODOTTI, 1896 in Udine, Italien geboren und 1942 in Mexiko gestorben.

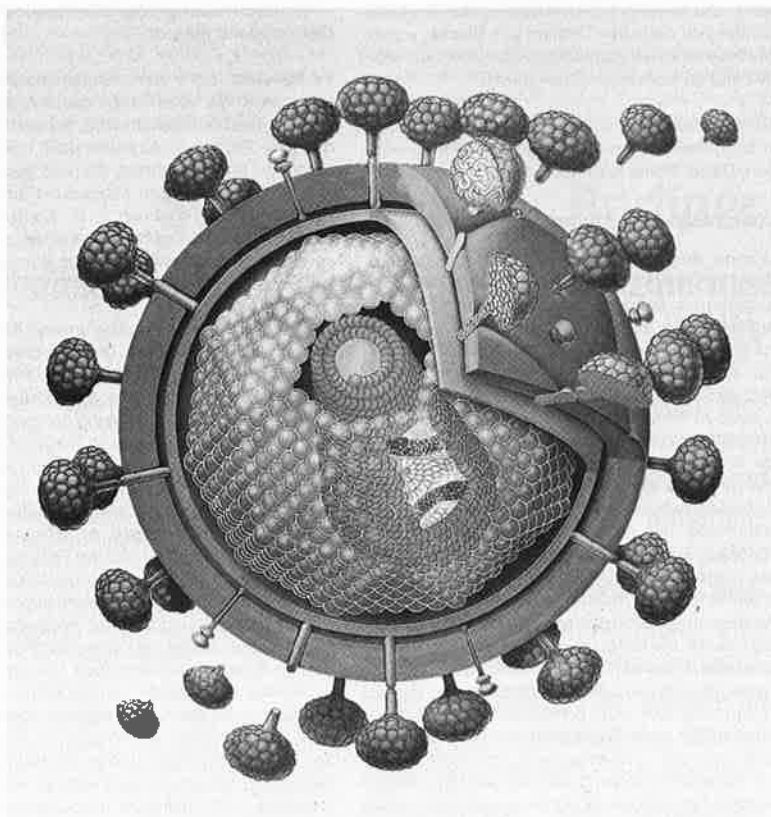
Sie war eine Kultfigur der Frauenbewegung, Schauspielerin, Modell und selbst begabte Fotografin. Mitbegründerin zahlreicher antifaschistischer Vereinigungen und überzeugte Aktivistin im spanischen Bürgerkrieg – ein erfülltes und wechselvolles Dasein, das den Namen Leben verdient.

Christiane Barckhausen
**AUF DEN SPUREN VON
TINA MODOTTI**
Leinen mit Schutzumschlag
447 Seiten, zahlr. Abb., DM 38,-

Unsere Bücher
sind Lebens-Mittel.

PAHL-RUGENSTEIN

2. Deutscher Aids-Kongreß



Florierende Geschäfte

**Entgegen früherer Prognosen
verläuft die Ausbreitung von Aids
langsamer als erwartet.
Den Geschäften mit HIV-Tests
und Medikamenten tut dies
keinen Abbruch**

Es war schon eine eindrucksvolle Szenerie, als sich Ende Januar im Berliner Kongreßzentrum ICC über 2000 Ärzte und Wissenschaftler zum Zweiten Deutschen Aids-Kongreß unter dem Motto „Klinischer und wissenschaftlicher Fortschritt“ trafen. Bei über 400 Präsentationen und Vorträgen wurde diskutiert, analysiert und kritisiert, und trotz allem blieb wieder einmal die Frage offen, wem ein solcher Kongreß eigentlich nützt ...

Wie schon beim letztjährigen Kongreß in München fand auch diesmal die Auseinandersetzung über psycho-soziale Probleme der Betroffenen nicht statt, anstelle dessen diskutierte man fast ausschließlich über „Patientenkollektive“, an denen jeweils die HIV-Prävalenz, diagnostische Besonderheiten oder therapeutische Effekte interessiert.

Wirklich erschreckend erschien die vielerorts dominierende wissenschaftliche Kasuistik, bei der man sich in der Darstellung und Erörterung „interessanter Fälle“ geradezu übertraf. So endete der Berliner Kongreß dann auch

In den kommenden Wochen werden in der Bundesrepublik zwei neue Computerprogramme zur Datenerfassung im Bereich von HIV-Infektion und Aids zur Anwendung kommen, die auf dem Zweiten Deutschen Aids-Kongreß erstmals öffentlich vorgestellt worden sind. Damit werden neben dem schon zur Verfügung stehendem Instrumentarium zur statistischen Erfassung von HIV-Infektionen und Aids (Berichtspflicht gemäß Laborberichts-Verordnung, die eine völlig anonymisierte Meldung positiver HIV-Bestätigungstests vorsieht; vertrauliche Meldung an das Aids-Fallregister beim BGA mit codierten Personenangaben) weitere Möglichkeiten geschaffen, über klinische Verlaufsstudien und Analysen bestimmter Patientenkollektive neue epidemiologische Erkenntnisse zu gewinnen.

Schon die seit längerem praktizierte Aids-Fallbericht-Meldung an das BGA ist aus datenschutzrechtlicher Sicht nicht unbedenklich. Datenschutzexperten kritisieren, daß die Patientencodes des Aids-Fallberichts ohne große Schwierigkeiten entschlüsselt werden können und bereits unter Hinzunahme eines Einwohnermelderegisters ein hoher Anteil eindeutiger Reidentifizierungen möglich ist. So sei zum Beispiel bei einem Postleitzahlbezirk mit 500 000 Einwohnern eine Identifikation einer bestimmten Person in über 50 Prozent der Fälle möglich, bei einer Million Einwohnern gelinge dies bei über 30 Prozent und selbst bei einer 2-Millionen-Stadt liege die Eindeutigkeit immerhin noch bei knapp 25 Prozent aller Codes. In Berlin äußerten nun kritische Stimmen die Befürchtung, daß die Anonymisierung der beiden neuen Computerprogramme „KLI-

mit deutlichen Mißtönen, als eine Gruppe von Ärzten und Wissenschaftlern auf der Abschlußpressekonferenz in Übereinstimmung mit der Deutschen Aids-Hilfe ihren Unmut darüber äußerte, daß die Lebenssituation der Betroffenen sowie die psycho-soziale Dimension von HIV und Aids fast gar nicht berücksichtigt worden sei. Dabei hatte der Auftakt des - überwiegend national besetzten - Wissenschaftlertreffens Anlaß zu gedämpftem Optimismus gegeben.

Zur Eröffnung des Kongresses legte das Aids-Zentrum im Bundesgesundheitsamt (BGA) neue Zahlen zur Aids-Ausbreitung vor. Danach wurden bis Ende 1988 in der Bundesrepublik 2779 manifeste Aids-Fälle in das Fallregister des BGA aufgenommen. Diese Zahlen bestätigen erneut den momentanen, auch international zu beobachtenden Trend zu „abnehmenden Zuwachsraten“. Auf Grundlage der derzeit registrierten Fälle kommt das BGA zu der Einschätzung, daß sich die Zahl der erkrankten Patienten alle 15 Monate, und nicht wie früher angenommen alle 8 Monate, verdoppelt. Die düsteren

Prognosen sind bislang nicht eingetreten, und der Handlungsdruck auf die Entscheidungsträger in den politischen Gremien scheint von daher vorerst entschärft.

Natürlich wird dies auch der neuen Bundesgesundheitsministerin Ursula Lehr klar gewesen sein, als sie in der Eröffnungsrede klarstellte, daß die unter ihrer Vorgängerin entwickelte bisherige „stabile und tragfähige“ Aids-Politik fortgesetzt werde und daß sich sich gegen jede Form der Ausgrenzung und Diskriminierung der Betroffenen wende. Doch nach diesen eher pflichtgemäßen Erklärungen kamen neue, ungewohnt scharfe Töne. In deutlicher Form hob die Ministerin den Test als zentrales Element ihrer Aids-Strategie hervor und apostrophierte die Verantwortung des Einzelnen, „sich Gewißheit über seinen Serostatus zu verschaffen, falls Risiken vorhanden sind“.

Den Kritikern des Tests warf Lehr ein „gefährliches Spiel“ vor, da ein Abstraten vom Test schon bald dazu führen könne, daß nicht mehr freiwillige, sondern Zwangstests zur Diskussion stün-

den. Wie ernst diese Äußerungen zu nehmen sind, ob bloße Drohgebärde oder neue inhaltliche Akzentuierung, bleibt zunächst abzuwarten. Sicher ist jedoch, daß die Testbefürworter den Berliner Kongreß klar dominiert haben, angefangen bei den Medizinern, deren Studien nach wie vor vielfach unter zu kleinen Patientenkollektiven und daher wenig aussagekräftigen Ergebnissen leiden, bis hin zur Pharma-Industrie, die auf dem Kongreß ihre neuesten Testverfahren präsentierte und die wohl von einer Pro-Test-Strategie mit beträchtlichen Umsätzen profitieren würde.

Apropos Umsatz: Der Reigen derer, die sich mit Aids mittlerweile eine „goldene Nase“ verdienen, wird nach wie vor angeführt vom Pharma-Giganten Burroughs-Wellcome, dessen Präparat AZT - Markenname Retrovir - als einziges in Deutschland zugelassenes Virusstatikum dem Konzern Riesengewinne beschert. Allein im vergangenen Jahr erreichte AZT als einzelnes Präparat mit 279 Millionen Mark einen Anteil von acht Prozent am Gesamtumsatz des Wellcome-Konzerns und gilt allgemein als eines der teuersten Therapeutika der Medizingeschichte. Die wissenschaftlichen Therapiestudien mit AZT, dessen verheerende Nebenwirkungen, Veränderungen des Blutbildes, unbestritten sind, werden unbcirrt weitergeführt, auch wenn eine in Berlin präscntierte neuere Untersuchung der Frankfurter Universitätsklinik aufzeigt, daß die Mehrheit der mit AZT behandelten Patienten nach etwa 200 Tagen schwer zu beherrschende Rückfälle erlitten. Alternative Therapien, wie etwa die Immunmodulation durch Immunglobulinzufuhr, stehen aber noch immer in den Anfängen.

So bleibt nach dem Kongreß das zwiespältige Fazit, daß im Bereich der Therapie weiterhin nur mit kleinen Schritten zu rechnen ist, durchschlagende Erfolge auf absehbare Zeit nicht zu erwarten sind. Die Epidemiologen brauchen, so wurde es immer wieder behauptet, verlässlicheres Zahlenmaterial. Dieser Anforderung wird demnächst durch eine computergestützte Datenerfassung in den behandelnden Kliniken Rechnung getragen (siehe Kasten). Und auch hier bleibt die Frage offen, wem das nützt.

Peter Lindlahr ist
Mitarbeiter der
Aids-Hilfe Bonn

Peter Lindlahr

KLINAIDS, KLIMACS

Neue Daten- erfassungsprogramme

NAIDS“ und „KLIMACS“ sogar noch unzureichender sei.

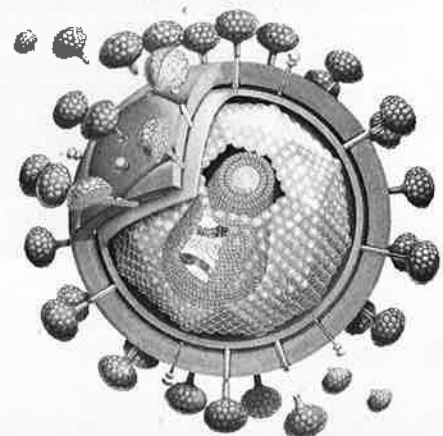
Im Rahmen der „Multizentrischen Studie zum klinischen Verlauf der HIV-Infektion“ hat das BGA vom Berliner BIAS-Institut das Computerprogramm „KLINAIDS“ entwickeln lassen, das zunächst in 17 bundesdeutschen Behandlungszentren (Universitäts-Kliniken) zur Anwendung kommen wird. Die darin aufgenommenen Personendaten, die sogenannten Stammdaten, werden teilweise als Patientencode auf der Grundlage des Aids-Fallregisters, zum Teil aber auch uncodiert, zum Beispiel mit komplettem Geburtsdatum und kompletter Postleitzahl eingegeben. Offiziell dient das System der Dokumentation klinischer Verläufe und soll zu einer klinikinternen Bedarfseinschätzung bei der Behandlung von HIV-Patienten beitragen. Die erhobenen Daten werden nicht automatisch dem BGA zugeführt, es besteht jedoch eine Zugriffsmöglichkeit auf die gespeicherten Daten durch das BGA.

Das Gefahren- und Mißbrauchspotential von KLINAIDS liegt darin, daß im Programm Schnittstellen zu anderen Dateien vorgesehen werden sollen, die jederzeit einen Datenabgleich ermöglichen. Besonders bedenklich erscheint die Tatsache, daß ein Datentransfer

zwischen KLINAIDS und KLIMACS möglich ist. Auf diese Weise könnten die KLINAIDS-Daten, die unter anderem auch eine bemerkenswert ausführliche Sozialanamnese der Patienten beinhalten, mit den namentlichen Daten aus KLIMACS zusammengeführt werden.

Das Computerprogramm „KLIMACS“ ist im Auftrag des Kuratoriums Aids der Paul-Ehrlich-Gesellschaft in Frankfurt entwickelt worden. Es wird vom Bundesarbeitsministerium finanziert und soll in 22 Kliniken eingesetzt werden. KLIMACS will die klinikinternen Arbeitsvorgänge erleichtern, es dient in erster Linie der Bearbeitung und Verwaltung von Patientendaten innerhalb der Krankenhäuser. Hierzu werden sensible Patientendaten gespeichert, zum Beispiel Name, Adresse und weitere persönliche Angaben, damit mit Hilfe des Programms auch Arztbriefe, Befundmitteilungen etcetera erstellt werden können.

Neben der Gefahr der Verknüpfung beider Datenbestände wird für beide Programme noch zu klären sein, ob im Hinblick auf das informationelle Selbstbestimmungsrecht der Patienten überhaupt genügend Transparenz für den behandelten Patienten besteht, das heißt in welchem Umfang er von den Ärzten unterrichtet werden muß, daß personenbezogene Daten in das jeweilige Programm übernommen werden. Bei allem klinikinternen Nutzen und auch dem behaupteten Vorteil einer systematischen Datenerfassung für epidemiologische Erkenntnisse werfen KLINAIDS und KLIMACS zum jetzigen Zeitpunkt eine Menge datenrechtlicher Detailfragen auf, die erst noch geklärt werden müssen. □



Wenn Sie ein neues Gebiß brauchen, schneiden Sie eine Apfelsine sternförmig auf. Dabei entstehen mundgerecht geformte Streifen. Einen davon schneiden Sie innen einmal längs ein, ohne die Ränder aufzuschneiden. Dann werden quer dazu Einschnitte gemacht. Je größer der Abstand der Schnitte, desto größer die Zähne. Vorsicht: Wer über den Rand schneidet, verursacht Zahnausfall! Nun muß das neue Gebiß mit der Apfelsinenschaleninnenseite nach außen vom Chef der Familie eingepaßt werden. Lächeln. Fertig.



Wir basteln uns eine neue Brille. Hier wären nur zwei Scheiben aus der Apfelsine zu schneiden. Die Dicke der Scheiben richtet sich natürlich nach der Sehschwäche. Wer entspiegelte Gläser braucht, kann ohne Mehrkosten das Fruchtfleisch entfernen. Die Scheiben stecken wir in der Mitte mit einer Büroklammer zusammen. Als Bügel dienen die beiden Plastikgabeln. Das ist leicht und umweltfreundlich.

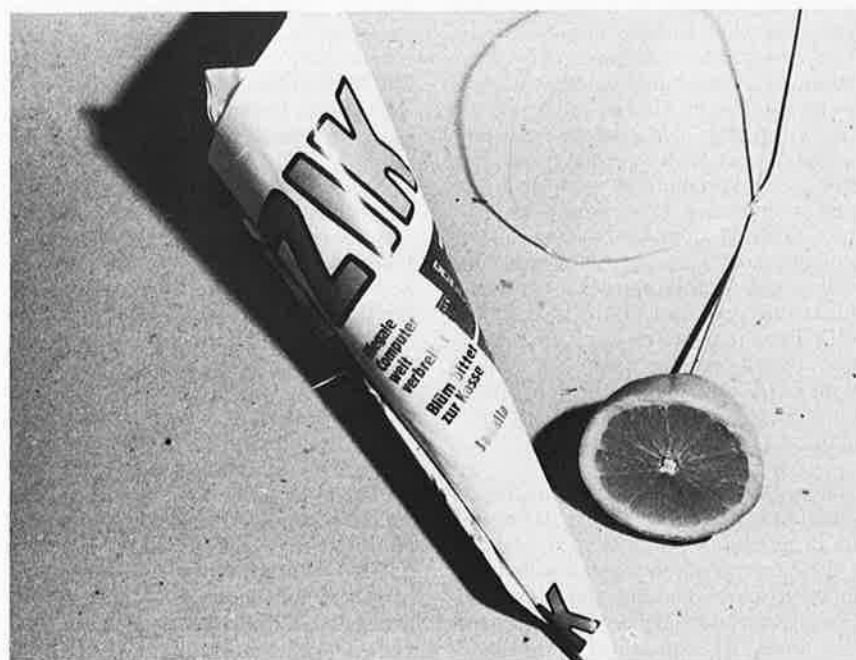
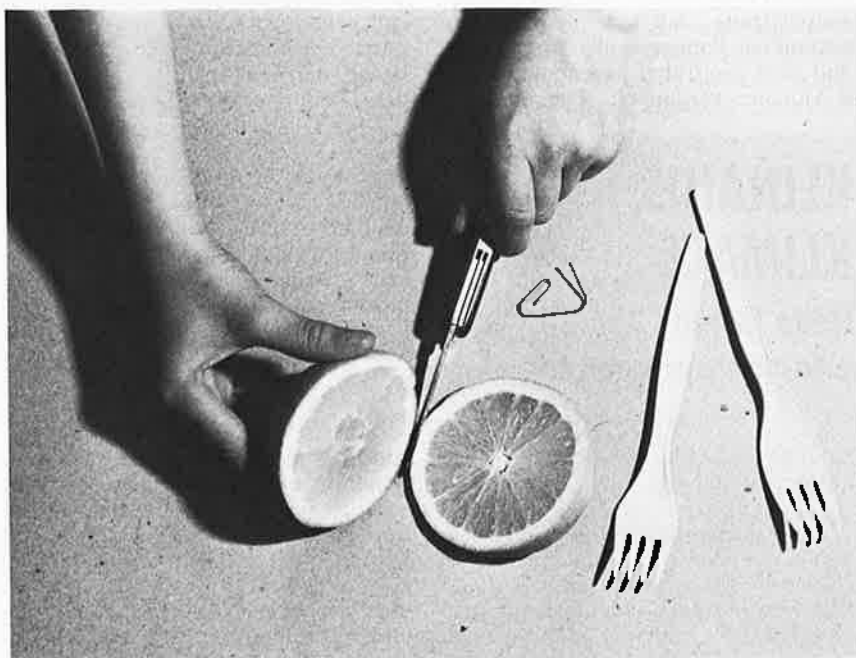
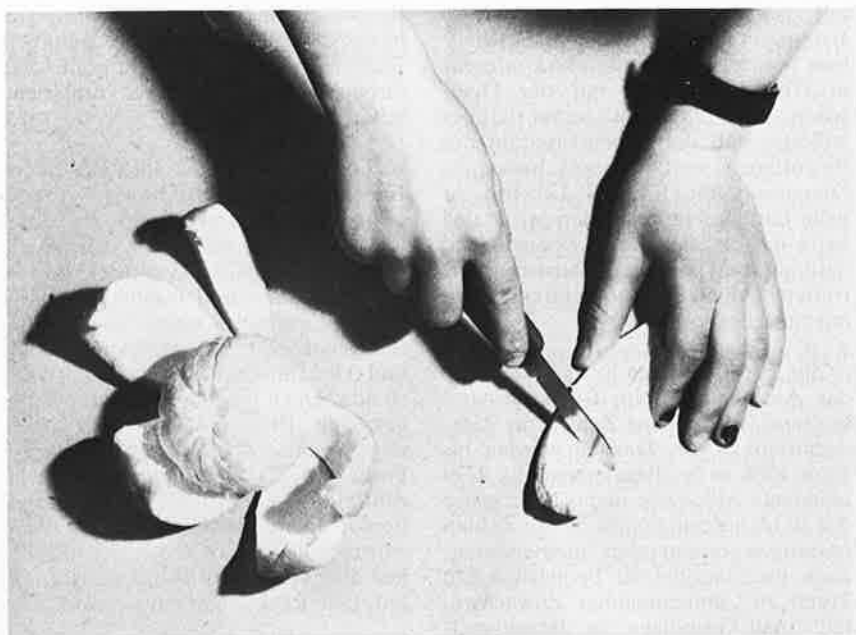
Mit Ihrer neuen Brille haben Sie sofort guten Durchblick. Sie können leicht die Vorzüge der Gesundheitsreform erkennen.



Auch ein Hörgerät können wir uns basteln. Der Schalltrichter läßt sich aus jeder guten Zeitung herstellen. Dann nehmen wir eine Apfelsinenhälfte, die mit der Rundstricknadel in den Trichter eingepaßt wird. Schon haben wir ein gutes Hörrohr mit sensibler Membran, die auch die schrillen Nebengeräusche aus Bonn abzdämpfen vermag.



Idee und Fotos: Redaktion der „ZIK – Zeitung im Krankenhaus“, ÖTV-Kreisverwaltung Bremen



GRG

FIND ICH GUT!



Wir haben März, und so langsam geht die Apfelsinensaison ihrem unerbitterlichen Ende zu. Das sollten Sie nutzen – gerade im Zusammenhang mit den Kosten, die durch das „Gesundheitsreformgesetz“ auf uns alle zukommen. Apfelsinen und Strukturreform, fragen die geneigten Leser. Dabei liegt der Zusammenhang doch klar auf der Hand.

dg rät: Nutzen Sie die schöne Zeit der häuslichen Bastelabende und nehmen Sie sich den Leitspruch „Hilf dir selbst, dann bist du nett zueinander“ zu Herzen und die Apfelsinen zur Hand. Darüber hinaus brauchen Sie nur wenig:

ein Messer, eine Zeitung, zwei Plastikgabeln, eine Büroklammer und eine Rundstricknadel. Diese einfachen Mittel kann sich in einem der reichsten Länder der Erde wohl jeder leisten.

Wir müssen natürlich eingestehen, daß unsere Vorschläge, so seriös sie auch sind, nicht alle Probleme lösen, die durch die Strukturreform auf Sie zukommen. So werden sich die Krankenkassen nicht das Tagegeld in Form einer Apfelsinenkiste überreichen lassen. Auch nach Wegfall des Sterbegelds wird eine Apfelsinenkiste zwar kostengünstiger sein als ein Sarg, aber wenn Sie zu Lebzeiten nicht auf

Ihr Gewicht geachtet haben, könnte sie zu klein sein. Deshalb: Vorsorge ist wichtig!

Die Apfelsinenmethode wird Ihnen in keinem Fall helfen, wenn Sie ins Krankenhaus müssen und ein Taxi oder einen Krankenwagen brauchen. Versuchen Sie es hier doch einmal mit der Bananenmethode: Drücken Sie die Banane dem Fahrer von hinten sanft, aber bestimmt in den Rücken und sagen Sie: „Es ist mir todernst!“ Er wird Sie dann bestimmt kostenlos befördern.

Lassen Sie sich etwas einfallen. Selbsthilfe – Find Ich gut!

**Vom Ärztestand
eine Vorreiter-
rolle bei einem
Datenboykott
gegen das GRG
zu erwarten, ist
bloßes Wunsch-
denken. Bernd
Kalvelage hält
zivilen Unge-
horsam gar
nicht einmal für
notwendig, um
den ordnungs-
politischen Zie-
len des Geset-
zes entgegen-
zuwirken**

Neben den Kostendämpfungs-Aspekten des Gesundheitsreformgesetzes (GRG) und seinen unsozialen, entsolidarisierenden Auswirkungen besonders gegenüber chronisch Kranken und Behinderten ist sein ordnungspolitischer Ansatz zeitweise in den Hintergrund getreten: Erfassung und Speicherung von Versicherten-Daten, Datenaustausch und Durchleuchtung der einzelnen Lebens- und Krankengeschichte mit dem Ziel, Krankheit und Behinderung zu individualisieren und mindestens zu bestrafen (Selbstbeteiligung, Ausgrenzung bisheriger Leistungsempfänger), wenn nicht auszurotten (Genetechnologie, pränatale Diagnostik, Ersatzteilchirurgie).

Könnte ziviler Ungehorsam – beim Volkszählungsboykott erfolgreich geübt – eine Antwort auf diese inhumanen Planungen sein? Welche Rolle könnten Ärztinnen und Ärzte bei einem organisierten Datenboykott spielen? Eine Ärzteopposition existiert. Doch als Ärztekammer-Oppositioneller seit den 70er Jahren muß man sich heute von jenen Opponenten der 80er Jahre scharf abgrenzen, die beim Marsch in die Kassennärztlichen Vereinigungen nur eines auf ihren keineswegs roten Fahnen stehen haben: noch bessere Absicherung ihrer ökonomischen Privilegien in Zeiten verschärfter Verteilungskämpfe. Gegen den „gläsernen Patienten“ zog bereits 1976 eine „Aktionsgemeinschaft Hamburger Kassennärzte“ zu Felde. Auf ihren War-

tezimmer-Plakaten stand ein Slogan, dessen eindeutiges Versprechen heute mehr noch als damals der Konsequenzen Einlösung bedarf: „Der freie Arzt kann schweigen, der Computer gibt Auskunft.“ Der Hartmann-Bund hat jüngst in Neuaufgabe dieses Protestes, den gläsernen Patienten nach dem GRG beklagt. Im Argumentationsstil einer guten Volkszählungsboykott-Initiative wurde hier der verlogene Versuch unternommen, die in der Tat gefährdeten Patienteninteressen für die Verhinderung der befürchteten eigenen Abrechnungstransparenz zu mißbrauchen.

Als mögliche Initiatoren und Träger eines Gesundheits-Daten-Boykotts bleiben die Linken in Gesundheitsläden, Ärztekammer-Opposition und VdÄÄ übrig. Politischer Realitätssinn und die Ehrlichkeit gebieten meines Erachtens einige Überlegungen vor eilig demonstriertem Ungehorsam-Sein-Wollen, das leicht in – diesmal linke – Verlogenheit oder eine von hilflosem Helfertum gezeichnete Robin-Hood-Mentalität (Rächer der Verdateten) umkippen könnte.

Die Betroffenen des GRG und seiner ordnungspolitischen Auswirkungen sind Patienten, Kranke, die zur Zeit größere Angst davor haben, ihre Medikamente und Hilfsmittel nicht mehr bezahlt zu bekommen, als davor, erfaßt zu werden. Die Bedrohung ihrer und unserer Grundrechte und Autonomie gilt es mehr als bisher deutlich zu machen. Patienten-Autonomie kann jedoch nicht stellvertretend von Ärzten verteidigt oder wiederhergestellt werden.

Die Datenerfassung findet im Gegensatz zur Volkszählung nicht auf dem Wege statt, daß der Staat an der Tür des Bürgers anklopft, und dieser ihm – wohl die Folgen kalkulierend – die Tür vor der Nase zuschlägt. Daten im Gesundheitswesen fallen immer dann an, wenn der Bürger krank und hilfsbedürftig und damit Repressionen gegenüber besonders schutzlos an der Praxis- oder Krankenhaus Tür ankommt. Von diesem völlig anderen Kräfteverhältnis ist bei eventuellen Boykottüberlegungen auszugehen. Der Arzt wird in dieser Situation nolens volens zum „Zähler“, vom Boykott überzeugt, dürfte er seine Funktion unter anderem als Datenlieferant eigentlich nicht mehr wahrnehmen. Keine Datenweitergabe an die Kassen etcetera hieße im Extrem-



RÄCHER

fall, Krankenscheine ohne Diagnosen abzugeben oder die Vernichtung aller Krankenscheine am Quartalsende.

Diese Variante bedarf keiner weiteren Prüfung auf innerärztliche Akzeptanz oder Realitätsbezug. Eine größere Wendigkeit, etwas weniger von der „Deutschen Gründlichkeit“ in der Konfrontation mit dem Staat sind von Nöten. So könnten jenseits dieses hartnäckigen und meines Erachtens zum Scheitern verurteilten Boykotts Wege aufgezeigt werden, wie Arzt und Patient gemeinsam ihrer jeweiligen Verantwortung gerecht werden könnten unter Wahrung und Wahrnehmung ihrer teilweise nicht deckungsgleichen Interessen.

So unwahrscheinlich es sich beim ersten Mal liest, ich halte es für eine fast revolutionäre Aktion mit unabsehbaren Folgen für das hier diskutierte Staat-Arzt-Patient-Verhältnis, würden Ärztinnen und Ärzte von morgen an aufhören, die Autonomie ihrer Patienten in hierarchisch-autoritären Strukturen zusätzlich zu schwächen, aufhören, ihre Abrechnungen zu schönen und ihre Diagnosen entsprechend der geschönten Abrechnung zu verfälschen, und wenn sie anfangen würden, das Gebot der ärztlichen Schweigepflicht ernst zu nehmen. Kurz, nichts wäre mehr wie gestern, wenn Ärzte sich an die bestehenden gesetzlichen Bestimmungen und geschworenen Eide nicht nur bei publikumswirksamen öffentlichen Auftritten erinnerten, sondern sich wie selbstverständlich in ihrem Berufsalltag an ihnen orientierten. Eine solche Haltungsänderung setzt im übrigen eine – ärztlichem Denken bisher vertrautere – Gesetzestreue und Berufsordnungskonformität voraus, anstatt mit wenig Erfolg Normenverletzung und zivilen Ungehorsam zu verlangen.

Konsequenzen dürften sich allerdings nicht nur für Ärzte ergeben. Der Patient wäre gefordert, sich seiner Rechte gegenüber Ärzten und Versicherungsträgern und seiner Verantwortung gegenüber der Wahrung seines informationellen Selbstbestimmungsrechts zu besinnen. Gewerkschaften und Patienten-Beratungsstellen müssten sich mit zunehmendem Selbst- und Problembewusstsein mit diesen Patientenanliegen befassen. Ärztinnen und Ärzte wiederum könnten diesen Bewusstseinsprozeß fördern durch den Abbau einschüchternder und entmündigender Verhal-

tensweisen und Strukturen. Die Ärztekammern schließlich müssten endlich damit beginnen, die alltäglich praktizierte Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung zu ahnden, und sie kämen damit unweigerlich in Konflikte mit jenen staatlichen Erfassungsprogrammen, für die das GRG nur ein Beispiel ist.

Ein Modellversuch, an dem dieser Denkansatz auf seine Brauchbarkeit hin überprüft werden soll, läuft seit Juli 1988 in Hamburg unter dem Titel „Behandlungsbefähigung von Krankenhauspatienten“. Er ist das Kind einer erzwungenen Liaison zwischen der Hamburger Krankenhausgesellschaft (HKG) und der Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Hamburg (AGKK). Die HKG mußte ihren Widerstand gegen das in der Bundesrepublik einmalige Modell auf Druck aus dem Senat hin aufgeben.

Angeblich soll eine Morbiditätsstatistik erstellt werden. Es bestehen jedoch erhebliche wissenschaftlich begründete Zweifel an dieser Vorgabe bei ausschließlicher Erfassung von Krankenhauspatienten. Die wahren Motive entsprechen denen des GRG. Es geht um die Ermittlung von Standardverweildauern, es soll ein Instrumentarium geschaffen werden, um Bettenstreichungen begründet fordern zu können. Patientengruppen – Alte, chronisch Kranke, Pflegebedürftige, sozial Unterversorgte, Süchtige . . . – sollen identifiziert werden, denen bereits nach dem GRG eine Krankenhausbehandlung streitig gemacht wird. Für diese Interpretation spricht, daß die gewünschten Daten überwiegend bereits vorliegen – in der nach der Bundespflegesatzverordnung erforderlichen Statistik – dort allerdings in anonymisierter Form.

Im Modellversuch gelangen täglich persönliche Daten der Krankenhauspatienten (Name, Alter, Anschrift, Diagnosen, Aufnahme- und Entlassungsnummer . . .) zum Vertrauensärztlichen –, in Zukunft Medizinischen Dienst. Eine Information des Patienten ist nicht vorgesehen, eine Anonymisierung findet faktisch nicht statt, eine Reidentifizierung ist auch später noch möglich. Ein eklatanter Verstoß gegen den Datenschutz und ein modellhafter Versuch, die ärztliche Schweigepflicht auszuhöhlen.

Schweigepflicht wird bereits vom hippokratischen Eid verlangt. Aber

nicht allein Standesehre und Berufsordnung fordern die strikte Wahrung des Arztgeheimnisses. Das Strafrecht stellt im 1975 neugefaßten Paragraphen 203 des Strafgesetzbuchs (StGB) zwischen ärztlicher Schweigepflicht und dem Schutz des allgemeinen Persönlichkeitsrechts (Artikel 1 und 2 des Grundgesetzes) einen Zusammenhang her und belegt einen Bruch der Schweigepflicht mit Gefängnisstrafen bis zu zwei Jahren. Das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient genießt dementsprechend nicht nur den Schutz des Paragraphen 203 StGB und der Paragraphen 53 und 97 der Strafprozeßordnung (StPO) (Zeugnisverweigerungsrecht und Beschlagnahmeverbot), sondern untersteht außerdem den verfassungsmäßigen Grundsätzen der Untastbarkeit der Menschenwürde und des allgemeinen Persönlichkeitsrechts.

Der Arzt darf das Geheimnis preisgeben, wenn und soweit der Geschützte damit einverstanden ist. Der Patient kann die Aufhebung der Schweigepflicht sachlich begrenzen. Auch die Einwilligung führt jedoch nur insoweit zum Verlust des Rechtsschutzes, als sich der Betroffene der Tragweite seiner Entscheidung im voraus bewußt ist und vor allem weiß, worin er einwilligt. Die Schweigepflicht des Arztes besteht auch gegenüber anderen Schweigepflichtigen. Der Krankenhausarzt hat der Schweigepflicht zu folgen, wenn er Formulare ausfüllt. Die Auskünfte dürfen nicht weiterreichen, als zur ordnungsgemäßen Prüfung der Leistungspflicht der Kostenträger erforderlich ist. Die Schweigepflicht besteht auch gegenüber Aufsichtsinstanzen. Im Rahmen der Sozialversicherung gebotene ärztliche Auskünfte müssen die Grenzen des unabweisbar Erforderlichen einhalten.²⁸

Die obigen Passagen entstammen Rechtsgutachten, die vom Gesund- ▶

Nichts wäre mehr wie gestern, wenn Ärzte sich an die bestehenden gesetzlichen Bestimmungen und geschworenen Eide nicht nur bei publikumswirksamen öffentlichen Auftritten erinnerten, sondern sich nach ihnen auch richten würden

DER VERDATETEN?

heitsladen Hamburg, der GAL-Fraktion und der Ärztecopposition in der Ärztekammer eingeholt wurden. Demnach darf der Modellversuch keinesfalls in der gegenwärtigen Form weitergeführt werden, die beteiligten Krankenhausärzte würden sich eines Bruchs der ärztlichen Schweigepflicht schuldig machen.

Die Krankenhausärzte werden darüber hinaus selbst Studienobjekt des Modellversuchs. Ihre Namen werden bei jedem Aufnahme- oder Verlängerungsantrag miterfaßt, mit der in den Studienprotokollen dokumentierten Möglichkeit, wegen laxer Begründungen oder stereotyper Diagnosen zur Rechtfertigung weiterer Krankenhausbehandlung vom Vertrauensärztlichen Dienst gemäßregelt zu werden. Damit wird jenseits von Arbeitgeber-, Chefarzt- und Ärztekammer-Kontrolle eine vierte Instanz ohne Legitimation tätig. Die Hamburger Ärztecopposition vertritt die Auffassung, daß der Modellversuch damit nach dem Betriebsverfassungsgesetz der Mitbestimmungsregelung durch die Personalvertretungen unterliegt.

Keine Silbe zu solchen Details ist vom Senat zu hören, der Datenschutzbeauftragte druckst, die Ärztekammer Hamburg hat sich bisher nicht damit befaßt. Angesprochen auf eine mögliche Nichtbeteiligung von Krankenhausärzten bei der fragwürdigen Datenbeschaffung antwortet der Senat auf eine Große Anfrage der GAL-Fraktion vom 28. November 1988: Eine solche Verweigerung „würde als Verstoß gegen die Dienstpflicht nach den allgemeinen tarifrechtlichen Vorschriften zu behandeln sein“.

Dies bedeutet eine Dienstanweisung zum Bruch der ärztlichen Schweigepflicht. Die Ärztekammer Hamburg ist gefordert, sich vor ihre Ärzte zu stellen und dem Gebot ärztlicher Verschwiegenheit in Hamburger Krankenhäusern wieder Geltung zu verschaffen. Der Ärztekammer, den betroffenen Patienten und ihren Krankenhausärzten schlagen wir als erste Maßnahme vor, daß die folgende Erklärung bei der Aufnahmeuntersuchung bereits dem Patienten vorgelegt und von ihm unterschrieben wird: „Ich entbinde die mich behandelnden ÄrztInnen gegenüber Krankenkasse, Kostenträgern und Aufsichtsinstanzen jeglicher Art nur in soweit von ihrer Schweigepflicht, als es zur ordnungsgemäßen Prüfung der Leistungspflicht unbedingt erforderlich ist.“ □

Bernd Kalvelage
ist Internist in
Hamburg und ge-
hört zur dortigen
Ärztecopposition



Foto: Menzen

Gelebte Utopie

Streiks und Aktionen an den Hochschulen

Im Wintersemester begannen an den meisten Hochschulen studentische Aktionen, wie sie die Universitäten seit Jahren nicht mehr gesehen hatten. Mit „Büchern, BAFöG und Buden“ allein ist es den Studentinnen und Studenten nicht getan

Für die Öffentlichkeit und selbst die meisten Studierenden überraschend kam es im vergangenen Wintersemester an den meisten Hochschulen zu den heftigsten Protesten seit 20 Jahren. Die Ursachen dafür waren an allen Orten die gleichen: steigende Zahl der Studierenden bei stagnierender oder sich verschlechternder materieller und personeller Ausstattung der Fachbereiche, Prüfungsverschärfungen, BAFöG-Kahlschlag und die sich immens verschärfende Wohnungsnot.

In Berlin wurde bereits einen Tag nach den Kuratoriumsbeschlüssen vom 28. November zur Schließung beziehungsweise Umstrukturierung von Instituten das Lateinamerikainstitut, die Ethnologie und die Psychologie von Studentinnen und Studenten besetzt. Alle anderen Fachbereiche zogen bis zum 2. Dezember nach. Am Fachbereich Medizin wurde die Physiologie besetzt, „zuerst aus Solidarität, aber auch aus eigener Betroffenheit“, wie die Fachschaft Medizin mitteilte. Denn nicht nur bei den Geisteswissenschaften waren Einsparungen geplant, im Bereich der Medizin sollte die Arbeitsstelle Zeitgeschichte des Institutes für Geschichte der Medizin ersatzlos gestrichen werden.

In den ab diesem Zeitpunkt täglichen „autonomen Seminaren“ und Vollversammlungen, die schließlich im UN(i)-MUT-Kongreß mit 12 000 Teilnehmern gipfelten, wurden von den Streikenden Forderungen entwickelt, die das anfängliche Vorurteil, es gehe nur um „Bücher, Buden und BAFöG“, widerlegten (siehe auch das Papier der In-



**„Die Gefahr ist, daß dies alles Episode bleibt,
nicht mehr als den Stellenwert eines Urlaubs
vom Unialltag besitzt“**

In Marburg besetzten zwei Tage später etwa 200 Medizinstudentinnen und -studenten das Physiologische Institut: zum einen als Protest gegen das brutale Vorgehen der Berliner Polizei, zum anderen aber auch, um die Ursachen des bei fast allen latent vorhandenen Unmuts zu diskutieren und daraus Forderungen zu entwickeln. Waren die studentischen Aktionen zunächst in der Presse ablehnend beurteilt worden – da war von „Rechtsbrechern“ die Rede, von „Protest ohne tatsächliche Ursachen“ – wandelte sich die Meinung, nachdem die Forderungen verschiedener studentischer Arbeitsgruppen zu einem Katalog zusammengefaßt worden waren. Am Fachbereich Medizin wurde – neben den allgemeinen Forderungen nach Mitbestimmung, Interdisziplinarität, Frauengleichstellung und mehr studentischem Wohnraum – unter anderem die Einrichtung von Professuren für Medizindidaktik, Medizinethik und Sexualmedizin, die deutliche Offenlegung aller Drittmittelforschung und die Abschaffung von Kursgebühren verlangt.

Zwar fanden in den darauffolgenden Wochen zweimal wöchentlich gutbesuchte Vollversammlungen statt, auf denen uniweite Forderungen formuliert wurden, doch blieb eine Solidarisierung in Form weiterer Institutsbesetzungen aus. Dies war wohl mit der Grund, daß die Medizinstudentinnen und -studenten nach der Erfüllung einiger ihrer Forderungen (ein eigenes Fachschaftshaus, Lehraufträge für Ethik und Sexualmedizin) ihre Besetzung nach drei Wochen beendeten. Die Bedeutung des Streiks ging aber über dieses konkrete Ergebnis hinaus. In kurzer Zeit habe man Ansätze zu basisdemokratischer, verantwortlicher Zu-

sammenarbeit entwickelt, erklärten die Medizinerinnen und Mediziner, „die nicht nur viele Aktionen erst ermöglicht haben, sondern auch zeitweise ein Gefühl von gelebter Utopie, von ‚Es ist machbar‘ entstehen ließen“.

Wieder anders verlief die Besetzung der leerstehenden ehemaligen Neurologie in Tübingen, wo im Laufe der Protestaktionen die Forderung nach Wiedereinführung der verfaßten Studierendenschaft, das heißt, eines Allgemeinen Studentenausschusses mit Satzungs- und Finanzautonomie, in den Vordergrund rückte. Nach zwei Wochen wurde das Gebäude von zwei Polizei-Hundertschaften geräumt.

Bemerkenswert bei den Protesten war die herausragende Rolle, die die Medizinfachschaften an vielen Orten spielten. Eine Erklärung dafür ist die langjährige Protesterfahrung und gute Organisationsstruktur aus den vergangenen Auseinandersetzungen um den Arzt-im-Praktikum, aber auch die Interdisziplinarität des Faches Medizin zwischen Geistes- und Naturwissenschaften. Sicher muß die Frage des geänderten Rollenverständnisses der Medizinstudentinnen und -studenten aber noch weiter diskutiert werden.

Trotz teilweiser Erfolge gibt es keinen Grund, sich auf dem Erreichten auszuruhen, wie die „Linke Liste“ in der Frankfurter Studentenschaft bei der Bewertung der Aktionen des Wintersemesters feststellt: „Die Gefahr ist, daß dies alles Episode bleibt, nicht mehr als den Stellenwert eines Urlaubs vom Unialltag besitzt. Ein Rückfall von der allgemeinen Euphorie in allgemeine Resignation wäre fatal.“

Reinhard Busse

Reinhard Busse
ist Mitglied des
VDS-Fachsekre-
tariats Medizin in
Marburg

halts-AG im Dokumententeil). Es wurde die paritätische Mitbestimmung der Studierenden, der wissenschaftlichen und sonstigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gefordert. Statt industrieabhängiger Gen-, Nuklear- und Rüstungsforschung müsse gesellschaftlich relevante Friedens-, Frauen-, Umwelt- und Technikfolgenforschung durchgesetzt werden. Die einzelnen Studiengänge dürften nicht fest reglementiert auf bestimmte Berufe hin „ausbilden“, sondern müßten auch Freiräume für interdisziplinäre „Bildung“ bieten. Um die Gleichberechtigung von Frauen an der Universität nicht nur formal zu gewährleisten, forderten die Studierenden eine Quotierung, die dem Anteil der Frauen an der Gesamtbevölkerung entspricht.

Am letzten Tag des Kongresses, am 9. Januar, versuchte die Polizei mit Schlagstockeinsatz, streikbrechende Studierende per Polizeiwagen zum Praktikum zu bringen: 50 Verletzte und noch mehr Anzeigen wegen Landfriedensbruch waren die Folge.

Anzeige:

FÜR GESUNDHEIT & MITWELT

**Nähere Informationen bei:
Ökologischer Ärztenbund e.V.
Bundesgeschäftsstelle, Kurhaus, 8117 Bayeroien**

SÜDAFRIKA

ERSTE HILFE

ps – Apartheid macht krank. Was bedeuten diese strukturellen Bedingungen des südafrikanischen Gesundheitswesens für die Arbeit der nicht-rassistischen „National Medical and Dental Association“ (NAMDA) von Südafrika?

dg sprach mit Dr. Kamy Chetty, amtierende Generalsekretärin des Verbandes



Siedlungen. Dort kommt es häufig zu Unruhen, und bei den Polizeieinsätzen gibt es fast immer Tote oder Verwundete, die zu versorgen sind. Wenn wir davon erfahren, versuchen wir Ärzte und Krankenschwestern in die Siedlungen zu schicken, um erste Hilfe zu leisten.

dg: Kommt es dabei zu Konfrontationen zwischen der Polizei und Ihren Mitgliedern, die in den Siedlungen im Einsatz sind?

dg: Wie hat sich im Jahr 1988 die Situation der NAMDA entwickelt?

Chetty: Besonders wichtig war für uns, daß wir im vergangenen Jahr durch intensive Werbung einige Hundert neue Mitglieder gewinnen konnten, wir vertreten jetzt über 1000 Ärztinnen und Ärzte. Außerdem haben wir durch die Anerkennung als Ärzteverband neue legale Möglichkeiten für unsere Arbeit bekommen.

dg: Was waren im vergangenen Jahr die wesentlichen Arbeitsfelder Ihres Verbandes?

Chetty: Die einzelnen Gruppen der NAMDA arbeiten in unterschiedlichen Projekten, die von der aktuellen Notwendigkeit in den jeweiligen Bezirken bestimmt sind. Landesweit gesehen sind wohl unsere Nothilfeprogramme das Wichtigste. Dazu gehört zum Beispiel die Betreuung der Detainees, Häftlinge, die aufgrund der Notstandsgesetze ohne Haftbefehl und ohne Anklage für unbegrenzte Zeit eingesperrt werden können. Dazu gehören Erste-Hilfe-Programme für die schwarzen

Chetty: Gelegentlich ja, aber häufig respektiert die Armee oder die Polizei die weißen Kittel, die wir tragen. Oft werden wir allerdings erst gar nicht in die Nähe der Unruhen gelassen. Deshalb haben wir viele Menschen in den Siedlungen in Erster Hilfe ausgebildet, damit sich die Leute in den Townships selbst helfen können. Vor allem haben wir ihnen beigebracht, wie man sich gegenseitig Kugeln aus dem Körper entfernen kann. Mit Schußwunden ins Krankenhaus zu gehen, das trauen sich die Leute nicht, weil sie dort oft von der Polizei verhaftet werden. Es ist sogar schon vorgekommen, daß Verletzte vom Operationstisch weg verhaftet worden sind. Von daher sind die Bewohner der Townships darauf angewiesen, daß sie eine gute Ausbildung in Erster Hilfe von uns bekommen, auch wenn wir versuchen, selber dabei zu sein, wenn wir früh genug von Demonstrationen erfahren.

Von zentraler Bedeutung ist für uns aber auch die Betreuung von entlassenen Häftlingen und Detainees. Immer noch werden Tausende pro Jahr verhaftet, ohne angeklagt zu werden, darunter viele Kinder. Sie werden oft monatelang eingesperrt, häufig gefoltert und sind körperlich und seelisch am Ende, wenn sie aus dem Gefängnis kommen. Um diesen Menschen zu helfen, haben wir in allen Büros der NAMDA tägliche Sprechstunden eingerichtet.



dg: Welche Möglichkeiten hat die NAMDA denn, den Detainees, den entlassenen Häftlingen Hilfe zu leisten?

Chetty: Das wichtigste sind zunächst die Gespräche. Wir müssen die Betroffenen kennenlernen, ihr Vertrauen gewinnen. Häufig haben die Entlassenen Wunden und Verletzungen von der Folter. Deren Versorgung ist Aufgabe der Ärzte. Die psychischen Wunden sieht man nicht, aber die sind viel schlimmer und nachhaltiger. Deshalb haben wir Psychologen und Psychotherapeuten dabei, die einen Teil der Behandlung übernehmen. Schwierig ist es auch, den Kontakt mit den Angehörigen wieder herzustellen, weil sie häufig auf der Flucht sind. Wegen der großen Zahl der Opfer ist die Betreuung und Behandlung der Detainees zur Zeit wohl die wichtigste Aktivität der NAMDA.

dg: Gibt es von seiten der NAMDA Projekte, die über die aktuelle Hilfe hinausreichen, Projekte, die eine Vorbereitung für ein Gesundheitswesen ohne Apartheid in Südafrika sein können?

Chetty: Ein Teil unseres Programms ist das sogenannte „progressive Basisgesundheitswesen“. Wir haben zunächst eine Übersicht gewinnen müssen, wo es im Land solche Programme schon gibt. Herausgekommen ist, daß es bereits über 80 Einzelprojekte gibt, die wir jetzt koordinieren. Uns ist klar, daß es unter den herrschenden Strukturen der Apartheid, die ja auch das Gesundheitswesen künstlich teilen, kaum Ansätze für eine direkte Basisgesundheitswesen gibt. Deshalb haben wir das Programm „progressiv“ genannt, weil ein Teil unserer Arbeit gegen die menschenfeindliche Apartheid gerichtet sein muß. Mit dem progressiven Basisgesundheitswesen hängt die von uns geplante gemeindenahe Gesundheitserziehung eng zusammen. Wir haben bereits mit vielen

Orten Kontakte aufgenommen, um auf kleiner Ebene eine solche Gesundheits-erziehung zu praktizieren. Dies wird in Zukunft sicher noch mehr ein Schwerpunkt unserer Arbeit werden. Dabei ist vor allem wichtig, das Erziehungsprogramm ganz genau an den Bedürfnissen der Menschen zu orientieren. Das ist nicht einfach, da die Menschen oft gar nicht gelernt haben, ihre Bedürfnisse ohne Angst auszudrücken. Genau da muß ein solches Programm ansetzen.

dg: Das heißt, daß es zunächst auch darum gehen muß, Vertrauen zu gewinnen. Wie sind da Ihre Erfahrungen?

Chetty: Wir können das Vertrauen der Bewohner der Townships oft schon dadurch gewinnen, daß wir einfach da sind. Die Leute kennen uns. Wenn es Unruhen gibt, dann haben wir ein Erste-Hilfe-Zelt, da merken die Menschen schon, daß wir nicht auf der Seite der Armee stehen. Ein großer Teil der Erziehungsarbeit wird gar nicht von uns Ärzten gemacht, sondern von Leuten, die selber in den jeweiligen Städten wohnen, die dort bekannt sind, vielleicht sogar informelle Führer ihrer Orte geworden sind. Und schließlich hat die NAMDA als nicht rassistische Organisation einen guten Ruf.

dg: Sie haben eben gesagt, daß unter den Bedingungen der Apartheid ein Basisgesundheitswesen, wie Sie es anstreben, nicht möglich ist. Das heißt, mit medizinischer Arbeit allein ist es da nicht getan. Gibt es entsprechende politische Aktivitäten der NAMDA?

Chetty: Ein Schwerpunkt auf diesem Feld ist eine „Nationale Kampagne zu Apartheid und Gesundheit“. Wir haben zu dieser Frage bereits eine große Konferenz durchgeführt, die noch einmal die Unvereinbarkeit von Gesundheit und Apartheid betont hat. 13 Prozent des Landes stehen 75 Prozent der Bevölkerung zur Verfügung. In den

Homelands herrscht Armut, Hunger und Krankheit. Natürlich hilft eine Maseren-Impfkampagne, um die Kindersterblichkeit an Masern zu senken, und das wäre dringend notwendig. Aber letztlich ist es die Struktur des Homelands, die die Menschen krank und leidend macht. Hinzu kommt die fortgesetzte Notstandsgesetzgebung, die Tausende von Menschen zu Opfern der staatlichen Willkür macht. Wir sollten nicht medizinisch arbeiten, ohne diese falsche Politik anzuklagen.

dg: Welche Möglichkeiten gibt es für Beschäftigte im Gesundheitswesen der Bundesrepublik, die Arbeit der NAMDA zu unterstützen?

Chetty: Es bestehen zur Zeit bereits Kontakte zu verschiedenen Gruppen in der Bundesrepublik, vor allem zu „medico international“ und dem „Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte“. Wichtig wäre es, noch intensiver als „Pressure-group“ zu arbeiten, Druck auf die Regierung und die Ärztekammer auszuüben. Die Bundesärztekammer pflegt nach wie vor Kontakte zum rassistischen Ärzteverband MASA, anstatt sich dafür einzusetzen, daß die MASA aus dem Weltärztebund ausgeschlossen wird.

Wir arbeiten nicht nur für ein demokratisches Gesundheitswesen, sondern auch für einen nicht-rassistischen und demokratischen Staat. Gerade Ärztinnen und Ärzte können ihren öffentlichen Ruf für eine solche Arbeit nutzen. Wir brauchen noch mehr internationale Partnerorganisationen, die unsere Arbeit in diesem Sinn unterstützen. Dabei geht es nicht nur um finanzielle Unterstützung, sondern vor allem um politische.

dg: Danke für das Gespräch.

Anzeige:

Konsumidioten können wir nicht brauchen!

Wir beraten umweltbewußte VerbraucherInnen in Ernährungsfragen, über Umweltschutz im Haus, und wir machen Druck in Bonn - damit die Politiker nicht unter sich bleiben!

- ☐ Schicken Sie mir bitte ihr Infopaket. 3,- DM in Briefmarken habe ich beigelegt.
- ☐ Ich möchte Mitglied in der VERBRAUCHER INITIATIVE e. V. werden. Mein Jahresbeitrag ist (mind. 60,- DM, steuerlich absetzbar)

Absender nicht vergessen!

Die Verbraucher Initiative

Breite Straße 51
53 Bonn 1

Seit 1968 erstellt die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) alle vier Jahre einen Ernährungsbericht im Auftrag der Bundesministerien für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit sowie Ernährung, Landwirtschaft und Forsten. Der Bericht soll einen Überblick über die Ernährungssituation in der Bundesrepublik geben. Er wendet sich an Profis in der Ernährungsberatung oder Lebensmittelindustrie, an die Verantwortlichen in der Politik und an interessierte Verbraucherinnen und Verbraucher.

Der 350 Seiten starke Ernährungsbericht beschäftigt sich mit toxikologischen und mikrobiologischen Aspekten der Ernährung, Lebensmittelallergien und der Außer-Haus-Verpflegung. Er gibt Empfehlungen zur Deckung des Nährstoff- und Energiebedarfs und befaßt sich mit den Einflußfaktoren auf unser Ernährungsverhalten sowie mit der Ernährungsforschung in der Bundesrepublik.

Im Gegensatz zu früheren Berichten kommt der Ernährungsbericht '88 zu dem Ergebnis, daß die hiesige Bevölkerung ausreichend mit allen erforderlichen Nährstoffen versorgt ist. Anlaß zur Sorge geben jedoch der hohe Fett- und Zuckerverkehr zu Lasten des Verbrauchs von hochmolekularen Kohlenhydraten sowie der stark angestiegene Alkoholgenuß. Bedenklich stimmt die häufiger auftretende unsichere Vitaminversorgung bei jungen Frauen, sicherlich bedingt durch das weit verbreitete Diätverhalten zur Erreichung des Idealgewichts. Im Falle einer Schwangerschaft könne es hier zu einer Erschöpfung der Vitaminreserven kommen. Dies gefährde dann die Vitaminversorgung voll gestillter Säuglinge, macht die DGE auf die Folgen aufmerksam.

Wichtige Aspekte unserer Ernährung werden im Ernährungsbericht 1988 allerdings sehr beschwichtigend behandelt. So kommt der Bericht zu dem Ergebnis, daß Rückstände in Lebensmitteln unsere Gesundheit nicht gefährden. Das verwundert, fällt doch der „Sachverständigenrat für Umweltfragen“ der Bundesregierung das Urteil, daß die Grenze der zumutbaren Belastung bei den Schadstoffen wie Blei, Cadmium, Dioxine, Furane, chlororganische Pestizide und Nitrat in Trinkwasser und Gemüse erreicht beziehungsweise überschritten wird.

Im Ernährungsbericht erfolgt die Beurteilung der Rückstandssituation lediglich auf der Basis der Höchstmengенüberschreitungen. Das heißt, Lebensmittel werden erst dann beanstandet, wenn die in der Pflanzenschutzmit-

tel-Verordnung festgelegten Grenzwerte überschritten werden. Wie viele der untersuchten Proben tatsächlich Rückstände enthalten oder knapp unter dem Höchstwert belastet sind, erfahren die Leser nicht. Daß Obst und Gemüse im Vergleich zu früheren Untersuchungen häufiger belastet sind, erklärt die DGE mit einer verfeinerten Nachweismethodik.

Für die meisten Pestizide gibt es bislang aber noch keine Nachweismethoden. Im Ernährungsbericht werden nur einzelne Schadstoffe bewertet, nicht aber die Gefahren, die beim Wechselspiel oder Abbau von Pestiziden entstehen können. Und statt die Agrarpolitik zu kritisieren, werden ungereinigte pflanzliche Lebensmittel aus dem eigenen Garten problematisiert. Eine Beurteilung von Pestizidrückständen in tierischen Lebensmitteln fehlt gänzlich. Auch wird nicht auf die gerade in jüngster Zeit viel diskutierten Belastungen der Muttermilch sowie des Trinkwassers eingegangen.

Eine makabre Fehleinschätzung leistet der Ernährungsbericht beim Kapitel über die Folgen des Reaktorunfalls von Tschernobyl. Viele Verbraucherinnen und Verbraucher sind berechtigterweise nach dem Nuklearunfall auf strahlenarme Lebensmittel umgestiegen. Dies sei gesundheitlich nicht notwendig gewesen, sagt die DGE und geht sogar noch einen Schritt weiter. „Die beschriebenen Verhaltensänderungen lassen ... Auswirkungen auf die Versorgung mit verschiedenen Nährstoffen erwarten.“ Die Gesundheitsgefahren durch Radionuklide werden verharmlost und heruntergespielt. Dabei wäre es gerade eine Aufgabe der DGE, Empfehlungen zu einer strahlenarmen und zugleich ausgewogenen Ernährung auszusprechen.

Zu Recht wird im Ernährungsbericht der schlechte Gesundheitszustand der Zähne problematisiert. 50 Prozent der dreijährigen Kinder beziehungsweise 90 Prozent aller Schulanfänger in der Bundesrepublik haben bereits kariöse Gebisse. Bedauerlich ist allerdings die Konsequenz des Ernährungsberichtes: Er empfiehlt, auf Zuckeraustauschstoffe und künstliche Süßstoffe auszuweichen, statt den Zuckerkonsum zu verringern. Eine weniger süße Ernährung wäre allemal gesünder!

Der Ernährungsbericht stellt eine wichtige Entscheidungsgrundlage für den Gesetzgeber dar. Der Bericht wird von der Bundesregierung daraufhin durchgesehen, welche praktischen Maßnahmen als Konsequenzen gezogen werden müssen. Für den vorbeugenden Gesundheits- und Verbraucherschutz sind umfassende, nicht beschönigte Informationen sowie praktikable und vollwertige Ernährungsempfehlungen erforderlich. Dies leistet der Ernährungsbericht 1988 nicht.

Beate Fackeldey

ALLES

ERNÄHRUNGS- BERICHT '88

IN

BUTTER ?

Um die Qualität unserer Lebensmittel müssen wir uns angeblich keine Sorgen machen.

Stimmt die Entwarnung?

Beate Fackeldey ist Ernährungswissenschaftlerin und arbeitet bei der Verbraucher-Initiative

KLAGEMAUER?

Kann eine Organisation, die es sich zum Ziel gesetzt hat, die Menschenrechte und speziell das Recht auf Gesundheit zu fördern, mehr sein als bloße Klagemauer? Ein Kongreßbericht von Dr. Horacio Riquelme

„Die Berufstätigen im Gesundheitsbereich benötigen eine unabhängige, einflußreiche und international beachtete Organisation, um auf ihrem Gebiet die Menschenrechte zu wahren, zu fördern und zu verteidigen“, dies war der Leitgedanke, der 1985 zur Gründung der International Commission of Health Professionals (ICHP) führte. Initiiert wurde sie von einigen weltweit tätigen Institutionen, dazu zählten unter anderem die Weltgesundheitsorganisation WHO, Amnesty International und der Weltkirchenrat.

Entsprechend der eigenen Zielsetzung, die Kooperation zwischen allen Berufstätigen im Gesundheitswesen zu fördern, sind in der ICHP Krankenschwestern und -pfleger, Ärztinnen und Ärzte sowie Psychologen organisiert, die neben ihrem Beruf im Bereich der Menschenrechtsarbeit aktiv sind. Die bisherigen Tagungen der ICHP, die in London, Buenos Aires, Mexico, Genf und Lusaka stattgefunden hatten, setzten sich vor allem mit Themen auseinander, die für die jeweilige Region von Bedeutung waren. Nun wollte man auf der letzten Versammlung der ICHP, Ende 1988 in Genf, ein Forum bieten, um die theoretischen Erkenntnisse und konkreten Ergebnisse der vierjährigen Aktivitäten zusammenzufassen.

Die vielfältigen Erfahrungen, die auf der Konferenz zusammengetragen wurden, lassen sich auf der Kürze des Raums kaum nachvollziehen, am ehesten ließen sie sich unter vier Schwerpunkte der Arbeit der ICHP zusammenführen.

Auf dem Feld der Ethik im Gesundheitsbereich ist wohl die Arbeit eines Forschungsteams von besonderer Be-

deutung, das die Studienprogramme von Medizinern, Krankenpflegepersonal und Psychologen daraufhin untersucht, wie weit ethische Grundsätze bei der jeweiligen Ausbildung berücksichtigt werden. Zentrale Fragen sind dabei zum Beispiel die Auswirkungen der Gentechnologie auf die medizinische Praxis, Aids und der gesellschaftliche Umgang mit den Betroffenen, oder die Beteiligung von medizinischem Personal an Folter und Hinrichtungen.

Der zweite Bereich ist die Untersuchung von medizinisch relevanten Formen der Umweltzerstörung. Untersucht und öffentlich gemacht werden von der ICHP sowohl schleichende Umweltbeeinträchtigungen wie die radioaktive Belastung großer Regionen der Welt durch die Folgen der Atomversuche, wie auch akute Habitatszerstörungen wie zum Beispiel durch den Giftgaseinsatz gegen die Dorfbevölkerung von Halabja/Irak im April 1988.

Ein breites Spektrum nehmen die Aktivitäten gegen Menschenrechtsverletzungen ein. So unterstützt die ICHP die Bemühungen der „argentinischen Großmütter“, die Kinder von Verschwundenen mit ihren Ursprungsfamilien zusammenzuführen. In Japan führte die ICHP eine Studie zur Lage psychisch Kranker durch. Gestartet wurde eine Initiative zur gerichtsmedizinischen Untersuchung von Todesursachen bei Opfern eines gewaltsamen Todes, um die übliche Diagnose „Herzstillstand“ zu hinterfragen und die richtige Todesursache festzustellen. Und erwähnt sei auch die Studie über die Literatur unter dem Staatsterrorismus in Südamerika, die den leisen Kampf gegen das Schweigen und gegen das Vergessen des Terrors führt und eine Grundlage des Demokratisierungsprozesses sein kann.

Schwer fällt es, einzelne Aktivitäten aus dem Themenkomplex „Gesundheit als Menschenrecht“ hervorzuheben, bedeutet dies doch eine Hervorhebung, wo doch die meisten von ihnen häufig mit direkter Gefahr für die Beteiligten verbunden sind. So zum Beispiel beim Aufbau der Basisgesundheitsversorgung in ländlichen Gebieten von El Salvador. Dort wurden und werden viele Krankenschwestern, Ärzte und Basisgesundheitsarbeiter von Armeangehörigen wegen des Verdachts der Aufwiegelung der ländlichen Bevölkerung gefoltert und ermordet. Oder bei



Foto: Linie 4

den Bemühungen um die Wahrung des Rechts auf menschenwürdige Lebensbedingungen von Kindern in verschiedenen Ländern.

Verfolgte man die Beiträge des Symposiums, so wurde deutlich, daß weder Gesundheit noch Menschenrechte für sich gesehen eine Selbstverständlichkeit sind, geschweige denn als Einheit. Deutlich wurde aber auch, daß die Tätigkeit der ICHP über die Funktion einer ideellen Klagemauer hinausgeht. Ein Beispiel dafür ist die von Professor Heyndrickx aus Ghent/Belgien vorgestellte Dokumentation über Giftgaseinsätze. Sie könnte zu einer Ächtung dieser Waffen in der öffentlichen Meinung beitragen und den Prozeß ihres weltweiten Verbots beschleunigen. □

Horacio Riquelme ist Mitglied der ICHP und arbeitet am Universitätsklinikum Eppendorf in Hamburg.

Robert Jay Lifton, *Ärzte im Dritten Reich*, Stuttgart 1988. Klett-Cotta-Verlag, 700 Seiten, 48 Mark

Robert Jay Lifton, Psychiatrieprofessor und Psychohistoriker an der City University in New York, hat über lange Jahre Hunderte von Interviews mit Tätern und davongekommenen Opfern – vor allem mit ehemaligen Auschwitz-Häftlingsärzten – geführt und laut Verlags-einführung im Einband „Tausende von Prozeßprotokollen durchgesehen“. Herausgekommen sind bei Liftons Arbeit aufschlußreiche und aufwendige Psychogramme, die weniger aus Schriften und Briefen als durch lange und wiederholte Gespräche mit Überlebenden entstanden sind. Zu jeder Arztpersönlichkeit läßt er Urteilen früherer SS-Kollegen und Meinungen ehemaliger Untergebener breiten Raum. Hierbei wird Lifton nicht nur als Biograph tätig. Im Gegenteil ist er ständig bemüht, die Täter zu seinen Patienten zu machen, als handele es sich um eine psychoanalytische Sprechstunde.

Der Analytiker entwickelt im Laufe der Therapie Empathie und Wohlwollen gegenüber dem Klienten, da er sonst nicht in der Lage wäre, diesen erfolgreich zu behandeln. So werden also alle Figuren von allen Seiten beleuchtet, dem Urteil ehemaliger Mitarbeiter folgen Eindrücke anderer Mitmenschen, wobei der Autor das Ziel zu verfolgen scheint, möglichst keinen auch noch so winzigen Charakterzug zu vernachlässigen.

Heraus kommt dabei häufig ein totales Verwirrspiel, das statt Klarheit Verunsicherung schafft. Bei dem einen überwiegt bei dieser Darstellung mehr das Gute, wie zum Beispiel bei Eduard Wirths, dem Leiter des ärztlichen Dienstes in Auschwitz, bei dem anderen mehr das Böse. Hierunter fällt Josef Mengele, der wohl berüchtigtste Lagerarzt aus Auschwitz.

Aus der Sammlung von biographischen Erzählungen konstruiert Lifton ein psychologisches Modell des einzelnen Täters, welches er mit dem Begriff „Dopplung“ (im englischen „doubling“) benennt. Dopplung als „faustischer Pakt“ zwischen dem vor der Nazi-Zeit braven Hausarzt oder braven Wissenschaftler, der erst durch den Nationalsozialismus entartet und sich für Sterilisation, Euthanasie und Vernichtung ganzer Rassen und Völkerstämme begeistert. Diese Theorie entwirft kein neues psychologisches Grundmodell und erschöpft sich in vielen langatmigen Wiederholungen.

Lifton übersieht außerdem, daß die organisierte Deutsche Ärz-

teschaft 1933 keine Probleme hatte, zum größten Teil im Nationalsozialistischen Deutschen Ärztebund aufzugehen. Und er übersieht, daß die Unterstützung des NS-Regimes durch Ärzte eine massive war. Eine Dopplung des einzelnen Arztes mag bei dem einen oder anderen in dessen Innerem vorhanden gewesen sein, nach außen getragen hat sie kaum jemand. Die Beschreibung ärztlichen Widerstandes nimmt daher bei den 700 Seiten des Buches nur einen sehr kleinen Teil ein. Zum Widerstand läßt sich sicher nicht das Retten einzelner Häftlinge durch Ärzte innerhalb der KZs hochstilisieren, wenn sich an der aktiven Mitarbeit am Tötungsbetrieb dadurch nichts änderte.

Es ist häufig schwierig, im nachhinein zeitgeschichtliche Geschehnisse zu beurteilen. Um klarzumachen, daß im Dritten Reich immense Verbrechen durch Ärzte geschehen sind, bedarf es weniger des verständigen und analytischen Zuhörens, zumindest darf man es nicht dabei bewenden lassen. Vielmehr brauchen wir dringend eine eindeutige politische Aufarbeitung innerhalb der Ärzteschaft. Das Buch liefert dazu die ein oder andere wichtige Einzelheit, eine grundsätzliche antifaschistische Einstellung setzt es jedoch eher voraus, als daß es sie vermittelt.

sts

Axel-Hinrich Murken, *Vom Armenhospital zum Großklinikum*, Köln 1988. Du Mont-Buchverlag, 307 Seiten, 46,- DM.

Das Buch ist, kurz gesagt, gemessen an seinem Anspruch, die Geschichte des Krankenhauses vom 18. Jahrhundert bis zur Gegenwart aufzeichnen zu wollen, ein ausgesprochenes Ärgernis. Die Aufmachung mit vielfältigem Bildmaterial läßt zum Lesen ein. Die Ernüchterung kommt dann schnell, denn was sich hier findet, ist nichts anderes, als eine mehr oder weniger akribische und in Einzelfällen durchaus reizvolle Beschreibung der Krankenhausarchitektur und Gestaltung in den letzten 2 Jahrhunderten. Die dazu verfaßten sozialwissenschaftlichen Anmerkungen haben mit der Krankenhausrealität in diesem Zeitraum allerdings nichts zu tun.

Murken gibt das Selbstlob der Krankenhausträger, die durchaus gut gemeinten Absichten der Architekten und natürlich das ständige Gerede ärztlicher Großkopffeten über das Wohl des Patienten als Wirklichkeit aus. Daß Arbeit und Alltag völlig anders aussahen, haben vielfältige Publikationen in den letzten Jahren gezeigt. Eine kritische

Michael G. Koch, *Aids. Vom Molekül zur Pandemie*, Heidelberg 1987. Spektrum der Wissenschaft, 290 Seiten, 59 Mark

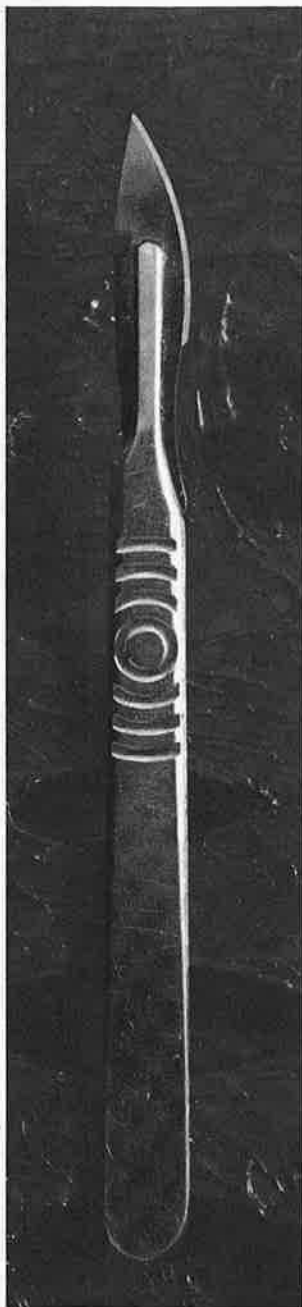
Michael G. Koch, *Aids. Die lautlose Explosion*, Baden-Baden 1988. Nomos-Verlag, 247 Seiten, 36 Mark

Michael G. Koch, im Jahr 1988 Aids-Berater in Bayern, hat mit dem Buch „Aids. Vom Molekül zur Pandemie“ ein allseits gelobtes „Standardwerk“ vorgelegt. Bedenken wurden von Jörg Zink in der „Tageszeitung“ beim Ton angemeldet.

Die philosophischen Abhandlungen über den Verfall moralischer Werte nehmen in dem Buch immerhin 50 Seiten ein. Aids, die tödliche Krankheit,

wird mit Hilfe von K. Popper, K. Lorenz, H.J. Eysenck und anderen in gefälliger Weise als Teil des „Untergangs des Abendlandes“ interpretiert. Bürgersleute lehnen sich zurück und lassen sich Horrorschauer über den Rücken jagen: „Es gibt nichts zwischen Vergewaltigung und Heroindißbrauch, Kriminalität und Perversität, das man hier nicht gepriesen oder verharmlost finden kann“, berichtet Koch auf Seite 240 über eine Musikgruppe.

Wen das an dieser Stelle wundert, der hat die 200 vorausgehenden Seiten nicht gelesen. Heißt es doch im Kapitel Epidemiologie: „Schon eine geringfügige Veränderung der Parameter für den Drogenmißbrauch in der Diskotheksjugend hat katastrophale Folgen.“ Diese Jugendlichen zwischen 15 und 25 Jahren werden nach Kochs Meinung bei unveränderten Verhaltensparametern über ein Viertel der Aids-Kranken zum Jahrtausendwechsel stellen,



Sicht ist dem Autor in jeder Hinsicht fremd. Probleme der Beschäftigten in den Krankenhäusern, die noch bis in die 20er Jahre dieses Jahrhunderts unter erbarmungswürdigen Umständen untergebracht waren und behandelt wurden, fehlen völlig.

Bereits die Krankenanstalten des 17. Jahrhunderts, so lobhudelt Murken, hätten bedürftige Kranke aufgenommen, „um sie ärztlich fachmännisch behandeln zu lassen“. Zu diesem Zeitpunkt haben in Wirklichkeit fast ausschließlich Ausgestoßene, Arme und Bettler ohne jede Hoffnung auf eine wie auch immer geartete zweckmäßige Behandlung, in den Armen- und Krankenhäusern meist zwangseingewiesen dahinvegetiert. Daß die Einrichtung mehr eine Leidens- und Sterbeanstalt denn Heilanstalt war, sollte mittlerweile zumindest zum Allgemeinut eines Historikers gehören. Ebenso die Tatsache, daß Krankenhäuser von den Ärzten noch bis ins 19. Jahrhundert hinein – und bei kritischer Sicht der Dinge auch noch heute – vorwiegend als Ausbildungs- und Experimentieranstalten genutzt werden.

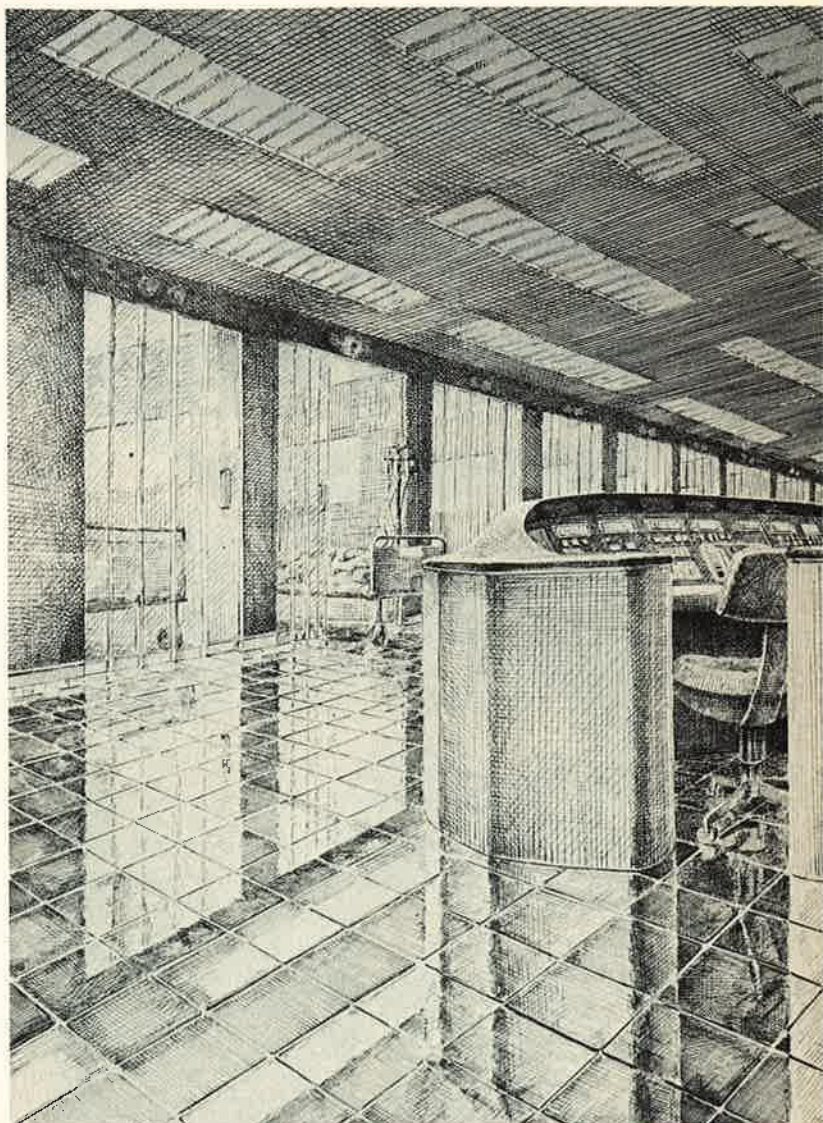
Der fromme Spruch, auch von Murken mehrfach zitiert, daß alles dem Wohl des Kranken diene, ist dabei auch die heute weitverbreitete Vorwegabsolution, um sich nicht mehr mit den

Problemen des Patienten auseinanderzusetzen zu müssen – wie das Werk dann auch anschaulich zeigt.

Jede Form der Institutionskritik, die es ja bezüglich des Krankenhauswesens in vielfältiger Weise, insbesondere in den letzten 25 Jahren gegeben hat, – so die Diskussionen um die Krankenhausreform, z. B. aber auch um das „klassenlose Krankenhaus“ – sind am Autor meilenweit vorbeigegangen. Murken, sonst ein akribischer Sammler von Architekturplänen und Frontansichten von Krankenhäusern, hat just in diesem Falle die geplante und auch von ihrer baulichen Struktur richtungsweisende Hanauer Klinik „übersehen“.

Wenn zum Ende der 60-er Jahre in einem ungebremsen Fortschrittsglauben auf den deutschen Krankenhaustagen Festredner die Großkliniken als „Kathedralen des Fortschrittes und der selbstlosen Menschlichkeit“ priesen, so mag dies aus dem Geist der Zeit heraus noch verständlich sein; wenn Murken derartige protomkinsche Dörfer auch nach 20 Jahren kritischer Krankenhausdiskussion immer noch zum Besten gibt, so hat sein Buch verdient, in den Regalen zu verstauben, oder allenfalls als Pensionsgabe an bildbandverliebte Verwaltungsleiter überreicht zu werden.

na



weil sie angeblich das Zentrum von Promiskuität und Drogengebrauch sind. Warum aber wird dann im Bereich der Prostitution bis 1998 der prozentuale Anteil an den Aids-Kranken unter einem Prozent bleiben – abgesehen davon, daß keine Zahlen über Aids-krankte Prostituierte veröffentlicht sind?

Koch ist ein Demagoge, der sein „Bamberger Simulationsmodell“ zur Erzeugung von Stimmung benutzt. Das „Abendland“ ist offensichtlich soweit zur Apokalypse bereit, daß die herrschende Wissenschaft sich nicht der Mühe einer Kritik unterzieht. Deshalb garantieren 32 Seiten Literaturhinweise und über 150 helfende Personen nicht für Sachkompetenz. Wegen der politischen Brisanz sei das noch an einem Beispiel erläutert.

Der Autor stellt sich der Standardaufgabe, den Beginn der Epidemie aufzuklären, auf seine

Weise. Um den „Ursprung der ganzen Epidemie im tropischen Dunkel“ beweisen zu können, hat er die medizinische Literatur nach Fallschilderungen abgesucht, die in etwa zur klinischen Aids-Definition passen. Eine dänische Chirurgen, die 1977 an Aids gestorben sein soll, gilt immer noch als Standardbeispiel für die „frühen“ Aidsfälle in Afrika, obwohl – wie in anderen Fällen auch – andere Ursachen für das Erscheinungsbild ihrer Krankheiten nicht ausgeschlossen werden können. Und obwohl in diesem speziellen Beispiel in eingefrorenen Blutproben weder HIV noch HIV-Antikörper nachgewiesen werden konnten (Bericht von Bygberg 1983 beziehungsweise 1988).

Alle ernsthaften Versuche, in alten afrikanischen Seren bis in die fünfziger Jahre zurück den HIV nachzuweisen, sind gescheitert. Entsprechende Aufsätze wie die von Piot aus dem Jahr 1984 und von Wendler 1986 erwähnt Koch nur im Lite-

raturverzeichnis. Bei seinen Behauptungen zu Aids in Afrika verläßt sich Koch auf seinen „Spürsinn“ und den Rassismus des Publikums. Der dem HIV „ähnliche“ Virus „STLV Illagm“ sei „eventuell gar mehrfach und an verschiedenen Orten durch Anwendung von Affenblut als potenzsteigerndes Mittel“ in die schwarze Bevölkerung gelangt. Die dazu zitierte Quelle ist unwissenschaftlich. Es gibt nicht einmal – wie suggeriert wird – Untersuchungen an Sera von freilebenden Afrikanischen Grünen Meerkatzen, sondern nur solche an dieser und anderer Affenarten aus dem Bundesamt für Sera und Impfstoffe in Frankfurt, von der US-Airforce Base San Antonio/Texas, dem Franklin Zoo und so weiter.

Die Verbreitung offensichtlichen Unsinn, die Koch stellvertretend für die Wissenschaftsgemeinde vornimmt, dient zur Aufrechterhaltung der Legende vom Ursprung von Aids bei den Afrikanischen Grünen Meerkat-

zen. Und vom Affen zum Schwarzen, das lernten noch unsere Väter, ist es nicht weit; eine „noch nicht ausreichend beurteilbare Beobachtung ... bei gewissen venezolanischen Indianerstämmen“ und bei einem „Indianerstamm Kanadas“ soll „das Ergebnis von Anpassung durch Auswahl“, ahnen lassen, so Koch auf Seite 69. Rassenunterschiede sind ihm wichtig: „Die Eskimos beispielsweise wurden fast von der Tuberkulose ausgerottet, die Indianer von den Masern.“ In Afrika gibt es „heute 5 bis 12 Millionen“ infizierte, stellt Koch in seinem Buch „Aids. Die lautlose Explosion“ fest. Angesichts dieser Zahlen und dem vorhergehenden Verweis darauf, daß verschiedene Völker durch Krankheiten fast ausgerottet wurden, heißt es bei Koch: „Es ist zu hoffen, daß die Menschheit auch einmal so auf die AIDS-Epidemie wird zurückschauen können.“ Das ist der Traum des weißen Mannes.

Ralf Krügel

ÄRZTLICHE SCHWEIGEPFFF...!

Selbstverständlich
respektiere ich, wenn
eine Patientin...



... das Geschlecht
ihres Kindes nicht
wissen will!



Hier nach der Be-
fund für Ihren Arzt.



Und viel Spaß mit
Ihrem Bübchen!



impressum

Herausgeber

Heinz-Harald Abholz (Berlin), Hans-Ulrich Deppe (Frankfurt), Sabine Drube (Heidelberg), Heiner Keupp (München), Brigitte Kluthe (Riedstadt), Hans Mausbach (Frankfurt), Wolfgang Münster (Hattungen), Christina Pötter (Gießen), Michael Regus (Siegen), Hartmut Reiners (Düsseldorf), Rolf Rosenbrock (Berlin), Annette Schwarzenau (Berlin), Hans See (Frankfurt), Harald Skrobles (Riedstadt), Peter Stössel (München), Alf Trojan (Hamburg), Erich Wulff (Hannover).

Anschrift der Redaktion: Demokratisches Gesundheitswesen, Kölnstr. 198, 5300 Bonn 1, Tel. 0228/693389 (9.00 Uhr bis 17.00 Uhr).

Anzeigenleitung: Pahl-Rugenstein Verlag, Kristina Steenbock, Gottesweg 54, 5000 Köln 51, Tel. (0221) 36 00 235.

Redaktion:

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

Ausbildung: Uschi Thaden (uth), **Demokratisierung:** Edi Erken (ee), **Frauen:** Karin Kieseyer (kk), Monika Gretenkort (mg), **Ethik:** Helmut Copak (hc), **Frieden:** Walter Popp (wp), **Gewerkschaften:** Norbert Andersch (na), **Historisches:** Helmut Koch (hk), **Peter Liebermann (pl)**, **Internationales:** Peter Schröder (ps), **Stefan Schölzel (sts)**, **Krankenpflege:** Bettina Kolmar (bk), **Gesundheitspolitik:** Matthias Albrecht (ma), **Klaus Priester (kp)**, **Niedergelassene:** Gunar Stempel (gst), **Pharma:** Ulli Raupp (urp), **Prävention/Selbsthilfe:** Uli Menges (um), **Psychiatrie:** Joachim Gill-Rode (gr), **Standespolitik:** Gregor Weinrich (gw), **Umwelt:** Peter Walger (pw).

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. 0221/36 00 20, Konten: Postgiroamt Köln 6514-503, Stadtparkasse Köln 10652238 (für Abo-Gebühren).

Abonnementsrechnungen sind innerhalb von zwei Wochen nach ihrer Ausstellung zu begleichen. Das Abonnement verlängert sich jeweils um ein weiteres Jahr, wenn keine Kündigung beim Verlag eingegangen ist. Kündigungstermin: 6 Wochen vor Ende des Bezugszeitraumes. Preis (Jahresabonnement): 57 Mark; für Auszubildende, Studierende und Arbeitslose: 51 Mark; Förderabonnement: 100 Mark. Alle Preise inkl. Porto.

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

Redaktions- und Anzeigenschluß für das Aprilheft: 27. Februar 1989

Graphik: Renate Alf Karras, Christian Paulsen

Titelblatt: yn

Layout: Joachim Neuschäfer, Uli Menges, Peter Schröder

Satz und Druck: Druckerei Locher GmbH, Raderberger Str. 216-224, 5000 Köln 51

ISSN: 0932-5425

Anzeige:

Liebe Leserinnen, liebe Leser!

Zahlreiche der etwa 400 Ärztinnen und Ärzten, die im „Stern“ vom 26. Januar 1989 unterschrieben hatten, daß sie für die Selbstbestimmung und freie Entscheidung von Frauen eintreten und sich gegen die Einmischung des Staates in der Frage der Abtreibung wehren, sind unter Druck geraten. In Bayern und Baden-Württemberg hat es die ersten Haus- und Praxisdurchsuchungen gegeben, Karteien von Patientinnen sind nach Berichten des „Stern“ beschlagnahmt worden. Einem unserer Redakteure, der als Arzt in einem Krankenhaus in Nordrhein-Westfalen arbeitet und den Aufruf unterschrieben hatte, wurde vom katholischen Träger der Klinik fristlos gekündigt. Begründung: Er propagiere Mord. Der Bundestagsabgeordnete der CDU Paul Hoffacker, erwägt gegen alle, die den Aufruf unterschrieben haben, zu klagen. Kirche und Staat scheinen zur Zeit noch sicher, sich leisten zu können, Leute unter Druck zu setzen oder als Arbeitgeber zu kündigen. Zu hoffen bleibt, daß der öffentliche Druck ihnen da einen Strich durch die Rechnung macht.

Danken möchten wir unseren Leserinnen und Lesern, die sich an der Spendenaktion für Nicaragua beteiligt haben. Sie haben mit dazu beigetragen, daß von medico international eine beträchtliche Summe an das von der sandinistischen Regierung gegründete Notstandskomitee übergeben werden kann. Bis Ende Januar waren bereits Spenden in Höhe von 1 Million Mark auf dem Sonderkonto eingegangen, und es kommen immer noch weitere Spenden hinzu, wie Hans Branscheidt von medico uns mitteilte. Allerdings auch eine solch hohe Summe ist relativ: Die Schäden, die der Wirbelsturm in Nicaragua angerichtet hat, belaufen sich nach Schätzungen der UN-Wirtschaftskommission für Lateinamerika auf 840 Millionen US-Dollar. 22 Prozent der landwirtschaftlichen Produktionsfläche für den Inlandsverbrauch wurden zerstört, bei den Exportkulturen sind es sieben Prozent. Fünf Prozent vom Weihnachtsgeld, so lautete unser Spendenaufruf. Wir würden uns freuen, wenn Sie auch jetzt, drei Monate später, nach Ihren Möglichkeiten auf das in der nebenstehenden Anzeige angegebene Konto spenden würden.

Ihre dg-Redaktion

Nicaragua darf nicht alleine stehen



Die breite Schneise des Hurrikans hat Nicaragua vollständig erschüttert.

Mehrere medico-Projekte lagen mitten im Zentrum des Sturms: Tasba Pony, Santo Tomas & El Corral. Auch am Rio San Juan sind die Schäden beträchtlich: 400 Häuser ganz oder teilweise zerstört!

WIR SAMMELN DESHALB NICHT NUR GELD, SONDERN KÄMPFEN MIT TAUSEND GROSSEN & KLEINEREN PROBLEMEN DES WIEDERAUFBAUS:

● Transportmöglichkeiten ● Zinkblechbeschaffung ● Motorsägen ● Notstromaggregate ● Dachnägelbesorgung ● Medizinische Versorgung ● Trinkwasser

HELFEN SIE UNS BITTE BEI DIESER ARBEIT.

SPENDEN SIE REICHLICH AUF UNSERE KONTEN:

1800 Stadtparkasse Ffm. BLZ 500 501 2 oder Postgiro Köln 69 99-508.

Stichwort: Hurrikanhilfe.

Kostenlose Infoblätter mit Schadensübersicht auch in größeren Mengen zur kostenlosen Verteilung. (Rückporto in Marken beiliegen).



Medico international · Obermainanlage 7 · 6000 Frankfurt 1 · Telefon 069 / 4 99 00 41 / 2

K O N G

PAHL-RUG.GOTTESW.54 5000KOELN
G 2961 E 394711 346

KARL BOEKER
WERTHERSTR. 89

4800 BIELEFELD 1

ZUKUNFTS AUFGABE



28.-30. APRIL 1989

BERLIN

GESUNDHEITSFÖRDERUNG

Anmeldung, nähere Informationen
oder Programmbestellungen beim

Kongreßbüro Zukunftsaufgabe Gesundheitsförderung
Landesverband der Betriebskrankenkassen in Berlin

Potsdamer Straße 58 D-1000 Berlin 30
Tel. (030) 2 62 70 91