

# METHADON FÜR HIV-POSITIVE

Demokratisches  
Gesundheitswesen  
Nr. 6 · Juni 1988  
Einzelheft 5 Mark  
G 2961 E

*Gesundheitsreformgesetz – Wie denn, wo denn, was denn?  
Diskussion über Gewerkschaftsstrategie – Der Hund beim Schinken*



**W**enn Sozialabbau auf der Tagesordnung steht, darf es an der passenden Begleitmusik nicht mangeln. Da macht die sogenannte Strukturreform aus dem Hause Blüm keine Ausnahme. Mit Schlagwörtern vom „Mißbrauch der Sozialleistungen“ und vom „überzogenen Anspruchsdenken“ gilt es, den Widerstand möglichst klein zu halten. Diejenigen, die laut Kassenstatistik acht Prozent der Versicherten ausmachen und gut 80 Prozent der Leistungen in Anspruch nehmen, sollen auf „eigenverantwortliches Handeln“ – sprich: auf den freiwilligen Verzicht auf Leistungen – getrimmt werden. Gemeint sind die Behinderten und chronisch Kranken, diejenigen, die als erste von Arbeitslosigkeit getroffen werden, die vielfach von Sozialhilfe leben müssen und deren Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln häufig gerade nur den notwendigsten Bedarf deckt.

**Strukturreform:**

## Saure Drops



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

Und die laufende Kampagne funktioniert. Denn in einer erfolgs- und leistungsorientierten Gesellschaft zählt nur, wer nicht behindert, verbraucht oder dauernd krank ist. Wer dem nicht entspricht, gilt als nutzloses Anhängsel und ökonomische Last. Mit dem Effekt, daß sich diejenigen, die die Angebote des Gesundheitswesens bitter nötig haben, auch noch an dessen Misere schuldig fühlen. Sie nehmen die Beschränkungen letztlich hin, weil sie in der traditionell eingeübten und immer wieder neu aufgedrängten Dankbarkeitsrolle froh über jeden noch abfallenden Sozialkrümel sind. Hier rächt sich auch die Zerrissenheit und das auf egoistische Interessen ausgerichtete Verhalten der Betroffenen-Verbände: Sie bilden nicht wie (Pharma-)Industrie, Ärzte und Krankenhaus eine Lobby, sondern kämpfen im abgesteckten Gehege wie fünf Affen um eine vorgeworfene Banane.

Hinter der im Reformpaket des Ministers Blüm festgeschriebenen Selbstbeteiligung steckt das bekannte Erziehungsprinzip von Bestrafung und Belohnung: Wer oft krank oder behindert ist, muß zahlen – wer nicht zum Arzt oder zur Krankengymnastik geht, darf sparen. Diese Variante der finanzpolitisch motivierten Erziehung zur Gesundheit wird vielfach in Krankheit und Einengung der individuellen Bedürfnisse enden. Denn wer ein geringes Einkommen hat und jede Mark umdrehen muß, wird angesichts der verlangten Zuzahlung bei Arzneien, Heil- und Hilfsmitteln, für Kuren und Massagen, Brillen, Hörgeräte oder Taxenfahrten die Inanspruchnahme dieser Leistungen hinauszögern.

Diese Perspektive ist natürlich besonders bitter für chronisch Kranke und Behinderte. Es ist nicht absehbar, was die Kassen künftig für medizinisch notwendig sowie preiswert erachten und deshalb ersetzen werden. Zu befürchten ist, daß dort, wo ein therapeutischer Erfolg nicht in Aussicht steht – und auch hier geht es um behinderte, alte oder chronisch kranke Menschen –, das Kosten-Nutzen-Argument über die Notwendigkeit der Maßnahme entscheiden wird.

14 Milliarden Mark sollen bei den Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung gekappt werden. Ein Vorhaben, daß nach einem schmackhaften Sozialbonbon verlangt. Minister Blüm bietet ihn uns mit der „Verbesserung der häuslichen Pflege für Schwerpflegebedürftige“. Bei näherer Betrachtung erweist sich auch diese Neuregelung als saurer Drops: Die bewilligten 25 Pflegeeinheiten im Monat und die versprochene Urlaubsvertretung sind nicht einmal ein Tropfen auf den heißen Stein. Ganz zu schweigen von der längst überfälligen strukturellen Neuorganisation der Pflege, wie sie emanzipatorische Behindertengruppen oder Alteninitiativen fordern. Statt dessen drückt sich die Bundesregierung um die Absicherung des Pflegefallrisikos herum und schiebt sie an die Krankenversicherung ab. Die Zeche bezahlen die Pflegeabhängigen: Durch Eigenbeteiligung an Heil- und Hilfsmitteln.



dg 6/88

## dg-Report

Schwarz, weiß oder grau  
Methadon für HIV-Infizierte 10

## Aktuelle Gesundheitspolitik

Stilles Begräbnis  
Solidarbeitrag der Pharmaindustrie  
gestorben 16

Schlechte Noten  
Trude Unruh kommentiert die  
Streichung des Sterbegelds 23

Wenn der Hund beim Schinken steht  
Diskussion zur Gewerkschafts-  
strategie 24

## Standespolitik

Gebetsmühle  
Der 91. Ärztetag in Frankfurt 18

Wenn's ums Geld geht  
Marionetten in der Berliner  
Ärztammer 30

## Historisches

Oświęcim – Auschwitz  
Ein Besuch im März 1988 32

## Internationales

Totalausfall  
Zur gesundheitlichen Versorgung  
im Libanon 34

## Dokumente

Strukturreform  
Entschließungsantrag der oppositio-  
nellen Delegierten auf dem  
91. Ärztetag 19

Aids und Drogen  
Strategiepapier der Deutschen  
Aidshilfe 20

Gesetzentwurf der Bundesregierung  
zum Embryonenschutz  
Gesetzentwurf der Grünen zum  
Fortpflanzungsschutz 21

## Rubriken

Sie über uns 5

Aktuelles 5

Termine/Kleinanzeigen 8

Buchkritik 36

Comic 38

Wir über uns 39



Foto: yn

**Streit um die reine Lehre der Drogenpolitik – gut und schön. Wenn dabei nicht über Leichen gegangen wird. dg-Redakteur Joachim Neuschäfer hat das Methadon-Programm für HIV-Infizierte in Essen besucht. Seite 10**



Foto: J. Menzen

**Läuft die Gewerkschaft in der Strukturreformdebatte wie der Hund hinter der Wurst her? Ein Streitgespräch zwischen Norbert Badziong (ÖTV), Winfried Beck (VDÄÄ), Michael Kasten (Die Grünen), Peter Kirch (IGM) und Norbert Andersch für dg. Seite 24**



Foto: Z. Mazakian

**Der Bürgerkrieg und die israelische Invasion haben aus dem libanesischen Gesundheitssystem einen Pappkameraden gemacht. Die Versorgung der Bevölkerung ist fast ausgefallen. Ein Bericht auf Seite 34.**

## Von drei dg-Lesern hat einer abonniert

*Klar, es ist gut, wenn dg viel gelesen wird. Auch von Nicht-Abonnentinnen und -Abonnenten. Von Auszubildenden zum Beispiel. Von Leuten, die das Abo-Geld nicht haben.*

*Trotzdem: Sprechen Sie die Leserinnen und Leser auch auf ein Abo an. Denn dg ist keine Wegwerfzeitung. Man braucht sie zum Nachlesen, wegen der Dokumente, für die Diskussion. Das wird auch einigen „Trittbrett-Lesern“ einleuchten.*

*Außerdem: Es wird langfristig preiswerter für Sie und kostendeckend für uns. Das sichert dg für die nächsten Jahre. Und genügend Mitleserinnen und -leser wird es dann auch noch geben.*

**„Schon  
abonniert?“**



**Sigrid Wieja, 36 Jahre, ehemalige Betriebsratsvorsitzende der DRK-Schwesternschaft Essen, stellvertretende Pflegedienstleiterin im Knappschafts Krankenhaus Essen-Steele:**

„Manchmal bin ich ehrlich enttäuscht über das mangelnde Interesse von Kolleginnen und Kollegen. Sowohl was die Berufspraxis als auch den Wunsch nach gesundheitspolitischer Information angeht. Ich bin schon froh, wenn jemand sich für die Themen, die in dg behandelt werden, interessiert. Ich habe dann aber kaum die Courage, die Person auch noch auf ein Abo anzusprechen. Ich meine trotzdem, auch wenn es schwer ist, daß man es immer wieder versuchen muß. Es gibt bei uns dreieinhalbtausend Krankenhäuser und viereinhalbtausend dg-Abonnenten. Da müßte ja eigentlich noch was drin sein.“



# sie über uns aktuelles



## Wenig hilfreich

dg 5/88: „Moralisch“ – Leserbrief zur Abwerbung

Ich empfinde den Aufruf in „dg“ 4/88 an die Leserschaft, durch einen eigenen Beitrag die Existenz des „dg“ auch in Zukunft abzusichern keineswegs als eine moralische Drohung an die Leser, wie U. Spohr schreibt. Warum ist es denn ein Widerspruch, wenn „dg“ sich für 1988 ein Teilziel von 500 zusätzlichen Abonnenten setzt und dabei die Leser um Unterstützung bittet. 500 zusätzliche Abos bedeuten, daß nur jeder 10. Bezieher einen neuen Abonnenten gewinnen müßte. Sollte das zuviel verlangt sein, wenn man die Wichtigkeit einer Zeitschrift wie „dg“ bedenkt?

Als „dummlich und verlogenes Getue“ den Hinweis von „dg“, auf Pharmawerbung zu verzichten, zu brandmarken finde ich ein starkes Stück. Natürlich ist es ein ganz erheblicher Fortschritt, auf das Haupttribut dieser Warengesellschaft, die Werbung, zu verzichten, aber das geschieht doch nun nicht, weil „dg“ sowieso von den Pharmakonzernen keine Anzeigen bekommen würde, sondern weil es nun wirklich ein Widerspruch wäre, im gleichen Heft die kriminellen Praktiken der Pharmakonzerne anzuprangern und gleichzeitig für ihre Produkte zu werben. „Bemüht Euch halt um bezahlte Anzeigen“ schreibt U. Spohr weiter. Ein solches Herangehen spricht meines Erachtens nicht gerade von einer Haltung, die von besonderer Mitverantwortung geprägt ist.

Krise der Linken, der Gesundheitsbewegung, Defensive der Gewerkschaften, Rückzug ins Private, an diesen Schlagwörtern ist sicherlich auch ein

Stück Wahres dran, wenngleich ich es für gefährlich halte, da destruktiv, ohne Begründungen damit um sich zu schlagen. Ich finde es wichtig, sich zu fragen, wo der eigene Anteil liegt, diese Tendenzen zu stoppen oder umzukehren. Kluge Ratschläge helfen da sicher nicht viel weiter. Ich sehe in der weiteren Verbreitung von „dg“, auch gerade durch Gewinnung neuer Abonnenten einen guten Ansatz dazu. Ich lese ganz bewußt „dg“, weil es klar und sachlich argumentiert und vor allen Dingen, weil es einen Standpunkt vertritt. Diese Eigenschaften und das „dg“ zu erhalten, sollte – auch durch Mitgestaltung der Zeitung – Ziel aller Leserinnen und Leser sein.

ERNST ALBERS  
Hamburg

## Lieber Uwe Spohr

dg 5/88: „Moralisch“

Wir wenden uns auf diesem Weg an Sie, weil ein an Sie gerichteter Brief mit dem Postvermerk „Unbekannt“ zurückkam. Wir würden uns freuen, wenn Sie noch einmal Kontakt mit uns aufnehmen könnten, da wir Ihnen gern einige Erklärungen zu Ihrer Kritik gegeben hätten. Als Anmerkung zu Ihrem Leserbrief möchten wir das nicht tun, da wir es als unfair empfinden, Leserbriefe zu kommentieren, außer es handelt sich um rein sachliche Dinge.

Die Redaktion

## Otto-Loos-Preis beibehalten

Die Zahnärztekammer Hessen hat den Antrag der Liste demokratischer Zahnärztinnen und Zahnärzte abgelehnt, den von ihr vergebenen Otto-Loos-Preis umzubenennen. Die alternative Liste, die 10,7 Prozent der hessischen Zahnärzte vertritt, hatte Anstoß daran genommen, daß der mit 8000 Mark dotierte Preis für herausragende wissenschaftliche Leistungen und neuerdings „besondere sozialpolitische Leistungen“ den Namen des ehemaligen „Reichsdozentenführers“ Loos trägt. Er habe sich 1933 den Nationalsozialisten als „Führer der zahnärztlichen Dozentenschaft“ zur Verfügung gestellt. Unter seiner Amtsführung sei die Gleichschaltung und Einbindung der zahnärztlichen Dozenten in den NS-Staat erfolgt, erklärten die oppositionellen Zahnärzte. Loos habe sich zur „Hochzüchtung“ der Wissenschaftler und zur „Rassenpflege“ bekannt. Der Antrag der Liste demokrati-

scher Zahnärztinnen und Zahnärzte wurde gegen die fünf Stimmen der Opposition und bei zwei Enthaltungen abgelehnt.

## Bayer-Coordination umbenannt

Die „Internationale Bayer Coordination“ ist von dem Chemiekonzern Bayer ultimativ aufgefordert worden, ihren bisherigen Namen zu ändern, da „Verwechselungsgefahr“ bestünde. Die Organisation erklärte sich „unter schärfstem Protest“ dazu bereit, da sie sich finanziell und zeitlich nicht an den von Bayer angedrohten Prozess für den Fall der Zuwiderhandlung binden wolle. Vom 15. April an nennen sich die Pharma-Kritiker nun „Coordination gegen Bayer-Gefahren“. Achim Schmottlach, einer ihrer Sprecher, sieht in dem Vorgehen der Bayer AG einen weiteren Versuch, die Organisation von der kritischen Auseinandersetzung mit der Politik des Konzerns abzuhalten.

## Einzelne Feten bei Mehrlingschwangerschaften abgetrieben

An der Mount Sinai School in New York sind erstmals einzelne Feten bei Mehrlingsschwangerschaften selektiv abgetrieben worden, wie Mitarbeiter der Klinik im New England Journal of Medicine (318, 1988) berichteten. Bei elf Schwangerschaften konnte die Zahl der Feten auf jeweils zwei, bei einer Frau auf drei vermindert werden. In drei Fällen seien Feten über einen durch den Muttermund vorgeschobenen Katheter aspiriert worden, in den anderen sei Kaliumchlorid durch die Bauchdecke der Schwangeren in den Thorax des Fötus injiziert worden. Die Wissenschaftler empfehlen, diese Methode dann anzuwenden, wenn es nach einer Infertilitätsbehandlung zu unerwünschten Mehrlingsschwangerschaften komme. Die Newsenburger „Ärzte Zeitung“ bezeichnete den Bericht der Mount Sinai School als „schockierend“. Es sei anstößig, einer kinderlosen Frau erst zu einer Schwangerschaft zu verhelfen, um dann die Zahl der Feten auf das gewünschte Maß zu reduzieren.



## Psychiatrie-Chefs: Stellen aufstocken

Der Arbeitskreis der Leiter der öffentlichen psychiatrischen Krankenhäuser hat in einem Faltblatt zum Tag der Psychiatrie am 11. Juni Angehörige psychisch Kranker aufgefordert, sich für eine verbesserte Versorgung in ambulanten und stationären Einrichtungen einzusetzen. Zwar sei die medizinische Grundversorgung in der Regel in den psychiatrischen Kliniken gewährleistet, die notwendige Aktivierung der Patienten aber finde aus Personalmangel oft nicht statt. Allzuoft fehle aus dem selben Grund auch die Zeit für Einzelgespräche, Gespräche mit Angehörigen, Freunden, Kollegen und Nachbarn der Kranken.

Die Angehörigen sollten, so die Klinikleiter, bei ihrem Besuch in psychiatrischen Krankenhäusern nachfragen, wie oft Patienten geschlossener Abteilungen an die frische Luft kämen, ob es ausreichend Gruppenaktivitäten gebe, ob ein Langzeitpa-

tient nicht in eine andere Einrichtung als die Klinik entlassen werden und wer ihm oder ihr dann weiterhelfen könne. Krankenkassen, Politiker und Gewerkschafter müßten mit der Frage konfrontiert werden, warum für psychisch Kranke so wenig Geld zur Verfügung gestellt wird. Die Leiter der öffentlichen psychiatrischen Kliniken machten sich in dem Faltblatt ausdrücklich auch für eine stärkere Nutzung ambulanter Behandlungsmöglichkeiten und eine bessere Verzahnung mit stationären Einrichtungen stark.

## AiP: Chaos inbegriffen

Die Einführung des Arztes im Praktikum (AiP) im Oktober dieses Jahres wird nicht ohne Probleme von sich gehen. Wie der Parlamentarische Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium, Anton Pfeifer, auf eine Kleine Anfrage der Bundestagsabgeordneten Heike Wilms-Kegel (Die Grünen) mitteilte, seien die Bundesländer Hamburg, Nordrhein-Westfalen und das Saarland „sehr erheblich“ im Rückstand mit den Vor-

bereitungen. Mit Verzögerungen sei aber auch in Niedersachsen, Baden-Württemberg und Bayern zu rechnen. Eine Übersicht über die bereitgestellten Plätze gebe es nicht, wie Pfeifer erklärte. Die Bundeswehr habe aber 250 AiP-Plätze für Sanitätsoffiziersnachwuchs zur Verfügung gestellt.

## Nicht vergessen!

## Wahl in Hessen!

**Vom 20. bis 30. Juni 1988 wird in Hessen die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer gewählt.**

## Krankenhäuser nach NS-Opfern benennen

Die Kreistagsfraktion der Grünen im Landkreis Hannover hat vorgeschlagen, vier Kreiskrankenhäuser in der Umgebung nach Opfern der Medizin im Nationalsozialismus und nach Widerstandskämpferinnen und -kämpfern aus dem medizinischen Personal zu benennen. Die Grünen haben dazu verschiedene Organisationen um Vorschläge gebeten, so den Landesverband der Sinti und Roma, den der jüdischen Gemeinden, die Vereinigung der Verfolgten des Naziregimes und den Bund der Euthanasiegeschädigten. Einen entsprechenden Vorschlag planen sie, in den Landtag einzubringen.



## 20 000 gegen gefährliche Pharmaexporte

Am 9. Mai haben Vertreter der Pharma-Kampagne des Bundeskongresses entwicklungs-politischer Aktionsgruppen (BUKO) im Bundesgesundheitsministerium 20 000 Unterschriften gegen gefährliche Pharmaexporte überreicht. Die Unterscheidenden fordern, daß Arzneimittel und Rohstoffe zu deren Zubereitung nur dann exportiert werden dürfen, wenn sie auch hier zugelassen sind, und daß die Anwendungsinformation unverzichtbarer Bestandteil der Exporterlaubnis sein muß. Die BUKO-Pharmakampagne verlangte außerdem von Bundesgesundheitsministerin Rita Süßmuth, sich in der gegenwärtigen Debatte um eine EG-Richtlinie zum Export von Medikamenten für strikte Regelungen einzusetzen.

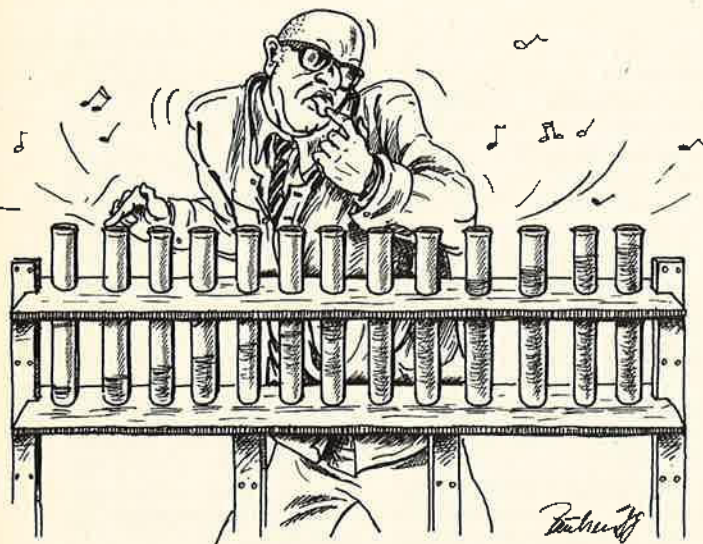
## Zeitplan für Beratungsgesetz vorgelegt

Bundesgesundheitsministerin Rita Süßmuth hat in dem Ende April den Bundestagsfraktionen zugestellten Entwurf für das Beratungsgesetz an den Kernstücken des Referentenentwurfs festgehalten: dem definierten Beratungsziel und der Länderklausel. Die Beratung soll demnach nur mit dem Ziel angeboten werden, „die Bereitschaft der Schwangeren zur eigenverantwortlichen Annahme des ungeborenen Lebens zu wecken, zu stärken und zu erhalten“. Gegen diese Formulierung hatten sich Politikerinnen der FDP ausdrücklich erklärt. Durch die im Entwurf enthaltene Länderklausel erhalten die Bundesländer Spielraum für weitere Verschärfungen der Beratung.

Am 8. Juni soll ein mit der FDP erarbeiteter Einigungsentwurf erneut den Fraktionen zugehen. Dem Bundesrat will das Bundesgesundheitsministerium diesen Entwurf noch vor der Sommerpause vorlegen. Vor einer Verabschiedung des Beratungsgesetzes wäre dann nicht vor Ende des Jahres, eventuell sogar erst Anfang 1989 zu rechnen.







## Embryonenforschung abgelehnt

Die Ärztekammer Westfalen-Lippe hat am 24. April die Forschung an menschlichen Embryonen grundsätzlich abgelehnt. Sie entsprach damit einem Antrag der Liste demokratischer Ärzte, die 12 Prozent der Ärztinnen und Ärzte des

Kammerbezirks vertritt. Westfalen-Lippe stellt sich damit gegen den Beschluß des Deutschen Ärztetags, die ärztliche Berufsordnung dahingehend zu ändern, daß bestimmte Forschungen an Embryonen nicht ausgeschlossen sein sollen.

## Neusser Ärzte vor Gericht unterlegen

Das Landesarbeitsgericht Düsseldorf hat Ende April entschieden, daß die Entlassung zweier Mediziner, die aus Gewissensgründen die Mitarbeit an der Erforschung eines Antimetikums bei Beecham-Wülfring verweigert hatten, rechtmäßig sei. Die Ärzte hatten befürchtet, daß die Forschungsergebnisse dazu genutzt werden könnten, den Tod von Soldaten während eines Atomkriegs hinauszuzögern oder sie länger kampffähig zu halten. Das Gericht hielt den Beklagten vor, ihren Argumenten fehle der „Realitätsbezug“. Außerdem müßten die Ärzte sich nicht mit den verschiedenen Anwendungsmöglichkeiten des entwickelten Medikaments identifizieren, wie das Gericht erklärte. Von der zugelassenen Revisionsmöglichkeit beim Bundesarbeitsgericht wollen die beiden Ärzte Gebrauch machen.

## Bundesärztekammer verfassungswidrig?

Als „verfassungsrechtlich problematisch“ hat Professor Gerhard Stuby, Rechtswissenschaftler an der Universität Bremen, die Existenz der Bundesärztekammer, ihre Aufgabenwahrnehmung und die mangelhafte demokratische Binnenstruktur bezeichnet. Dies ist das Ergebnis einer Studie, die Stuby im Auftrag der Bundestagsfraktion der Grünen erstellt hat. Die Bundesärztekammer

sei keine Kammer, wie der Name unterstelle, sondern ein privater Verein, deren Mitglieder die Landesärztekammern sind, wie Stuby am 9. Mai vor Journalisten in Bonn erklärte. Als solcher besitze er keinen öffentlich-rechtlichen Status, könne also auch keine Aufgaben übernehmen, die über den Aufgabenrahmen der einzelnen Mitgliedskammern hinausreichten. Wenn die Bundesärztekammer etwa zur Embryonenforschung Stellung nehme, sofern die Frage vom Gesetzgeber noch nicht geregelt sei, überdehne sie ihre Kompetenzen, so Stuby. Zum anderen sei es problematisch, daß die Gremien dieses überregionalen Organs nicht repräsentativ entsprechend der Ärzteschaft zusammengesetzt sei.

## Bhopal: Jährlich 250 Tote

In den kommenden sieben Jahren werden noch etwa 1750 Menschen an den Spätfolgen des Giftgasunfalls in Bhopal 1984 sterben. Von dieser Zahl geht die Regierung des indischen Bundesstaats Madhya Pradesh aus. In einem Ende April veröffentlichten Bericht der Regierung wurde die neueste offizielle Zahl der Toten mit 2998 angegeben. 20.000 Menschen seien schwer verletzt worden. Bei dem Giftgasunfall war aus einem Zweigwerk des US-Chemiekonzerns Union Carbide giftiges Methylisocyanid entwichen. Gegen die Union Carbide sind derzeit rund 500.000 Klagen auf Schadensersatz und Schmerzensgeld vor indischen Gerichten anhängig.

## DBfK: 35-Stunden-Woche gefordert

Die Landesverbände des Deutschen Berufsverbands für Krankenpflege (DBfK) von Hessen, Rheinland-Pfalz und dem Saarland haben sich der gewerkschaftlichen Forderung auf die 35-Stunden-Woche mit vollem Lohnausgleich angeschlossen. Bereits jetzt seien Krankenschwestern und -pfleger mit Arbeit überlastet, wie die Landesstelle in Neuwied erklärte. Es genüge daher nicht, die so freiwerdende Arbeitszeit auf neue Planstellen umzurechnen, vielmehr müsse der Stellenplan darüber hinaus aufgestockt werden. Die jetzige Situation sei sozialpolitisch und ethisch-moralisch gegenüber der Bevölkerung nicht zu verantworten.

## Schmerzensgeld bei unfreiwilligem HIV-Test

Nehmen Ärzte einen HIV-Test ohne Wissen und Zustimmung des Patienten vor, so begehen sie nicht allein eine Körperverletzung, sondern müssen dafür auch Schmerzensgeld bezahlen. Dies geht aus einem Urteil des Amtsgerichts Göttingen hervor. Im konkreten Fall hatte ein ehemaliger Patient des Universitätsklinikums Göttingen den Ärzten vorgeworfen, ihn 1985 vor einer Operation auf HIV getestet zu haben, ohne daß er darüber informiert worden sei. Das Gericht verurteilte das Klinikum zur Zahlung von 300 Mark Schmerzensgeld.

## Großbritannien: Höhere Gehälter

Ärzte und Zahnärzte des staatlichen Gesundheitswesens in Großbritannien erhalten rückwirkend vom 1. April dieses Jahres eine Gehaltserhöhung von 7,9 Prozent, wie die Regierung Ende April bekanntgab. Krankenschwestern und -pfleger bekommen im Schnitt 15 Prozent mehr Lohn. Der Entscheidung waren mehrere Streiks, vor allem von Seiten des Krankenpflegepersonals, vorausgegangen (dg berichtete).



Foto: dpa

## Gewerkschaft:

## Aufgetaucht



### na – Personalräte und Vertrauensleute aus Nordrhein-Westfalen wollen es jetzt wissen. Statt Gelaber in der Konzertierte Aktion Mitwirkung an der Krankenhausplanung

Die Vorschläge der nordrhein-westfälischen Landesregierung auf kommunaler Ebene, zum Beispiel in Duisburg und Herne, massiv Krankenhausbetten abzubauen, haben eine deutliche Aktivierung der Gewerkschaft ÖTV in diesem Bereich bewirkt. Am 20. April fand in Recklinghausen bereits die zweite der für 1988 geplanten drei Krankenhauskonferenzen statt. Bei der ersten Zusammenkunft in Duisburg hatte der mittelgroße Saal die vielen hundert interessierten Personalräte und Vertrauensleute gar nicht fassen können. Auch jetzt waren wieder rund 400 Kollegen erschienen.

Daß die Krankenhauskonferenzen zu einer erfreulichen Belebung der innergewerkschaftli-

chen Diskussion führen, zeigen die behandelten Themen und die verabschiedeten Resolutionen. So wird sich die Gewerkschaft ÖTV in Nordrhein-Westfalen zum ersten Mal nach jahrelangem Abtauchen in dieser Frage wieder aktiv in die Krankenhausplanung einmischen. Für die Bezirke NRW I und II erklärte der für das Gesundheitswesen zuständige Sekretär, Wilfried Kühle, daß die ÖTV in jedem Fall erzwingen wolle, daß ihr über eine unverbindliche Mitbeteiligungsregel hinaus eine effektive Mitwirkung bei der Krankenhausplanung eingeräumt wird.

Zur Durchsetzung der krankenhauspolitischen Ziele, insbesondere gegen weitere Stellenabbaumaßnahmen, hat die Versammlung einstimmig Maßnahmen befürwortet, die auch Streikaktionen in Krankenhäusern ins Auge fassen. Eindeutig wurden die von der SPD befürworteten flächendeckenden Überprüfungen diagnoseabhängiger Fallpauschalen abgelehnt. In diesem Zusammenhang erntete die zweideutige Position des DGB-Bundesvorstandes Kritik. Eine Resolution, die den Austritt der Gewerkschaft ÖTV aus der Konzertierte Aktion fordert, fand eine überwältigende Mehrheit. Der Bezirksvorstand wurde hier beauftragt, in dieser Frage eine abschließende Diskussion in der Mitgliedschaft herbeizuführen.

### 2.-5. 6.

#### Bremen

4. bundesweite Fachtagung: „Therapeutische Wohngemeinschaften/Betreutes Wohnen“  
Kontakt: Initiative zur sozialen Rehabilitation und Vorbeugung psychischer Erkrankungen e.V., Travemünder Straße 7a, 2800 Bremen, Tel. (04 21) 3 96 37 37.

### 3.-5. 6.

#### Lübecke-Nettelstedt

Klausur: „Aufbau und Anleitung von Angehörigengruppen“  
Kontakt: Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V., Thomas-Mann-Straße 49a, 5300 Bonn 1, Tel. (02 28) 63 26 46.

### 3.-5. 6.

#### Mülheim/Ruhr

Seminar: Umweltprobleme des Verkehrs in Ballungsgebieten  
Kontakt: Evangelische Akademie Mülheim/Ruhr, Uhlenhorstweg 29, 4330 Mülheim/Ruhr 1, Tel. (02 08) 59 90 60.

### 7.-8. 6.

#### Frankfurt

Seminar: Rückenschonende Arbeitsweise  
Kontakt: Berufsfortbildungswerk FZBA, Gutleutstraße 169-171, 6000 Frankfurt/M. 1, Tel. (069) 23 50 91/92.

### 8.-10. 6.

#### Loccum

Das „Dogma“ in der persönlichen Beratungssituation – 6. Loccumer Gespräch Theologie-Psychologie.  
Kontakt: Evangelische Akademie Loccum, 3056 Rehburg-Loccum, Tel. (0 57 66) 810.

### 9.-11. 6.

#### Lüneburg

Symposium: Die Würde des Menschen im psychiatrischen Alltag  
Kontakt: Niedersächsisches Landeskrankenhaus Lüneburg, Postfach 2349, 2120 Lüneburg.

### 10. 6.

#### Köln

Regionale Fachtagung: Psychiatrie der 90er Jahre – Wohin geht die Reise? Verwalten und verwalten – statt aktivierende und begleitende Pflege?  
Kontakt: DBfK Regionalverband NRW, Königgrätzstraße 12, 4300 Essen 1, Tel. (02 01) 28 30 40.

### 10.-12. 6.

#### Bonn

„Chips und Ticks“ – Neue Medien und psychosoziale Arbeit  
Kontakt: Gustav-Stresemann-Institut, Langer Grabenweg 68, 5300 Bonn 2.

### 10.-12. 6.

#### Darmstadt

Seminar: Umgang mit Zeit und Streß im Krankenhaus  
Kontakt: afw, Abteilung Fort- und Weiterbildung, Elisabethenstift Darmstadt, Stiftsstraße 14, 6100 Darmstadt, Tel. (0 61 51) 40 33 48.

### 13.-15. 6.

#### Essen

EDV-Seminar für Mitarbeiter in Pflegeberufen  
Kontakt: Bildungszentrum Essen des DBfK, Königgrätzstraße 12, 4300 Essen 1, Tel. (02 01) 28 55 99 oder 27 48 29.

### 15.-19. 6.

#### Frankfurt

Tagung: „Homosexualität und Gesundheit“  
Kontakt: Bundesarbeitsgemeinschaft Schwule im Gesundheitswesen (BASG), Bahnhofstraße 15, 4400 Münster, Tel. (02 51) 4 44 11.

### 15.-19. 6.

#### Würzburg

Umweltmesse '88  
Kontakt: ConPlan, Messen und Ausstellungen, Ludwig-Erhard-Anlage 1, 6000 Frankfurt/Main 1, Tel. (069) 74 08 11.

### 17.-19. 6.

#### Göttingen

22. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin  
Kontakt: Frau Tennie, Dr. J. Szecsenyi, Abteilung Allgemeinmedizin, TL 183, Robert-Koch-Straße 40, 3400 Göttingen, Tel. (05 51) 39 26 38 oder 47.



## 20.-24. 6. Frankfurt

Seminar: Pflege und Begleitung  
Aids-Kranker  
Kontakt: Berufsbildungs-  
werk FZBA, Gutleutstraße  
169-171, 6000 Frankfurt/M. 1,  
Tel. (069) 23 50 91/92.

## 21.-24. 6. Wien

Europäische Pflegekonferenz  
1988  
Kontakt: Dr. Marie Farrell, Lei-  
terin des Referats Pflegewesen,  
Weltgesundheitsorganisation,  
Regionalbüro für Europa,  
Scherfigsvej 8, DK-2100 Ko-  
penhagen 0, Dänemark

## 23.-25. 6. Essen

Kursus: Kindesmißhandlung -  
Hilfen im Umgang mit Betrof-  
fenen  
Kontakt: Bildungszentrum Es-  
sen des DBfK, Königgrätzstra-  
ße 12, 4300 Essen 1, Tel.  
(02 01) 28 55 99 oder 27 48 29.

## 24.-26. 6. Düsseldorf

IX. Fachtagung sozialwissen-  
schaftliche Sexualforschung.  
Leitthema: „Sexualwissen-  
schaft und Sexualpolitik“,  
Schwerpunkt: Aids  
Kontakt: Deutsche Gesellschaft  
für Sozialwissenschaftliche Se-  
xualforschung (DGSS), Gerres-  
heimer Straße 20, 4000 Düssel-  
dorf 1, Tel. (02 11) 35 45 91.

## 24.-26. 6. Bonn

Seminar: Pestizide im Paragra-  
phen-Dschungel  
Kontakt: Pestizid-Aktions-Net-  
zwerk (PAN), Gaußstraße 17,  
2000 Hamburg 20, Tel. (040)  
39 39 78.

## 27. 6.-3. 7. Heidelberg

Familientherapeutischer Inten-  
sivkurs mit dem Thema „Be-  
handlung psychosomatischer  
und psychotischer Störungen“  
Kontakt: Maria Syska, Verein  
zur Förderung der Familienfor-  
schung und -therapie e.V.,  
Mönchhofsstraße 15a, 6900  
Heidelberg 1, Tel. (0 62 21)  
56 58 31 (von 13.00 bis  
17.00 Uhr).

## 29. 6. Frankfurt

Seminar zum Heimgesetz  
Kontakt: Berufsbildungs-  
werk FZBA, Gutleutstraße  
169-171, 6000 Frankfurt/Main  
1, Tel. (069) 23 50 91/92.

## 30. 6. Frankfurt

Seminar: Psychisch kranke alte  
Menschen zu Hause oder im  
Heim  
Kontakt: Berufsbildungs-  
werk FZBA, Gutleutstraße  
169-171, 6000 Frankfurt/Main  
1, Tel. (069) 23 50 91/92.

## 30. 6.-2. 7. Essen

Internationales Seminar: Orga-  
nisation von Wohn- und Betreu-  
ungsgruppen im Langzeitpfle-  
gebereich und Personalqualifi-  
kation  
Kontakt: Bildungszentrum Es-  
sen des DBfK, Königgrätzstra-  
ße 12, 4300 Essen 1, Tel. (02 01)  
28 55 99 oder 27 48 29.

## 1. 7. Erlangen

Tagung für Laienhelfer  
Kontakt: Betreuungsdienst  
Psychiatrie Erlangen e.V., Burg-  
bergstraße 53, 8520 Erlangen.

## 1. 7. Tübingen

Einsendeschluß für Workshop-  
angebote für die 7. Überregio-  
nale Workshopstagung der  
DGVT am 22.-25. Februar  
1989.  
Kontakt: Deutsche Gesellschaft  
für Verhaltenstherapie e.V.  
(dgvt), Belthlestraße 15, 7400  
Tübingen, Tel. (070 71) 4 12 11.

## 1.-3. 7. Tutzing

Wer zahlt die Zeche? Fragen  
nach der Krankenkassen-, Ren-  
ten- und Steuerreform  
Kontakt: Evangelische Akade-  
mie Tutzing, Schloß, Postfach  
227, 8132 Tutzing, Tel. (0 81 58)  
25 10.

## 3.-8. 7. Iserlohn

Kritischer Computerkurs für  
Frauen  
Kontakt: Evangelische Akade-  
mie Iserlohn, Berliner Platz 12,  
5860 Iserlohn, Tel.: (0 23 71)  
3 52 40/47.

## 4.-6. 7. Essen

Seminar: Geschichte der Kran-  
kenpflege - Entwicklung der  
freiberuflichen Krankenpflege  
Kontakt: Bildungszentrum Es-  
sen des DBfK, Königgrätzstra-  
ße 12, 4300 Essen 1, Tel. (02 01)  
28 55 99 oder 27 48 29.

## 4.-8. 7. Büdingen/Oberhessen

Seminar: Pflege von Aids-Kran-  
ken - Belastung und Herausfor-  
derung  
Kontakt: Allgemeiner Kranken-  
und Altenpflegeverband e.V.  
(AKA), Haus Humboldtstein,  
5480 Remagen-Rolandseck.

## 4.-8. 7. Darmstadt

Psychisch krank im Alter: Wie  
begegne ich „verwirrten“ Men-  
schen?  
Kontakt: afw, Abteilung Fort-  
und Weiterbildung, Elisa-  
bethenstift Darmstadt, Stiftstra-  
ße 14, 6100 Darmstadt, Tel.  
(0 61 51) 40 33 48.

## 7.-9. 7. Essen

Seminar: Krankenpflege im Mit-  
telalter und in der frühen Neu-  
zeit

Kontakt: Bildungszentrum Es-  
sen des DBfK, Königgrätzstra-  
ße 12, 4300 Essen 1, Tel. (02 01)  
28 55 99 oder 27 48 29.

## 8.-9. 7. Hamburg

II. Symposium zu „Kultur und  
psychosoziale Situation in La-  
teinamerika“  
Kontakt: Dr. Horacio Riquelme,  
UKE, Psychiatrische u. Nerven-  
klinik, Martinistr. 52, 2000  
Hamburg 20, Tel. (0 40)  
4 68 22 29.

## 22.-26. 7. Bamberg

XI. International School Psy-  
chology Colloquium  
Kontakt: Dipl. Psych. Helmut  
Heyse, Albert-Schweitzer-Str.-  
ße 7, 5503 Konz, Tel. (06 51)  
10 82 07 oder (06 51) 1 51 54.

## 27.-28. 8. Oldenburg

4. Weiterbildungskurs für Kran-  
kenpflegepersonal: „Grundla-  
gen psychologischer Gesund-  
heitsförderung“  
Kontakt: Fernstudienzentrum  
der Universität Oldenburg,  
Postfach 2503, 2900 Olden-  
burg, Tel. (04 41) 7 98 44 16.

# anzeigen

## SÜDAFRIKAS KRIEG GEGEN KINDER



POSTERSERIE: "Südafrikas Krieg gegen Kinder"  
überarbeitete und erweiterte Neuauflage (13 Bild-  
und 3 Texttafeln im DIN A3-Format)  
Solidaritätspreis DM 10,00

Diese Posterserie eignet sich besonders gut zum Auf-  
hängen bei Veranstaltungen, Sitzungen, Konzerten, bei  
Informationsständen etc. um auf die Grausamkeit und  
Brutalität aufmerksam zu machen, denen Kinder unter  
Apartheid ausgesetzt sind.

BROSCHÜRE: "Südafrikas Krieg gegen Kinder"  
Massenverhaftungen, Mißhandlungen, Folter und  
Mord - das Apartheidregime hat den Kindern des  
Landes den Krieg erklärt! Wir dokumentieren diese  
Verbrechen in dieser Broschüre auf 56 Seiten.  
Solidaritätsbeitrag DM 2,00

ANC-Vertretung in der BRD  
Postfach 190140 · 5300 Bonn I



**Arztstelle für Zivildienst-  
leistenden ab sofort frei.**  
Medizinische Klinik in Süd-  
Hessen mit ca. 120 Betten,  
Pool-Beteiligung, großzügige  
Nachtdienstregelung.  
**Kontaktadresse:** Ulrike  
Leonhard-Braun, Alter  
Rheinweg 11, 6086 Ried-  
stadt, Tel. (061 58) 59 59.

**Arzt für Zivildienst** von  
Kinderkrankenhaus in Kas-  
sel für sofort gesucht. Tel.  
(05 61) 20 03/163.

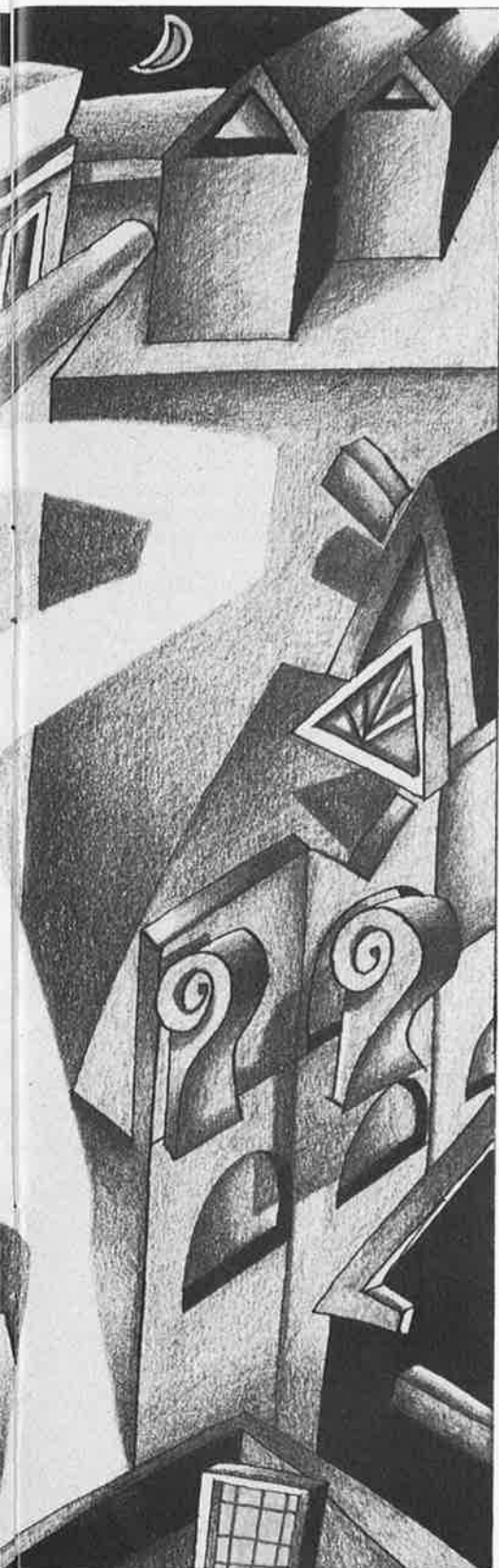
**Arbeitslosigkeit macht  
krank!**  
Suche Assistenzarztstelle,  
wobei mir die Arbeitsatmo-  
sphäre wichtiger ist als die  
Anästhesie oder das Leben  
an der Lahn. Freue mich  
über jeden Hinweis.  
Eva Röthinger, Am Grün  
56 A, 3550 Marburg Tel.  
(064 21) 2 53 86.



# Schwarz, weiß

**Kann der große Streit über den Königsweg in der Drogenpolitik überhaupt noch weitergeführt werden, wo die von illegalen Drogen Abhängigen zu den Hauptbetroffenengruppen von Aids gehören? In Essen bekommen drogenabhängige HIV-Infizierte seit 1986 Methadon, ohne daß groß darüber in der Öffentlichkeit diskutiert worden wäre. Joachim Neuschäfer wollte herausfinden, ob der Drogenersatzstoff eine sinnvolle Hilfe für die Betroffenen ist.**





**E**in großes altes Haus im Norden der Essener Innenstadt, Weberstraße 23. Hier ist ein Jugendzentrum untergebracht und die Drogenberatung des Vereins Krisenhilfe e.V. Alfred Ferenc, der Leiter, führt durch das Haus: Kleine Büros mit vollen Schreibtischen, der Kontaktraum, wo sich Leute aus der Szene treffen können, zwei Sitzcken, ein Billardtisch. Auf einer Anrichte gluckert eine große Kaffeemaschine. Daneben, auf einem Schrankbrett, ein Körbchen mit steril verpackten Spritzen. „Keine Selbstverständlichkeit“, erklärt Ferenc, „das mußten wir auch erst einmal durchsetzen.“

Für den Leiter der Essener Drogenberatung ist es ein wichtiger Beitrag zur Prävention von Aids, das sogenannte „needle-sharing“, die gemeinsame Benutzung einer Spritze, zu verhindern. Doch die Mehrheit der Drogenfachleute und die um ihren guten Ruf besorgten Politiker sehen darin Beihilfe zur Sucht. Werner Heckmann, ehemaliger Drogenbeauftragter in Berlin, hält die Abgabe von Spritzen für ähnlich verfehlt, „wie wenn man einem Alkoholiker einen Satz Likörgläser schenken würde.“ Leider hinkt der Vergleich, denn Alkoholiker trinken zur Not auch aus der Flasche. Äpfel sind nun mal keine Birnen.


Zum Glück scheint die gemeinsame Nutzung von Spritzen nicht wie in den USA zum Scene-Ritual zu gehören, wie Mitglieder der User-Selbsthilfegruppe „The final count-down“ auf einer Pressekonferenz der Aids-Hilfe am 5. Mai in Bonn bestätigen. Dennoch hält die Aids-Hilfe – ebenso wie die Grünen – die Vergabe von sterilen Spritzbestecken für einen sinnvollen Beitrag zur Prävention. Solange jedenfalls, wie Drogenabhängige sich kein Spritzendepot anlegen können, weil es der Staatsanwaltschaft als Beweismittel

dient, und solange, wie sie nicht nur zu den Öffnungszeiten der Apotheken süchtig sind.

In einem kleinen Nebenraum der Essener Drogenberatung erhalten einige Aids-Erkrankte täglich Polamidon. „Wir machen hier nichts Spektakuläres“, meint dazu Alfred Ferenc und erzählt, wie es dazu kam: „Erstmals wurden wir 1985 damit konfrontiert, daß die Rheinische Arbeitsgemeinschaft für Therapie eine Kostenübernahme für einen Klienten ablehnte. Die Begründung lautete, er sei positiv und habe nur noch eine geringe Lebenserwartung. Mir wurde diese Ablehnung geschickt, mit der Maßgabe, ihm das in gebotener Form mitzuteilen. Das war für mich wie das Überbringen eines Todesurteils. Der Klient baute auf die Therapie, der Entgiftungsplatz war geregelt, und dann kam die Absage.“ Mit einer Absicherung durch das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen sei es dann möglich gewesen, den Hausarzt des Patienten zur Verschreibung von Polamidon zu gewinnen.

Es blieb nicht bei diesem Einzelfall. Zur Zeit erhalten 18 Essener Drogenabhängige Polamidon. Nicht im „Gießkannensystem“, wie dies von einigen Gegnern der Substitution gerne unterstellt wird, sondern nach einem Kriterienkatalog, der sich am Schweizer Methadon-Programm orientiert. Voraussetzungen sind unter anderem ein Gutachten einer anerkannten Klinik über den Status Aids und die Opiatabhängigkeit, eine medizinische und/oder soziale Indikation für die Vergabe, eine feste Betreuung durch die Aids-Hilfe und/oder die Krisenhilfe. Die medizinische Betreuung muß durch einen Arzt erfolgen und ist auf eine Apotheke festgeschrieben. Das Medikament muß im Beisein des Arz-

## **Das Essener Methadon- programm für HIV-Infizierte oder grau?**



tes oder einer von ihm autorisierten Person eingenommen werden; es darf nicht den Abhängigen mitgegeben werden.

**D**orothee, eine dieser Drogenabhängigen, ist 27 Jahre alt und hat zwei Kinder. Dorothee ist hager, hat Ränder unter den Augen, kaputte Zähne. Zwei Jahre lang, sagt sie, sei sie clean gewesen und habe in dieser Zeit ihren Sohn entbunden. Als sie vom Arzt erfährt, daß sie HIV-positiv ist, kommt sie nicht mehr klar, wird rückfällig. „Dann ging der Streß los. Zwei Kinder, auf die Scene, sich was besorgen, damit man keinen Turkey schiebt. Man muß ja gucken, daß man klar ist, wenn man zwei Kinder hat. Ich habe das zum Schluß ziemlich schlecht auf die Reihe gekriegt.“ Seit Anfang 1987 bekommt sie in der „Krise“, wie sie sagt, Polamidon. Gerade den Beginn der Substitution empfand Dorothee als eine „unheimlich gute Zeit“, vor allem weil der Streß der Beschaffung weggefallen sei. „Ich bekomme jetzt täglich um 11 Uhr mein Po und kann dann den ganzen Tag ruhig und normal leben, bin auch nicht dicht davon. Ich komme mit meinen Kindern gut klar und kann meinen Verpflichtungen nachkommen.“ Angst hat sie davor, daß die Polamidonvergabe irgendwann wieder eingestellt wird. Die Vorstellung, wieder auf die Scene zu müssen, anschaffen zu gehen, ist für Dorothee unerträglich: „Das alles mit den Kindern, das wäre unzumutbar. Die würde ich dann verlieren und ich denke, das ist das einzige, wofür ich noch lebe.“

Daß sich die Situation drogenabhängiger HIV-Positiver unter Methadon stabilisiert, reicht allerdings einigen Gralsrittern der reinen Lehre nicht aus. Oberstes therapeutisches Prinzip sei es, so der gemeinsame Arbeitskreis des Wissenschaftlichen Beirates und der Ausschuß „Psychiatrie, Psychotherapie und Psychohygiene“ der Bundesärztekammer, auf der Basis von Drogenabstinenz zum Ziel zu kommen. „Man

stellt dieses zentrale therapeutische Prinzip zur Behandlung Drogenabhängiger in Frage, wenn erneut Substitutionsprogramme befürwortet werden.“ Und in einem Positionspapier des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung des Landes Baden-Württemberg vom April dieses Jahres heißt es zu Substitutionsprogrammen: „Alle aussichtsreichen Hilfen für HIV-positive Drogenabhängige werden verspielt, weil sie kaum noch bereit wären, sich angesichts der bequemen Möglichkeit der Einnahme eines Ersatzstoffes – einer mit persönlichen Anstrengungen und Versagungen verbundenen stationären Entwöhnung zu unterziehen.“

Abstinenz ist auch für die Essener erklärtes Ziel, wie die Sozialarbeiterin Dorle Wagner erklärt. „Die Frage ist doch nur, auf welchem Weg, wie und mit welchen Methoden wir etwas erreichen können.“ Wo schon Nicht-Infizierte den Königsweg der Drogenpolitik, erst Entzug, dann Therapie, nicht aushalten, wie sollen es HIV-Infizierte können, die auch ein Entzug wahrscheinlich nicht mehr retten kann. Ihnen „persönliche Versagungen“ abzuverlangen, ist ein Zynismus sondergleichen. Und wenn sich hinter „allen aussichtsreichen Hilfen“ als einzige Möglichkeit die sofortige Abstinenz verbirgt, wird es unmenschlich.

Daß zur Zeit kaum eine andere Möglichkeit für Drogenabhängige besteht, als sich auf die harte Linie „Abstinenz sofort“ einzulassen, ist für Alfred Ferenc ein Grund, warum Drogenberatungen und andere Einrichtungen in diesem Bereich nicht angenommen werden. „Mit den bisherigen Beratungs- und Therapieangeboten werden – bezogen auf einen beliebigen Stichtag – etwa 15 bis 20 Prozent der Drogenabhängigen erreicht. Etwa 15 Prozent der Drogenabhängigen treten pro Jahr eine Langzeittherapie an. Davon hält nur ein Drittel die Langzeittherapie durch“, so die Ergebnisse der Anhörung von Sachverständigen zum Themenbereich „Aids-Prävention bei intravenösen Drogenabhängigen“ durch die



## **Drogenabhängige wagen sich nicht in die Kliniken, selbst wenn sie akut erkrankt sind.**

**Auch dort wird die Hilfe an Abstinenz gekoppelt.**

Enquete-Kommission „Aids“ des Deutschen Bundestags am 2. November 1987.

Professor Friedrich Bschor, Rechtsmediziner aus Berlin, jedenfalls hält eine Revision des „traditionellen deutschen Abstinenzparadigmas“ für dringend erforderlich. Nur so könne die Reichweite der Angebote vergrößert werden. „Der Zugang zu Drogenabhängigen ist nicht schwerer als bei anderen Kranken“, so Bschor auf der Pressekonferenz der Aids-Hilfe, wenn man ihnen Hilfen böte, die nicht als Gegenleistung die sofortige Aufgabe der Droge fordern. Unärztlich ist für ihn eine Behandlung von Drogenabhängigen nach dem Alles oder Nichts-Prinzip, denn „ärztliches Tun hat über das Ziel der Heilung hinaus einen breiten Erwartungshorizont.“ Die Linderung von Schmerzen sowie die Besserung des Befindens zählen für Bschor ebenso dazu wie die Verlangsamung des Fortschreitens einer als unheilbar erkannten Erkrankung, „und nicht zuletzt alles, was dazu beiträgt, die Weiterverbreitung gefährlicher Krankheiten zu verhüten oder einzuschränken. „Nur wenn der Süchtige während der Zeit stärkster Drogenorientierung am Leben bleibt, seine Gesundheit nicht ruiniert und so gut wie möglich am Leben in der offenen Gesellschaft teilnimmt“, schreibt er in der „Deutschen Medizinischen Wochenschrift“, nur dann habe er eine reelle Chance zum Herauswachsen aus der Sucht und die Möglichkeit, auch das Ziel abstinenter Lebensführung zu erreichen.

**G**emessen an diesen Ansprüchen sind die bisherigen Ergebnisse der Essener ermutigend. Keine der Frauen, die Polamidon erhalten, geht mehr anschnappen. Und vor allem, der Gesundheitszustand hat sich bei den Beteiligten rundweg verbessert. So zum Beispiel bei Christina, die an Thrombozytopenie, einem Mangel an Blutplättchen leidet. „Die waren bei mir schon bis auf 3000 runter“, erzählt sie im Gespräch mit uns. Als normale Werte gelten 150 000 bis 400 000. „Ich

war deshalb schon zweimal im Klinikum, hatte alles voll mit blauen Flecken, beim kleinsten bißchen Stoßen. Im Knast hatte ich da unheimlich Angst, ich durfte deshalb zum Beispiel nicht einmal Ball spielen. Das ist jetzt besser, ich habe kaum noch blaue Flecken.“

Bereits 1983 hatte das „National Institute on Drug Abuse“ im sogenannten Nida-Bericht festgestellt: „Als wichtigste medizinische Konsequenz chronischer Methadon-Behandlung gilt die markante Verbesserung des allgemeinen Gesundheits- und Ernährungszustandes.“ Und in Essen stellte Dr. Brockmeyer von der Dermatologischen Klinik fest, daß sich die Immunwerte der mit Polamidon Substituierten signifikant verbessert haben. Diesen Erfolg schreibt er nicht allein dem Medikament zu, sondern auch den Begleitumständen. Dieter, seit 17 Jahren drogenabhängig und seit 1987 unter den Polamidonempfängern, sieht das ähnlich: „Ich denke mir, wenn man sich gut fühlt, hat der Körper einfach eine bessere Heilchance.“

Überraschen kann das eigentlich nicht. Unstrittig ist, daß Heroin und auch Methadon neben der Erzeugung von Abhängigkeiten weitere Nebenwirkungen haben, doch sind die gesundheitlichen Schäden der Fixer am wenigsten eine direkte Folge der Droge. Gefährlicher sind Beimischungen in „gestrecktem“ Heroin, Mehrfachabhängigkeit, Prostitution und die unhygienischen Lebensverhältnisse, in denen die von Geldnot und Strafverfolgung bedrohten Abhängigen leben.

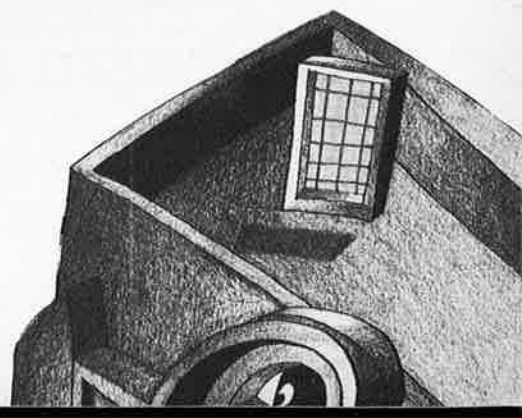
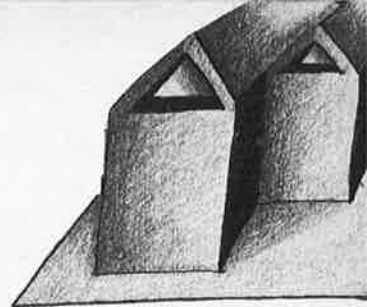
Voraussetzung für eine Verbesserung des Gesundheitszustands der Abhängi-

gen ist vor allem ein Wandel in der Bewertung der Sucht. Solange sie auch bei illegalen Drogen nicht als Krankheit, sondern als kriminelle Handlung beurteilt wird, sind alle Bemühungen vergebens. Die Grünen fordern deshalb in ihren Leitlinien zur Drogenpolitik eine Entkriminalisierung der Betroffenen. Das Betäubungsmittelgesetz müsse so geändert werden, daß der bloße Konsum illegaler Drogen straffrei bleibe. Zur Zeit gibt es für Abhängige jedenfalls kaum eine Möglichkeit, sich gesund zu halten. Und dies nicht nur wegen der Bedingungen, unter denen der Heroinkonsum stattfindet.

„Ab einem bestimmten Punkt der Drogenkarriere“, berichtet Ernst Murner, der mehrere Jahre in einer Fachklinik für Suchtkranke gearbeitet hat, „kann es den Abhängigen kaum noch schlechter gehen. Die sind schon ganz unten.“ Er hält deswegen die Annahme vieler Drogenspezialisten, daß Abhängige nicht von der Sucht loskommen, wenn es ihnen nicht total dreckig geht, eher für den Ausdruck eines Bestrafungswunsches als für eine sinnvolle therapeutische Haltung. Auch die These, daß Süchtige das Euphorisierende der Droge bräuchten, beschreibt Dieter, einer der Essener Drogis, als eine Übertreibung: „Die Frauen gehen dafür anschnappen, ich muß klauen, und das ist ein Riesenstreß. Und dann mach ich mir den großen Knaller und fühle mich eigentlich genauso beschissen wie vorher.“ Und Dorothee ergänzt: „Das ist die ersten zwei Jahre vielleicht so, dann ist das vorbei. Man muß einfach sehen, daß man seinen Normalzustand behält.“

**Z**u welchen Auswüchsen diese Koppelung von Hilfe an das Ziel Abstinenz führt, zeigt sich daran, daß selbst bei akuten Erkrankungen der Weg in die Klinik von kaum einem Abhängigen gewagt wird. Heißt dies doch meist, daß neben der Behandlung gleichzeitig ein „kalter Entzug“ bewältigt werden muß. Denn bei vielen Krankenhäusern ist die Vergabe von Ersatzstoffen während der Be-

**„Dem ersten gaben wir Methadon, weil die Kostenübernahme für eine Therapie abgelehnt worden war. Begründet wurde das mit seiner geringen Lebenserwartung. Es wäre für ihn einem Todesurteil gleichgekommen.“**



handlung tabu. Christina, die wegen ihres Thrombozytenmangels in der Klinik aufgenommen werden wollte, weiß davon ein Lied zu singen: „Die Hautklinik sagte: „Sie müssen aufgenommen werden, Ihr Thrombozytenmangel ist lebensgefährlich. Aber wir nehmen Sie nicht auf, weil Sie bei uns kein Polamidon erhalten.“ Bei der Medizinischen dasselbe. Dann zur Psychiatrie: „Hier können Sie nicht aufgenommen werden, wir entgiften nur, wenn Sie einen Therapieplatz haben.“ Zehn Stunden sind wir da rumgelaufen; in der Gynäkologie bin ich dann schließlich untergekommen.“ Nach den dazwischenliegenden Feiertagen, erzählt sie weiter, habe es noch einmal einen sechs Stunden langen Kampf gegeben, bis sie in der richtigen Abteilung aufgenommen worden sei.

Mittlerweile ist in Essen die Lage besser, vor allem seit sich auch Mediziner, die vor Ort einen Namen haben, beteiligen. Was Christina erlebt hat, käme mittlerweile nicht mehr vor, so Ferencs. Eins der Hauptprobleme der Essener aber war, überhaupt Ärztinnen und Ärzte zur Mitarbeit zu bewegen. „Wir haben alle Niedergelassenen durchtelefoniert. Wir bekamen Antworten wie „Bei denen ist doch eh Hopfen und Malz verloren“. Andere lehnten eine Behandlung mit Polamidon prinzipiell ab“, berichtet Dorle Wagner von ihren Erfahrungen.

Doch das war nicht die einzige Schwierigkeit. „Es ist ja nicht immer böser Wille“, ergänzt Alfred Ferenc, „die Ärzte haben zum Teil einfach Angst.“ Dazu tragen das Meinungsklima, der Druck der Ärztekammern und des Bundesgesundheitsamts kräftig bei. Sei es, daß der Gründer von Daytop und Phönix, Ulrich Johannes Osterhuis, in einem offenen Brief an Minister Heinemann erklärt, daß nicht „auszuschließen ist, daß Methadon die Entwicklung zum Vollbild von Aids begünstigt“, sei es, daß das Bundesgesundheitsamt eine Substitution nur bei solchen Abhängigen erlaubt, „bei denen wegen einer fortgeschrittenen Aids-Erkrankung keine Heilungs- und Rehabilitationsmöglichkeit ihrer Betäubungsmittelabhängigkeit mehr besteht.“

Und vielen Ärzten fehlen die nötigen Erfahrungen. „Intravenös sollen als Einzeldosis im allgemeinen nicht mehr als 2,5 mg (1 ml) gegeben werden“, heißt es in der Gebrauchsinformation von Hoechst für die Anwendung von L-

Polamidon zur Schmerzbehandlung. In der Substitutionsbehandlung ist aber unter Umständen eine Gabe von 10 ml angezeigt, was natürlich nicht auf dem Beipackzettel zu lesen ist, weil es keine offiziellen Programme gibt. „Ich habe am Anfang die ganze Zeit da gesessen und habe gedacht, es rief gleich jemand an und sagte, der Patient ist tot“, gestand ein Arzt, der an dem Programm mitarbeitet, gegenüber dem Leiter der Essener Drogenberatung.

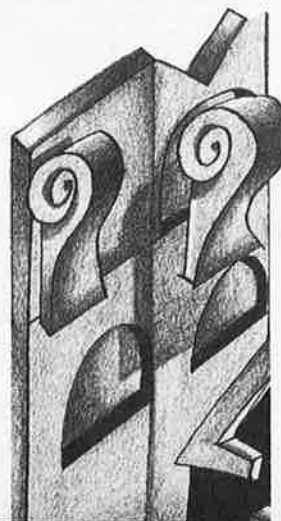
**P**roblemlos ist aber die Zusammenarbeit mit den beteiligten Ärztinnen und Ärzten nicht. Zu tief verwurzelt sind offenbar Leidensdrucktheorie und Abstinenzparadigma sowie der Anspruch, heilen zu wollen und das möglichst schnell. Daß dies selbst bei den Medizinern so ist, die die Substitution nicht ablehnen, spricht gegen eine Lösung, wie sie von Henning Scherf, dem Gesundheitssenator des Landes Bremen, propagiert wird: Es sollte Sache der Ärzte sein zu entscheiden, ob eine Substitution indiziert sei. Denn neben der Tatsache, daß kaum ein Arzt zu einer Substitution bereit ist, besteht die Gefahr, daß die Vergabe von Polamidon zu locker gehandhabt wird, ohne daß überhaupt eine entsprechende Betreuung der Klienten gesichert wäre. Ein Beispiel dafür ist der Fall von Dr. Johannes Kapuste, der an Abhängige Methadon abgegeben hatte und zur Zeit wegen fahrlässiger Tötung in München vor Gericht steht. Drei seiner Patienten waren gestorben, allerdings nicht an Polamidon, wie Kapuste sagt, sondern aufgrund der zusätzlichen Einnahme weiterer Suchtmittel. Er räumt allerdings ein, daß seine Praxis wegen des großen Andrangs nicht mehr in der Lage gewesen sei, „den einzelnen Patienten sinnvoll zu versorgen.“

„Ohne Begleitung ist eine Substitution sinn- und zwecklos“, so Friedrich Bschor gegenüber dg. Und auch die Erfahrung der Essener zeigt, daß es mit einer bloßen Vergabe nicht getan ist. Die erste Zeit, wo sie Polamidon bekommen habe, sei für sie eine Erholung gewesen, erzählt Christina, „aber dann geht es weiter. Was machst Du, wenn das erste Loch kommt? Der Tag hatte vorher 24 Stunden, die mit Streß ausgefüllt waren, und der ist jetzt nicht mehr da. Irgendwann stellst du dir die Frage, womit du dich die ganze Zeit beschäftigen sollst.“ Gespräche mit der betreuenden Drogenberatung und der Aids-Hilfe sind die eine Seite der Begleitung. Ebenso wichtig ist es aber, für die Klienten ein adäquates Umfeld, eine andere Wohnmöglichkeit zu schaffen. Dieter, der in einem sozialen Brennpunkt in Essen wohnt: „Da kommst du aus den Problemen nicht raus. Da läuft immer wieder der gleiche Film ab.“

Die Polamidonvergabe an die HIV-infizierten beziehungsweise Aids-Erkrankten Drogenabhängigen in Essen wird zur Zeit aus einem gesonderten Topf des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales bezahlt. Das gleiche gilt auch für das sogenannte „Methadonprogramm“, das Minister Heinemann durchführen will. Dr. Walter Kindermann, der in Frankfurt Drogenabhängige betreut, sieht in dem Programm hauptsächlich eine „Publicity für das Ministerium“, denn Nordrhein-Westfalen gebe nicht gerade viel Geld für die Drogenarbeit aus. Er befürchtet, so Kindermann gegenüber dg, daß Methadon letztlich zur Einsparung eingesetzt werde. Böse Absichten will er den Befürwortern der Substitution nicht generell unterstellen: „Ich glaube schon, daß sie vernünftige Ansätze haben. Nur, wenn ich eine gute Forderung stelle, habe ich noch lange nicht in der Hand, was daraus gemacht wird.“

So ehrenwert die Einwände Kindermanns auch sind, den Drogenabhängigen, die durch bisherige Angebote nicht erreicht werden, ist damit nicht geholfen. Zudem sind auch ohne „Methadon-Programme“ Mittelkürzungen im Bereich der Drogenarbeit nicht auszuschließen, denn eine einflußreiche Lobby haben die Süchtigen nach wie vor nicht vorzuweisen. Hier sind Veränderungen dringend erforderlich. Schwarz-Weiß-Denken und Glaubenskriege um die Substitution sind das falsche Feld der Auseinandersetzung. □

**„Es ist ja nicht immer böser Wille. Die Ärzte haben zum Teil einfach Angst.“**





# „Es gibt doch den Hippokratischen Eid, nicht wahr?“

**dg-Interview**

**in der Essener Drogenberatungsstelle**

**dg:** Es gibt in der Bundesrepublik kaum Erfahrungen mit der Vergabe von Polamidon. Wie sind denn die Ärztinnen und Ärzte, die an der Substitution beteiligt sind, darauf vorbereitet worden?

**Dorle Wagner:** Eine Bedingung der Vergabe von Polamidon war, daß nur ein Arzt daran mitwirken kann, der auch informiert ist. Ich habe mir da sehr viel Mühe gegeben, bin zu den Ärztinnen und Ärzten gefahren, habe lange mit ihnen geredet, auch über die alten Vorurteile und Muster, die sowohl Ärzte als auch Drogenabhängige im Kopf haben. Und während des Gesprächs war auch alles bestens. Nur ein paar Wochen später war das wieder alles vergessen. Obwohl die Dosierung genau abgesprochen war, hat zum Beispiel eine Ärztin nach drei Wochen damit begonnen, sie zu reduzieren. Und als ich mit dem Klienten zu ihr gegangen bin, sagte sie mir tatsächlich: „Der Patient ist Drogenabhängiger, er muß Schmerzen spüren, damit er immer daran erinnert wird.“

**dg:** War das ein Einzelfall?

**Angelika:** Mir ist das auch passiert. Ich wurde runterdosiert, ohne daß mir etwas davon gesagt wurde. Ich habe nur gemerkt, daß es mir schlechter ging. Wie ich später erfahren habe, bekam ich zum Schluß gerade noch einen Meter (1 Milliliter).

**Christina:** Ich habe am Anfang auch hier in der Krisenhilfe zuwenig bekommen. Damals fehlten halt auch die Erfahrungen. Ich habe mich zuerst aber auch nicht getraut zu sagen, daß ich mehr brauche.

**Dorle Wagner:** Der Arzt hatte damals ein Limit von 2,5 Milligramm pro Tag gesetzt.

**Alfred Ferenc:** Mittlerweile gibt es mit der Dosierung keine Probleme mehr. Aber damals, vor einem halben Jahr, da mußten wir überhaupt zufrieden sein, daß sich Ärzte beteiligten. Wir waren auf jeden angewiesen, auch wenn er nur 2,5 Milligramm zuließ.

**dg:** Gab es außer der richtigen Dosierung noch andere Probleme mit den betreuenden Ärzten?

**Dieter:** Ich denke, es ist einfach ein Mißverhältnis da zwischen Arzt und Patient. Da gibt es überhaupt keine gleiche Ebene. Wenn ich zum Beispiel mit der Erwartungshaltung konfrontiert werde, daß meine Sucht geheilt werden muß, obwohl ich von Anfang

an gesagt habe, das will ich erst mal nicht. Da muß ich doch zunächst mal die innere Ruhe finden, um mich mit dem Problem auseinanderzusetzen.

**Dorothee:** Ich habe einfach Angst davor, offen mit dem Arzt zu reden. Wenn ich nachts wach werde und es tun mir schon die Knochen weh, dann denkt man, das ist der Anfang von Entzugserscheinungen, vielleicht ist die Dosis ja zu knapp bemessen. Aber ich traue mich dann nicht, den Arzt darauf anzusprechen, schon aus Angst, daß ich am Ende gar nichts mehr bekomme.

**Ernst:** Manchmal habe ich das Gefühl, daß wir gar keine Patienten sind, sondern bloß Polamidonempfänger. Daß es eine Gnade der Ärzte ist, daß wir überhaupt Polamidon bekommen. Und wenn ich gesundheitliche Probleme habe, dann muß ich ins Klinikum oder zu einem anderen Arzt, weil meine Ärztin nur etwas mit der Medikamentenvergabe zu tun haben will.

**Alfred Ferenc:** Bei vielen Ärzten ist immer noch das alte Bild im Kopf: Drogenabhängige lügen, stehlen und betrügen. Und dann geht das altbekannte Spielchen los. Wenn der Drogenabhängige sagt, er brauche acht Milliliter, dann denkt sich der Arzt, der will mich abziehen, und gibt ihm vier Milliliter. Das Ergebnis ist, daß der Drogenabhängige schon gezwungen ist, mehr zu fordern, damit er die richtige Menge bekommt. Dazu kommt, daß die Behandlung mit Polamidon nicht anerkannt ist.

**Dieter:** Es gibt doch den Hippokratischen Eid, nicht wahr, und der gilt doch nicht nur für besondere Leute, sondern bezieht sich auf alle Menschen. Aber wenn ich mir dann angucke, wie wir behandelt werden, wenn einem ständig diktiert wird, „Du machst jetzt das und das und das“, da

ist es doch kein Wunder, daß dann das Bild entsteht, wir wären Zombies.

**Alfred Ferenc:** Das Schlimme ist, daß die Abhängigen das mittlerweile selber



**Alfred Ferenc:**  
„Wenn Drogenabhängige in Krankenhäuser gehen, akzeptieren sie alles, weil sie es nicht mehr gewohnt sind, überhaupt gefragt zu werden.“

im Kopf haben. Die gehen in Krankenhäuser und akzeptieren Dinge, die man keinem anderen Patienten mehr zumuten würde. Sie sind es gewohnt, daß es eine besondere Hausordnung für sie gibt, daß es Kontaktverbote gibt und Ausgangsverbot. Bei jedem anderen Patienten würde man zunächst sehen, ob das für ihn zumutbar ist. Die Drogenabhängigen akzeptieren alles, weil sie es nicht mehr gewohnt sind, überhaupt gefragt zu werden.

**dg:** Wenn man die Situation von heute mit der von vor einem halben Jahr vergleicht, hat es wohl einige Fortschritte gegeben. Gibt es Anlaß, für die Zukunft eine weitere Verbesserung zu erwarten?

**Alfred Ferenc:** Bei den betreuenden Ärzten sind mittlerweile auch Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung, die jetzt auch andere Ärzte ansprechen. Wenn noch mehr Ärzte vermittelt bekommen, daß es sich bei ihrer Tätigkeit im Programm um eine anerkannte Arbeit handelt, könnte es im nächsten Jahr noch besser aussehen. Vielleicht haben wir dann auch genügend Ärztinnen und Ärzte, um den Bedarf einer Großstadt wie Essen zu decken. Und vielleicht gibt es dann auch die Möglichkeit, daß die Behandlung mehr an den Interessen der Patienten orientiert werden kann, was zur Zeit noch eher umgekehrt ist.

**dg:** Danke für das Gespräch



**Dorle Wagner:**  
„Um die Ärzte zu informieren, habe ich ihnen auch Material aus dem Ausland besorgt. Mit dem Ergebnis, daß sie es nicht lesen oder nicht annehmen.“



# Stilles Begräbnis

**„Solidarbeitrag“ der Pharmaindustrie gestorben**



Foto: H. Stamm

**kp – Wer im Dezember noch glaubte, auch die Pharmaindustrie müsse ihr Scherflein zur Strukturreform beitragen, steht heute da wie Klein-Doofi mit Plüschohr. Der „Solidarbeitrag“ wurde in ziemlich stiller Trauer zu Grabe getragen. Ausgerechnet die IG Chemie spielte den Sargträger.**

**D**aß es Bundesarbeitsminister Blüm gelingen würde, bei der Pharma-Industrie – wie ursprünglich geplant – einen „Solidarbeitrag“ zur Krankenversicherungs-„Reform“ in Höhe von 1,7 Milliarden Mark einzutreiben, war von Anfang an unwahrscheinlich. Die Industriegewerkschaft Chemie-Papier-Keramik darf sich das Verdienst anrechnen, hierzu nach Kräften beigetragen zu haben.

Anders nämlich als der Deutsche Gewerkschaftsbund versteht sich die IG Chemie beinahe schon traditionell

als Interessenwahrer der gesundheitspolitischen Interessen der Pharma-Industrie. Nun, es ist verständlich, daß sich die IG Chemie um die 80 000 bis 90 000 Arbeitsplätze bei den Arzneimittelherstellern sorgt. Deshalb aber unbeschen die politischen Positionen der Pharma-Konzerne zu übernehmen und damit bewußt aus der ohnehin nicht sonderlich starken Front des gewerkschaftlichen Widerstandes gegen die Blümsche Gesundheits-„Reform“ auszubrechen, ist schon ein starkes Stück.

Kurz vor Ostern hatte die Chemie-Gewerkschaft 140 Betriebsräte aus der Pharma-Industrie und Versichertenvertreter in Selbstverwaltungsorganen der Krankenkassen zu einer Konferenz über die Auswirkungen der „Strukturreform“ im Gesundheitswesen geladen. Dort sicherte der IG-Chemie-Vorsitzende Rappe (SPD-MdB) der Pharma-Industrie die Unterstützung seiner Organisation gegen Blüms „Strukturreform“-Pläne zu. Er bot den Pharma-Unternehmern an, gemeinsam in der



## Die Ignoranz gegenüber den „einfachen Wahrheiten“ gewerkschaftlicher Gesundheitspolitik macht der IG Chemie so schnell keiner nach

Öffentlichkeit gegen den Referenten-Entwurf für ein „Gesundheits-Reformgesetz“ vorzugehen. Die von der Pharma-Industrie gegenwärtig in Tageszeitungen publizierten Anzeigen, in denen sich die Arzneimittelhersteller als Interessenwahrer der Patienten zu profilieren suchen und vor „Klassenmedizin“ glauben warnen zu müssen, sieht Rappe als nicht ausreichend an.

In einem auf der Tagung verabschiedeten Positionspapier fordert die IG Chemie den Bundesarbeitsminister auf, den Pharma-Sektor nicht einseitig zu belasten. Sowohl der von Blüm lautstark von der Pharma-Industrie geforderte „Solidarbeitrag“ in Höhe von 1,7 Milliarden Mark – das sind etwa zehn Prozent der derzeitigen Arzneimittelausgaben der Krankenkassen – als auch die angestrebten Festbetragsregelungen für einige Arzneimittelgruppen werden von der Gewerkschaft abgelehnt. Sollte es doch zu Festbeträgen für verschreibungspflichtige Arzneimittel kommen, verlangt die IG Chemie unter anderem, daß diese unter gleichberechtigter Beteiligung der Pharma-Hersteller (!) ausgehandelt werden sollen. Ferner werden staatliche Subventionen für die Forschung in der Pharma-Industrie verlangt. Ihre „Sozialpartner“ fordert die IG Chemie auf, ein „Bekenntnis zum Pharmastandard Bundesrepublik“ abzulegen, Arbeitsplätze zu sichern und Arbeitsbedingungen zu verbessern.

Das für Sozialpolitik zuständige IG-Chemie-Vorstandsmitglied Veronika Keller-Laucher beklagte auf der Tagung außerdem, daß die übrigen Leistungsanbieter im Gesundheitswesen, namentlich niedergelassene Ärzte und Zahnärzte sowie die Krankenhäuser, „mit übermäßiger und nicht angebrachter Zurückhaltung behandelt“ würden. Nun mag diese Kritik für die niedergelassenen Ärzte noch gelten; wenn allerdings mehr oder weniger offen und unreflektiert der Abbau von Krankenhausbetten gefordert und das vorgesehene Kündigungsrecht der Krankenkassen gegenüber „unwirtschaftlich“ arbeitenden Krankenhäusern (was auch immer darunter verstanden wird) offenbar als nicht weitgehend genug kritisiert wird, dann muß am gesundheitspolitischen Sachverstand der IG-Chemie-Spitze ernsthaft gezweifelt werden. Im übrigen werden sich die in den Krankenhäusern beschäftigten Kolleginnen und Kollegen bei der IG Chemie sehr für diese Aufforderung zur weiteren Durchrationalisierung der Krankenhäuser bedanken.

Was die IG Chemie hier – und nicht zum ersten Mal – als gesundheitspolitische Vorstellungen präsentiert, steht – mindestens im Arzneimittelsektor – in deutlichem Widerspruch nicht nur zur Programmatik des DGB, sondern auch zu zahlreichen gesundheitswissenschaftlichen Analysen der letzten beiden Jahrzehnte. Selbst der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hatte in seinem ersten Jahresgutachten 1987 darauf hingewiesen, daß das Preisniveau der Arzneimittel in der Bundesrepublik deutlich gesenkt werden könnte und die Kassen 20 bis 25 Prozent ihrer Arzneimittelausgaben – das sind immerhin zwischen drei und vier Milliarden Mark – pro Jahr einsparen könnten, ohne daß die Qualität der medizinischen Versorgung hierdurch beeinträchtigt würde. Ferner ist dem Gutachten zu entnehmen, daß die von der Pharma-Industrie und IG Chemie gleichermaßen beschworenen hohen Forschungsaufwendungen, die durch die Erhebung eines „Solidarbeitrags“ angeblich künftig nicht mehr aufgebracht werden könnten, deutlich niedriger liegen als Werbungs- und Vertriebskosten der Pharma-Industrie. Gerade bei letzteren, den Aufwendungen für „wissenschaftliche Information“ (gemeint sind wohl die bunten Anzeigen in der ärztlichen Standespresse) und für ein ständig wachsendes Heer von Pharmaverkäufern (augenblicklich rund 10 000 bis 15 000 mit zweifelhafter Qualifikation), sieht der gewiß nicht generell unternehmerfeindliche Sachverständigenrat deutliche Einsparmöglichkeiten.

All das wird von der IG Chemie ignoriert – ebenso wie die schlichte Tatsache, daß allein die Menge der produzierten und verkauften Arzneimittel noch lange nichts über die Qualität des Gesundheitswesens aussagt. Die ständig wachsende Arzneimittelproduktion, mit der die Industrie nicht nur den hiesigen Markt überschwemmt, hat in Verbindung mit spezifischen ärztlichen Behandlungsmustern bei uns längst zu einer „Übermedikamentierung“ der Bevölkerung geführt, deren gesundheitlicher Nutzen äußerst fragwürdig ist und deren Kosten immens hoch sind.

Die Ignoranz gegenüber diesen „einfachen Wahrheiten“, die quasi zum kleinen Einmaleins gewerkschaftlicher Gesundheitspolitik gehören sollten, macht der IG Chemie so schnell keiner nach. Wo Rappe und die IG Chemie häufig genug – und wohl nicht zufällig – vorpreschen, sollten andere Einzelgewerkschaften und der DGB mit Kritik

nicht zurückhalten. Schließlich handelt es sich beim Gesundheitswesen um ein wichtiges sozial- und gesellschaftspolitisches Kampffeld der Gewerkschaften; seine bedarfsgerechte Ausgestaltung berührt die elementaren Lebensinteressen der gesamten Bevölkerung. Daß die Formulierung programmatischer Vorstellungen für diesen Bereich nicht von den – gesundheitspolitisch noch dazu irrigen – Auffassungen der Führung einer Einzelgewerkschaft behindert werden darf, liegt auf der Hand. Wenn auch andere DGB-Gewerkschaften sich ähnlich verhielten wie die IG Chemie, wären einheitliche gewerkschaftliche Programme und Forderungen in anderen Bereichen häufig nicht mehr möglich, zum Beispiel in der Verkehrspolitik (öffentlicher Massenverkehr [Bahn] versus Individualverkehr [Automobilindustrie]).

Vorstellungen wie die der IG Chemie tragen in der aktuellen Auseinandersetzung um die Zukunft des Gesundheitswesens unnötig zu einer Schwächung der Gewerkschaftsbewegung bei, wo einheitlicher und entschlossener Widerstand gegen die Sozialabbaupläne des Bundesarbeitsministers notwendig wäre. Wenn Rappe und die Führung der IG Chemie überdies glauben, durch die kritiklose Verteidigung der Interessen der Pharma-Konzerne auch nur einen Arbeitsplatz retten zu können, so haben sie die Entwicklung in anderen „Krisenbranchen“ offenbar nicht wahrgenommen.

Langfristig begibt sich die IG Chemie mit dieser Strategie in eine politische Sackgasse. Jüngere Entwicklungen in der Friedens- und Abrüstungsfrage, die Debatte um die Atomenergie und ökologische Probleme haben schon andere Gewerkschaften zunächst in Harnisch, dann in Verlegenheit und schließlich – zumindest auf Teilgebieten – zum Umdenken und zur Formulierung programmatischer Alternativen zu Rüstungsproduktion, Energieversorgung, Bau- und Verkehrspolitik und so weiter gebracht.

Von einem rationalen, bedarfsgerechten und zukunftsorientierten Konzept der IG Chemie für die Arzneimittelversorgung in der Bundesrepublik als Beitrag zur gesundheitspolitischen Programmatik des DGB war bisher noch nichts zu vernehmen. Hierauf sollte die IG Chemie möglicherweise ihre geistigen Anstrengungen richten, wenn sie künftig in der gesundheits- und sozialpolitischen Diskussion ernst genommen werden will. □

# Gebetsmühle

## Der 91. Deutsche Ärztetag in Frankfurt

**ma – Von Geld spricht man nicht, man muß es einfach haben. Aber was, wenn es doch einmal an das Portefeuille gehen soll? Fürnehm bleiben oder das Maul aufreißen? In diesem tiefen Zwiespalt gedeiht der Stoff für Tragikomödien**

Was als Paukenschlag gedacht war, wurde nicht mehr als ein leises Grummeln: die Antwort des Präsidenten der Bundesärztekammer – übrigens ein privater eingetragener Verein, dessen Mitglieder die öffentlich-rechtlichen Landesärztekammern sind – auf die Eröffnungsrede von Bundesarbeitsminister Blüm fiel recht mager aus. Blüm hatte in bewährter demagogischer Manier die Alternative aufgestellt: entweder mit ihm Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung oder ohne ihn ihr Ruin. An die Kritiker seines Gesetzentwurfs gewandt betonte Blüm: „Wer krank ist, dem muß geholfen werden, ohne Rücksicht darauf, ob er reich oder arm, alt oder jung ist. So war es, und so soll es bleiben.“

Scharf griff Blüm vor dem Ärztetag den Hartmannbund an, der in einer Plakataktion die Regierungspläne in den Arztpraxen kritisiert hatte: „Das Wartezimmer ist nicht der Ort für politische Auseinandersetzungen. Zum Arzt kommen Patienten, um medizinisch behandelt zu werden. Nicht, um politisch bearbeitet zu werden.“

In seiner Antwortrede verwahrte sich Vilmar gegen diese Kritik Blüms mit der Feststellung: „Der Deutsche Ärztetag ist nämlich nicht eine pressure group zur Besitzstandswahrung für verkammerte Götter in Weiß.“ Damit wollte er wohl gleich zwei Fliegen erschlagen. Genau das und in exakt derselben Formulierung hatte die Bundestagsabgeordnete der Grünen, Heike

Wilms-Kegel, der Ärztekammer im Vorfeld des Ärztetages vorgeworfen. Die Diskussion der folgenden Tage zeigte jedoch, wie recht sie hatte. Und Vilmar selbst schloß sein kritisches Referat – in dem er die Vorbehalte der Ständesorganisationen gegen Blüms Absichten erneuerte – mit der tragikomisch wirkenden Feststellung, der Gesetzentwurf stelle eine „Weichenstellung zu einem letztlich staatlichen Gesundheitsdienst“ dar. Nein, da muß der gute Nobby Blüm doch in Schutz genommen werden.

In der Debatte um die Strukturreform standen sich drei erwähnenswerte Anträge gegenüber: ein Entschließungsantrag des Vorstandes der Bundesärztekammer, ein Antrag des Berliner Kammerpräsidenten Ellis Huber und die Entschließung aller fortschrittlichen Delegierten aus den Ärztekammern Berlin, Baden-Württemberg, Bayern, Nordrhein, Bremen und Hamburg. Dieser Antrag (siehe Kasten) bestimmte weitgehend die Diskussion. Aussern lassen wollte die konservative Mehrheit der Delegierten vom Hartmannbund und Marburger Bund die Diskussion jedoch nicht, denn schon nach dem ersten Diskussionsbeitrag begrenzten sie die Redezeit auf drei Minuten.

So stieß sich der bayerische Delegierte E. Th. Mayer (CSU) an der Analyse des fortschrittlichen Antrages, daß „Gesundheit und Krankheit wesentlich von der sozialen Lage, von Arbeit und Umwelt“ abhängen. Er witterte eine „Neuaufgabe“ des bekannten Spruchs „Weil Du arm bist, mußt Du früher sterben!“. Überhaupt dominierte in der Diskussion eine Mischung aus Unkenntnis gesellschaftlicher und soziologischer Zusammenhänge mit einer arroganten Ignoranz gegenüber den tatsächlichen Verhältnissen im Gesundheitswesen. So wurde beispielsweise zweieinhalb Stunden lang über die Trennung von ambulanter und stationärer Behandlung diskutiert und alle Versuche zur Überbrückung dieses Grabens zurückgewiesen. Wie immer ging es im Kern ums liebe Geld!

Angenommen wurde schließlich der Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer, der fortschrittliche Antrag erhielt etwa 25 Stimmen bei insgesamt 250 Delegierten.

Der Debatte um die Strukturreform ging eine erneute Beratung der Berufsordnung voraus: Erwähnenswert ist hier vor allem die Auseinandersetzung um die Embryonenforschung. Die Vorstandsvorlage wollte lediglich die „Er-

zeugung von menschlichen Embryonen zu Forschungszwecken sowie den Gen-Transfer an Embryonen“ verboten wissen, ließ sich aber eine Hintertür über eine bei den Ärztekammern oder den Medizinischen Fakultäten angesiedelte Ethik-Kommission offen. Weitergehende Anträge aus Berlin und Westfalen-Lippe sahen ein fast totales Forschungsverbot an Embryonen vor; demgegenüber verlangte ein bayerischer Delegierter die Streichung „aller Passagen, die die Forschung mit vitalen menschlichen Gameten und mit lebendem embryonalen Gewebe nicht zulassen“. Die „Freiheit der Forschung“ wurde in diesem Zusammenhang mehr als einmal inbrünstig beschworen. Der weitergehende, die Forschung stärker einschränkende Antrag wurde mit 99 gegen 107 Stimmen knapp verworfen.

Abgelehnt wurde der Antrag des Bremer Delegierten Schulte-Sasse, in die Berufsordnung einzufügen: „Dem Arzt ist es untersagt, Werbegaben aller Art“ entgegenzunehmen. Der Ärztetag bewies seine Blindheit in diesen Fragen auch bei dem Antrag desselben Kollegen, Fortbildungsveranstaltungen in Zukunft nur noch industrieunabhängig zuzulassen. Mehrere einschlägig interessierte Redner sprachen im tiefsten Brustton der Überzeugung davon, daß Pharmafirmen als Sponsoren von Fortbildungsveranstaltungen ihre Unabhängigkeit nicht beeinträchtigen könnten.

Am Samstag, kurz vor dem Ende des Ärztetages, lagen noch unerledigte Anträge zum Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer vor den Delegierten. Bis auf einen sollten sie alle nach Ansicht der Mehrheit an den Vorstand überwiesen werden. Dieser eine Antrag stammte von dem stellvertretenden Vorsitzenden des Marburger Bundes, Frank Montgomery aus Hamburg, und befaßte sich mit einer Pressemitteilung der Bundestagsabgeordneten der Grünen, Heike Wilms-Kegel. Diese hatte dem Ärztetag die demokratische Legitimation abgesprochen, da aus mehreren Kammern überhaupt keine oppositionellen Delegierten gewählt worden waren (so aus Hessen und Westfalen-Lippe) und in anderen Kammern ihre Zahl nicht ihrem Wahlergebnis (so in Bremen oder Hamburg) entsprach. In dieser Antragsdebatte lehnte der Ärztetag es wieder einmal mit den Stimmen des Marburger Bundes ab, die Delegationen aus den einzelnen Landesärztekammern repräsentativ nach den Wahlergebnissen zusammenzusetzen.

Fazit: In fast allen gesundheitspolitischen Fragen ist die Mehrheit des Ärztetages, einschließlich des Marburger Bundes, nicht auf der Höhe der Zeit, gebetsmühlenartig wiederholen die wortführenden „Mumien“ ihre Floskeln vom „besten Gesundheitssystem der Welt“. Viele Wortführer wollten „über Geld nicht sprechen“ und sprachen doch von nichts anderem. □

**In der Diskussion dominierte eine Mischung aus Unkenntnis gesellschaftlicher Zusammenhänge mit arroganter Ignoranz tatsächlicher Verhältnisse im Gesundheitswesen**



## Strukturreform

### Entschließungsantrag der oppositionellen Delegierten auf dem 91. Ärztetag

**Der Antrag der oppositionellen Delegierten auf dem 91. Ärztetag in Frankfurt bestimmte maßgeblich die Diskussion über die Strukturreform im Gesundheitswesen, wurde aber von etwa 90 Prozent der Delegierten bei der Abstimmung abgelehnt.**

**Der Deutsche Ärztetag möge folgende Entschließung fassen:**

Eine Reform der Strukturen des Gesundheitswesens ist dringend erforderlich. Der jetzt vorliegende Regierungsentwurf geht jedoch von falschen Voraussetzungen aus und verschärft die Probleme, anstatt sie zu lösen. Er hat zum Inhalt die weitere Aushöhlung des Solidarprinzips, die zusätzliche Belastung der sozial Schwachen und die Erhaltung überkommener und ungeeigneter Strukturen der gesundheitlichen Versorgung. Er geht aus von der längst widerlegten Ideologie der „Kostenexplosion“ im Gesundheitswesen und leugnet die planmäßige Herbeiführung der Finanzkrise der GKV durch die sogenannten „Kostendämpfungsgesetze“. Diese bedeuten in Wirklichkeit finanzielle Belastung der Versicherten und Entlastung der Arbeitgeber von sogenannten „Lohnnebenkosten“ sowie Entlastung des Bundeshaushaltes und reißen sich somit ein in eine Politik des Sozialabbaus, zu der auch die Steuer- und die Rentenreform zählen.

Die wesentlichen Probleme des Gesundheitswesens lassen sich wie folgt skizzieren:

#### Gesetzliche Krankenversicherung

Die GKV ist keine Solidargemeinschaft. Die Gliederung der GKV ist berufsständisch und regional. Dies bedingt die unterschiedliche Zusammensetzung der jeweiligen Krankenkassen und zementiert soziale Ungleichheiten. Beitragsbemessungsgrenze und Versichertenpflichtgrenze widersprechen dem Solidarprinzip, weil sie ausgerechnet die Besserverdienenden und somit in der Regel einem geringeren Gesundheitsrisiko Ausgesetzten aus der solidarischen Finanzierung der GKV entlasten.

Daher empfiehlt der Deutsche Ärztetag:

- Gliederung der GKV ausschließlich nach regionalen Gesichtspunkten,
- finanzieller Ausgleich unterschiedlicher regionaler und sozialer Risiken,
- Schaffung einer tatsächlichen Solidargemeinschaft durch Aufhebung von Versicherungspflichtgrenze und Beitragsbemessungsgrenze.

#### Grundsätzliche Mängel des Gesundheitssystems

Unserem Gesundheitswesen fehlt die soziale Orientierung. Das Risiko Krankheit ist ungleich verteilt. Gesundheit und Krankheit hängen wesentlich von der sozialen Lage, von Arbeit und Umwelt ab. Zur Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung liegen hier die entscheidenden Handlungsansätze zur Verhinderung von Krankheiten. Dem Gesundheitswesen fehlt diese präventive Orientierung. Die Verhalten Prävention allein ist ein Irrweg, da sie die soziale

Bedingtheit von nur scheinbar individuellem Verhalten außer acht läßt. Verhältnisprävention im Sinne der primären Prävention und Gesundheitsförderung als auch politische Einflußnahme auf individuell nicht zu ändernde krankmachende Faktoren sind unabdingbar.

#### System der gesundheitlichen Versorgung

Das System der gesundheitlichen Versorgung ist dadurch gekennzeichnet, daß die verschiedenen Bereiche planerisch, finanziell und in der praktischen Arbeit weitgehend unkoordiniert nebeneinander herlaufen. Die ambulante gesundheitliche Versorgung ist Monopol der kassenärztlichen Vereinigungen. Die stationäre Behandlung erfolgt in den Krankenhäusern. Soweit vorhanden gliedert sich Prävention in verschiedene Ebenen (Verhältnisprävention, Gesundheitsförderung, Verhaltensprävention), die Zuständigkeiten sind weit verteilt (u. a. Kranken-, Renten-, Unfallversicherungen, Politik) und im Kompetenzzwirrwarr häufig nicht auszumachen. Rehabilitation ist Aufgabe u. a. der Rentenversicherungsträger.

Der Deutsche Ärztetag empfiehlt die Schaffung einer Organisationsstruktur auf kommunaler Ebene zur Bestandsaufnahme, Zieldefinition und Planung von Prävention, medizinischer Versorgung und Rehabilitation mit Beteiligung der Sozialversicherungsträger, der Leistungsanbieter im Gesundheitswesen, der Patientenvertreter sowie der kommunalen Gebietskörperschaften. Diese kommunale bzw. regionale Gesundheitskonferenz regelt die Sicherstellung der kommunalen bzw. regionalen Gesundheitsversorgung.

#### Ambulante medizinische Versorgung

Die ambulante medizinische Versorgung erfolgt derzeit durch die niedergelassenen Ärzte. Der niedergelassene Arzt besitzt den Status eines Kleinunternehmers und muß daher bei Strafe des wirtschaftlichen Ruins gewinnorientiert arbeiten. Im Zusammenhang mit dem System der Einzel Leistungsvergütungen ergeben sich hier Gefahren medizinischer Fehlversorgung, wie es sich beispielhaft in der Leistungsausweitung pro Patient bei sinkender Primärananspruchnahme zeigt.

Für die kassenärztliche Versorgung sollten daher pauschalierende Vergütungssysteme eingeführt werden, welche keine Anreize zur medizinisch nicht indizierten Mengenausweitung geben und zuwendungsorientierte Leistungen angemessen honorieren.

Darüber hinaus sind alternative Einrichtungen zu ermöglichen, in denen in pluralistischer Trägerschaft stadtteilbezogen fach- und berufsübergreifend ambulante medizinische, psychologische, pflegerische und soziale Versorgung stattfindet.

Die Arbeit kann im Angestelltenverhältnis erfolgen.

#### Stationäre Versorgung

Der Bund hat sich aus seiner Verpflichtung zur Finanzierung der Krankenhäuser zurückgezogen.

Die Lage im Krankenhausbereich ist gekennzeichnet durch unzureichende Ausstattung mit Pflegepersonal und ärztlichem Personal bei gleichzeitig kostenträchtiger Fehlorientierung in Teilbereichen auf technische Leistungen.

Die Durchsetzung der häufig katastrophalen Arbeitsbedingungen erfolgt durch eine strenge Hierarchie.

Die Behauptung einer Überzahl von Krankenhausbetten stützt sich auf mathematische Berechnungen, die keine Widerspiegelung in der Realität haben und auf die Behauptung einer „Fehlbelegung“, welche die Auffangfunktion des Krankenhauses für die Schwachen in anderen Versorgungsbereichen außer acht läßt.

Der Deutsche Ärztetag empfiehlt

- den Wiedereintritt des Bundes in seine Verpflichtung zur Finanzierung der Krankenhäuser
- eine Personalausstattung, die sich an den Bedürfnissen humaner Behandlung und Pflege orientiert
- die Verwirklichung des klassenlosen Krankenhauses durch Wegfall von Wahlleistungen, Gewährleistung von erstklassiger Behandlung und Pflege für alle sowie Überwindung der Hierarchien und Schaffung einer organisatorischen Leitung durch ein gewähltes Kollegialorgan, in dem Ärzte, Pflegepersonal und Patientenführer Mitglieder sind.

#### Arzneimittelversorgung

- Der Arzneimittelmarkt ist gekennzeichnet durch
- eine unsinnig hohe Zahl von Substanzen
  - eine unsinnig hohe Zahl von Kombinationspräparaten, von denen viele in ihrer Zusammensetzung medizinisch fragwürdig sind
  - einen überhöhten Verbrauch
  - eine große Zahl in ihrer Wirksamkeit fraglicher Medikamente
  - ein überhöhtes Preisniveau

Zur grundlegenden Verbesserung der Situation ist folgendes zu veranlassen:

- Einrichtung eines unabhängigen Arzneimittelinformationsdienstes für Ärzte und Verbraucher
- Erhöhung der Sicherheitsstandards durch Orientierung an skandinavischen und nordamerikanischen Zulassungsanforderungen
- deutliche Reduktion der Anzahl der Substanzen
- Neuzulassung nur bei Nachweis der therapeutischen Überlegenheit zu den bereits zugelassenen Medikamenten eines Indikationsgebietes („medical need“)
- Erarbeitung von Positivlisten

#### Fazit:

Der Deutsche Ärztetag fordert die Rücknahme des Entwurfs zu einem Gesundheitsreformgesetz sowie die Erarbeitung einer Neufassung unter Berücksichtigung der oben dargestellten Gesichtspunkte.

## Deutsche Aidshilfe

# Aids und Drogen

**Die Deutsche Aidshilfe legte am 5. Mai ihre „Befunde und Strategien zur Aids-Prävention im Bereich Aids und Drogen“ der Fachpresse vor. Wir dokumentieren Auszüge aus dem Papier.**

### Die Entwicklung der HIV-Infektionsrate und Aids-Erkrankungen unter i. v. Drogenabhängigen

Ein erhebliches, ja immer dominanteres Problem, ohne das die Lage der Drogenabhängigen heute ernsthaft nicht mehr diskutiert werden kann, ist die Entwicklung der Infektionsrate mit dem HIV, dem „Human-Immundefekt-Virus“, das im manifesten Stadium einer Aids-Erkrankung zum Tode führt. Ein Indiz dafür ist die Zahl der i. v. Drogenabhängigen an der Gesamtzahl der manifesten Aids-Fälle, sowie die identifizierten HIV-Infektionsraten bei mehr oder weniger freiwillig getesteten FixerInnen in Gefängnissen, in Therapieeinrichtungen oder unter Drogentoten. Ende März 1988 wurden von den 1986 seit 1982 beim Nationalen Referenzzentrum in Berlin gemeldeten Aids-Fällen (davon 385 in Berlin) 195 FixerInnen (10,2 Prozent) registriert. Davon wurden 9,1 Prozent als heterosexuelle Fixer und 1,1 Prozent als homosexuelle Fixer identifiziert. In dieser Gruppe waren die größten Steigerungsraten der Neuerkrankungen zu verzeichnen (der Anteil von Fixern an der Gesamtzahl der Aids-Fälle lag 1986 noch bei 6,8). In den USA stammen 26 Prozent der Aids-cases aus der Gruppe der i. v. Drogenverbraucher, wobei 9 Prozent als weiteren Risikofaktor auch homosexuelle Kontakte angaben. In den Mittelmeerländern Italien, Spanien und Frankreich sind die i. v. Drogengebraucher sogar mit über 50 Prozent die Hauptbetroffenen der manifest Erkrankten. Bezüglich der HIV-Infektionsraten, kann man nur Aussagen über die bereits getesteten Personen machen. Infektionsraten zwischen 21 und 44 Prozent der untersuchten Kollektive (und zwar nur die mit mehr als hundert Untersuchungen) geben Anhaltspunkte für grobe Schätzwerte ab. In den bundesdeutschen Haftanstalten dürfte die Infektionsrate nach gegenwärtigem Kenntnisstand unter den dortigen i. v. Drogengebranchern zwischen 25 und 35 Prozent liegen. Allerdings fehlt noch das notwendige wissenschaftliche Netzwerk für eine verlässliche epidemiologische Erforschung der HIV-Prävalenz unter i. v. Drogengebranchern, wie jetzt die veröffentlichte Studie, die die D.A.H. (Deutsche Aids-Hilfe) in Auftrag gegeben hat, deutlich gemacht hat.

Zur Zeit ist die psychosoziale Versorgung der HIV-positiven Drogengebraucher nicht ausreichend gewährleistet. Für diese Gruppe ist eine gesundheitliche Krisensituation entstanden, die mit den vorhandenen Mitteln der Drogenpolitik und der Drogenarbeit nicht abgefangen werden kann. Auf der anderen Seite wird die Prävention bereits im Ansatz fragwürdig, wenn sie sich auf Informationsvermittlung und ordnungspolitische Generalprävention beschränkt. Solange Drogengebraucher marginalisiert, ausgegrenzt und kriminalisiert werden und durch strukturelle Probleme wie Arbeitslosigkeit, Wohnungsnot und Bildungsdefizite psychosozial belastet sind, ist jede Initiative zur Aids-Prävention in ihrem Handlungsspielraum substantiell begrenzt.

Aids-Prävention darf sich nicht auf Information beschränken. Sie muß sich für die Menschen erfahrbar konkretisieren, indem sie ein Milieu aufbaut, in dem angstfrei über Gefährdungssituationen gesprochen werden kann. Stattdessen werden zur Zeit vielfach aus Angst und Panik und einem verabsolutierten Sicherheitsbedürfnis repressive Maßnahmen eingeleitet, die der Aids-Prävention ihre Basis nehmen, indem Ordnungspolitik die Gesundheitspolitik dominiert.

Im folgenden legt die Deutsche Aids-Hilfe e. V. strukturell erweiternde Vorschläge für Aids-Prävention wie auch eingeschränkt für Suchtprävention vor. Die zentralen Bezugspunkte dafür bilden *Selbsthilfe, Akzeptanz und Solidarität*, aber auch professionelle soziale, medizinische, rechtliche und informell-kommunikative Hilfe für i. v. drogengebrauchende Männer und Frauen. Die Strategie der Deutschen Aids-Hilfe für einen praxisrelevanten Ansatz von Aids-Prävention im Drogenbereich zielt darauf ab, mehr i. v. Drogengebraucher als bisher zu erreichen und zugleich gesellschaftlich-strukturelle Bedingungen abzusichern, die den Aufbau eines tragfähigen Zugangs- und Betreuungsinstrumentariums für bisher schwer erreichbare Zielgruppen ermöglichen.

### Fundamente der Aids-Prävention

Zentrale Intention humaner Aids- und Drogenhilfe ist die notwendige Entfesselung von Überlebenswillen, Selbsterhaltungs- und Selbstheilungsprozessen, die davon abhängt, inwieweit die Gesellschaft bereit ist, für die Anliegen und Probleme des Süchtigen, des HIV-AK-Positiven und Aids-Kranken Partei zu ergreifen.

Die Deutsche Aids-Hilfe e. V. (D. A. H.) vertritt den Standpunkt, daß Drogenabhängige – entgegen vieler Vorurteile gegenüber Süchtigen in unserer Gesellschaft – im Zusammenhang mit Aids durchaus zugänglich sind für die Abschätzung und Bewältigung von Infektionsgefahren. Auf Selbstorganisation und Interessenvertretung der Betroffenen kann in diesem Bereich – im Gegensatz zu anderen Hauptbetroffenen-Gruppen – jedoch nicht zurückgegriffen werden. Aids- und Drogenhilfe muß deshalb den *Überlebensanspruch* der Betroffenen zunächst stellvertretend pointiert formulieren. Dieser Überlebensanspruch definiert sich primär gesundheitlich und sozial.

Aids-Prävention im Drogenbereich will in einer sich selbstständigenden epidemiologischen Dynamik von HIV-Übertragungsketten gesundheitlich und sozial bedingte Krisensituationen abfangen. Dazu notwendig ist der Aufbau eines *niedrigschwelligen Verbundsystems* von Streetwork, Kontaktläden, Selbsthilfezentren, ambulanten medizinischen und sozialen Beratungs- und Betreuungsstellen. Ferner müssen durch den Aufbau von teils mobilen, teils standortgebundenen Treffpunkten, WG's und Betreuungsstellen für

erkrankte Drogengebraucher und Ex-User Alternativen geschaffen werden, die ein Leben mit dem Positivsein und mit der Aids-Erkrankung ohne Verfolgung, Stigmatisierung und Elend ermöglichen. Dieser Anspruch schließt eine gesellschaftsbezogene *Antidiskriminierungs- und Solidaritätskampagne* für von Aids bedrohte und betroffene Drogengebraucher und Ex-User ein, deren Ziel die Verbesserung der psychosozialen und gesundheitlichen Lage dieser Betroffenengruppe sein muß. Für den einzelnen Fixer muß am Ende wieder die Möglichkeit *selbstbestimmten Handelns* stehen, trotz eines eventuellen Lebens in Unfreiheit und Abhängigkeit. Für Fixer und Ex-User als Gruppe gibt ein solcher Rahmen erst den Katalysator ab zur Aktivierung von *Selbsthilfe* und Selbstkontrolle.

### Strategien der Aids-Prävention

In der Aids-Prävention vertritt die D. A. H. das Ziel, UserInnen in regionalen Drogen- und Prostituiertenszenen zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erreichen und solche Aufklärungs- und Betreuungsangebote zu machen, die durch eine hohe Akzeptanz und Haltekraft ausgewiesen sind.

In Anknüpfung an den Überlebenswillen der betroffenen Menschen unterstützt die D. A. H. sowohl Selbsthilfeinitiativen von Usergruppen als auch Ex-Userselbsthilfegruppen. In Anerkennung der *Betroffenenkompetenz* enthält sich die D. A. H. soweit wie möglich moralischer Werturteile gegenüber süchtigem Verhalten. Sie nimmt zur Kenntnis, daß Menschen in einer suchterzeugenden Gesellschaft Drogen nehmen und HIV-Übertragungsrisiken eingehen, bei deren Bewältigung die D. A. H. Beratung und Hilfe anbieten kann. Vor dem Hintergrund der Drogenbekämpfungsstrategie, die sich heute entgegen dem geltenden Grundsatz Therapie statt Strafe in der Praxis zunehmend in den Grundsatz Therapie durch Strafe verkehrt hat, plädiert die D. A. H. sowohl für den Ausbau des therapeutischen Drogenhilfesystems als auch für den Ausbau eines dritten Weges zwischen Strafe und Therapie. Dieser dritte Weg definiert sich als ein strategisches Bindeglied zwischen einer seuchenpolizeilich aufgeladenen Kriminalisierungsstrategie gegenüber infektionsgefährdeten Fixern und einem auf Individualpsychologische verkürzten psychosozialen Drogenhilfeansatz indem ein niedrigschwelliger Versorgungs- und Selbsthilfeansatz ausgebaut werden soll. Auf der Folie eines sozialpsychologisch definierten Verständnisses von Sucht – Gesundheit – und Krankheit soll u. a. durch Einbezug von krisenbezogener medizinischer/sozialer und psychologischer Hilfe im Zentrum von sozialen Krisenbrennpunkten ein niedrigschwelliger interdisziplinär organisierter Verbund hautnah auf jene Risikosituationen von intravenösen Drogengebranchern zugeschnitten werden, die die epidemiologische Dynamik von HIV in der Drogenszene stimulieren.

Um z. B. einer weiteren Ghettoisierung und Ausgrenzung von FixerInnen vorzubeugen, müssen alle Maßnahmen des niedrigschwelligen Verbunds – von der Fixerselbsthilfeinitiative bis zur ambulanten Drogenstation und Kriseninterventionszentren als problemorientierte Angebote in Betracht gezogen werden. Sie dienen dem Ziel der Gesunderhaltung und psychischen Stabilisie-



rung der Süchtigen, die durch den repressiven Druck der Kriminalisierung oft unterhalb der Ebene eines erträglichen psychischen und ökonomischen Existenzminimums herabgedrückt werden.

Statt der weiteren Zerschlagung von Drogenszenen durch die Polizei, ist die Erhaltung dieser Szenen zu fördern. Statt der Verknappung von Spritzbestecken ist die Verfügbarkeit über saubere Spritzbestecke auf der Basis eines Beweiserhebungsverbot, das ins BTM-Gesetz aufgenommen werden müßte, geboten. Anstelle des Zwangs zur Heimlichkeit beim intravenösen Drogengebrauch, ist die Offenheit im Umgang mit Süchtigen gefordert. Vertrauen statt Mißtrauen muß den Dialog mit den Süchtigen in präventiver Absicht bestimmen. Insgesamt beschreibt der dritte Weg in der Aids-Prävention in Distanz zum strafend/sanktionierenden Ansatz von Polizei und Justiz und in Distanz zu einem verabsolutierten Cleanbegriff in der Drogenhilfe einen Weg der Akzeptanz und Solidarität mit Usern und Ex-Usern, die mit HIV-Infektionen und Aids leben lernen müssen.

Die Bewältigung der präventiven Botschaften von Safer-Sex und Safer-User haben nur dann eine Chance, wenn die Angst vor den Konsequenzen der Aids-Prävention nicht höher bewertet werden als die Angst vor Aids.

Es ist die gemeinsame Aufgabe von Drogen- und Aids-Hilfen und Medizinern, z. B. durch gemeinsame Trägerschaft, ambulante Treffpunkte für Fi-

xer/innen, Wohngemeinschaften für HIV-positive oder Aids-erkrankte User sowie WG's und Selbsthilfegruppen für HIV-positive und Aids-erkrankte Ex-User aufzubauen. Nur durch diese institutionsübergreifende Praxis kann die Aids-Prävention sowie die medizinische und psychosoziale Hilfe wirksam werden.

### Substitution

Zur Zeit werden in Fachkreisen mit großem Engagement die Pro- und Contra-Standpunkte für die Verabreichung von Ersatzmitteldrogen unter dem Gesichtspunkt der Aids-Prävention diskutiert.

Die Deutsche Aids-Hilfe e.V. vertritt dazu folgenden Standpunkt: Von der Verabreichung von Ersatzmitteln ist losgelöst vom Aufbau eines Ensembles ambulanter, sozialer, psychischer und medizinischer Hilfen, wie sie im Vorfeld klassischer psychosozialer Drogenberatungs- und Therapieansätze von der D. A. H. vorgeschlagen werden, kein präventiver Effekt zu erwarten.

Ganz anders stellt sich die Frage im Einzelfall dar. Für die Substitution im begründeten Einzelfall sollten drei Grundsätze gelten:

- 1) Es ist besser, das Nächstliegende zu tun als nichts zu tun, angesichts der irreversiblen HIV-Infektion und der Bedrohung durch Aids.
- 2) Es müssen auch für Drogenabhängige solche Therapieangebote gemacht werden, die von Klienten freiwillig in Anspruch genommen werden. Nur solche Angebote, die unter anderem

Substitution als „maintenance to abstinence therapy“ einschließen, sind auf Dauer tragfähig und dienen der gesundheitlichen und sozialen Stabilisierung der betroffenen Drogengebraucher.

3) Es widerspricht dem Selbstverständnis humaner Aids-Lebenshilfe, Drogenabhängigen, die den „harten“ Entzug aktuell ablehnen, andere mögliche Therapieformen vorzuenthalten.

Aids-Prävention folgt der Intention selbstbestimmten Handelns trotz eines Lebens in Unfreiheit und Abhängigkeit. Wer in der Diskussion um Ersatzprogramme zuerst alle denkbaren Formen der Kontrolle und des Zwangs vorschaltet, will die freie Entscheidung des einzelnen für seinen Weg aus der Abhängigkeit nicht. Ordnungspolitisch strukturierte Substitutionsprogramme lehnt die Deutsche Aids-Hilfe e.V. ab, weil sie keine präventive Wirkung erkennen lassen.

Nachdrücklich zu kritisieren sind die Kriminalisierungsversuche gegenüber Ärzten, die nach den Geboten der kurativen Medizin Drogenabhängigen Ersatzdrogen verschreiben. Die D. A. H. warnt aber gleichzeitig vor einer „wildem“ Verschreibungspraxis. Im übrigen sieht die Deutsche Aids-Hilfe e.V. die Notwendigkeit, dort, wo andere therapeutisch wirksame Mittel der Drogenhilfe nicht greifen, die Substitution unbedingt in das Angebot der Hilfen zum Zwecke der Loslösung von der zerstörerischen Drogenbindung gedanklich und praktisch miteinzubeziehen, ohne den „Cleananspruch“ zu verabsolutieren und den strafrechtlichen Sanktionsapparat zu aktivieren.

# Gesetzentwürfe zum Embryonenschutz/Fortpflanzungsschutz

Am 29. April 1986 veröffentlichte die Bundesregierung einen Gesetzentwurf zur Regelung der Forschung im Gen- und Reproduktionsbereich, dessen für die Reproduktionstechnologie relevanten Passagen wir dokumentieren. Parallel dokumentieren wir Auszüge aus einem Gesetzentwurf der Grünen zum Schutz vor Manipulationen an menschlicher Fortpflanzung und Vererbung.

## Bundesjustizministerium Diskussionsentwurf eines Gesetzes zum Schutz von Embryonen (Embryonenschutzgesetz – ESchG)

### § 1

#### Embryonenschädigung

- (1) Wer durch Einwirkung auf einen Embryo\* oder Foetus eine Gesundheitsschädigung des (aus ihm hervorgegangenen) Menschen herbeiführt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.
- (2) In besonders schweren Fällen ist die Strafe Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren. Ein besonders schwerer Fall liegt in der Regel vor, wenn der Täter
  1. eine schwere Gesundheitsschädigung herbeiführt oder
  2. durch die Tat leichtfertig den Tod des Verletzten verursacht,
  - (3) Handelt der Täter in den Fällen des Absatzes 1 leichtfertig, so ist die Strafe Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren oder Geldstrafe.
  - (4) Die Absätze 1 bis 3 gelten nicht für Handlungen, die auf einen Abbruch der Schwangerschaft gerichtet sind.

## Die Grünen Diskussionsentwurf eines Gesetzes zum Schutz vor Manipulation an menschlicher Fortpflanzung und Vererbung (Fortpflanzungsschutzgesetz)

### § 1

#### Außerkörperliche Befruchtung,

Experimente an Keimzellen und Embryonen (Vgl. §§ 2, 4 ESchG)

- (1) Wer\* außerhalb des Körpers der Frau eine menschliche Eizelle befruchtet oder künstlich am Leben erhält, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.
- (2) Wer eine befruchtete menschliche Eizelle isoliert, überträgt oder verpflanzt (Embryospülung oder -transfer), wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.
- (3) Ebenso wird bestraft, wer eine unbefruchtete menschliche Eizelle dem Körper einer Frau entnimmt, um sie an anderer Stelle zwecks Befruchtung einzupflanzen (Gamete Intrafallopian Transfer).

## § 2

### Mißbräuchliche Anwendung der extrakorporalen Befruchtung

#### (1) Wer

1. zu einem anderen Zweck als zur Übertragung auf eine Frau eine menschliche Eizelle extrakorporal befruchtet oder

2. bewirkt, daß sich ein menschlicher Embryo extrakorporal über das Stadium hinaus entwickelt, das dieser im Fall natürlicher Befruchtung mit Abschluß der Einnistung in der Gebärmutter der Frau erreicht haben würde, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Ebenso wird bestraft, wer ohne Genehmigung der zuständigen obersten Landesbehörde einen extrakorporal erzeugten menschlichen Embryo für Experimente oder einen anderen Zweck als den seiner Übertragung verwendet.

## § 3

### Mißbräuchliche Verwendung von Embryonen und Foeten

Wer einen nicht lebensfähigen Embryo oder Foetus nach einem Abortus

1. künstlich am Leben hält oder

2. vor seinem Absterben Experimenten oder Einwirkungen unterzieht, die nicht aufgrund des vorangegangenen Abortus geboten sind, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

## § 4

### Eigenmächtige Befruchtung und eigenmächtiger Embryotransfer

(1) Wer eine menschliche Eizelle künstlich befruchtet, ohne daß diejenigen eingewilligt haben, deren Gameten verwendet werden, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Ebenso wird bestraft, wer einen Embryo

1. ohne Einwilligung derjenigen, aus deren Gameten er entstanden ist, auf eine Frau überträgt oder zu anderen als Übertragungszwecken verwendet oder

2. auf eine Frau überträgt, ohne daß sie in die Übertragung eingewilligt hat.

(3) Die Einwilligung ist unwirksam, wenn der Betroffene nicht vorher über die Umstände aufgeklärt worden ist, denen er erkennbar eine Bedeutung für die Einwilligung beimißt.

## § 5

### Künstliche Veränderung menschlicher Keimbahnzellen

Wer die Erbinformation einer menschlichen Keimbahnzelle künstlich verändert, ohne daß sichergestellt ist, daß diese sich nicht zu einer Keimzelle oder einem Menschen weiterentwickelt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

## § 6

### Verwendung künstlich veränderter Keimzellen

Wer eine menschliche Ei- oder Samenzelle mit künstlicher veränderter Erbinformation zur Befruchtung verwendet, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

## § 7

### Klonen

(1) Wer künstlich die Entstehung und Weiterentwicklung eines menschlichen Embryos bewirkt, der die gleiche Erbinformation wie ein anderer Embryo oder wie ein Foetus, ein lebender Mensch oder ein Verstorbener besitzt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Ebenso wird bestraft, wer einen in Absatz 1 bezeichneten Embryo auf eine Frau überträgt.

## § 8

### Chimären- und Hybridbildung

#### (1) Wer

1. Embryonen mit unterschiedlichen Erbinformationen unter Verwendung mindestens eines menschlichen Embryos zu einem entwicklungsfähigen Zellverband vereinigt oder

2. durch Befruchtung einer menschlichen Eizelle mit dem Samen eines Tieres oder durch Befruchtung einer tierischen Eizelle mit dem Samen eines Menschen einen entwicklungsfähigen Embryo erzeugt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) 87 Ebenso wird bestraft, wer einen in Absatz 1 Nr. 1 oder 2 bezeichneten Embryo auf eine Frau überträgt.

## \* § 9 Begriffsbestimmung

Als Embryo im Sinne dieses Gesetzes gilt bereits die befruchtete Eizelle vom Zeitpunkt der Kernverschmelzung an, ferner jede isolierte totipotente Zelle, die sich zu teilen und zu einem Individuum zu entwickeln vermag.

## § 2

### Experimente an Föten und Embryonen (Vgl. §§ 2, 3 ESchG)

(1) Wer an lebenden oder abgestorbenen Föten und Embryonen forscht oder experimentiert, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Straffrei sind Untersuchungen an einem Fötus oder Embryo nach einer Fehlgeburt, die

1. auf ausdrücklichen Wunsch der Frau und nach einer umfassenden Aufklärung über Art und Aussagekraft der Methoden durch den behandelnden Arzt durchgeführt werden und

2. der ausschließlichen Zielsetzung dienen, erneute Fehlgeburten der Frau nach Möglichkeit zu vermeiden.

## § 3

### Entnahme von Keimzellen (Vgl. § 4 ESchG)

(1) Wer gegen den Willen des Spenders oder der Spenderin eine menschliche Keimzelle entnimmt oder an ihr Untersuchungen durchführt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder Geldstrafe bestraft.

(2) Ebenso wird bestraft, wer von einem Spender oder einer Spenderin Keimzellen gegen Entgelt oder andere Gegenleistung entgegennimmt.

## § 4

### Einlagerung von Keimzellen und Embryonen

Wer eine menschliche Ei- oder Samenzelle sowie Embryonen oder Föten einfriert oder in anderer Weise einlagert, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

## § 6

### Bestimmung oder Beeinflussung des Geschlechts (Vgl. §§ 5, 6 ESchG)

(1) Wer bei einer Schwangeren eine Untersuchung von Fruchtwasser (Amniozentese) oder Zellen aus der Eihülle (Chorionzottenbiopsie) ausschließlich zu Zwecken der Geschlechtsbestimmung vornimmt, wird mit Freiheitsstrafe von drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) (... mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder Geldstrafe wird bestraft ...) wer auf eine menschliche Keimzelle in der Absicht einwirkt, vor der Befruchtung das Geschlecht zu beeinflussen.

## § 7

### Manipulation an menschlichem Erbgut (Vgl. §§ 5, 6 ESchG)

Wer Erbinformationen einer menschlichen Keim-, Keimbahn- oder Körperzelle künstlich verändert oder eine solche Zelle nach künstlicher Veränderung verwendet, wird mit Freiheitsstrafe von einem bis zu zehn Jahren bestraft.

## § 8

### Klonen (Vgl. § 7 ESchG)

Wer künstlich die Entstehung und Weiterentwicklung eines menschlichen Embryos bewirkt, der die gleiche Erbinformationen wie ein anderer Embryo oder ein Fötus, ein lebender Mensch oder ein Verstorbener besitzt, wird mit Freiheitsstrafe von einem Jahr bis zu zehn Jahren bestraft.

## § 9

### Chimären- und Hybridbildung (Vgl. § 8 ESchG)

#### Wer

1. Embryonen mit unterschiedlichen Erbinformationen unter Verwendung mindestens eines menschlichen Embryos zu einem Zellverband vereinigt oder

2. durch Befruchtung einer menschlichen Eizelle mit dem Samen eines Tieres oder durch Befruchtung einer tierischen Eizelle mit dem Samen eines Menschen einen Embryonen erzeugt,

wird mit Freiheitsstrafe von einem Jahr bis zu zehn Jahren bestraft.

\* § 10: Täterbestimmung: Als Täter wird auch bestraft, wer in diesem Gesetz unter Strafe gestellte Handlungen, ohne sie selbst vorzunehmen, direkt oder indirekt anordnet oder aus ihnen Gewinn zieht.



# BESTATTUNGEN

Leben  
⊗

Ein Volk werde danach beurteilt, wie es seine Toten be-

statte, erklärte Perikles im vierten Jahrhundert vor unserer Zeit. 1988 ist die Bundesrepublik auf dem besten Weg, sich schlechte Zensuren einzuhandeln. Trude Unruh kommentiert

## Schlechte Noten Zur Streichung des Sterbegeldes

Das Sterbegeld ist eine „klassische“ Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung, die bereits 1883 unter Bismarck in den „Reichsgesetzen zum Wohle des Arbeiters“ eingeführt wurde. Ein weiterer Schritt war die Abschaffung des „Zusatzsterbegeldes“ im Jahre 1964: Seine Leistungen wurden voll in die Beitragszahlung an die gesetzlichen Krankenkassen integriert. Dies versetzte die Hinterbliebenen in die Lage, eine würdige Bestattung weitgehend zu finanzieren. Die jetzt drohende Abschaffung dieser Regelung macht besonders deutlich, wie sozial unausgewogen die Vorschläge aus dem Ministerium Blüms zur „Kostendeckung im Gesundheitswesen“ sind.

Spätestens seit 1964 verlassen sich insbesondere ältere Menschen auf das gesetzliche Sterbegeld der Kassen und haben die private Vorsorge für den Sterbefall zurückgestellt. Sie sind kaum in der Lage, nach der Abschaffung noch eine entsprechende Absicherung zu treffen. Dies gilt für Frührentner und Schwerbeschädigte, aber auch für Aids-Kranke und andere Bürger mit chronischen Leiden. Diese Menschen werden dem Schicksal überlassen, eines Tages Sozialbestattungsfälle zu werden. Ihnen wird damit der letzte Rest menschlicher Würde genommen.

Wer ohne Angehörige ist und auch keine Ersparnisse hat, die zur Bezahlung der Bestattung herangezogen werden können, wird ein Fall für die zuständige Landespolizei, die den Leich-

nam in der Regel einer Universitätsklinik zur Verfügung stellt. Das Sozialamt verweigert die Übernahme der Begräbniskosten. In einem mir vorliegenden Einzelfall gab es einem Sterbenden den Rat, seine sterblichen Überreste schon im voraus einer Uni-Klinik zu vermachen und dafür einen Vorschuß von 400 Mark zu kassieren. Solche makabren Vorgänge werden demnächst – sollte die Reform Wirklichkeit werden – verstärkt auftreten.

Das 35fache des Grundlohns beträgt in etwa das Sterbegeld im Bundesdurchschnitt. Die durch die Streichung entstehende Finanzlücke würde teilweise eine Verlagerung der Kosten auf die Sozialhaushalte der Städte und Gemeinden zur Folge haben. Sie müßten für die Finanzierung der Sozialbestattungen aufkommen. Bei einem Anstieg der Sozialbestattungen auf 30 Prozent, das wären 210 000 Sterbefälle pro Jahr, käme eine Mehrbelastung von 800 Millionen Mark auf die Sozialhaushalte der Kommunen zu.

Wie der Bundesverband der Ortskrankenkassen errechnet hat, werden über die anderen Vorschläge zur Reform des Gesundheitswesens die Rentner mit ungefähr acht Prozent belastet. Der zusätzliche Wegfall des Sterbegeldes beziehungsweise seine Halbierung würde für diesen Personenkreis eine einseitige und sozial ungerechtfertigte Benachteiligung bedeuten. Dem Grundsatz, daß eine Reform von allen Teilen der Bevölkerung gleichermaßen getragen werden sollte, wird eine sol-

che Vorgehensweise nicht gerecht.

Wenn gelegentlich angeführt wird, daß 60 Prozent der Bürger Lebensversicherungen abgeschlossen hätten, so entkräftet dies nicht den Vorwurf der Unausgewogenheit. Diese Versicherungen werden üblicherweise mit dem 60. beziehungsweise 65. Lebensjahr ausgezahlt. Im Sterbefall stehen lediglich bei zehn Prozent aller Fälle Sterbegeldversicherungen zur Verfügung, die zudem meist nur über einen geringen Betrag laufen. Lebensversicherungen dienen außerdem in der Regel zur Abdeckung von Darlehen oder Hypotheken. Der Normalbürger ist zwar nach der Auszahlung weitgehend schuldenfrei, Überschüsse verbleiben in den meisten Fällen aber nicht.

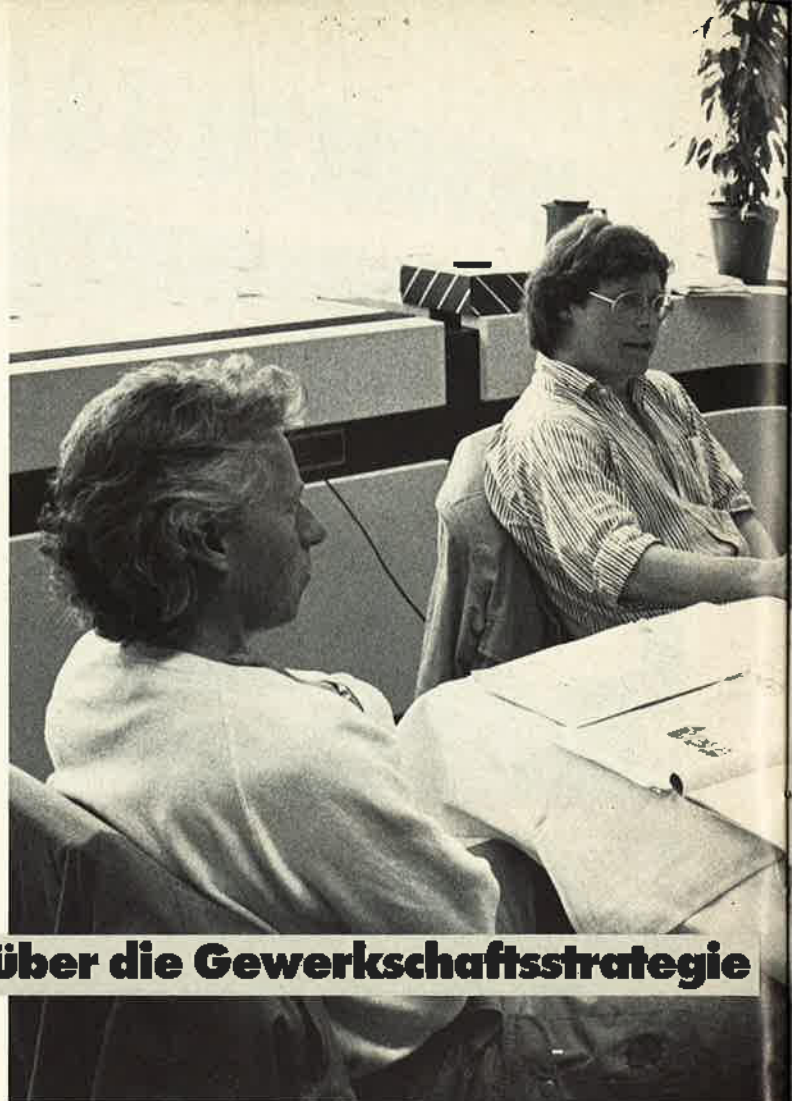
Eine Strukturreform des Gesundheitswesens wird für dringend erforderlich gehalten, damit ein weiterer Anstieg der Personalzusatzkosten vermieden wird. Da jedoch das Sterbegeld durch die Koppelung an den Grundlohn an der Kostenprogression im Gesundheitswesen nicht beteiligt ist, ist hier für Einschränkungen zusätzlich ein falscher Ansatzpunkt. Die zu erwartenden Einsparungen sind weit geringer als erwartet und stehen für eine humane Gesellschaft in keinem Verhältnis zur verlorenen Würde vieler Menschen, die in der Einsamkeit ihres Sterbens nun auch noch mit der Sorge um ihre Bestattung belastet werden. Es stellt sich die Frage, wie Minister Blüm eine solche „Reform“ mit seinem „christlichen Menschenbild“ in Einklang bringt.

Trude Unruh ist als Parteilose Mitglied der Bundestagsfraktion der Grünen

# „Wenn der Hund beim Schinken steht“

**Streitgespräch über die Gewerkschaftsstrategie**

**in der Strukturreformdebatte**



**„Kritisch konstruktiv“, so sagen die einen, „allzu moderat“ die anderen zur Strategie der Gewerkschaften in den bisherigen Diskussionen über das Gesundheitsreformgesetz. Norbert Badziong vom Referat Gesundheitspolitik der ÖTV, Winfried Beck, Vorsitzender des VdÄÄ, Michael Kasten, grüner Gesundheitspolitiker und Gewerkschafter, Peter Kirch, Leiter der Abteilung Sozialpolitik beim Vorstand der IG Metall, und dg-Redakteur Norbert Andersch diskutieren**

**dg:** Gerade eben ist vom Kabinett das Gesundheitsreformgesetz verabschiedet worden, es geht jetzt in die erste Lesung. Der Deutsche Gewerkschaftsbund hat sich rund zwei Jahre intensiv an der Diskussion beteiligt, jetzt aber auf einmal erklärt, daß man diesem Gesetz nicht zustimmen könne. Wie kommt das zustande? Hat es einen Gesinnungswechsel gegeben?

**Kirch:** Das war kein Gesinnungswechsel, auch kein Meinungsumschwung. Wir sind bisher aber von völlig anderen Voraussetzungen ausgegangen. Erst am Freitag der vorverigen Woche hat die sogenannte Elefantenrunde in ihrer abschließenden Beratung das Ruder so stark herumgerissen, daß von einem völlig neuen Kurs gesprochen werden muß. Das hat den DGB veranlaßt, seine bisher konstruktiv kritische Position zu verlassen. Wir sind zu dem Ergebnis gekommen, daß wir unter gar keinen Umständen diesem Ansatz für ein sogenanntes Strukturreformgesetz zustimmen können.

**Beck:** Die Grundkonstruktion, nämlich die sozialen Lasten zu verschieben, die Anbieter zu schonen und die Benutzer des Gesundheitswesens stärker zu belas-

ten, die war von vornherein klar. Davon hat auch der DGB schon vor Monaten gesprochen. Neu ist, daß die Pharma-Industrie und die anderen Anbieter, die Ärzte, nun völlig ungeschoren wegkommen. Der Grundgedanke, die Entlastung der Anbieter und die Belastung der Versicherten, fällt jetzt nur noch krasser aus.

**Kasten:** Es war nie erkennbar, daß die Bundesregierung all das, was wir seit Jahren an Mängeln in der Gesundheitsversorgung beklagen, vor allem die fehlende präventive Orientierung, angehen wollte. Die wesentlichen Prinzipien, also mehr Markt im Gesundheitswesen, Ausbau der Selbstbeteiligung, der Abbau von Arbeitnehmerrechten, ist spätestens seit zwei Jahren bekannt. Es waren höchstens beschwörende Formeln des Arbeitsministers zu hören, die aber nie konkret gemacht wurden.

**Andersch:** Also, mich hat die jetzige Entscheidung im Kabinett auch nicht überrascht, und ich frage mich, was die Punkte sind, die die Gewerkschaften bewegen haben zu sagen, es sei hier in der vorletzten Woche ein Umschwung passiert.





Foto (6): J. Menzen

**Michael Kasten: Die Sache mit der Wurst, die dem Hund ständig vor die Nase gehalten wird, paßt für das Strukturreformgesetz und die Gewerkschaften ganz gut.**



**Badziong:** Sicher war dem DGB und auch uns, der ÖTV, von vornherein klar, daß das Gesetz nichts bringt, was nun die wesentlichen Strukturen des Gesundheitswesens angeht. Dahingehend haben wir uns auch geäußert. Hier wird der Eindruck erweckt, als sei der DGB bis vorgestern für das Gesetz gewesen, und seit gestern sei er dagegen. Das ist aber nicht richtig. Wir haben sehr differenziert, von seiten des DGB und der Einzelgewerkschaften, zu der ersten Gesetzesvorlage, dem Vorentwurf und auch dem Referentenentwurf Stellung genommen und deutlich gesagt, daß die Entwürfe eine ganze Menge Punkte enthielten, die nicht im Interesse der Gewerkschaften sind.

**Andersch:** Da müßtet ihr mir sagen, wo die ÖTV oder der DGB klar gemacht haben, welche Positionen befürwortet und welche abgelehnt werden.

**Kirch:** Also, der DGB hat ja nicht vor dem Kanzleramt gestanden und „Hal-luhjah“ gerufen ob der Entwürfe. Aber ich glaube, es gehört zu einer verantwortlichen Sozialpolitik der Gewerkschaften, sich da, wo es lohnt, wo Positionen der Gewerkschaften übernommen worden sind, konstruktiv kri-

tisch zu beteiligen. Wir haben etwas gegen die billige und bössartige Polemik der Leistungsanbietergruppen gehabt, und wir wollten uns bewußt davon abheben. Große Teile des Referentenentwurfs hatten das ganz einfach nicht verdient.

**Andersch:** Diese faire und moderate Haltung des DGB hat ihm aber bisher wenig Dank von der anderen Seite gebracht. Ist es denn so, daß man erwartet hat, es käme etwas anderes durch als das, was jetzt vorliegt?

**Kirch:** Wenn man das alles noch ernst nimmt, dann hätte Blüm nach der Elefantenrunde den Hut nehmen müssen, denn es ist so gut wie nichts übrig geblieben von dem, was er politisch gewollt hat. Daß die FDP sich letztlich durchgesetzt hat, das mußte man nicht unbedingt in dieser Form erwarten.

**Andersch:** Aber die Veränderungen mußten doch nicht gegen die CDU durchgesetzt werden. Allenfalls für die Kosmetik.

**Kirch:** Ich weiß nicht, ob es in der CDU eine einheitliche Haltung gibt. Die Sozialausschüsse sind ebenfalls mit

Pauken und Trompeten untergegangen. Die Diskussionen, die DGB-Vertreter mit dem Bundesarbeitsminister, seinem zuständigen Staatssekretär, mit den Abteilungsleitern und auch hochkarätigen Politikern geführt haben, ließen immer darauf schließen, daß Blüm sich durchzusetzen beabsichtigt.

**Badziong:** Es ist nicht so, daß wir als DGB oder IGM oder ÖTV hinter einer Wurst herlaufen, die uns ständig vor die Nase gehalten wird, und aus Erfahrung wissen, daß sie doch weggezogen wird, wenn wir zuschnappen. Wenn ein Gesetzgebungsverfahren auf den Weg gebracht wird, dann kann ich als Gewerkschaft entweder sagen: „Da will ich nichts mit zu tun haben, das ist alles Scheiße, was ihr hier macht.“ Oder ich kann versuchen, im Rahmen der Möglichkeiten, die ich als Gewerkschaft auf einem Gebiet habe, das ich nicht unmittelbar durch Tarifvertrag regeln kann, auf das Gesetz einzuwirken und mitzugestalten. Man hat sich kritisch mit den Punkten auseinandergesetzt, die uns nicht gepaßt haben, und das waren eine ganze Menge. Ebenso gab es einige Punkte, die wir für entwicklungsfähig hielten. Genau diese Punkte, die sind jetzt in der letzten Woche ▶



**Peter Kirch: Das Bemühen von Blüm, nicht vor den Anbietern in die Knie zu gehen, war immer wieder sichtbar. Aber ihm sind systematisch die Beine unter dem Hintern fortgeschlagen worden.**

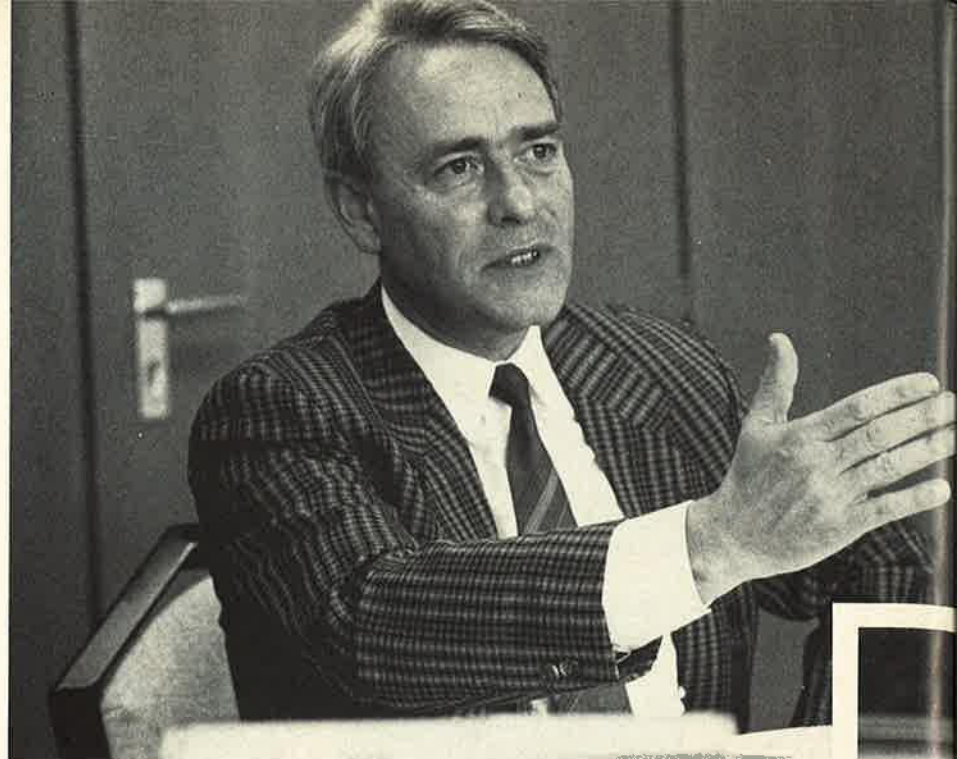
Zug um Zug herausgekegelt worden, so daß im Endeffekt für uns nichts weiter bleibt, als zu sagen: „Die ganze Geschichte kann so nicht laufen, das Gesetz muß vom Tisch.“

**Kasten:** Die Sache mit der Wurst und dem Hund ist ganz gut. Die paßt insofern, als da mit der Wurst nach dem Schinken geworfen wurde. Darüber freut sich natürlich auch der Hund, wenn er beim Schinken steht. Alle Grundpositionen des DGB fehlen – mit wenigen Ausnahmen: Da wurde zum Beispiel über den Ausbau der Prävention geredet. Was kam dabei heraus? Verhaltensprävention, das Verhalten der kleinen Leute soll beeinflußt werden. Sie sollen häufiger zum Zahnarzt gehen, damit sie dann auf ihre 75 Prozent Erstattung kommen statt 50 Prozent, wobei sie ab 26 Jahren die Vorsorge noch selber zahlen müssen. Von Verhältnisprävention nichts.

**Kirch:** Das stimmt doch nicht, wenn man sagt, daß keine unserer originären Positionen Berücksichtigung gefunden hätte. Verhältnisprävention gab es auch, zum Beispiel durch die Verpflichtung der gesetzlichen Krankenversicherungen in die Arbeitswelt hineinzuwirken, und das in Zusammenarbeit mit den berufsgenossenschaftlichen arbeitsmedizinischen Diensten, den Gewerbeaufsichtsämtern. Im Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens ist es allerdings immer weniger geworden, und wir haben uns natürlich häufiger gefragt, ob es jetzt nicht langsam an der Zeit ist umzuschalten. Aber aus meiner Sicht ist das Bemühen von Blüm immer wieder deutlich sichtbar geworden, vor den Anbietern nicht in die Knie zu gehen. Möglichst viel von seinen politischen Absichten, die mit den Sozialausschüssen diskutiert waren, mit den Gewerkschaften herüberzuretten. Daß ihm systematisch die Beine unter dem Hintern fortgeschlagen worden sind, das wissen wir in der Zwischenzeit.

**Andersch:** Das würde ja heißen, daß jetzt Blüm und die düpierten Gewerkschaften zusammen auf der Verliererseite stehen. Das will mir bezüglich Blüm aber ganz und gar nicht einleuchten.

**Kirch:** Daß wir auf der Verliererseite stehen, das steht fest.



**Winfried Beck: Blüm hat es geschickt verstanden, am Anfang für jeden etwas reinzupacken. Nachdem klar war, daß die Gewerkschaft keinen Riesenprotest auslöst, da haben sie noch eins draufgesetzt.**

**Beck:** Blüm hat es geschickt verstanden, in die ersten Entwürfe des Strukturreformgesetzes für jeden etwas reinzupacken, wo man sagen konnte: „Das finde ich gar nicht so schlecht.“ Aber der Kern des Entwurfs, die Mehrbelastung für die Arbeitnehmer und die Entlastung der Arbeitgeber, stand von vornherein fest. Nun hat man dem Herrn Blüm den Auftrag gegeben, das so zu machen, daß die Gewerkschaft nicht total verschreckt ist und den Riesenprotest auslöst. Blüms Konzeption war ja immer: Wenn die Pharmaindustrie dagegen ist und die Gewerkschaft auch, dann wird es wohl stimmen. Nachdem klar war, daß die Gewerkschaft den Riesenprotest nicht ausgelöst hatte, da haben sie noch eins draufgesetzt. Jetzt ist das Verfahren so weit fortgeschritten, daß für Widerstand keine Zeit mehr ist. Da muß verbreitet werden, diskutiert und mobilisiert. Wir müssen jetzt überlegen, wie man die größten Benachteiligungen für die kranken Versicherten abmildern kann.

**Kirch:** Wir haben nie versäumt zu sagen, daß zum Beispiel die Abschaffung des Sterbegeldes eine eiskalte Enteignung ist, daß die Regelungen beim Zahnersatz eine Ablösung des Sachleistungsprinzips sind, daß wir auf dem

besten Weg sind, zu amerikanischen Verhältnissen zu kommen, wenn das alles so kommt.

**Andersch:** Kollege, es geht nicht allein um das Strukturreformvorhaben, sondern um die Strategie der Gewerkschaft insgesamt. Ich könnte auch die Konzentrierte Aktion nehmen, da läuft doch ein ähnlicher Prozeß ab. Ich frage mich, was sich die Gewerkschaft davon erhofft, dort konstruktiv mitzuarbeiten, wenn aus der Erfahrung folgt, daß immer nur die eine Seite zahlt. Die Anbieterseite dagegen weigert sich, auch nur in irgendeiner Weise Zugeständnisse zu machen, oder selbst da, wo die Fakten zum Himmel schreien, etwa bei den Zahnärzten, auch nur eine Stellungnahme zuzulassen.

**Kirch:** Du mußt dir doch auch einmal überlegen, in welcher Situation die Gewerkschaften sind. Sie sind eben nicht in der Lage, eine eigenständige Sozial- und Gesundheitspolitik zu betreiben. Da sind sie ganz klar auf den Gesetzgeber angewiesen. Wir sind auch nicht in der Lage, das muß ich selbstkritisch zugeben, so primitiv und dennoch eingängig zu argumentieren wie der Kollege Blüm. Es sagen zwar alle, der wäre ein blendender Rhetoriker, aber ich sa-





**Norbert Andersch: Ich frage mich, was sich die Gewerkschaft davon erhofft, bei dem Gesetz oder in der Konzentrierten Aktion mitzuarbeiten, wo doch die Erfahrung lehrt, daß immer nur die eine Seite zahlt.**



ge, der ist ein rhetorischer Blender.

**Andersch:** Aber das ist doch klar, daß Demagogen es leichter haben. Ich meine etwas anderes. Es hat da jetzt in der Konzentrierten Aktion von seiten des DGB Vorschläge gegeben, eine Gesundheitsberichterstattung auf den Weg zu bringen, die auf parlamentarischer Ebene vorgelegt werden soll, wohl mit dem Hintergedanken, daß damit objektivierbare Daten vorliegen würden, anhand derer entschieden werden kann. Glaubt ihr ernsthaft, daß das die Entscheidungsmöglichkeiten verbessert?

**Kirch:** Nur wenn die Konzentrierte Aktion anders zusammengesetzt wäre. Bleibt es bei der jetzigen Konstruktion, wird das nicht möglich sein.

**Kasten:** Ich bin sehr für die Gesundheitsberichterstattung und plädiere sogar für eine kommunale Berichterstattung. Die Daten sind alle da. Es gibt Informationen in Hülle und Fülle über die Gesundheit in der Region, die Raum für die Interpretation von Risiken und Belastungen bieten. Die müßten öffentlich gemacht werden und den Entscheidungsgremien, die die kommunale Gesundheitsplanung machen,

zur Verfügung gestellt werden. Das ist eine Voraussetzung, daß die Ursachen stärker zum Gegenstand von Gesundheitspolitik würden.

**Andersch:** Wenn man es jetzt noch einmal auf die Konzentrierte Aktion bezieht, dann ist es aber meines Erachtens eine trügerische Hoffnung, daß das Vorlegen vermeintlich objektiver Daten etwas an den interessengebundenen Entscheidungen ändert.

**Kasten:** An den Interessen ändert das nichts. Aber es gibt eine Menge Entscheidungen, die ohne hinreichende Information getroffen werden. Wenn du keine Zahlen hast und keine Fakten, kannst du auch nicht gegen etwas argumentieren. Die einzelnen Vertreter behaupten irgend etwas, und du hast kein vorliegendes Material, auf das du zurückgreifen kannst. Im übrigen muß man natürlich die Beteiligung der Beschäftigten im Gesundheitswesen und der Versicherten an der Planung sicherstellen.

**Andersch:** Aber im Gesundheitsbereich ist es doch wirklich nicht das Problem, daß Datenmangel herrschen würde.

**Badziong:** Die Gesundheitsberichterstattung kann durchaus ein nützliches Instrument sein. Es kommt darauf an, wie man damit umgeht. Man kann Argumentationen damit erhärten. Ich denke da an die letzte Konzentrierte Aktion, wo einmal deutlich gemacht wurde, wieviel sogenannte fehlbelegte Betten von Pflegebedürftigen es in den Akutkrankenhäusern eigentlich gibt. Da hat sich gezeigt, daß die bisherige Annahme, es seien 100 000, sich überhaupt nicht aufrechterhalten läßt. Die Zahl wird sich vermutlich bei einem Drittel einpendeln, wobei auch deutlich wurde, daß da keine Leute liegen, die man mit dem Lasso ins Krankenhaus geholt hat, sondern solche, für die es keine alternativen Strukturen gibt. Man kann sich trefflich darüber streiten, ob es sinnvoll ist, sich überhaupt in die Konzentrierte Aktion reinzusetzen. Über eine Mitarbeit kann man sich nicht streiten, denn die ist, denke ich, unter den gegebenen Verhältnissen faktisch nicht möglich. Die Funktion des DGB in der Konzentrierten Aktion ist die, in diesem Gesamtkonzert zumindest zu sagen, wo es unserer Meinung nach hingehen soll.

**Beck:** Wenn man sich dort reinsetzt, dann müßte man der Öffentlichkeit auch sagen, was dort geschieht. Nämlich



**Norbert Badziong: Wir haben viele gute Vorschläge eingebracht, die sich in den Gutachten der Konzentrierten Aktion wiedergefunden haben. Will man auf diese Politik der kleinen Schritte verzichten oder nicht?**

lich, daß ihr auf das Geschehen keinen Einfluß habt, daß es unzumutbar ist, daß ihr dort mit vier Leuten einem derartigen Übergewicht der Anbieter gegenüber sitzt. Ihr müßt sagen, daß ihr dahingeht, weil ihr informiert werden wollt, aber daß das natürlich keine Mitarbeit ist, daß die Konzentrierte Aktion nichts ist als eine Lobby der Anbieter.

**Badziong:** Das tun wir ja auch. Wir haben uns in der Vergangenheit zu den jeweiligen Empfehlungen und Diskussionen sowohl in der Presse als auch in den internen Stellungnahmen sehr kritisch geäußert.

**Andersch:** Muß der DGB da sitzen, um das zu können? Das ist doch die Frage.

**Kirch:** Ich habe keine Probleme, da eine andere Antwort zu geben. Wir von der IG Metall halten bei der jetzigen Zusammensetzung der Konzentrierten Aktion gar nichts davon. Sie ist in dieser Form überflüssig, wie ein Kropf. Man kann sogar noch weitergehen, aber das ist keine offizielle Position. Ich würde mir da so etwas vorstellen

wie einen Bundesgesundheitsrat, der vom Parlament beauftragt wird, die Aufgaben zu übernehmen, die der Gesetzgeber einfach nicht mehr übernehmen kann. Ich mag ja da vielleicht manchem Unrecht tun, aber die Mitglieder des Deutschen Bundestags sind doch ebenso überfordert wie die Mitglieder des Bundeskabinetts, wenn es auf eine gesamtgesellschaftliche Orientierung ankommt. Das wäre ein völlig anderer Ansatz.

**Andersch:** Das ist aber aus den Darlegungen des DGB bisher nicht herausgekommen, daß die Gesundheitsberichterstattung eine andere Konzentrierte Aktion zur Voraussetzung hat, in der die großen Lobbies vielleicht nicht solch ein Übergewicht haben.

**Kirch:** Ich habe ja nun nicht geträumt. Es war das Ergebnis vieler Diskussionen im DGB, daß sich hier grundlegend etwas ändern muß. Nach meiner Einschätzung ist das auch herübergekommen. Aber laß mich noch einmal auf den Zusammenhang mit dem ersten Problemkomplex, der Strukturreform, kommen. Die Frage ist ja identisch. Was tue ich als Gewerkschaft in einer Situation, wo mir möglicherweise viele, viele Dinge stinken, sei es nun ein Gesetzesvorhaben oder sei es eine solche Zusammensetzung in der Konzentrierten Aktion. Da muß ich mir doch überlegen, nutze ich die noch so geringen Chancen aus, Einfluß zu nehmen, irgendwo noch etwas im Sinne meiner Interessenvertretung zu gestalten, auch wenn das im Ansatz zunächst hoffnungslos erscheinen mag.

**Andersch:** Aber da muß man sich doch die Frage stellen, ob die Vereinnahmung nicht größer ist als der Einfluß. Die Tatsache, daß der DGB dort mitarbeitet, suggeriert in der Öffentlichkeit, daß eine Art Konsens mit dieser Gesundheitspolitik besteht. Das kann man doch nicht leugnen.

**Badziong:** Wir haben viele, viele gute Vorschläge dort eingebracht, die sich in den letzten beiden Gutachten des Sachverständigenrats der Konzentrierten Aktion wiedergefunden haben. Da wirst du sehr staunen, denn da stehen Elemente drin, die wir schon vor langer Zeit so oder ähnlich in unserem Programm formuliert haben. Die Frage ist, ob man auf diese Politik der kleinen Schritte verzichten will oder nicht.

**Karsten:** Ich halte den Verweis auf das Sachverständigengutachten für nicht in Ordnung. Wenn du dir anguckst, was bei dem Gesetzentwurf zur Strukturreform daraus geworden ist, dann kannst du nur sagen: Die Position ist ignoriert worden. Auch von der Bundestagskommission sind ähnlich beachtenswerte Gutachten abgegeben worden, die auch keinen Einfluß hatten.

**Kirch:** Es bringt aber nichts, sich knatschig wie ein trotziges Kind in die Ecke zu stellen und zu sagen: „Nein, die ganze Richtung gefällt mir nicht.“ Die Verantwortung unseren Mitgliedern gegenüber verpflichtet uns dazu, ganz klar zu sagen, wofür wir sind und wie wir uns Gesundheitspolitik vorstellen.

**Andersch:** Ich nehme jetzt noch einmal Bezug auf das Strukturreformgesetz. Nach deiner Interpretation ist die Gewerkschaft mit ehrlicher Mühe in die Verhandlungen reingegangen und mit dem Vertrauen, daß ihr gegenüber ein Stück Anständigkeit an den Tag gelegt wird. Dann wird sie, wie du sagst, am Ende über den Löffel balbiert. Ist es dann knatschig zu sagen: „Also, liebe Freunde, bei dieser Art des Umgangs gehen wir aus einem Gremium heraus, das auf dem gleichen Grundprinzip basiert wie die Diskussion über das Strukturreformgesetz.“ Ich finde es überhaupt nicht knatschig, wenn man sagt, daß erarbeitete Voten nicht zur Grundlage der Entscheidungen gemacht werden, ja, nicht einmal zur Kenntnis genommen werden, daß man ständig über den Löffel balbiert wird und deswegen aus der Diskussion aussteigt.

**Kirch:** Bezogen auf die Konzentrierte Aktion habe ich dir ja schon vorhin Recht gegeben. Dennoch muß ich Norbert Badziong zustimmen. Man darf Chancen, die man bekommt, nicht auslassen. Dann muß man sich auch hinterher nicht vorwerfen lassen, man hätte doch die Möglichkeit gehabt, sich dort zu artikulieren.

**Andersch:** Ich danke euch für das Gespräch.



# Ehrlich färbt am längsten...

Kennen Sie diesen Satz „um“ Paul Ehrlich, den Begründer der modernen Chemotherapie und Immunitätswissenschaft? Sein Erfolg – und dieser Satz um ihn – zeigen, daß Paul Ehrlich in sich und um sich all das vereinigte, was zu effektivem wissenschaftlichen Arbeiten notwendige Voraussetzung ist: Schöpferisches, freies Denken, Präzision und Ausdauer und die positive Erwartungshaltung anderer – oder eines – Menschen. Er wurde für seine Leistung ausgezeichnet – mit dem Medizin-Nobelpreis des Jahres 1908. Trotzdem war an deutschen Universitäten kein Lehrstuhl für ihn frei.

Bernt Engelmann zieht die historischen Fäden des Antisemitismus und berichtet ausführlich über die Sonderstellung jüdischer Mediziner, die sich schon im Mittelalter abzeichnete. Er zeigt, daß gerade in dieser Disziplin die Begabung jüdischer Forscher auffallend war – was sich auch in der Zahl der Nobelpreise darstellt. Und wir erfahren, daß sogar heute noch unsere „heimischen“ Nachschlagewerke Antisemitismus pflegen, indem sie jüdische Koryphäen etwa zur Hälfte „unterschlagen“.

Was haben die Deutschen sich selbst angetan, als sie 1933 nicht den klaren, sondern den lauten Stimmen folgten? Wieviele brennende, wieviele spannende Fragen wären schon gelöst? Welches wissenschaftliche Cross-over haben wir verhindert, indem wir so zahlreiche offene Geister vertrieben oder ausgelöscht haben? Und wie demokratisch wäre unser Gesundheitswesen heute, wenn wir mehr forschende Vorbilder hätten, deren Motive mehr auf das Sammeln wissenschaftlichen Materials, als auf das von Materie gerichtet wäre.

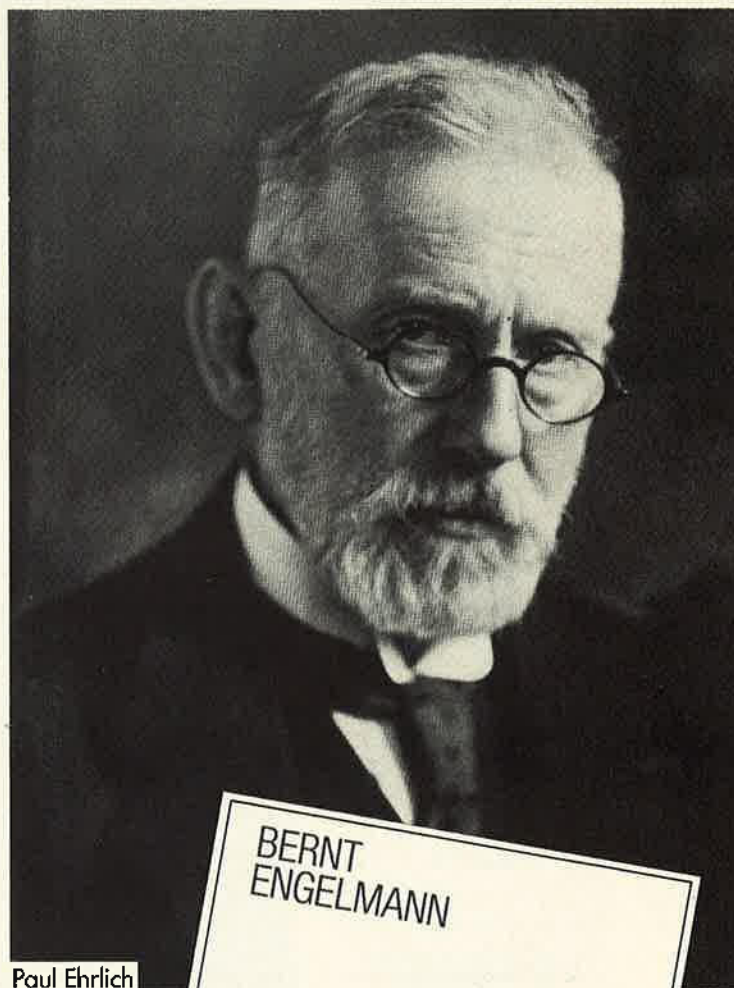
Bernt Engelmann hat aus der Verfolgung der Juden eine Bilanz gezogen, für die Deutschen!

Bernt Engelmann  
**DEUTSCHLAND OHNE JUDEN**

Eine Bilanz  
Völlig überarbeitete Neuauflage  
494 Seiten, Leinen mit  
Schutzumschlag, DM 38,-

Eine Bilanz, die selbstverständlicher Bestandteil jeder privaten und öffentlichen Bibliothek sein sollte.

Dieses Buch ist gleichzeitig in beiden deutschen Staaten erschienen.



Paul Ehrlich



Unsere Bücher  
sind Lebens-Mittel.

**PAHL-RUGENSTEIN**

# Wenn's ums Geld geht.

**Marionetten in der Berliner Ärztekammer?**

**Der böse Ellis Huber. Hat der doch glatt gesagt, daß immer weniger Ärzte „fast wie Marionetten“ der Pharmaindustrie funktionieren wollen. Gemein. Udo Schagen kommentiert**

**Udo Schagen ist Sprecher der Fraktion Gesundheit in der Ärztekammer Berlin**



Foto: Linie 4

Ein Jahr ist nunmehr Ellis Huber Präsident der Berliner Ärztekammer. Und wer die erste Sitzung der Delegiertenversammlung in diesem Jahr verfolgt hat, könnte glatt meinen, das Konzept Hubers sei aufgegangen, alle in der Kammer vertretenen Listen für eine neue Gesundheitspolitik im Interesse der Patienten zu gewinnen: Sämtliche Beschlüsse wurden einstimmig gefaßt. Im vergangenen Jahr sah es ähnlich aus. In den acht Sitzungen, die 1987 stattfanden, kam es an ganzen drei Punkten zum Streit zwischen der neuen Mehrheit und den nicht mehr im Vorstand vertretenen Listen der Chef- und der Fachärzte. Heile Welt in der Berliner Ärztekammer?

Wohl kaum, denn gestritten wurde über all das, was den konservativen Standesvertretern heilig und teuer ist: Das Ansehen der Chefs, das Geld und das Verhältnis zur Pharmaindustrie. Provoziert fühlte sich die Liste der



Chefärzte durch das Ansinnen, Assistenzärzte, die ihre Weiterbildung abgeschlossen hatten, um eine Bewertung der absolvierten Prüfungen zu bitten. Nach chefärztlichem (Miß)Verständnis ein Aufruf zur Denunziation.

Die Neuregelung der Kammerbeiträge mochte auch nicht gefallen. Steigen doch nun wie bei den meisten Kammern die Beiträge auch noch bei den höheren Einkünften. Obwohl es nur um Promille-Sätze ging, man ließ und läßt sich halt nicht gerne was wegnehmen. Und zu weit ging schließlich der konservativen Opposition schon der erste Schritt, die Interessen von Ärzteschaft und Pharmaindustrie deutlicher zu trennen: Die Pharmawerbung sollte nach Meinung der Kammermehrheit zumindest von der Titelseite ihres Blattes verschwinden. Ob der Einnahmenschwund im Wirtschaftsplan der Ärztekammer der einzige Grund für den – allerdings vergeblichen – Proteststurm war?

Kurz vor dem Ärztetag jedenfalls war die Opposition der „Gemeinsamkeiten“ überdrüssig, zumal ihr Ansehen bei den westdeutschen Ständes- und Verbandsfunktionären allmählich einer Politur bedurfte. Ein Abwahlantrag gegen Ellis Huber erhielt die notwendigen zehn Unterschriften. Stein des Anstoßes: Äußerungen des Kammerpräsidenten zum Verhältnis von Ärzten und Pharmaindustrie. In einem Fernsehinterview hatte er kritisiert, daß es den Pharmaherstellern möglich sei, durch ihre Öffentlichkeitsarbeit eine bestimmte Verschreibungspraxis aufrecht zu erhalten, die die überflüssige Ausgabe von zehn Milliarden Mark für Arzneimittel verursache. Immer weniger Ärzte seien bereit, „fast wie Marionetten“ der Pharmaindustrie zu funktionieren. Huber habe damit die ärztlichen Kollegen beleidigt, begründeten die Zehn ihren Abwahlantrag.

Wie das Schicksal so will, zur gleichen Zeit flatterte den Berliner Nervenärzten ein Schreiben der Spitze ihres regionalen Berufsverbandes auf den Tisch. Aufgerufen wird darin zum Boykott der Beitragszahlung an die Kammer. Eine Novität in der jüngeren deutschen Geschichte, daß ein konservativer Facharztverband zum Beitragsboykott gegen eine gesetzlich verankerte Körperschaft aufruft. Aber irgendwann ist immer das erste Mal, wird sich vielleicht der Vorstand des Verbandes gedacht haben, der – welch Zufall – auch persönlich eng mit der oppositionellen Facharztliste verbunden ist.

Wer nun meint, ein Schreiben der Berliner Berufsverbandsspitze an seine Berliner Kolleginnen und Kollegen müsse doch eigentlich aus Berlin kommen, darf sich wundern: Die Post kam aus Neuss. „Janssen forscht für den therapeutischen Fortschritt“, so die Aufschrift des Freistemplers. Umbenannt hatte sich der Fachverband nicht. Absender war – Raiffeisenstraße 8,



Postfach 210440,  
4040 Neuss 21 (Rosen-  
sellen) – die Janssen GmbH, ein Pharmaunternehmen,

das mit sechs verschiedenen Psychopharmaka gut auf dem von Nervenärzten wesentlich bestimmten Markt vertreten ist. Hier wäre es allerdings beleidigend, einen Zusammenhang zwischen diesen Psychopharmaka und der in dem Schreiben monierten „Gleichgültigkeit und mangelnden Wachsamkeit“ der Berliner Kammeropposition konstruieren zu wollen.

Und daß die Versendung aus Neuss um 30 Pfennige pro Brief teurer ist, als im innerberliner Postverkehr, dürfte

**Die Spitze des  
Berliner Berufs-  
verbandes der  
Nervenärzte  
fordert per  
Brief zum  
Beitrags-  
boykott auf.**

**Die Postgebühr zahlte die  
Janssen GmbH, ein Pharma-  
Unternehmen**

nur kleingeistige Kritiker stören. Auf die Pfennige kommt es ja nicht an, wo die international renommierte westdeutsche Pharmaindustrie gerade das unzumutbare Ansinnen Blüms abgewehrt hat: Dank der Koalitionsgespräche ist von einem Solidarbeitrag der Arzneimittelhersteller bei der Strukturreform keine Rede mehr.

Politik ist halt dort am schwierigsten, wo es ums Geld geht. Vor allem wenn es denen weggenommen werden soll, die am meisten haben.

Anzeige



**Dr. Liesel  
Hartenstein**  
MDB SPD,  
Mitglied im Beirat der  
VERBRAUCHER  
INITIATIVE

**„Die Wegwerfgesell-  
schaft ist in eine  
Sackgasse geraten.“**

**Wachsende Müllberge machen das Dilemma deutlich: Ohne eine grundlegende Änderung unseres Umgangs mit Abfallstoffen, ohne die Aufgabe unserer Ex und Hopp Mentalität ist keine Lösung möglich.“**

*L. H. Hartenstein*

Dr. Liesel Hartenstein

Ausschneiden und einschicken:

- ☐ Ich möchte mehr wissen. Bitte schicken Sie mir das **„Infopaket für umweltbewußte Verbraucher“**. 3,-DM in Briefmarken habe ich beigelegt.
- ☐ Ich möchte Mitglied der **VERBRAUCHER INITIATIVE** werden. Mein Jahresbeitrag beträgt .....(mind.60,-, Beiträge und Spenden sind steuerlich absetzbar)
- ☐ Verrech. - Scheck liegt bei.

**Die  
Verbraucher  
Initiative**

Breite Straße 51  
53 Bonn 1  
0228 / 65 90 44



# Oświęcim – Auschwitz

Ein Besuch im März 1988



**D**er D-Zug von Köln nach Krakau fährt täglich. Jeden Abend fährt er in Köln ab – wir steigen eines Nachts um 2.31 Uhr in Hannover zu., und knapp vierundzwanzig Stunden später ist er in Krakau. „Finish! Kraków!“, sagt der Eisenbahner, der unsere Abteiltür aufreißt. Wir waren dann doch eher am Ziel, als wir dachten.

Akzent-Touristik in Hamburg organisiert Privatreisen nach Polen. Sogar das Leihauto wurde von Hamburg aus vorbestellt; es brauchte nur noch in der Koniewa 9 abgeholt zu werden. Dann durchfahren wir das Weichselthal westwärts; durch kleine Bauerndörfer hindurch und vorbei an vielen Pferdewagen. Knapp sechzig Kilometer von Krakau entfernt liegt Oświęcim (Auschwitz) – dahin wollen wir.

Merkwürdig, als zum ersten Mal der Wegweiser „Oświęcim“ auftaucht. Ein Schild mit dem Namen eines Ortes – wie es x-beliebige Schilder und Orte auf der Welt gibt – und doch soviel mehr: ein Symbol des Grauens.

Am Rande der Stadt, südlich, liegt das ehemalige Hauptlager Auschwitz I – erhalten als Museum für alle Zeiten. An der Kasse gibt es den Führer durch das Lager nicht auf deutsch; der Film über die Befreiung des Lagers wird fast stündlich gezeigt – heute aber auch nicht auf deutsch. Ist denn kein Bedarf an deutscher Sprache da? Wird diese Stätte denn nicht von Deutschen besucht?

Die deutsche Sprache ist hier Erinnerung an das Grauen; für die Gegenwart hat sie keine Bedeutung. Da stehen noch die Schilder vor dem Stacheldraht mit der Aufforderung „Halt!“. Wir durchschreiten das Tor mit der Überschrift „Arbeit macht frei“. Im Waschsaal die Sprüche an der Wand „Beim Waschen Hemd runter!“. Die Dokumente unter Glas sind (natürlich!) auf deutsch – aber die Erklärungen dazu in anderen Sprachen: in polnisch, englisch und französisch.

Größer hatte ich mir dieses Lager vorgestellt. Die Backstein-Blocks ste-

hen doch sehr eng zusammen. Auf so kleinem Raum erfolgten also die Greueltaten. Und da stehen sie nun, die Blocks mit den einzelnen Nummern: Block 10, Block 11, Block 20 ..., die aus den Berichten der Überlebenden bekannt sind.

Block 11 war der Todesblock mit dem Bunker. Hier sind die engen Zellen, in denen Häftlinge eingesperrt wurden und erstickten. „Es war eine schreckliche Nacht“, berichtete ein Überlebender, „wenn man hörte, wie die Kameraden um Hilfe baten, wenn man das Geräusch hörte, wenn sie nach Luft schnappten wie ein Fisch, den man aus dem Wasser genommen hat, und keiner konnte dem anderen helfen, und als man selbst spürte, daß man keine Luft mehr bekam ... bis man schließlich das Bewußtsein verlor.“

Zwischen Block 10 und Block 11 war die Todeswand; hier wurden mehrere Tausend Häftlinge erschossen. „Die zum Tode verurteilten Häftlinge wurden über die bevorstehende Urteilsvollstreckung unterrichtet und aus dem Bunker in den Waschraum geführt, wo sie sich nackt ausziehen mußten, dann wurde ihnen mit Kopierstift die Häftlingsnummer auf die Brust geschrieben ... Die Mehrheit der Verurteilten trat mit letzter Anstrengung vor die sogenannte schwarze Wand im Hof von Block 11 ...“

In Block 10 fanden die Sterilisationsversuche von Clauberg statt. Von August 1942 bis zum Jahre 1944 sterilisierte Clauberg hier in seinem „Reichsforschungsinstitut für Fortpflanzungsbiologie“ Frauen mittels Formalin-Einspritzungen in die Gebärmutter. Bisweilen drang die eingespritzte Flüssigkeit bis in das Ende der Eileiter, in mehreren Fällen sogar bis in die Bauchhöhle. „All diese Mädchen bluteten aus den Geschlechtsteilen und hatten solche Schmerzen ...“ Anschließend wurden die Eileiterverklebungen radiologisch gesichert.

Block 20 gehörte zum Häftlingskrankenbau. In Block 20 „wollte Dr. Entreß feststellen, wie lange nach einer Fleckfiebererkrankung noch eine Ansteckungsmöglichkeit durch Blut gegeben ist. Kranken wurde am fünften, sechsten, siebten oder achten Tag des Fiebers Blut entnommen und dieses Gesunden injiziert ... zwei holländische Juden, die im Gefolge dieser Experimente erkrankt waren, wurden ... mittels Phenolinjektionen getötet“, schrieb ein ehemaliger polnischer Häftlings-Pfleger. Die Tötungen durch Phenol fanden ebenfalls im Block 20 statt. „Ein lautes „Achtung!“ kündigte den Beginn der Exekution an.“ – „Bei den Exekutionen wurde so verfahren, daß die Verurteilten einzeln oder zu zweit in den Mordraum geführt wurden. Das Opfer mußte sich auf einen Hocker setzen und einen Arm auf den Nacken, den anderen unter das Schulterblatt legen, damit sich der Brustkorb vorwölbt.“



te. Das Einstechen der langen Punktionsnadel zwischen der fünften und der sechsten Rippe links von der mittleren Schlüsselbeinlinie und das Einführen mehrerer Kubikzentimeter Phenol ging bei etwas Übung schnell. Drei in einer Minute. Zumist war nicht einmal ein Stöhnen zu hören ...“

Rund drei Kilometer vom Hauptlager liegt das ehemalige Vernichtungslager Birkenau (Brzezinka). Ein polnischer Führer bringt uns dorthin. Inzwischen hat es zu regnen angefangen, und wir gehen durch den klebrigen Matsch. Ich erinnere mich an Primo Levi, der schrieb: „Und bei jedem Schritt spüre ich, wie mir die Schuhe vom gierigen Schlamm angesogen werden, von die-

sem allgegenwärtigen polnischen Schlamm, dessen monotone Scheußlichkeit unsere Tage ausfüllt ...“

Birkenau. Das längliche Backsteingebäude mit dem Tor für die Durchfahrt der Eisenbahnzüge. Und dann die Rampe, an der die Ärzte die „Selektionen“ vornahmen. Ich hatte vorher keine Vorstellung von der Entfernung zwischen Rampe und Gaskammern.

„Da die Transporte stets während der Dunkelheit ankamen, wurde der Sanitätskraftwagen an einer gut sichtbaren, durch Scheinwerfer beleuchteten Stelle abgestellt, um den Deportierten vorzutäuschen, daß für ärztliche Betreuung gesorgt sei ... Die für die

Vernichtung ausgewählten Opfer wurden auf Lkw geladen und von der alten Rampe zur ‚Sauna‘ gefahren ...“ Die ‚Sauna‘ war ein als Bad getarntes Bauernhaus am Ende des Lagerbereichs, das zunächst als Gaskammer diente. Später erst wurden die vier Krematorien gebaut, in denen Gaskammern und Öfen unter einem Dach waren. Die Deutschen sprengten sie vor dem Verlassen des Lagers; nur die Ruinen stehen heute noch.

Hier an der Rampe standen sie also: Josef Mengele, Horst Fischer und die anderen. Die Alten, Kranken, Schwachen und Schwangeren schickten sie ins Feuer, die arbeitsfähigen Frauen links von der Rampe ins Frauenlager und die Männer rechts von der Rampe ins Männerlager. Hier lebten die Häftlinge in Pferdeställen, die für 52 Pferde gedacht waren, „in denen aber nur mit kleinsten Veränderungen sogar bis zu 1000 Häftlinge untergebracht wurden“. In einem dieser Pferdeställe wieder Deutsches am Gebäck: „Eine Laus – Dein Tod!“ Und: „Im Block Mützen ab.“

Die Verbrennungen der Leichen seien weithin sichtbar gewesen, schrieb Rudolf Höß, der Lagerkommandant, in seinen Aufzeichnungen, die er im polnischen Gefängnis machte. (Ein Teil seines Tagebuchs – in korrekter Orthografie und Grammatik – ist im Hauptlager unter Glas zu sehen.) „Bei schlechtem Wetter oder starkem Wind trieb der Verbrennungsgeruch viele Kilometer weit und führte dazu, daß die ganze umwohnende Bevölkerung von den Juden-Verbrennungen sprach ...“

Aber nach Kriegsende taten immer noch einige Ärzte so, als hätten sie von nichts gewußt. Im Nürnberger IG Farben-Prozess berichtete der Betriebsarzt des Auschwitz IG Farben-Werks, „von Folterungen der Häftlinge oder einem Massensterben ist mir nichts bekannt. Ich wußte nichts von den Selektionen, die dort zur Ausrottung von Häftlingen vorgenommen worden seien.“ Er fragte Dr. Entress und Dr. Fischer (also kannten sich doch alle?); aber angeblich erfuhr er von ihnen nichts. Und dies, obwohl der „SS-Standortarzt zu allen Konzernen und Betrieben, in denen Häftlinge arbeiteten, ständige Verbindung zu halten hatte.“ –

Der Zug, der uns in die Bundesrepublik zurückbringt, fährt frühmorgens um 7.30 Uhr in Krakau ab. Über Katowice, Wrocław, Dresden, Leipzig, Magdeburg ... In unserem Abteil sitzt eine Polin. An der Grenze sehe ich in ihren aufgeschlagenen Paß: Sie ist 1939 geboren, im Jahr des Überfalls auf Polen durch die Deutschen. Die ersten sechs Jahre ihres Lebens hat sie unter deutscher Besatzung zugebracht. – Sie gibt uns von ihrem heißen, gezuckerten Tee ab und bietet uns süße polnische Kuchen an.

Gine Elsner ist Professorin für Arbeitsmedizin an der Universität Bremen

Gine Elsner



**Die deutsche Sprache ist hier Erinnerung an das Grauen. Für die Gegenwart hat sie keine Bedeutung. Es scheint keinen Bedarf für einen deutschsprachigen Führer, für eine deutschsprachige Fassung der Filme zu geben**

# Totalausfall

## Zur gesundheitlichen Versorgung im Libanon

**4300** Libanesische Lira (LL) erhalten Arbeiter und Angestellte als gesetzlich festgelegten Mindestlohn. Wenn sie nicht zu den offiziell geschätzten 40 Prozent der Arbeitslosen gehören. Allein für den Kauf des billigsten Medikaments müssen 500 LL auf den Tisch gelegt werden. Unter 2000 LL ist der Rat eines privaten Facharztes nicht zu haben, und bei einer Operation in einem privaten Krankenhaus sind schnell 100 000 LL zu zahlen, mehr als das Zwanzigfache eines Monatsgehalts.

Und an private Ärzte müssen sich mittlerweile viele Libanesen wenden, denn die medizinische Versorgung liegt weitgehend in privater Hand. Für die Versorgung von 700 000 Einwohnern stehen rein statistisch gerade ein bis zwei staatliche Krankenhäuser zur Verfügung. Verschärft wird die Situation durch die mangelnde Absicherung des Krankheitsrisikos. Gerade 20 Prozent der Libanesen sind krankenversichert, und diejenigen, die in der Landwirtschaft arbeiten, haben ohnehin keine Versicherung.

Durch den finanziellen Ruin des Staates ist selbst diese kümmerliche öffentliche Krankenversorgung nicht mehr aufrecht zu erhalten, zumal der größte Teil des bescheidenen Gesundheitsetats in den privaten Sektor fließt. Vom Rest können heute im gesamten Libanon gerade noch zwei halbwegs funktionierende staatliche Krankenhäuser am Leben erhalten werden.

Die Behandlung in diesen Häusern wird für die vielen Libanesen, die auf diese billigere Versorgung angewiesen sind, häufig zum Alptraum. Unter Umständen werden sie bereits an der Pforte abgewiesen, weil die nötigen Medikamente und Apparate zur Behandlung fehlen. Wie im Krankenhaus von Tyros, in dem keine Operationen mehr durchgeführt werden konnten, da entsprechende Anästhesiemittel nicht vorhanden waren. Verwandte oder Bekannte müssen die aufgenommenen Patienten mit den täglichen Mahlzeiten versorgen, die erhaltenen Medikamente müssen selbst gezahlt werden. Die Motivation des Pflegepersonals ist gering, denn ihre Gehälter erreichen nicht einmal das vom Staat festgesetzte Minimum. Und die Ärzte halten sich nicht an die offiziellen Dienstzeiten, da sie wegen der schlechten Bezahlung nebenbei in privaten Praxen arbeiten.

1984 wurden in Beirut weniger als ein Prozent aller Krankenhauspatienten in ein staatliches Haus eingeliefert.

**Bis in die siebziger Jahre hatte der Libanon als Finanz- und Handelszentrum, aber auch wegen seines hochentwickelten staatlichen Gesundheitssystems eine Vorreiterrolle in der arabischen Welt. Der Bürgerkrieg und die israelische Invasion 1982 haben den Staat zu einer bloßen Attrappe werden lassen, das Gesundheitssystem ist ausgefallen.**

Die öffentliche Gesundheitsfürsorge hat faktisch aufgehört zu existieren.

Die medizinische Versorgung der Libanesen verschlechtert sich außerdem durch die zunehmende Flucht der Ärzte. 55 Prozent von ihnen haben bereits das Land verlassen, aus politischen Gründen, aber auch, weil es nicht mehr so viel wie früher zu verdienen gibt. Besonders gravierend wirkt sich dies auf die unterentwickelten ländlichen Gebiete wie den Süden Libanons und die Bekaa-Ebene aus, denn bereits vorher hatte es die Ärzte ins Zentrum, nach Beirut gezogen.

Im November vergangenen Jahres schrieb die saudische Zeitung „Asch-Scharik al-Ausat“ über die drohende Schließung der amerikanischen Universitätsklinik, des größten und bekanntesten Krankenhauses Beiruts. Der Grund: Mangel an qualifiziertem Pflegepersonal. Nicht nur wegen der unzureichenden Bezahlung lief das Personal davon. Auf dem Höhepunkt der Kämpfe im letzten Jahr kam es auf den Krankenhausfluren zu Schießereien zwischen den verfeindeten Gruppen. Ärzte wurden, wie die „Jordan Times“ berichtete, mit vorgehaltener Pistole zur Operation gezwungen und mit der Erschießung bedroht, falls der Patient sterben sollte.

Abenteuerlich ist auch die Versorgung mit Medikamenten. Und dies liegt nicht allein daran, daß nur sechs Prozent aller Arzneimittel im Land selbst produziert werden. Pharmazeutische Produkte sind mittlerweile zu reinen Spekulationsobjekten geworden. Die Zahl der Importeure geht in die Hunderte und ist nicht genau bestimmbar, da viele von ihnen ohne Lizenz handeln. Neben den „legal“ eingeführten Produkten erreicht ein Drittel aller Medikamente den Libanon auf dem

Schmuggelweg. Zu dieser Importmafia gesellt sich zusätzlich eine wachsende Apothekermafia.

Seit 1980 gibt es einen Boom illegaler Apotheken, deren Zahl sich bis heute vervielfacht hat. 60 Prozent aller „Apotheker“ arbeiten ohne Lizenz. Fachliche Beratung findet nicht statt, Antibiotika werden wie Süßigkeiten verschachert. Manipulationen des Produkts, Fälschung des Verfallsdatums und Änderung der Verpackung, um Markenartikel vorzutäuschen sowie die künstliche Verknappung des Angebots sind beliebte Methoden, um kräftige Gewinne zu machen. Bei der Preisfestsetzung werden überhöhte Importpreise zugrunde gelegt, die zudem an den täglichen Währungsverfall angepaßt werden. Die Zeche zahlen die Endverbraucher. Allein im Jahr 1987 mußten sie bei Medikamenten Preissteigerungen von bis zu 600 Prozent in Kauf nehmen.

Zahlreiche nichtstaatliche Organisationen aus dem gesamten politischen und gesellschaftlichen Spektrum des Landes versuchen, den Mißstand zu bekämpfen und eine eigene medizinische Infrastruktur aufzubauen. Alle größeren Milizen haben ein eigenes Gesundheitssystem zur kostenlosen Versorgung ihrer Mitglieder geschaffen. Daneben bestehen Einrichtungen anderer Organisationen, die im Prinzip allen Libanesen offenstehen und deren Leistungen erschwinglich sind. Dazu zählt auch der 1968 gegründete „Palästinensische Rote Halbmond“ (PRCS), das quasi offizielle Gesundheitsministerium der PLO.

Der PRCS unterhielt im Libanon ein relativ gut funktionierendes Gesundheitssystem mit 11 Krankenhäusern, die insgesamt 700 Betten hatten sowie 60 kleinere Kliniken. Bis zur israeli-



schen Invasion 1982. In Folge des Einmarsches und im Verlauf der bis heute andauernden Lagerkriege wurden viele dieser Einrichtungen zerstört: 1982 wurde das damals größte Krankenhaus des PRCS, das Gaza-Krankenhaus im Flüchtlingslager Sabra in Beirut teilweise zerstört, ebenso das Schatila-Krankenhaus im Lager Bourj el Barajneh im Süden Beiruts. Im Südlibanon, wo der PRCS hauptsächlich ambulante Stationen unterhielt, ist die Arbeit aufgrund der Auseinandersetzungen mit der Amal-Miliz inzwischen völlig zum Erliegen gekommen.

Neben den nationalen Organisationen beteiligen sich auch die Hilfsorganisation der Vereinten Nationen für palästinensische Flüchtlinge, UNRWA, und „medico international“ an der medizinische Versorgung des Landes. All diese Gruppen können aber nur einen geringen Teil dessen leisten, was eigentlich erforderlich wäre. Der Totalausfall des Staates läßt sich durch Hilfsorganisationen nicht ausgleichen. Schwerpunkte ihrer Arbeit sind Operationen, ambulante Behandlung und die Ausgabe von Medikamenten. Zu kurz kommen Vorsorge, Impfung und Aufklärung, Bereiche, die im gesamten Libanon im argen liegen.

Solche präventiven Maßnahmen wären für eine effektive Gesundheitsversorgung des Landes dringend erforderlich. Die meisten Einwohner der Städte und Dörfer leben in unzumutbaren hygienischen Verhältnissen. Viele Libanesen und Palästinenser befinden sich auf der Flucht oder suchen Ausweichquartiere bei Verwandten oder Bekannten, weil ihre Wohnungen zerstört sind. Die Quartiere, in denen sie unterkommen, sind überbelegt, die noch vorhandenen sanitären Anlagen völlig überlastet. „Die Müllberge türmen sich auf, und die Abwässer fließen überall. Viele leiden unter Übelkeit, Typhus und Hautkrankheiten“, beschrieben die Bewohner von Schatila die Zustände in ihrem Aufruf an den Generalsekretär der Vereinten Nationen. Zustände, die auch für zahlreiche andere Wohngebiete gelten.

So gut wie keine Betreuung erfahren die Körperbehinderten, nach einer Studie der libanesischen Hilfsorganisation „Amel“ sind dies zwischen 150 000 und 200 000 Personen, etwa sechs Prozent der Gesamtbevölkerung. Dabei sind in diesen Zahlen die Opfer der Kämpfe seit 1985 noch nicht erfaßt. 90 bis 95 Prozent der Körperbehinderten leben, wie „Amel“ feststellte, ohne jegliche medizinische Betreuung bei ihren Familien. Ungelöst ist auch das Problem der psychischen Schäden infolge des Krieges. Eine von den Golfstaaten finanzierte Studie der Unicef von 1984/85 geht davon aus, daß mehr als die Hälfte der libanesischen Kinder psychische Schäden durch den Bürgerkrieg davongetragen haben. Eine Behandlung wird kaum stattfinden können. Im ganzen Libanon gibt es nur 25 Psychia-

Foto (2): Medico



Eine Station der libanesischen Hilfsorganisation AMEL



Die Einrichtungen des palästinensischen Roten Halbmonds standen allen Libanesen offen. Bis sie zerstört wurden.

ter, von denen nur einer Spezialist für Kinder ist.

Das Prinzip von Angebot und Nachfrage ist als Grundlage für das libanesisches Gesundheitssystem untauglich. Eine Lösung des medizinischen Traumas kann sich nicht auf das Kurieren einiger Mängel beschränken; auf der Ebene der Gesundheitsversorgung ist es mit einer bloßen Bereitstellung von

Operationsmöglichkeiten und Medikamentenversorgung nicht getan. Gefragt sind umfassende Maßnahmen auf dem Gebiet der Gesundheitsvorsorge. Die Grundvoraussetzung dafür liegt allerdings in weiter Ferne: Die primär politische Entscheidung, den libanesischen Staat wieder aufzurichten, scheint unter den derzeitigen Verhältnissen weiterhin auf seine Verwirklichung zu warten.

Karim El-Gawhary, Michael Förderer, Wolfgang Steinke



**Ingo Braun**  
**Computer oder Intimi-**  
**tät. Der Baby-**  
**Computer. Eine**  
**techniksoziologische**  
**Fallstudie.**  
**Berlin 1987, 119 Seiten,**  
**19,80 Mark**

Bereits ein Jahr nach seiner Einführung hat ein neuer „Baby-Computer“, der in West-Berlin entwickelt wurde und hergestellt wird, die Ehre einer wissenschaftlichen Buchpublikation erfahren. Es handelt sich um eine sozialwissenschaftliche Untersuchung aus dem Forschungsschwerpunkt Umweltpolitik des Wissenschaftszentrums Berlin für Sozialforschung. Obwohl es sich dieses Buch nicht zur Aufgabe macht, die Funktionstüchtigkeit dieses Gerätes zu beurteilen, wird es doch durchweg als eine brauchbare, älteren Geräten überlegene Neuentwicklung, ja geradezu als ein Durchbruch in der körperbezogenen Anwendung von Elektronik („elektronisches Body-Management“) angesehen.

Worin sieht der Autor die Bedeutung dieser Entwicklung? „Gegenüber der bislang im Alltagsleben vorherrschenden chemischen Körpertechnik (vom Aspirin bis zu den verdauungsfördernden Medikamenten) marschiert eine Gerätetechnik der Fühler und Sensoren an der Körperperipherie auf, die sich in respektvoller Distanz zum direkten Eingriff in das Körperinnenleben (nicht jedoch zum physischen Innenleben) hält.“ Speziell interessant an dem behandelten Gerät ist, daß es „als Körpermanagement-Instrument in einem höchst inti-

men, bislang von Technik weitgehend verschonten Reservat des Privaten eingesetzt wird“. Eine damit verbundene Ambivalenz besteht darin, daß der Wunsch nach „natürlicher Lebensführung“, also weg von Pille und Spirale, geradewegs zu einem Produkt fortgeschrittener elektronischer Technik und damit in eine neue Abhängigkeit führt.

Wenn man über einen neuen Gegenstand ein Buch schreibt, muß man diesen, so sollte man meinen, für ausreichend wichtig halten. Der Leser darf sich aber die Frage stellen, ob das denn wirklich alles so neu und einzigartig ist. Dieses Gerät, seine uneingeschränkte Funktionsfähigkeit einmal vorausgesetzt, erleichtert die Anwendung der bekannten Basaltemperatur-Methode, indem es die Messung, Speicherung und systematische Auswertung viel bequemer macht. Für die Brauchbarkeit der Temperaturmethode ist „stete Lebensführung“ vorausgesetzt. Daran kann dieses Gerät nichts ändern, weshalb es etwa auch für Schichtarbeiterinnen und Frauen, die öfter reisen, nicht zu brauchen ist. Auch kommt die Methode nicht für alle Altersgruppen in Frage und nicht bei einer Reihe von Erkrankungen. Zur Verhütung angewandt, macht auch dieses Gerät „periodische Abstinenz“ oder die Kombination mit anderen Mitteln erforderlich.

Der Autor spricht durchgängig von einem „medizinischen“ Gerät. Diese Zuordnung zum Bereich der Medizin ist keineswegs zwingend, was man schon daran sieht, daß nicht das Bundesgesundheitsamt, sondern allenfalls der Technische Überwachungsverein für die Zulassung solcher Geräte zuständig ist. Die Gleichsetzung von „Körperfunktionen betreffend“ mit „medizinisch“ leistet jedenfalls einer fragwürdigen Expertokratie Vorschub. Familienplanung ist keineswegs in erster Linie eine medizinische Veranstaltung. Und eines der möglichen Vorteile des „Baby-Computers“ könnte gerade darin gesehen werden, Fertilitätskontrolle vom Medizinbetrieb einen Schritt weit unabhängiger zu machen.

Jürgen Heinrichs

Mit freundlicher Genehmigung  
 des G. Holtzmeier Verlags



**Rainer Osnowski**  
**(Hrsg.)**  
**Menschenversuche:**  
**Wahnsinn und**  
**Wirklichkeit, Köln 1988.**  
**Kölner Volksblatt**  
**Verlag, 173 Seiten,**  
**22 Mark**

Zwangssterilisation, Sterbehilfe, eugenische Indikation – an immer weiteren ethischen Problemen wird offensichtlich, daß wir sie ohne eine Reflexion der Vergangenheit nicht werden bewältigen können. Dort, wo sich Menschen der Diskussion über die „roten Fäden“, die sich in die Gegenwart erstrecken, stellen, wird präziser gefragt und kann präziser geantwortet werden. Solche Antworten haben die Autoren des Buches „Menschenversuche: Wahnsinn und Wirklichkeit“ gegeben, indem sie eine Linie von der reduktionistischen naturwissenschaftlichen Medizin seit der Aufklärung über die Menschenversuche der nationalsozialistischen Ärzte bis hin zu den Übungen der In-vitro-Fertilisation und Gen-Ingenieure gezogen haben.

„Vergangenheitsbewältigung“ in der Bundesrepublik heißt in der Regel, sich zu distanzieren, hilflos zu fragen „Wie konnte so etwas geschehen?“ Erst letztlich wieder führte die Bundesärztekammer vor, welche Zynismen dabei herauskommen, wenn das, was Ärzte im Nationalsozialismus getan haben, als Einzelfälle, Auswüchse abgetan werden. Doch liest man die Protokolle der Nürnberger Prozesse, fällt merkwürdig auf, wie sehr sich die Täter in Einklang mit dem nicht nur in Deutschland herrschenden Wissenschaftsbetrieb fühlten und fühlen konnten. Wie Friedrich Hansen in seinem Artikel über die

Nürnberger Prozesse nachweist, machten die westalliierten Sieger, noch während die Verhandlungen in Nürnberg liefen, Jagd auf die Resultate der KZ-Experimente – vom Meskalin-Verhörversuch bis zu den Höhenflugversuchen – um sie für eigenen Zwecke zu verwenden. Noch während der Prozesse schlossen amerikanische Forscher mit nationalsozialistischer Wissenschaftsprominenz die Dokumentation der deutschen Flugmedizinischen Forschung – des wichtigsten Trägers der Menschenversuche – für die US-Luftwaffe ab.

„Heilen und Vernichten“ waren die Funktionen der nationalsozialistischen Medizin. Daß die Vernichtung „lebensunwerten Lebens“ und die Förderung „erwünschten Lebens“ auch die Leitgedanken der Gen- und Fortpflanzungstechnologien sind, zeigen die Aufsätze über heutige Menschenversuche. Nur sei das Gefühl, ein unendlich heißes Eisen anzufassen, so Heidrun Kaupen-Haas in ihrem Aufsatz über die „Nationalsozialistischen Fundamente in der internationalen Konzeption der modernen Geburtshilfe“, im Vergleich zu damals weltweit geringer. Menschauslese sei kaum noch tabuisiert. Maria Mies verdeutlicht dies etwa an der Bevölkerungspolitik in der Dritten Welt, die nicht einmal von den Regierungen der betroffenen Länder selbst als Genozid gewertet werde.

Reiner Hohlfeld und Brigitte Kollek fassen in ihrem abschließenden Beitrag die Debatte um die Embryonenforschung zusammen und zeigen exemplarisch an den Forschungsfeldern, die die Ethikkommission der Bundesärztekammer als verantwortbare wissenschaftliche Untersuchungen zuließ, wie wenig auf die Selbstbindung der Wissenschaft zu geben ist. Unter dem Vorwand, Forschung zu verbieten, gebe sie sich selbst Öffnungsklau-



sehen an die Hand, dort zu forschen, wo die Widerstände am geringsten erscheinen, und öffnen so der „Entmoralisierung des Embryo“ Tür und Tor.

Daß der Zweck die Mittel heilige, dies ist die Grundlage der Experimente an Menschen, wie Hohfeld und Kollek überzeugend nachweisen. Die angegebenen Zwecke der Gentechnologen und In-vitro-Fertilisateure (das Leid kinderloser Frauen zu heilen, lebenslange Krankheitsprävention zu betreiben zum Beispiel) seien allesamt vorgeschoben. Sie dienten nur dazu, Einschränkungen der Forschung vorzubeugen. Einschränkungen, vor denen all die grüblerischen Artikel warnen, die uns die Medien in der letzten Zeit in Hülle und Fülle beschert haben. Alle, so scheint es, sind sich der Gefahren bewußt, alle warnen vor „Auswüchsen“, aber auch davor, sich dem Machbaren zu verschließen, denn um „unsere“ Wettbewerbsfähigkeit sei es sonst schlecht bestellt.

Rainer Osnowski, dem Herausgeber des Buches, ist es gelungen, durch eine facettenreiche Zusammenstellung von Aufsätzen mehr Klarheit in die Warnungen vor den Gefahren der Gentechnologie zu bringen. „Menschenversuche“ ist, wie Karl-Heinz Roth in seinem Vorwort schreibt, „ein beängstigendes Buch“. *ud*

**Hans Ulrich Deppe,  
Volker Wanek  
Ärztstreiks und  
Proteste in der  
Bundesrepublik  
Deutschland,  
Frankfurt/M. 1988.  
Arbeitspapier Nr. 4/  
1988 der Universität  
Frankfurt, Abteilung  
Medizinsoziologie,  
65 Seiten, 15 Mark.**

Der jüngste sogenannte Streik der Zahnärzte vom 22. Juni 1987 war wohl der Anlaß für die Untersuchung von Volker Wanek und Hans Ulrich Deppe. Schließlich kam es hier erstmals zu einer bemerkenswert einhelligen öffentlichen Ablehnung derartiger Kampfmaßnahmen radikalisierter Zahnärzte.

Die Geschichte der Ärztestreiks in der Bundesrepublik lässt sich allerdings wie eine einmalige Erfolgsstory der Standesvertretungen. Diese Siegesserie führen die Autoren auf den geschickten „policy-mix“ von öffentlich wirksamen, außerparlamentarischen Protestaktionen und direkter Einwirkung auf die Exekutive zurück. Höhepunkt des Einflusses der ärztlichen Lobby war zweifellos die direkte Intervention bei Kanzler Adenauer, die zu einer Zurücknahme des Blankschen Gesetzentwurfs zur Reform der Krankenversicherung führte.

Die Autoren gliedern die Streik- und Protestbewegung in drei Etappen, wobei der Zeitraum von 1945 bis 1951 besonders ausführlich behandelt wird. Die in Berlin geführten Auseinandersetzungen um die Zerschlagung der dort nach dem Krieg entstandenen Einheitsversicherung legte den Grundstein für das heutige ambulante Behandlungsmonopol der Kassenärzte und damit für die „Desintegration“ des Gesundheitswesens.

Unnötig zu erwähnen, daß, abgesehen von den Streiks der Assistenzärzte in den 70er Jahren, die herkömmlichen Arbeitskämpfe nicht mit den Streik- und Protestbewegungen der niedergelassenen Ärzte und Zahnärzte verglichen werden können. Es handelt sich beim Ärztestreik um ein dreiseitiges Verhältnis, in dem der eigentliche Konfliktgegner (Staat oder Krankenversicherung) von der Arbeitsverweigerung überhaupt nicht direkt getroffen wird.

Insgesamt beeindruckt an dem „Arbeitspapier“ die kompakte und doch präzise Darstellung der sozialpolitischen Konfliktpunkte und ihre eindeutige Bewertung durch die Autoren.

*gw*



**Beate Schücking ist  
Ärztin und lebt in  
Marburg**

*„Ich habe gerade das neue Buch von Thore von Uexküll und Wesiak „Theorie der Humanmedizin“ gelesen. Es vermittelt eine durchaus politische Vorstellung davon, was Medizin sein könnte. Uexküll ist mittlerweile 80, ein Alter, in dem andere eher „abgeklärter“ werden. Er dagegen wird immer klarer und politischer, das finde ich interessant.“*



**Andreas Kather stu-  
diert Psychologie in  
Berlin und arbeitet  
als Krankenpfleger in  
einer dortigen Sozial-  
station**

*„In der letzten Zeit ist mir besonders positiv das Buch „Die Wohlfahrtswende“ von Grottian, Krotz und anderen aufgefallen, weil es – gut verständlich geschrieben – Teilgebiete konservativer Sozialpolitik entzaubert. Besonders aufschlußreich ist die Auseinandersetzung mit dem sogenannten Berliner Modell, wo gezeigt wird, daß da ein klares finanzpolitisches Kalkül hintersteckt.“*

Anzeige:

## **Weiterbildung in Therapeutischer GRUPPENANALYSE**

Einführungswochenenden für PsychologInnen,  
ÄrztInnen, PädagogInnen; SozialarbeiterInnen  
mit Selbsterfahrung in Kleingruppen  
und theoretischer Einführung

24. – 26.6.88 in Bochum

11. – 13.11.88 in Münster

**Förderverein Gruppentherapie e.V.  
Seminar für Therapeutische Gruppenanalyse  
4400 Münster, Nordstr. 22, Tel.: 0251/27 47 99**

### Herausgeber

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

**Anschrift der Redaktion:** Demokratisches Gesundheitswesen, Kölnstr. 188, 5300 Bonn 1, Tel. 0226/69 33 89 (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 (jn)

**Ausbildung:** Uschi Thaden (uth), *Demokratisierung:* Edi Erken (ee), *Frauen:* Karin Kieseyer (kk), Monika Gretenkort (mg), *Ethik:* Helmuth Copak (hc), *Frieden:* Walter Popp (wp), *Gewerkschaften:* Norbert Andersch (na), *Historisches:* Helmut Koch (hk), Peter Liebermann (pl), *Internationales:* Gunar Stempel (gst), Stefan Schölzel (sts), *Krankenpflege:* Kireten Jung (kj), *Gesundheitspolitik:* Matthias Albrecht (ma), Klaus Priester (kp), *Pharma:* Ulli Raupp (urp), *Prävention/Selbsthilfe:* Uli Menges (um), *Psychiatrie:* Joachim Gill-Rode (jgr), *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, Stadtsparkasse Köln 10652238 (für Abo-Gebühren).

Abbonementsrechnungen 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 Juli-/Augustheft: 6. Juni 1988

Graphik: Renate Alf, Christian Paulsen

Titelblatt: Lutz Hirschmann, ud

Layout: Ursula Daalman, Joachim Neuschäfer

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

**ISSN: 0932-5425**



Das Bundesge-  
sundheits...



...ministerium in-  
formiert:



Rauchen schadet...



...Ihrer Gesundheit!



# wir über uns

An dieser Stelle wollen wir in den dg-Ausgaben 4 bis 9/88 – parallel zu unserer Abo-Werbekampagne – einen Einblick in unsere Geschichte sowie die Entwicklung der Zeitschrift und die Arbeitsweise der Redaktion geben.

## Die Profis kommen

*Profis sind bäh! Herz- und lieblose Gesellen. Sie haben keinen Sinn für das Schöne, nur für das Machbare – und das machen sie auch noch besser, am besten perfekt. Dafür sind sie da, dafür werden sie geachtet und gehäßt, vor allem aber bezahlt. Profis sind nicht betroffen, schon gar nicht gerührt, sind weder besonders witzig (höchstens aus der Dose), geschweige denn lustvoll. Kein Alternativblatt der frühen oder späten Siebziger belastete sich mit ihnen, wo doch der „lustvolle Betroffenenbericht“ das höchste Glück jeder Alternativredaktion war.*

Von unserer Gründung im November 1979 an haben wir das auch fast drei Jahre durchgehalten. Neben Job und Familie hatte der Redaktionsclan alles gemacht, was eine Redaktion tut, und noch mehr: Recherchieren, Redigieren, Schreiben, Titeln, Autoren nachlaufen, Aktuelles/Terminel/Kleinanzeigen auswählen und annehmen, Inserate besorgen, Texte mit Satzweisungen auszeichnen, Lay-out kleben, Druck überwachen und Korrektur lesen – alles natürlich unentgeltlich, ohne Spesen. Die Umstellung von der Vierteljahreszeitschrift auf zweimonatliches Erscheinen hatten wir noch geschafft, aber dann war Sabbat.

Im Frühjahr 1983 konnten wir unseren Verlag nach langem Drängeln bewegen, einen Hauptamtlichen, einen Profi, einzustellen – einen nach unserer Wahl. Norbert Mappes war gelernter Krankenpfleger und Germanist, fast alle in der Redaktion kannten ihn längst. In der letzten Ausgabe November/Dezember 1983 stellte er sich mit dem Titelkommentar vor, Thema: „Eine neue Monatszeitschrift“. Das war sein Credo, und er hat es in die Tat umgesetzt: mit Erfahrung und Überzeugungskraft, aber eben auch mit viel Freude an der guten Schreibe und dem Blick für ideenreiches Lay-out. Der Bandwurmmittel wurde zum eingängigen Kürzel „dg“ verdichtet, das Schrägtitelblatt eingeführt (Norbert liebte schräge Bilder, auch im Heft), das Rubrikenunwesen („In memoriam“, „Werbung und Wahrheit“ . . . ) drastisch gelichtet, Bildreportagen eingeführt, die Bleiwüste wurde sichtbar gelockert.

Norbert war von sich überzeugt, ohne arrogant zu sein, war eindringlich, aber nicht penetrant, und er hat viel Gefühl mit- und eingebracht. Sein Report zum Problem „Sterbehilfe“ (Heft 6/85) gehört sicher zu den herausragenden Statements, die über dg hinaus weitere Verbreitung gefunden haben. Als Norbert ging – er wechselte zum „Vorwärts“ – dachten wir

zunächst, was er nie dachte: er wäre unersetzlich.

Die deutliche Qualitätsverbesserung und größere Aktualität durch die monatliche Erscheinungsweise wurde von den Lesern mit merkbaren Zuwächsen im Abonnementbereich eindeutig honoriert. Nicht zuletzt deshalb gelang es uns, im Frühjahr 1985 eine zweite Profi – es mußte eine Frau sein – durchzusetzen. Auch Ursula Daalman war Germanistin und hatte Redaktionserfahrung. Inzwischen waren für uns Profis nicht mehr bäh, sondern mhm! Fanden andere auch und druckten Norberts und Ursulas Interview mit SPD-MdB Egert zu Bestechungsskandal und Pharmaindustrie im „Spiegel“ ab. Was sie von Anfang an mitbrachte, hatte die dg-Männerriege länger entbehrt: einen klaren Frauenstandpunkt und die Fähigkeit, ihn auch noch gut zu vermitteln. Ihre Titelkommentare „Herren der Schöpfung“ zum Ärztetag 1985 und „Höhlenmänner adé“ zur Aids-Diskussion in Heft 5/87 weisen sie schon durch die Überschriften aus. Das war ein zusätzliches Plus für dg – Norberts Fortgang im März 1986 brachte nicht den Einbruch, vor dem wir uns gefürchtet hatten. Im Juni stieß dann Joachim – Yogi – Neuschäfer, Ex-frontal-Mitarbeiter, dazu. Seine erste Großtat war der EDV-Report im Heft 9/86.

In der Redaktion genießen die beiden uneingeschränktes Vertrauen. Artikel, die sie problematisch finden, werden auf den monatlichen Redaktionskonferenzen diskutiert, was sie akzeptieren, ist auch für uns o. k. Eine Abstimmung hat es bei dg über inhaltliche Fragen noch nie gegeben. Auch das Konsensprinzip feiert im nächsten Jahr ungebrochen das zehnjährige Bestehen.

Unsere Profis haben dg Profil gegeben, haben vielen Widerständen – auch aus unseren Reihen – zum Trotz eine klare Stellung zwischen Nostalgie und Neon bezogen. Sie haben dg deutlich lesbarer, unterhaltender, aber deshalb nicht weniger kritisch gemacht. Nur eines hat dran glauben müssen: Das „demagogische Gesundheitswiesel“, im seligen Weinrausch erkorenes Maskottchen, das seit Heft 4/1980 die Bleiwüsten zerwieselt hat. Im Aprilheft 1987 hatte es an dieser Stelle seinen letzten Auftritt, und . . . keiner hat's gemerkt.

Ulli Raupp



Im nächsten Heft:  
Bewegen wir was?

# Der Tod ist ein Meister :

PAHL-RUG.GOTTESW.54 5000 KOELN  
G 2961 E 394711 351

KARL BOEKER  
WERTHERSTR. 89

4800 BIELEFELD 1

## Ein Aufruf zu

Der fünftausendfache Tod in der kurdischen Stadt Halabdscha hatte die Farbe gelb-weiß. Der Stempel seiner Herkunft lautet: Deutschland. Denn die gnadenlosen Spätgeburten der deutschen Todeskultur, die das Nervengift Schwefelost als Erben einer geschäftsmäßig betriebenen Massenvernichtung von ihren Vorgängern aus den Gasangriffsplätzen Ypern (1. Weltkrieg) und Auschwitz (2. Weltkrieg) übernommen haben, lieferten die petrochemischen Grundstoffe, die Technologie und das know how für jene industrielle Giftküche im irakischen Samarra, aus der die Stoffe stammen, die zur flächendeckenden Massenermordung gegen die kurdische Zivilbevölkerung eingesetzt werden.

Aus Deutschland kommt die Ausrüstung der Herstellungsfabriken, getarnt als Produktionsstätten für »Pestizide«, die in der skrupellosen Fortsetzung der nazistischen Unmenschlichkeit zur Vernichtung des »Menschenungeziefers« dienen.

Diese chemischen Kampfstoffe, deren einziger Verwendungszweck die wahllose, rationelle und kostengünstige Vernichtung von möglichst vielen Menschen ist, wirken sowohl auf die Atemwege wie auf die Haut. Sie dringen durch Kleidung und Lederstiefel und verseuchen als »seßhafte Gifte« ein betroffenes Gebiet und verhindern weiteres Leben. Die Wirkung: Qualvoller Tod oder furchtbare Langzeitfolgen mit Hautgeschwüren, Erstickungsanfällen und Lungenschäden. In Halabdscha sah man die aufgeblähten Kadaver toter Menschen & Tiere und die gekrümmte Gestalt eines Vaters, der vergebens die schützende Hand über sein ermordetes Kind hält. Die mutmaßlichen geschäftsführenden Mittäter haben in Deutschland Name, Anschrift & Adresse. Seit 3 Monaten ermittelt die Staatsanwaltschaft Darmstadt gegen sie. Vorzuwerfen ist den Verantwortlichen die aktive Beihilfe an einem ungeheuerlichen Verbrechen gegen die Menschheit und die Menschlichkeit. Die heute möglicherweise zweifelnden Mitarbeiter beteiligter Unternehmen, ihre informierten Freunde und entsetzten Familienangehörigen können sich sofort vertrauensvoll und unter Zusage äußerster Diskretion an uns wenden, sollte ihr Gewissen sie zwingen, die Lieferung entsprechender Materialien an den Irak publik zu machen.

Jede Aufrechterhaltung der Loyalität gegenüber den Herstellern und Lieferanten solcher Giftstoffe dient der Fortsetzung offenkundiger Massenmorde.

Die Bundesregierung ist ihrerseits unüberhörbar aufgefordert, jeglichen Transfer von Produkten und Technologien zur Herstellung von Nervengiften auf der Stelle zu ununterbinden.

**MEDICO INTERNATIONAL › OBERMAINANLAGE 7  
6 FRANKFURT 1 › TEL. 069 / 499 00 41**



Spenden zur medizinischen Hilfe für bedrohte Kurden:

Konto 1800 Stadtparkasse Frankfurt oder Postgiro 6999-508 Köln

Stichwort »Kurdistan«

Kostenlose Unterschriftenlisten zum Appell an die Bundesregierung in obiger Sache erhältlich.