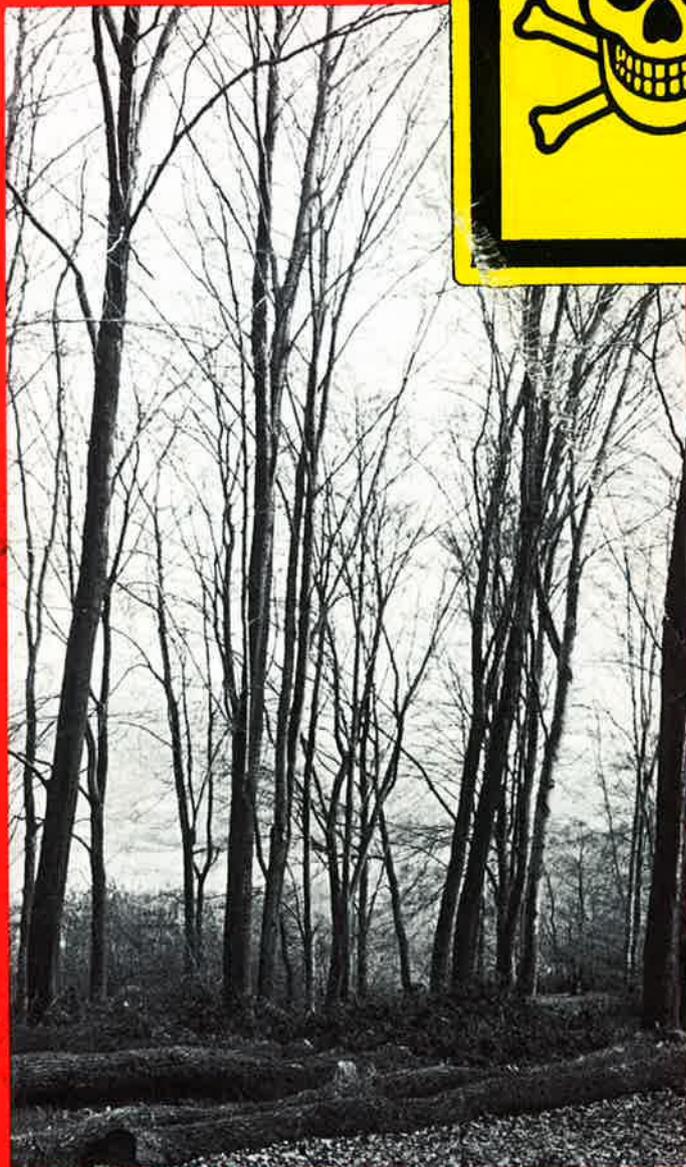


# dg

Demokratisches  
Gesundheitswesen  
Nr. 12 - Dezember 1988  
Einzelheft 5 Mark  
G 2961 E



## DER NATUR AUF DER SPUR

BGA STOPPT „SANFTE“

## OFFENBAR ANDERS

FRAUEN UND AIDS

## „BRUTORT“

FRAUEN GEGEN  
GEN-TEC

# WURM DRIN

DAS LANGE LIED  
DER DIOXINE

**D**as Gesundheits„reform“gesetz ist durchgepeitscht. Das bedeutet gigantische Kostenabwälzung auf die Kranken bei gleichzeitiger Totalverdattung. Zwar hat die Koalition bei der Verdattung im letzten Moment noch kalte Füße bekommen. Zumindest sollen die Krankenversicherungsdaten jetzt nicht mehr über eine einheitliche Sozialversicherungsnummer für den allgemeinen Sozialdatenpool aufschließbar sein.

Doch es bleiben: die Weitergabe von Daten durch den neuen Medizinischen Dienst der Krankenkassen, wenn sie erst einmal dort sind; die Vollverdattung von bestimmten Patientengruppen ohne deren Einwilligung und ohne Lösungsfristen im Bereich von Forschungsvorhaben und die Zusammenführung der arbeitsplatzbezogenen Daten zu einer zentralen Arbeitnehmerdatei bei den Berufsgenossenschaften, ebenfalls ohne Extra-Einwilligung und Lösungsfrist.

Und es bleibt selbstverständlich – auch bei der jetzt auf „Einzelfallüberprüfung“ reduzierten Auswertung der Krankenkassendaten – ein breiter Interpretationsspielraum, welche Daten welcher Patientinnen und Patienten gespeichert und abgeglichen werden, um die jetzt im Gesetz ausdrücklich genannten Prüfungsziele

„Wirtschaftlichkeit“ und „Qualitätskontrolle“ zu erfüllen.

*Michael Wunder ist Psychologe und Sprecher der Bundesarbeitsgemeinschaft Soziales und Gesundheit der Grünen*

Das Wort vom „gläsernen Patienten“ ist für all dies eine Beschönigung. Es überspielt, daß es bei der Erfassung selbstverständlich immer um Kontrolle geht, um die Ausspähung bestimmter Menschen mit bestimmten Krankheiten, die chronisch sind, leistungsmindernd, teuer und demnächst sicher auch „unversicherbar“.

Wo sind in dieser Situation all die engagierten Kritikerinnen und Kritiker des Gesundheitswesens, die Beschäftigten, die Alternativen erträumt, erdacht, aufgebaut

und verteidigt haben? Bei Blüm geht es ums Ganze, um den Umbau von oben. Auch wenn es bei uns schon lange nicht mehr ums Ganze geht, weil wir alle Hände voll damit zu tun haben, Verteidigungslinien aufzubauen, auch wenn die überfällige Demokratisierung in noch weitere Ferne gerückt ist, haben wir keinen Grund, in Resignation zu verfallen oder in die Attitüde „Ist ja alles gelaufen“.

Vielmehr gilt es jetzt, aus der Erfahrung des Volkszählungsboykotts zu lernen, von der Energie, die wir entwickelt haben, etwas zu reaktivieren und im Gesundheitswesen die Gegenwehr zu beginnen. Blüm ist auf unsere Daten und auf unsere Mitarbeit als Beschäftigte und als Patientinnen und Patienten angewiesen. Treffen wir seine „Reform“ doch an dieser empfindlichen Stelle!

Zum Beispiel sollten sich Ärztinnen und Ärzte überlegen, inwieweit sie nicht bestimmte Daten über Patienten, besonders in den Bereichen Psychiatrie, Sucht, Behinderungen und Aids, so „entschärfen“, daß sie nicht für Diskriminierungen, Leistungsausgrenzungen oder Abschiebungen (von Immigranten und Flüchtlingen) verwendet werden können. Zum Beispiel könnten Patientinnen und Patienten ihre Behandler und ihre Krankenkassen durch Erklärung verpflichten, ihre Daten nicht an Forschungsinstitute, an den Medizinischen Dienst und an die Berufsgenossenschaften weiterzugeben. Gegen die Weitergabe bestimmter Daten muß darüber hinaus sicher geklagt und dieses Klagen öffentlich unterstützt werden.

Patientinnen und Patienten haben nicht nur das Recht auf optimale Behandlung und Aufklärung, sondern auch darauf zu wissen, wer welche Daten wozu speichert. Sie müssen ein Recht auf jederzeitige Einsicht und Löschung dieser Daten haben. Jede Weitergabe über die Krankenkasse hinaus muß an eine Extra-Einwilligung gebunden werden.

Mir erscheint der Datenboykott von unten zur Zeit der einzige Weg, kurzfristig drohende Ausgrenzungen im Gesundheitswesen zu verhindern.

## Daten- boykott gegen Blüm!



# inhalt

dg 12/88

Spendet für Nicaragua!  
Aktion 5 Prozent 10

## dg-Report

Wurm drin  
Das lange Lied der Dioxine 12

## Arbeitsbedingungen

Offenes Geheimnis  
Arzthelferinnen sollen schweigen 18

## Satire

Doktor Brinkmann lebt 28

## Gentec

„Brutort“  
II. Kongreß „Frauen gegen Gen-  
und Reproduktionstechnologien“ 30

## Pharma

Der Natur auf der Spur  
BGA stoppt Phytopharmaka 32

## Historisches

100 Jahre deutscher Rassismus  
Eine Ausstellung in Köln 34

## Patientenversorgung

Offenbar anders, dramatischer  
dg-Interview mit Dr. Hans Jäger 36

## Dokumente

Infektionsrisiko durch HIV in Klinik  
und Praxis. Gefährdungspotential  
und Prävention  
Von Prof. Peter Naumann 19

ÖTV-Vorschläge zum Pflegenotstand 26

## Rubriken

Sie über uns 4  
Aktuelles 5  
Termine 8  
Buchkritik 38  
Comic 42  
Wir über uns 43

Beachten Sie bitte den in dieser Aus-  
gabe beigelegten Prospekt des  
Pahl-Rugenstein Verlags.



*Immer noch müssen  
Holzschutzmittelge-  
schädigte von Arzt zu  
Arzt rennen und sich als  
„hysterisch“ einstufen  
lassen. Obwohl BGA und  
Bundesumweltministe-  
rium ihrem schlechten  
Ruf alle Ehre machen,  
gibt es jetzt neue For-  
schungsergebnisse:*

*Sind ganze Gruppen psychischer  
und psychosomatischer Erkrankun-  
gen der Umweltvergiftung geschul-  
det? Seite 12*

*2500 pyrrolizidinhaltige Naturheilmittel will das Bundesge-  
sundheitsamt aus dem Verkehr ziehen. Immer nur gegen die  
„Sanften“, meinen Grüne und Vertreter der besonderen The-  
rapierichtungen. Hermann Schulte-Sasse will auch der Natur  
auf die Spur Seite 32*



Foto: Döhrrn



Foto: Busch

*Offenbar anders, dramatischer,  
ist der Erkrankungsverlauf bei  
HIV-infizierten Frauen, wie eine  
Münchener Studie zur Belastung  
der verschiedenen Gruppen HIV-  
Infizierter und Aids-Erkrankter  
ergeben hat.*

*dg sprach mit Dr. Hans Jäger von  
der Aidsambulanz des Klinikums  
Großhadern über Frauen und  
Aids Seite 36*

# sie über uns

## Halbherzig

dg 9/88: „Humangenetische Beratungsstellen – Beim Gen-TÜV“

Ein merkwürdig halbherziger Bericht. Ihr erkennt: Behinderte verkommen zusehends zum lästigen Kostenfaktor, sie werden in die Nähe des ‚Lebensunwerten‘ gedrückt, dem Qualitätsbaby gegenübergestellt und als Einfallstor für bevölkerungspolitische Visionen vom leistungsstarken und gesunden Volk benutzt; gleichzeitig seien individuelle Leiderfahrungen und soziale Lösungsansätze abhängig vom gesellschaftlichen Umfeld. Trotzdem schreibt ihr, daß der „Ansatz vieler Krüppelinitiativen, die humangenetischen Beratungsstellen dichtzumachen“, alles „nur noch verschlimmern“ würde.

Wäre das Resümee ähnlich inkonsequent ausgefallen, wenn es offen und aggressiv gegen Schwule oder verarmte Kinderreiche (die ja auch Humangenetikern und Bevölkerungsstrategen ‚Sorgen‘ bereiten) ginge?

Von behinderten Frauen und Männern wird allerdings verlangt, daß sie Institutionen akzeptieren sollen, die Eugenik praktizieren und auf ihre Existenzberechtigung zielende Selektionsideen forcieren. Zum Glück sind noch nicht alle unter dem Druck der Pflicht zur Gesundheit gewillt, die angeordnete klinisch-saubere Selektion hinzunehmen.

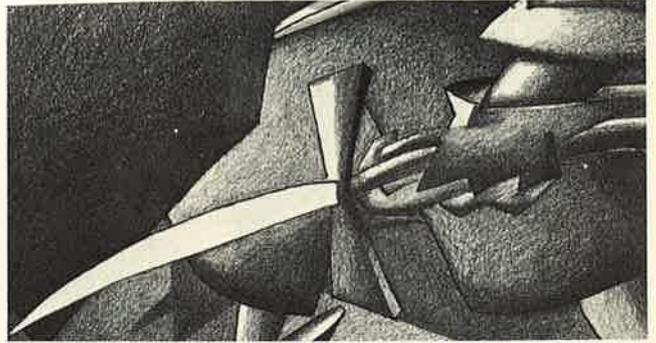
Ihr schreibt richtig, daß die Untersuchungen bei Altersrisiko inzwischen oft außerhalb der humangenetischen Institute stattfinden. Bei dieser nebenbei entlastenden Aussage wird kein Wort über die neuen Aufgabengebiete verloren: Geforscht wird nach biochemischen Ursachen geistiger Behinderung, dem molekularen Aufbau bestimmter Erbkrankheiten, den Chromosomenveränderungen bei Tumoren – alles Vorarbeiten zur Menschenperfektionierung mittels Reproduktionstechnologie, Gentherapie usw. Damit lehnt ihr das Ergebnis, den normierten Menschen, ab, aber nicht die Schritte zum Ziel.

Ihr fordert Einhalt für die Humangenetikerin Stoeckenius, die Menschen mit psychischen (und sozialen) Besonderheiten von der Fortpflanzung ausschließen möchte, und stellt diese Beraterin als Ausnahme der Zukunft dar. Übersehen wurde offensichtlich eine Artikelserie in der renommierten ‚Münchener Medizinischen Wochenschrift‘ im Frühjahr 1988, in der Koryphäen bundesdeutscher Humangenetik wie die Professoren P. Propping oder F. Vogel den Durchbruch in der „psychiatrischen Genetik“ feiern, propagieren und eben die Aktivitäten einer Frau Stoeckenius wissenschaftlich abstützen.

Statt Abschaffung fordert ihr Kontrolle durch Betroffene. Wenn damit Krüppel/frauen gemeint sind, wird es makaber: Wir sollen darüber wachen, wer die ‚besseren‘ Behinderten sind, wer ‚unwert‘ ist oder durch die Maschen der Pränataldiagnosen schlüpfen darf. Die ‚besseren‘ Kriegsoffer oder Blinde haben den Nationalsozialismus vielfach begrüßt und wollten aktiv an den Erbgesundheitsgerichten mitwirken – Selektion und Menschenverachtung wird nicht gut, wenn Behinderte es tun!

UDO SIERCK

Forum der Krüppel- und Behinderteninitiativen



## Alles schon gedacht?

dg 10/88: „Messer im Kopf“ – Report über sexuellen Kindesmißbrauch von Ulli Raupp

Ulli Raupp fordert ein Ende der Denkverbote im Zusammenhang mit sexuellem Kindesmißbrauch und zitiert in einer hervorragenden Fleißarbeit insgesamt 21 Autoren (von Baurmann zu Alice Miller über Trube-Becker bis hin zu Sigmund Freud). Er schafft es, all diese AutorenInnen auf vier Seiten zu Wort kommen zu lassen, Perspektiven, Meinungen darzustellen und einen Überblick zu geben. Nur – wen will er damit erreichen? Wem will er was mitteilen?

Da ist von einem Mädchen die Rede, das seine traumatischen Erfahrungen verschlüsselt und doch sehr deutlich zum Ausdruck bringt. Deutlich für uns, die Expertinnen, die mit der Symbolsprache umzugehen gelernt haben. Doch was lösen Sätze wie: „... sie ist der böse Fluch, so Claudia, der an allem Schuld sei“ in einem Leser, einer Leserin aus, dem/der die Thematik durch „Denkverbote“ verschlossen ist?

Er/sie wird alleingelassen mit seinem/ihrer Entsetzen, seinen/ihren möglichen Vorurteilen, seinen/ihren Meinungsbildern, ohne vom Autor Hilfen an die Hand zu bekommen, Verständnis, Einsicht in die Psychodynamik des mißbrauchten Mädchens zu erlangen. Im Gegenteil: der Autor flüchtet von einer anfänglich beschreibenden, sehr persönlichen, betroffenen machenden Ebene auf eine „neutrale“ wissenschaftliche. Und hier genau beginnt seine Reise mit immenser Geschwindigkeit von Autor/in zu Autor/in, von Untersuchung zu Untersuchung, ständig den Blickwinkel wechselnd, ohne einmal zu verharrern und in die Tiefe zu gehen.

Am Ende bleibt dann auch beim Leser/bei der Leserin ein Schwindelgefühl im Kopf und die Frage: Kann man/frau Denkverbote „fördern“, indem man vorgibt, es wäre alles schon gedacht?

Eine wichtige Korrektur: Nicht das Reden und Denken einer anonymen „feministischen Frauenbewegung“ hat den sexuellen Kindesmißbrauch zu einem öffentlichen Thema gemacht, sondern der Mut betroffener, in ihrer Kindheit sexuell mißbrauchter Frauen.

ANGELA SCHÖCK  
CLAUDIA ELSHORST  
Bonner Notruf für vergewaltigte Frauen und Mädchen

## Endlich!

dg 11/88: Verlogenes Getue – wie linke Ärzte mit ihren Helferinnen umgehen

Endlich schreibt Ihr einmal etwas über die Arzthelferinnen. Das wurde aber auch langsam Zeit, daß Euch einfällt, daß es diese Berufsgruppe im Gesundheitswesen gibt. Da hat es mir besonders wohlgetan, daß Ihr direkt das heißeste Eisen anpackt: Arzthelferinnen bei Ärzten, die sich so ganz anders vorkommen. Ich kann aus eigener Erfahrung teilweise bestätigen, was Ihr da beschrieben habt. Wenn es nämlich um das Geld geht, wird es Nacht, und da sind alle Katzen grau. Trotzdem möchte ich lieber bei einem Arzt arbeiten, der sich nicht so vorkommt, als wäre er was Besseres, nur weil er studiert hat, und der mich nicht rumkommandiert wie ein General. Aber wenn ich dabei besser mitarbeite, hat er ja auch etwas davon. Das scheint aber ganz schön oft vergessen zu werden.

ELFI HUMBURG  
München

## Chemikalien- gesetz: Novelle geplant

Auf einem Pressegespräch Anfang November hat Umweltminister Töpfer eine Novellierung des Chemikaliengesetzes in Aussicht gestellt. Vorgesehen sei eine Verbesserung der Kennzeichnungspflicht und eine Erweiterung der Mitteilungspflicht der Hersteller. Danach sollen Produzenten oder Importeure verpflichtet werden, Informationen über Zubereitungen, zum Beispiel Klebstoffe, Lacke, Reinigungsmittel, bei Vergiftungen und „unter bestimmten Voraussetzungen“ auch für Ärzte zur Verfügung zu stellen. Bislang waren solche Informationen von der Industrie unter Berufung auf den Konkurrenzschutz nicht mitgeteilt worden.

Verbessert werden soll nach Vorstellung Töpfers die Möglichkeit für Behörden, Verbote und Einschränkungen auszusprechen. Geplant sei ein Substitutionsgebot, durch das der Ersatz von gefährlichen Stoffen durch weniger gefährliche von den Behörden erzwungen werden könne. Gelten solle dies nicht nur für Stoffe und Produkte, sondern auch für bestimmte Produktionsverfahren. Eine Kabinettsvorlage zur Novellierung will das Ministerium bis zum Ende der Sommerpause nächsten Jahres erarbeiten.

## Verbot von Psychodrogen gefordert

In einem Antrag auf dem Oberbayerischen Bezirkstag haben die Grünen ein Verbot der Anwendung von Neuroleptika und Psychopharmaka in psychiatrischen Kliniken gefordert. Begründet wurde dies mit irreversiblen Schäden, die diese Arzneimittel verursachen. Bereits auf dem Psychiatrie-Weltkongress 1985 in Brighton sei festgestellt worden, daß mehr als 25 Millionen Menschen durch Neuroleptika dauerhaft geschädigt worden seien. Außerdem stehe fest, daß die Medikamente die Patienten nicht von ihren Wahnvorstellungen befreien. Angstzustände und Halluzinationen blieben häufig erhalten, könnten jedoch wegen der dämpfenden Wirkung der Medikamente nicht mehr ausgedrückt werden.

Neben alternativen Behandlungsformen wie Homöopathie, Psychotherapie und Autogenes Training fordern die Grünen vor allem die Einstellung von mehr Personal. Darüber hinaus müsse die klinische Ökologie verstärkt berücksichtigt werden, die davon ausgehe, daß psychische Erkrankungen durch Allergien auf Nahrungsmittel und Umweltchemikalien ausgelöst würden.

## Fertigmüsli: Fett und süß

Fertigmüslis enthalten zum Teil hohe Fett- und Zuckeranteile. Dies hat die Bundesanstalt für Getreide- und Kartoffelverarbeitung in Detmold festgestellt. Bei den untersuchten Müslis betragen die höchsten Fettwerte zwischen 23 und 30 Prozent, die Zuckerwerte zwischen 24 und 31 Prozent. Zucker- und fettarme Mischungen sind nach Angaben der Bundesanstalt vor allem bei Vollwert- und Bioprodukten zu finden.

## Wald stirbt weiter

Trotz der günstigen Witterung der letzten beiden Jahre hat sich der Zustand der bundesdeutschen Wälder nicht verbessert. 52,4 Prozent des Bestandes sind geschädigt. Dies geht aus dem Waldschadensbericht 1988 des Bundeslandwirtschaftsministeriums hervor. Gestiegen haben sich demnach vor allem die Schäden an Eichen (um 5,1 Prozent) auf 69,6 und an Kiefern (um 3,8 Prozent) auf 53,4 Prozent.

Sieben Umweltschutzverbände forderten in Bonn drastische Maßnahmen beim Auto- und Lastkraftverkehr, da 60 Prozent des gefährlichsten „Waldkillers“, der Stickoxide, Verkehrsmissionen seien. Die Forderungen reichten von der Verlegung der Schwertransporte auf die Schiene bis zu einem strikten Tempolimit von 100 Stundenkilometern auf Autobahnen und 80 auf Landstraßen. Die Grünen im Bundestag verlangten von der Bundesregierung, strenge Grenzwerte für LKW und PKW einzuführen.

## Vorsicht: Satire

# Fragen an die Bundesregierung

Die Liste der Fragen, denen sich die Bundesregierung in Sachen Rheinverschmutzung hat stellen müssen, ist lang. Nun auch noch die von Joachim Eisbach

1. Ist sich die Bundesregierung bewußt, daß mit dem Rhein ein chemischer Kampfstoff von erheblicher Giftigkeit in der Bundesrepublik hergestellt, gelagert und transportiert wird?

2. Aufgrund welcher Bestimmungen oder Vereinbarungen erfolgen die Herstellung und der Transport des Rheinwassers?

3. Welche Maßnahmen sieht die Bundesregierung vor, um eine sich aus der Stationierung des Rheinwassers ergebende Gefährdung der Bevölkerung (zum Beispiel bei Hochwasser) zu verhindern?

4. Wie vereinbart die Bundesregierung die Stationierung mit ihren Verpflichtungen aus internationalen Abkommen, die einen Verzicht auf die Herstellung und Lagerung chemischer Waffen vorsehen? Was gedenkt die Bundesregierung insbesondere zu tun, um die Einhaltung der kürzlich mit den USA getroffenen Vereinbarung, sämtliche C-Waffen bis 1992 aus der Bundesrepublik abzuziehen, zu gewährleisten?

5. Besitzt die Bundesregierung Erkenntnisse über den geplanten Einsatz des Rheinwassers im Rahmen der NATO-Gesamtstrategie?

6. Wie beabsichtigt die Bundesregierung den bislang völlig unkontrollierten Export des Kampfstoffes in die Niederlande zu überwachen? Wird seitens der Bundesregierung eine Beschränkung der Rheinwasserexporte erwogen?

7. Welche Vorkehrungen hat die Bundesregierung getroffen, um den Rhein vor möglichen terroristischen Zugriffen, von denen angesichts der Lage Bonns am Rhein eine erhebliche Gefährdung ausgehen kann, zu schützen?

8. Kann die Bundesregierung Meldungen bestätigen, wonach die UdSSR in der Lage sei, ebenfalls Rheinwasser herzustellen?

Namens der Bundesregierung antwortete Bundesverteidigungsminister Rupert Scholz auf die Fragen, daß der Warschauer Pakt bei der Verschmutzung der Gewässer ein bedrohliches Übergewicht erreicht habe, das entsprechende Maßnahmen zur Herstellung des ökologischen Gleichgewichts seitens des westlichen Bündnisses im Interesse unserer Sicherheit unausweichlich gemacht hätte.



Foto: Döhnm

## Unzulässig: Aids-Test vor Schwangerschaftsabbruch

Krankenhäuser dürfen vor einem Schwangerschaftsabbruch nicht automatisch einen Aids-Test verlangen oder den Abbruch verweigern, wenn dem Test nicht zugestimmt werde. Dies erklärte Sozialminister Hermann Schnipkoweit (CDU) vor dem Niedersächsischen Landtag. Ein routinemäßiger Test sei fachlich nicht begründet und rechtlich unzulässig. Voraussetzung für einen Test sei das Einverständnis der Patientin und die medizinische Notwendigkeit. Kleingedrucktes in den Aufnahmebedingungen der Kliniken oder Vordruck-erklärungen seien nicht als ein Einverständnis zu werten, so Schnipkoweit.

## Der Satz des Monats

„Der männlich dahinrasende Autofahrer stellt sich demnach dar als ein geräuschvoll wichernder und phantasierender einsamer Mann in einer rasenden bewaffneten Gebärmutter.“

*Aus dem Pressedienst der Grünen, Bericht über eine Anhörung zum Thema „Zur Psychologie der AutoMobilien Gesellschaft“*

## Hautkrankheiten nehmen zu

Der nordrhein-westfälische Gesundheitsminister, Hermann Heinemann (SPD), hat darauf hingewiesen, daß schwere Hauterkrankungen immer häufiger in die Statistiken der Berufskrankheiten eingehen. Mit fast 14 000 Anzeigen stellte diese Berufskrankheit 1986 mit Abstand den Spitzenplatz. Bedrohlich sei in diesem Zusammenhang auch die Zunahme der allergischen Erkrankungen. Allein in den letzten zehn Jahren hätten sich die durch allergisierende Stoffe bedingten obstructiven Atemwegserkrankungen verdoppelt.

## Indien: Kritik an Impfstoff-Projekt

Ein Abkommen zwischen Indien und den USA über die Erprobung von gentechnisch entwickelten Impfstoffen in Indien ist bei einheimischen Wissenschaftlern auf schwere Kritik gestoßen, wie die Ärzte Zeitung meldete. Erprobt werden sollen Impfstoffe gegen Cholera, Typhus, Hepatitis, Tollwut und Malaria. Die indischen Wissenschaftler kritisierten, daß gegen die gentechnisch hergestellten Impfstoffe bereits Aktionsgruppen in den USA protestiert hätten. Ein Impfstoff, der gegen mehrere Arten von Viren eingesetzt werde, könne aus Absicht oder versehentlich mehrere Virusketten tragen und dadurch neue Krankheiten auslösen.

Die indischen Wissenschaftler kritisierten auch das Vorhaben der USA, ein epidemiologisches Forschungszentrum in Madras zu finanzieren, das Blut- und Serumproben sammeln solle. Damit bekämen die USA Daten über das Immunitäts- und Antikörperprofil der indischen Bevölkerung. Solche sensiblen Daten müßten sorgsam geschützt werden, da sie für eine biologische Kriegsführung ausgenutzt werden könnten. Weder der Indische Forschungsrat für Medizin noch die Organisation für Verteidigungsforschung, die solche Daten als strategisch sensibel einstufte, seien vor dem Abschluß des Abkommens gefragt worden, heißt es in der Kritik.

## Gesunde Lebensführung sinnlos?

Ketzerische Thesen zum Einfluß einer individuell gesunden Lebensweise auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen hat der Arbeitsmediziner Dr. J. McCormick von der Universität Dublin in der renommierten Zeitschrift „Lancet“ formuliert. Daß die Erkrankungszahlen sinken oder der Verlauf günstig beeinflusst werden könne, wenn bestimmte Risikofaktoren ausgeschaltet würden, sei ein von Wunschen getragenes Glaubensbekenntnis, habe aber nichts mit wissenschaftlichen Tatsachen zu tun. Bei keinem der rund 250 angenommenen Risi-

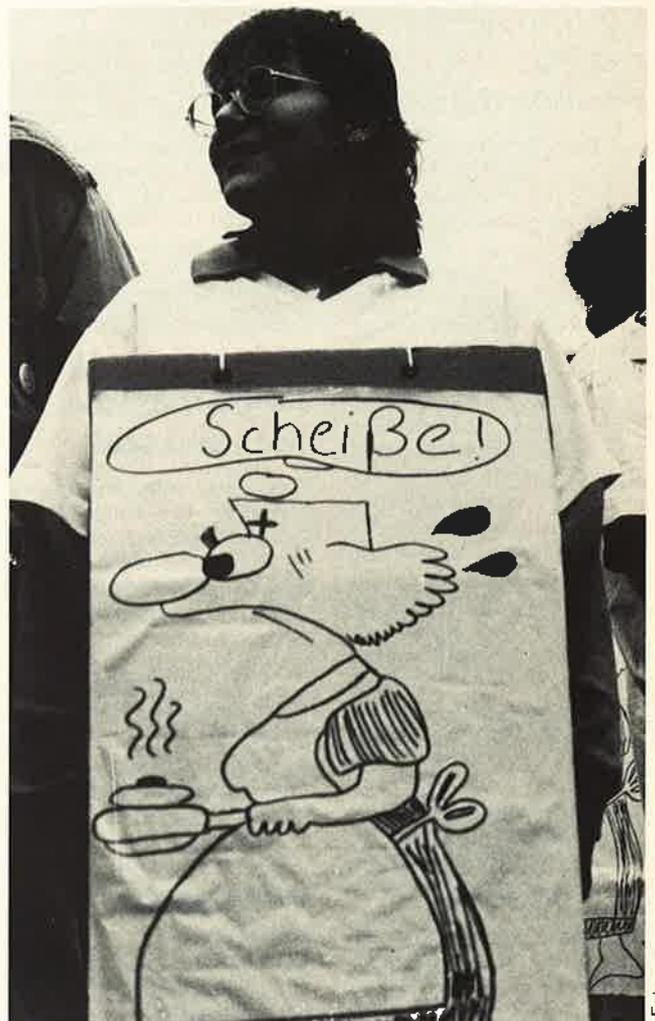


Foto: yn

## Schwesternstreik?

Zehntausende von Krankenschwestern und Pflegern sind in den letzten Wochen in Hamburg, Berlin, Nürnberg, Bonn und München wegen des Pflegepersonals in den Krankenhäusern auf die Straße gegangen. Allein in München protestierten am 5. November nach Angaben der Gewerkschaft ÖTV 10 000 Schwestern und Pfleger gegen Arbeitshetze, Streß, Überstunden und Unterbezahlung. Auf Transparenten

und Schildern machten die Demonstranten deutlich, daß sie streikbereit seien. Der bayerische ÖTV-Vorsitzende Ralf Brunhöber kritisierte auf der Kundgebung, daß vielerorts ganze Stationen geschlossen werden müßten, weil Pflegepersonal fehlt. Allein im Zentralklinikum Augsburg seien bereits vier Operationssäle stillgelegt und 16 Intensivbetten gestrichen worden. In München habe ein ganzes OP-Team gekündigt, weil es die Arbeitssituation nicht mehr verantworten wolle, wie Brunhöber erklärte.

und Übergewicht zu bekämpfen, wenn Patienten an Hypertonie oder erhöhten Cholesterinwerten litten. Gesamtgesellschaftlich frage er sich jedoch, ob die Kosten für aufwendige Gesundheitsprogramme nicht anderswo sinnvoller einzusetzen seien. Falsche Versprechungen über Präventionsmöglichkeiten führten nur dazu, den Patienten die Lebensfreude zu vermiesen und die Glaubwürdigkeit des ärztlichen Berufsstands aufs Spiel zu setzen.

## Europa-Parlament: Verbot von Gen-Tec-Hormonen

Das Europäische Parlament hat am 16. September eine Entschließung bei nur vier Gegenstimmen verabschiedet, die eine strikte Einhaltung des EG-Verbots für steroidale Hormone fordert. Wie der „Gen-ethische Informationsdienst“ meldete, verlangt das Europäische Parlament darüber hinaus, daß weltweit die Produktion, das Inverkehrbringen beziehungsweise die Anwendung gentechnisch hergestellter Hormone, Masthilfestoffe und Substanzen zur Leistungssteigerung in der Tierproduktion unterbunden werden müsse. Ein solches Verbot besteht zur Zeit in einigen Drittländern und den USA nicht. Für den Fall der Anwendung des EG-Verbots, das auch für die Importe aus Drittländern gilt, hat der Handelsbeauftragte der USA, Jautter, mit Wirtschaftssanktionen gegenüber der Gemeinschaft gedroht.

## Warnung vor „supersanfter Pille“

Die BUKO Pharmakampagne, das Schering Aktions Netzwerk und das Feministische Frauengesundheitszentrum Berlin haben vor möglichen schwerwiegenden Nebenwirkungen des neuen Kontrazeptivums Femovan gewarnt. Das Präparat ist laut Hersteller Schering das am niedrigsten dosierte hormonelle empfängnisverhütende Mittel auf dem Markt, das anders als andere „Pillen“ das neue Gestagen Gestoden enthält. Das „arznei-telegramm“ hält die Betonung des Herstellers, Femovan sei das niedrigst dosierte Östrogen-Gestagen-Präparat, für „Augenwischerei“, da mit der halben Dosis Gestoden die doppelte Wirkung eines anderen Gestagens erzielt werden könne.

Nach Angaben der BUKO Pharmakampagne hat das entsprechende, in Großbritannien verkaufte Präparat Femadene den Tod einer 19jährigen Frau durch eine Thrombose der tiefen Beinvenen verursacht. Dies sei dem Gesundheitsministerium nach einer Versuchsreihe mit Femadene gemeldet worden.

WINTEX/CIMEX '89:

## War-Games

**Im Februar 1989 wird von der NATO wieder Krieg gespielt: Auf dem Papier, mit Computer und Telex. Mit dabei sind zivile Behörden, verplant wird auch das Gesundheitswesen**

Vor der Öffentlichkeit verborgen, wird vom 24. Februar bis zum 9. März 1989 das Manöver WINTEX/CIMEX (W/C) zur Erprobung der zivil-militärischen Zusammenarbeit statt finden. Seit 1971 alle zwei Jahre durchgeführt, nehmen seit den achtziger Jahren zivile Stellen einen wachsenden Anteil an der Übung ein. 1987 waren zum Beispiel 1400 zivile Behörden beteiligt: von der Bundespost, Polizei und den Handwerkskammern bis zu Gesundheitsbehörden und Rundfunksendern.

Im Gegensatz zu anderen militärischen Manövern wird bei W/C nur auf dem Papier, mit Computer und Telex geprobt, wie der nächste Krieg beginnt, verläuft und endet. Für diesen gedachten Kriegsverlauf werden Szenarien erstellt, die die einzelnen Dienststellen in ihrem Fachbereich realistisch umsetzen sollen. Vorgegeben werden

zum Beispiel unkontrollierte Flüchtlingsbewegungen, Hamsterkäufe, Streiks und politischer Protest der Friedensbewegung. Probleme, die zivile Stellen zugunsten eines ungestörten Funktionierens der Kriegsmaschinerie lösen sollen. Die bisherigen Übungen endeten stets mit dem Einsatz taktischer Atomwaffen auf dem Gebiet der Bundesrepublik, auf Anforderung der Bundesregierung (in Übungsausführung), die sich im Führungsbunker im Ahrtal bei Dernau verschanzt.

Integriert in diese Übung wird auch das Gesundheitswesen. 1987 nahmen zum Beispiel sechs Gesundheitsämter teil. Eine Übung, die es in sich hatte. Da wurde auf Grundlage des noch nicht beschlossenen Zivilschutzgesetzes der zusätzliche Personalbedarf von Krankenhäusern im Krieg ermittelt. In unterirdischen Hilfskrankenhäusern wurden vermehrt Belegungsversuche durchgespielt. Und auszugehen ist davon, daß auch das Bundesamt für Zivildienst Daten über Zivildienstleistende, die als Kriegsreserve für Lazarette dienstverpflichtet sind, an die Arbeitssicherstellungsbehörden weitergeleitet hat.

Die Personen aus dem Gesundheitswesen, mit denen da auf dem Papier Krieg gespielt wurde, haben davon allerdings nichts erfahren. Denn W/C ist

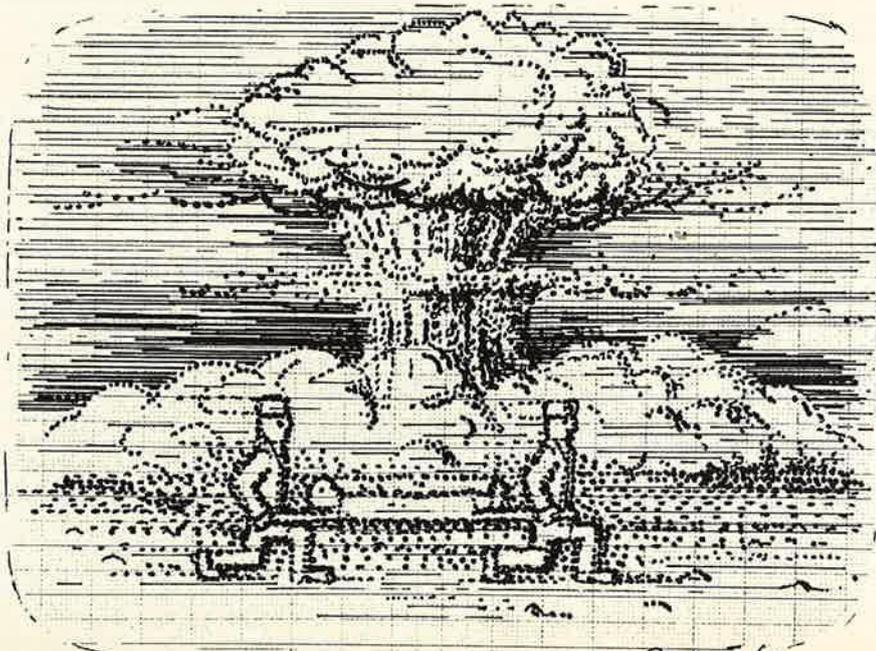
eine geheime Verschlusssache und entzieht sich damit weitgehend der demokratischen Kontrolle. Deshalb bleibt auch der größte Teil der Übungsinhalte unbekannt, von einzelnen Veröffentlichungen durch couragierte Übungsteilnehmerinnen und -teilnehmer einmal abgesehen.

Wohin die Reise gehen soll, erläuterte noch im Mai dieses Jahres Oberfeldarzt Dr. Reinhold Schultze in der „Wehrmedizinischen Monatsschrift“: „Die Planungen im Gesundheitswesen müssen auf eine enge zivil-militärische Zusammenfassung aller vorhandenen Kapazitäten ausgerichtet werden“. Der Aufsatz von Schultze fand im Verteidigungsministerium geneigte Leser. Seine Bewertung: „Basis für weitergehende Überlegungen“.

Gerade das WINTEX/CIMEX-Manöver im kommenden Jahr wäre eine gute Gelegenheit, die nichtsahnende Öffentlichkeit über die Vernetzung militärischer und ziviler Stellen zu informieren, auch über die demnächst mit dem Katastrophenschutz-Änderungsgesetz-Entwurf anstehende weitere Verplanung des Gesundheitswesens für den Krieg.

*Selbstorganisation der Zivildienstleistenden*

Wer über WINTEX/CIMEX '89 mehr erfahren möchte und sich an Gegenaktionen beteiligen möchte, kann sich wenden an: Selbstorganisation der Zivildienstleistenden, Vogelsbergstraße 17, 6000 Frankfurt/M. 1, Tel. (069) 4 98 03 94.



*Reinhold Schultze*

# termine

1. 12.

**Gießen**

„Euthanasie“ – die Vernichtung lebensunwerten Lebens im NS-Staat. Veranstaltung mit Ernst Klee

Kontakt: Fachschaft Medizin, Justus-Liebig-Universität, Hoffmannstraße 11, 6300 Gießen.

1. – 2. 12.

**Hamburg**

Regionale Fachtagung: „Gesündere Zukunft für Hamburg“  
Kontakt: Gesundheitsbehörde der Freien und Hansestadt Hamburg, Gesunde-Städte-Sekretariat für den deutschsprachigen Raum, Tesdorpfstraße 8, 2000 Hamburg 13.

2. – 3. 12.

**Hamburg**

Seminar: „Der Kollege trinkt – Alkohol- und Medikamentenmißbrauch am Arbeitsplatz“  
Kontakt: Berufsbildungswerk des DGB, Bezirksgeschäftsstelle Hamburg, Billhorner Deich 94, 2000 Hamburg 28, Tel. (040) 78 85 20.

2. – 4. 12.

**Frankfurt**

Forum der Behinderten- und Krüppelinitiativen: „Sterilisation von Behinderten“  
Kontakt: AG Spak, Adlzreiterstraße 23, 8000 München 2.

3. 12.

**Hamburg**

Tagung: „Arbeitstherapie und Leistungsmedizin“  
Kontakt: Institut für Medizinsoziologie, Universitätskrankenhaus Eppendorf, Martinistraße 52, 2000 Hamburg 20.

5. – 7. 12.

**Essen**

Seminar: Psychiatrische Krankheitslehre – Kritische Reflexion des Berufsalltages  
Kontakt: Bildungszentrum Essen des DBfK, Königgrätzstraße 12, 4300 Essen 1, Tel. (02 01) 28 55 99 oder 27 48 29.

5. – 7. 12.

**Bonn**

Seminar: „Aids in der sozialpädagogischen Arbeit“ – Möglichkeiten der Integration von Aufklärung und Prävention in die alltägliche Arbeit  
Kontakt: Arbeiterwohlfahrt, Zentrale Fortbildung, Postfach 11 49, 5300 Bonn 1.

5. – 9. 12.

**Frankfurt**

Seminar: Pflege und Begleitung Aids-Kranker  
Kontakt: Berufsbildungswerk FZBA, Gutleutstraße 159–161, 6000 Frankfurt/M., Tel. (069) 23 50 91-92.

6. – 9. 12.

**München**

Arbeitstagung des Gesunde-Städte-Netzwerks für den deutschsprachigen Raum  
Kontakt: Betriebs- und Kranken-

hausreferat Abt. RAV der Landeshauptstadt München, Rudolf Brettmeister, Implerstraße 9, 8000 München 70, Tel. (089) 2 33 87 04 oder 2 33 77 64.

7. 12.

**Hamburg**

Seminar: „Sexualität im Alter“  
Kontakt: Berufsbildungswerk des DGB, Bezirksgeschäftsstelle Hamburg, Billhorner Deich 94, 2000 Hamburg 28, Tel. (040) 78 85 20.

7. 12.

**Hannover**

„Konfrontation niedersächsischer Anstalten mit der NS-„Euthanasie““  
Kontakt: AStA der Medizinischen Hochschule Hannover, OE 9542, Konstany-Gutschow-Straße 8, 3000 Hannover 61, Tel. (05 11) 5 32 54 09/14.

8. 12.

**München**

Vortrag: Medizinische Basisversorgung im Hochland von Mindanao/Philippinen.  
Kontakt: Philippinengruppe München, c/o Annette Greifenhagen, Arnulfstraße 140, 8000 München 19, Tel. (089) 16 23 14.

8. 12.

**Essen**

Podiumsdiskussion zum Thema „Euthanasie/Sterbehilfe“  
Kontakt: Fachschaft Medizin, Hufelandstraße 55/Klinik, 4300 Essen 1, Tel. (02 01) 79 91 28 53.

11. – 12. 12.

**Berlin**

Fachtagung Medizin der Medizinfachschaften. Thema: Aktuelle Situation des Arzt im Praktikum  
Kontakt: Fachtagungssekretariat Medizin, Deutschhausstraße 2, 3550 Marburg.

12. 12.

**Hannover**

„Kampf um die Anerkennung psychischer Schäden aus der Zeit des Nationalsozialismus“  
Kontakt: AStA der Medizinischen Hochschule Hannover, OE 9542, Konstany-Gutschow-Straße 8, 3000 Hannover 61, Tel. (05 11) 5 32 54 09/14.

14. – 18. 12.

**Nahrendorf**

Frauenseminar: Frauen und Sozialarbeit  
Kontakt: Bahnhof Göhrde, 2121 Nahrendorf-Breese.

15. 12.

**Münster**

Rechtsfragen in der Sozialarbeit mit Ausländerinnen und Ausländern: Jugendhilfe, Sozialhilfe, Ausweisung  
Kontakt: Institut für soziale Arbeit, Stadtstraße 20, 4400 Münster.



## Glotze

- |         |       |  |
|---------|-------|--|
| 1. 12.  | 20.15 | Ansprache von Bundesministerin Rita Süßmuth zum Aids-Welttag (ARD)   |
|         | 20.30 | Gesundheitsmagazin Praxis – Jubiläumssendung (ZDF)   |
| 3. 12.  | 19.30 | Die Schwarzwaldklinik. Jeden Samstag um halb acht – immer wieder wundervoll. Am 3. besonders empfehlenswert: „Der kranke Professor“  |
| 5. 12.  | 21.10 | Opfer-Täter: Frauen gegen die Mafia. Eine Dokumentation über die Koalition von Frauen aus Mafiakreisen und Frauen, deren Männer im Kampf gegen die Mafia umgekommen sind (ARD)       |
| 7. 12.  | 17.40 | Für unsere Niedergelassenen, damit sie wissen, wie es in der Realität zugeht: Der Landarzt, leider nur noch bis zum 21. Dezember, sinnigerweise jeden Mittwochnachmittag (ZDF)       |
|         | 23.00 | Vier kleine Krimis, unter anderem „Die Leiden eines Rauchers“ (ARD)  |
| 8. 12.  | 23.00 | Schlange, Herz und Pantherkopf – Spielfilm über den Tod eines SS-Arztes, der an Menschenversuchen in KZs beteiligt war und unerkannt in der Bundesrepublik praktizieren konnte (ARD) |
| 10. 12. | vorm. | Verleihung des Friedensnobelpreises (ARD)  |
| 11. 12. | 17.30 | Globus – Die Welt, von der wir leben (ARD)   |
| 19. 12. | 23.00 | Das Nachtstudio: Vor dem Abgrund. Spielfilm über die Beziehung einer manisch-depressiven Mutter und ihrer kleinen Tochter (ARD)  |
| 23. 12. | 15.50 | Wenn der Wind weht. Zeichentrickfilm über den „Ernstfall“ (ARD)  |

# anzeigen

14. – 15. 1.

## Osnabrück

Seminar zum Gesundheitsreformgesetz  
Kontakt: Universität Osnabrück, Geschäftsstelle des Studiengangs LGW, An der Katharinenkirche 8b, 4500 Osnabrück, Telefon (05 41) 6 08 42 43 – 45.

16. – 20. 1.

## Essen

Seminar: Krankheitslehre in der Psychiatrie  
Kontakt: Bildungszentrum Essen des DBfK, Königgrätzstraße 12, 4300 Essen 1, Tel. (02 01) 28 55 99.

16. – 20. 1.

## Darmstadt

Fortbildungsseminar: „Wie begegne ich ‚verwirrten‘ Menschen“  
Kontakt: Abteilung Fort- und Weiterbildung Elisabethenstift, Stiftstraße 14, 6100 Darmstadt, Tel. (0 61 51) 40 33 48.

19. – 21. 1.

## Osnabrück

Seminar: „Töchter und Mütter. Biographische Aspekte der beruflichen Identität von Frauen in der Krankenpflege“  
Kontakt: Universität Osnabrück, Geschäftsstelle des Studiengangs LGW, An der Katharinenkirche 8b, 4500 Osnabrück.

20. – 22. 1.

## Essen

Seminar: Hygiene im OP  
Kontakt: Bildungszentrum Essen des DBfK, Königgrätzstraße 12, 4300 Essen 1, Tel. (02 01) 28 55 99.

27. – 29. 1.

## Osnabrück

Seminar: Arbeitsrecht im Krankenhaus  
Kontakt: Universität Osnabrück, Geschäftsstelle des Studiengangs LGW, An der Katharinenkirche 8b, 4500 Osnabrück.

28. – 29. 1.

## Bad Iburg

9. Symposion „Arzt und Krankengymnastik“  
Kontakt: Verein für medizinische Frührehabilitation, Herr Köhne oder Herr Korbel, Postfach 12 60, 4505 Bad Iburg, Tel. (0 54 03) 40 40.

## Selbstschutz und Erste Hilfe Bei Demonstrationen und Blockaden mit Rechtshilfetips

Hrsg.: Straßenmedizin, Mitteilungsblatt der Sanitätergruppen

8. vollst. überarbeitete Auflage, 64 Seiten, 38 Abb., 10 Fotos

DM 6,- zuzügl. 1.50 DM P&V b. Abnahme ab 5 Expl. 35% Rabatt (+ P&V)

Vertrieb: Straßenmedizin, c/o FUU, Hohenesch 63, 2 Hamburg 50

## Ausstellung „Aktion T4“

Von 1940 bis 1945 residierte in der Tiergartenstraße 4 in Berlin ein unscheinbares Amt, von dem aus die Ermordung von mehr als 200 000 Psychiatriepatienten, kranken Lagerinsassen, verzweifelten oder unangepaßten Menschen organisiert wurde. Die Adresse gab diesem staatlich organisierten Töten den Decknamen: „Aktion T4“.

Der AStA der Medizinischen Hochschule Hannover hat zu diesem Thema eine Ausstellung organisiert, die noch bis zum 15. Dezember in der Hochschule auf dem Gang zur Kinderklinik zu sehen ist. Der Katalog der Ausstellung ist zum Preis von 25 Mark (ermäßigt 20 Mark) beim AStA erhältlich: AStA der MHH, Konstanz-Gutschow-Straße 8, 3000 Hannover 61.

## Kurzinformation zur Datenbank LISK

In der **Datenbank LISK** (Literatur-Informationen-Service für die **Krankenpflege und das Krankenhauswesen**) sind 15 000 deutschsprachige Artikel über die Alten-, Gemeinde- und Krankenpflege, über das Altenheim- und Krankenhauswesen vorhanden. Monatlich werden die deutschsprachigen Alten-, Gemeinde- und Krankenpflegezeitschriften aus ganz Europa sowie eine große Anzahl an Fachzeitschriften aus dem Altenheim- und Krankenhauswesen nach bibliographischen Angaben in der Datenbank LISK gespeichert. Aus Fachgebieten wie: Grund- und Behandlungspflege, Alten- und Krankenpflegeausbildung, Fort- und Weiterbildung, Pflegeforschung, Pflegedokumentation- und Planung, Pflegestandards, Hygiene, Organisation und Personalplanung, Finanzierung, Altenheim- und Krankenhausbau, Medizintechnik, Management, erhalten sie schnelle und gezielte Literaturnachweise.

Arbeitende und Lernende im krankenpflegerischen Bereich, Altenheim- und Krankenhausträger, Heim- und Verwaltungsleitungen, Krankenhausberater und die Krankenhausbedarfsgüterindustrie finden in der Datenbank LISK Literaturnachweise zu gesuchten Themenbereichen wie: Dekubituspflege, Pflege Langzeitbeatmeter, EDV im Krankenhaus, Beschäftigungsinitiativen im Altenheim, Budgetierung, Wirtschaftlichkeitsprüfungen.

Bestellkarten mit Leistungsangaben sowie allgemeine Zahlungsbedingungen sind zu erhalten bei:  
Datenbank LISK, Norbert Erichsen, Nikolaus-Heilmann-Str. 12, 8723 Frankenwinheim

**Geschenke:** Rosa Luxemburg/Che/Winnie Mandela/Malibongwe/Sandino/Paris dreidimensional. Prospekt anfordern!  
**Plakatkunst Schröter,**  
Steinhammerstraße 111,  
4600 Dortmund 70.

**MTA/L,** 12 Jahre Berufserfahrung, **sucht Arbeit** in Gemeinschaftspraxis, Krankenhaus oder Forschung in Kiel, Neumünster, Hamburg und Umgebung. Tel. (0 43 22) 46 17.

**Psychiatrische Klinik** im Oberbergischen **sucht** Zivil-dienstleistenden f. pfleg. u. ther. Tätigkeiten. Interessenten melden sich bitte unter Chiffre 011288 bei der dg-Redaktion, Kölnstraße 198, 5300 Bonn 1.

Die Geschäftsstelle der Deutschen Gesellschaft für soziale Psychiatrie sucht ab Januar 1989 **einen Zivil-dienstleistenden mit Berufserfahrung.**

Bitte trägt diese Information in Eurem Bekanntenkreis weiter.

Interessenten möchten wir bitten, sich schriftlich und mit Lebenslauf zu bewerben bei: DGSP-Geschäftsstelle, z. H. Jörg Zerche, Stuppstraße 14, 5000 Köln 30.

**Halbtagsstelle** sofort zu besetzen. Wir suchen **Krankenschwester/-pfleger** oder Sozialarbeiter/in mit mehrjähriger Psychiatrieerfahrung für stadtteilbezogenen ambulanten Dienst. Bewerbung bis 15. 12. 88. Verein für die Rehabilitation psychisch Kranker e. V., Heinrich-Pesch-Str. 39–41, 4050 Mönchengladbach 2, Tel. 0 21 66-4 30 91 oder 4 41 57 (E. Kleinlützum).

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

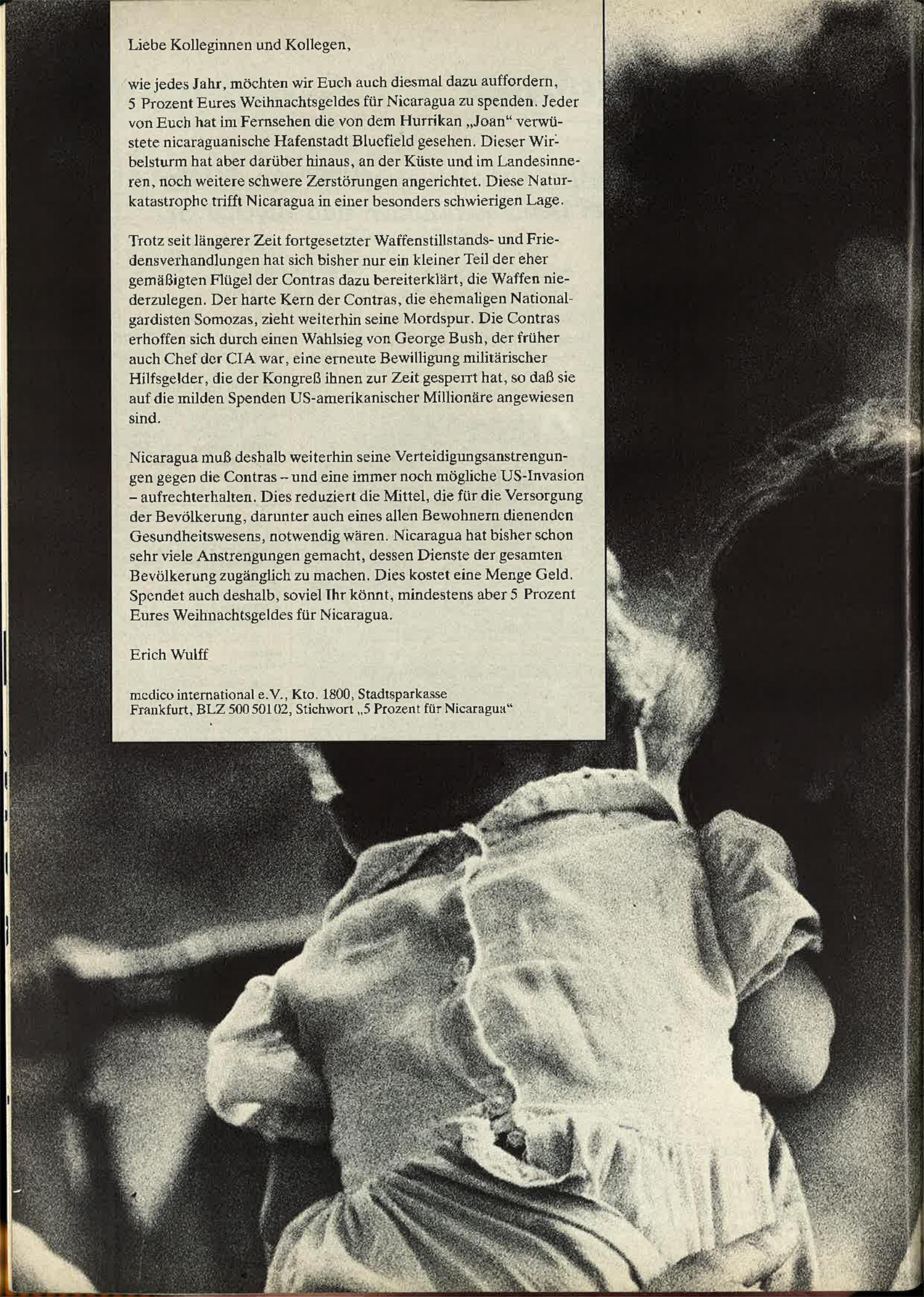
wie jedes Jahr, möchten wir Euch auch diesmal dazu auffordern, 5 Prozent Eures Weihnachtsgeldes für Nicaragua zu spenden. Jeder von Euch hat im Fernsehen die von dem Hurrikan „Joan“ verwüstete nicaraguanische Hafenstadt Bluefield gesehen. Dieser Wirbelsturm hat aber darüber hinaus, an der Küste und im Landesinneren, noch weitere schwere Zerstörungen angerichtet. Diese Naturkatastrophe trifft Nicaragua in einer besonders schwierigen Lage.

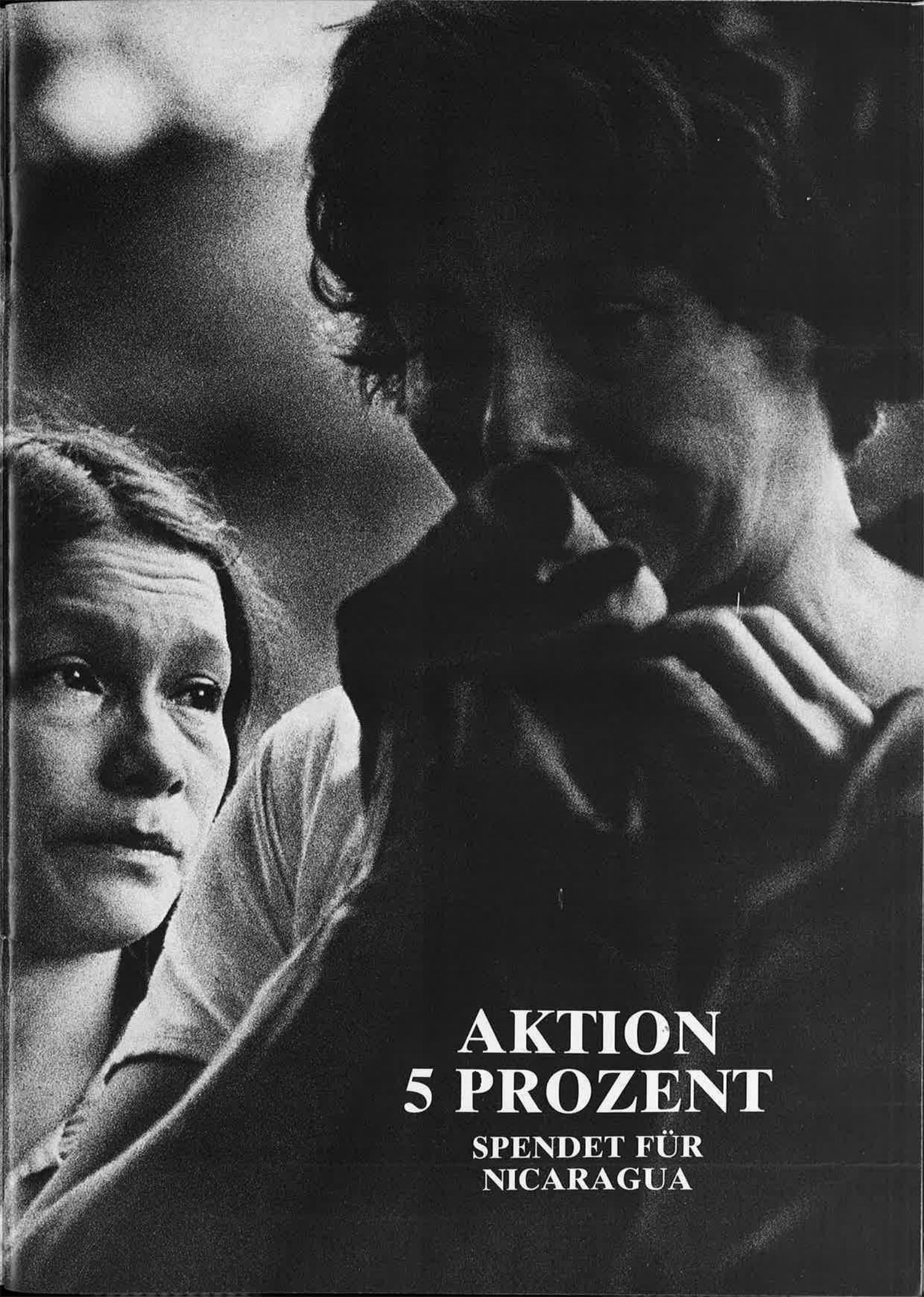
Trotz seit längerer Zeit fortgesetzter Waffenstillstands- und Friedensverhandlungen hat sich bisher nur ein kleiner Teil der eher gemäßigten Flügel der Contras dazu bereiterklärt, die Waffen niederzulegen. Der harte Kern der Contras, die ehemaligen Nationalgardisten Somozas, zieht weiterhin seine Mordspur. Die Contras erhoffen sich durch einen Wahlsieg von George Bush, der früher auch Chef der CIA war, eine erneute Bewilligung militärischer Hilfsgelder, die der Kongreß ihnen zur Zeit gesperrt hat, so daß sie auf die milden Spenden US-amerikanischer Millionäre angewiesen sind.

Nicaragua muß deshalb weiterhin seine Verteidigungsanstrengungen gegen die Contras – und eine immer noch mögliche US-Invasion – aufrechterhalten. Dies reduziert die Mittel, die für die Versorgung der Bevölkerung, darunter auch eines allen Bewohnern dienenden Gesundheitswesens, notwendig wären. Nicaragua hat bisher schon sehr viele Anstrengungen gemacht, dessen Dienste der gesamten Bevölkerung zugänglich zu machen. Dies kostet eine Menge Geld. Spendet auch deshalb, soviel Ihr könnt, mindestens aber 5 Prozent Eures Weihnachtsgeldes für Nicaragua.

Erich Wulff

medico international e.V., Kto. 1800, Stadtparkasse  
Frankfurt, BLZ 500 501 02, Stichwort „5 Prozent für Nicaragua“





**AKTION  
5 PROZENT**

**SPENDET FÜR  
NICARAGUA**



# Wurm drin

Die Dunkelziffer derer, die an Vergiftungen durch Holzschutzmittel leiden, ist nicht benennbar. Betroffene rennen von Arzt zu Arzt, von denen keiner auf die Idee kommt, daß hinter den diffusen Krankheitsbildern mehr steckt als „Hysterie“.

Jetzt ist es erstmals gelungen zu zeigen, was genau Umweltgifte im Gehirn anrichten. Hoffentlich hilft das den Opfern, endlich die Hersteller zur Verantwortung zu ziehen. Hoffentlich auch ein Anlaß für Ärztinnen und Ärzte, eher an Umweltvergiftung zu denken, statt vorschnell den Stempel „psychisch krank“ zu zücken. Der Report von Joachim Neuschäfer

# Das lange Lied der Dioxine



Entdecken Sie  
Ihr Herz für Holz und  
**XYLADECOR**  
FARBIGE HOLZSCHUTZ-LASUR

**A**nfang November 1988 wird der Postbeamte Heinz Rous aus gesundheitlichen Gründen mit 69 Prozent seiner bisherigen Bezüge in den vorzeitigen Ruhestand versetzt. Laut Gutachten des Postbetriebsarztes kann mit einer Wiederherstellung voller Dienstfähigkeit nicht mehr gerechnet werden, heißt es im Schreiben der Oberpostdirektion Düsseldorf. Herr Rous ist gerade 40 Jahre alt.

Erste Anzeichen einer Erkrankung machen sich bei ihm 1975 bemerkbar. Vorher hatte er so gut wie nie einen Arzt aufsuchen müssen. Er klagt über Ermüdungsercheinungen, häufige Infekte, Schlafstörungen. 1982 verstärken sich die Beschwerden. Ein Krankenhausaufenthalt wegen Herzrhythmusstörungen wird notwendig, der Verdacht eines Herzinfarktes bestätigt sich nicht. Zu dieser Zeit leidet Heinz Rous ständig unter Kopfschmerzen, Angstzuständen, Gleichgewichtsstörungen, Konzentrationsschwäche, Störung des Sehvermögens, Leistungs-

schwäche, Erbrechen und Entzündungen im Nasen-Rachen-Raum. Die Zeiten der Dienstunfähigkeit häufen sich. Ursachen für seine Beschwerden können von keinem der behandelnden Ärzte festgestellt werden.

Im Januar 1985 stimmt Herr Rous einer Einweisung in die Psychiatrische Landeslinik Bedburg-Hau zu. Dort werden ebenfalls keine pathologischen Befunde bei der körperlichen und neurologischen Untersuchung festgestellt. „Sämtliche Laborwerte“, so schreiben die behandelnden Ärzte, „waren im Normbereich.“ Beim EKG sei kein krankhafter Kurvenverlauf festzustellen. Die Behandlung: „Wir stellten den Patienten auf Aponal-Infusionen ein und führten mit ihm psychologische Gespräche.“ Am 6. Februar 1985 wird er gegen ärztlichen Rat aus der stationären Behandlung entlassen.

„Ich konnte mich wegen der Psychopharmaka nicht einmal mehr an meine Telefonnummer erinnern“, beschreibt Heinz Rous die Folgen der Behand-





lung. „Gott sei Dank hat mich meine Frau abgeholt. Wer weiß, ob ich sonst wieder rausgekommen wäre.“

Mit Beruhigungsmitteln war man auch sonst schnell zur Hand. Rous: „Wir mußten öfter den Rettungsdienst anrufen, wegen meiner Herzbeschwerden. Die kannten uns schon und hatten direkt das Valium zur Hand. Und meine Frau bekam dann auch welches verpaßt, damit sie sich nicht aufregt, weil ich sie ja verrückt mache.“ Eine Psychotherapeutin bescheinigt Herrn Rous eine „Ich-schwache Persönlichkeit mit depressiver Struktur“ sowie eine „starke Hemmung aggressiver Impulse, starke Symbiosewünsche und Trennungängste; Abwehrmechanismen: Projektion, Introjektion, Verdrängung“. Als günstige Faktoren für eine Behandlung führt sie unter anderem „beginnende Krankheitseinsicht“ an.

Zum Glück stand seine Einsichtsfähigkeit denen der Ärzte nach, doch wundern würde es eigentlich nicht, daß man irgendwann selbst akzeptiert, verrückt zu sein, wenn einem kein Arzt die Ursachen für seine Beschwerden nennen kann, wenn man von Arbeitskollegen schief angesehen wird, weil sich die Fehlzeiten häufen, wenn man sich wegen Schwindelgefühlen und Bewegungsstörungen kaum noch unter Menschen traut.

Schließlich kommt der Heilpraktiker Andreas Litzmann auf den richtigen Gedanken, er vermutet nach Untersu-

chung der Augeniritis eine Vergiftung. Daraufhin läßt die Familie Rous ihr Blut analysieren. Festgestellt wird bei allen ein signifikant erhöhter Pentachlorphenol-Wert im Blut. 1975 hatte Familie Rous die Decken ihrer Wohnung mit Holz vertäfelt und dieses mit Xylamon-Bläuesperrgrund und Xyladecor gestrichen. Bestandteil des Holzschutzmittels: Pentachlorphenol (PCP).

PCP, das zu den chlorierten Kohlenwasserstoffen zählt, beinhaltet in der „technisch reinen“ Form, wie sie in Holzschutzmitteln angewandt wurde, Verunreinigungen, die höchst giftig sind: Dioxine und Furane. Doch erst seit 1984 darf PCP nicht mehr für Innenräume verwendet werden, ein generelles Verbot gibt es nach wie vor nicht, auch wenn die bundesdeutschen Holzschutzmittelhersteller mittlerweile darauf verzichten.

**A**m 23. Juni 1986 erklärt das Bundesgesundheitsamt: „PCP verschwindet aus Holzschutzmitteln.“ Nicht aber aus der Wohnung der Familie Rous, wo noch 10 Jahre nach der Verwendung Dioxin aus dem Holz in die Wohnung ausgasen, wie in einem Gutachten von Professor Selenka, Lehrstuhlinhaber für Allgemeine und Umwelthygiene an der Ruhruniversität Bochum, im selben Jahr festgestellt wurde. Verschwunden war das Dioxin erst, nachdem die Holztäfelungen, aber auch die gesamte Einrichtung aus der Wohnung entfernt worden war. Als

Sondermüll, auf Kosten der Familie Rous, versteht sich. Zur Zeit klagt sie vor dem Landgericht Kleve auf Schadenersatz gegen die damalige Desowag-Bayer Holzschutzmittel GmbH, die Herstellerin von Xylamon.

Nach den Erfahrungen der Interessengemeinschaft der Holzschutzmittelgeschädigten (IHG), die bereits über 40 000 Anfragen beantwortet hat, lassen es allerdings nur wenige Geschädigte auf einen Prozeß ankommen. Heinz Rous: „Ich hatte das Glück, vorher eine Rechtschutzversicherung abgeschlossen zu haben, aber viele können sich das Risiko eines Verfahrens gar nicht mehr leisten. Die meisten Betroffenen sind durch ihre Gesundheitsschäden und die Finanzierung von Sanierungsmaßnahmen über beide Ohren verschuldet.“

**„Wenn Sie Holz ins Haus holen, vergessen Sie nicht den Naturschutz für zu Hause: XYLADECOR.“** Daß solcher „Naturschutz“ auf die Gesundheit geht, erfuhren Herr Rous und andere Heimwerker von den Herstellern nicht. Dabei war die Giftigkeit von PCP seit langem bekannt. Verboten ist es bis heute nicht



Foto: yn

Daß ein zusätzliches finanzielles Risiko gescheut wird, ist verständlich. Denn noch immer muß vom Geschädigten vor Gericht der Beweis erbracht werden, daß die Gesundheitsschäden ursächlich auf das benutzte Holzschutzmittel zurückzuführen sind und die Verantwortlichen der Hersteller schuldhaft gehandelt haben. Genau dieser Frage geht zur Zeit ein Ermittlungsverfahren der Staatsanwaltschaft Frankfurt nach, das 1984 durch eine Anzeige der IHG zustande kam. Ermittelt wird mit Hilfe des Bundeskriminalamtes gegen 40 Hersteller beziehungsweise 140 Verantwortliche aus den Firmen. Untersuchungsgegenstand: Fahrlässige Körperverletzung. Doch, so Hubert Hardt von der Frankfurter Staatsanwaltschaft, sei eine Ausweitung auf vorsätzliche Körperverletzung denkbar, wenn es gelinge nachzuweisen, daß die Beschuldigten von der Gefährlichkeit der Substanzen gewußt haben und den Vertrieb trotzdem in Kauf genommen hätten.

Dieser Verdacht liegt nahe, denn, so schreibt Professor Wassermann, Leiter der Abteilung Toxikologie an der Christian-Albrechts-Universität Kiel, in bezug auf das Vorkommen von Dioxinen im PCP: „Der chemischen Industrie ist (...) die chemische Ursache der extremen Toxizität dieser Verunreinigungen spätestens seit den Arbeiten von SCHULZ (1956, 1957), KIMMIG und SCHULZ (1957) und SANDER-MANN et al. (1957) bekannt. Daß technisches PCP auch Chlorakne auslöst (als Folge der PCDD/PCDF\* -Kontamination) hat die Firma Dow Chemical (1970) veröffentlicht.“ Über die extreme Giftigkeit des PCP lägen bereits Arbeiten seit Ende des letzten Jahrhunderts vor, so Wassermann.

Daß die Giftigkeit den Herstellern nicht gänzlich unbekannt gewesen sein dürfte, zeigt auch ein Artikel von Dr. phil Willi Scholles, von 1967 bis 1970 einer der Gesamtprokuristen der Desowag-Bayer, in den „Xylamon Nachrichten“ von 1956. Heißt es dort zunächst im Konjunktiv, daß Gesundheitsschädigungen nicht zu erwarten sein dürften, nennt der Autor später selbst auftretende Schäden: „Wenn bei einzelnen Personen stärkere Hautreizungen oder andere Reaktionen durch Xylamon bewirkt werden, so handelt es sich um besonders empfindliche Menschen mit allergischer Disposition.“ Ein mittlerweile beliebter Dreh, die Verantwortung auf die Geschädigten abzulenkten (siehe dg 11/88 „Euro-Eugenik“).

In den 70er Jahren konnte der Heimwerker aufmunternde Signale des Herstellers von Xylamon empfangen. „Die Produzenten haben in der Bevölkerung massiv Propaganda gemacht, daß die Anwendung in Innenräumen notwen-

dig sei“, kritisiert Professor Wassermann die aggressive Werbung aus dieser Zeit. Das zeuge von einem Höchstmaß an Unverantwortlichkeit, so der Kieler Toxikologe gegenüber dg, wo doch alle Fachleute wüßten, daß unter unseren klimatischen Bedingungen Holzschutz mit toxischen Wirkstoffen in Innenräumen gar nicht notwendig sei.

Von Gesundheitsgefährdungen durch PCP-haltige Holzschutzmittel konnten Heimwerker von der Desowag-Bayer damals nichts erfahren. Auf dem Kanister, der von der Familie Rous benutzt wurde, stand 1975 der kleingedruckte Warnhinweis: „Vorsicht pentachlorphenolhaltig; nicht in Eß- und Trinkgefäße abfüllen.“ Und im gleichen Jahr 1975 zeigte eine Werbung des Xylamonherstellers eine junge Hausfrau bei der Verarbeitung des Holzschutzmittels: in Shorts und T-Shirt.

Noch 1986, als mittlerweile zahlreiche Beschwerden von Geschädigten publik geworden waren, war Verharmlosung die oberste Devise. „Vielmehr handelt es sich bei diesen geringen Dioxin-Spuren zu mehr als 90 Prozent um Octachlordibenzodioxin, das nach dem Stand der Wissenschaft eine Toxizität („Giftigkeit“) von handelsüblichem Kochsalz hat“, heißt es in einem Leserbrief der Desowag-Bayer in der Rheinischen Post. Dr. Alsen-Hinrichs, Toxikologe aus Kiel, stellt dagegen fest, daß „auch die Oktachlordibenzo-Dioxine immer noch in einem Wirksamkeitsbereich sind wie das Zyankali zum Beispiel“.

**H**and in Hand mit der skrupellosen Vermarktung des Giftzeugs geht das Verhalten der Behörden, die dabei eifrige Sekundantendienste leisten. Wie das Bundesgesundheitsamt (BGA), das in einer „unabhängigen“ Sachverständigenkommission 1979 zu dem Ergebnis kam, daß ein Zusammenhang zwischen PCP und gesundheitlichen Beschwerden nicht bewiesen werden könne. Daß das BGA einfach nicht in der Lage ist, seinem Namen gerecht zu werden, ist nicht neu. Trotzdem, auch wenn es keine gesetzliche

**Für Dioxine kann es keine Grenzwerte geben. Der Hamburger Arzt Karl-R. Fabig wies in einer Untersuchung von Holzschutzmittel- und PER-Geschädigten nach, daß Schädigungen des Hirns auch bei Werten auftreten, die weit unter dem erlaubten MAK-Wert liegen**

Grundlage für eine sinnvolle Prüfung im Rahmen eines Zulassungsverfahrens, keine Verbotsmöglichkeiten gibt, wie Professor Lingk, Leiter der Abteilung für Pflanzenbehandlung, Schädlingsbekämpfung und Holzschutzmittel am Max-von-Pettenkofer-Institut des BGA, gegenüber dg beklagt, erstaunt doch immer wieder, mit welcher Dreistigkeit hier Aktivitäten vorgetäuscht werden.

Anstatt sich zu beschweren, daß das BGA nicht die Möglichkeit hat, eigene Untersuchungen durchzuführen, oder solche von unabhängigen Instituten einzuholen, verteidigt Lingk die Begutachtung durch seine Institution: „Wir überprüfen ja das gesamte Wissen, das zur Verfügung steht, somit die Literatur, die publiziert ist.“ Wenn man diese Aussage ernst nimmt, läßt das nur zwei Schlüsse zu. Entweder die Vertreter des BGA sind des Lesens nicht mächtig oder es liegt bei ihnen keine Literatur zu PCP vor. Professor Wassermann wird da deutlicher: „Das BGA wagt keine negative Bewertung, weil es lieber die Gesundheit der Industrie als die der Bevölkerung schützt.“

Auf dem Verschiebebahnhof der Verantwortlichkeit geht es aber munter weiter. Der Gesetzgeber, der laut BGA handeln müsse, in diesem Fall das Umweltministerium, sieht ebenfalls keine Möglichkeiten. Man habe ja ein PCP-Verbot durchzubringen versucht, aber es sei von der EG kassiert worden. Aber man wolle das weiter verfolgen. Möglichkeiten, ein Zulassungsverfahren für Holzschutzmittel einzuführen, sehe man nicht. Dr. Huthmacher, Leiter des Pressereferats des Ministeriums für Umwelt und Reaktorsicherheit, räumt auf Frage von dg zwar ein, daß der Gesetzgeber immer hinter den aktuellen Entwicklungen herhinke, hält ein Verbot von giftigen Substanzen aber für problematisch. „Heute ist es ja so, daß in der Hinterhand immer entsprechende Ersatzstoffe vorhanden sind, die möglicherweise nicht weniger gefährlich sind.“ Also lieber ein bekanntes Gift auf dem Markt lassen, als durch ein unbekanntes ersetzen. Zu suchen haben in der Hand des Verbrauchers eigentlich beide nichts. Doch als letztes Mittel hat das Drohen der Indu-

\* Polychlorierte Dibenzodioxine und -furan



**Krankheitsbilder, die durch neurotoxische Schäden ausgelöst werden, sehen psychosomatischen Störungen zum Verwechseln ähnlich. Die zunehmende Belastung der Umwelt macht es notwendig, an „handfeste“ Ursachen von Erkrankungen zu denken. Allein, um Konsequenzen für Arbeits- und Umweltschutz ziehen zu können**

strie mit dem Abbau von Arbeitsplätzen noch immer gezeichnet.

Daß die EG nicht gerade Vorreiter für ökologische Interessen ist, dürfte bekannt sein. Gerade beim geplanten PCP-Verbot hatte unter anderem Frankreich geblockt. Mit „gutem“ Grund, der größte Erzeuger von PCP heißt Rhône-Poulenc. Dennoch drängt sich der Verdacht auf, daß der Verweis auf die EG als Entschuldigung für eigene Untätigkeit zu wohlfeil zu haben ist. Denn die Bremsen sitzen nicht nur in Brüssel, sondern auch in direkter Nachbarschaft, im Justizministerium. Dort zeichnet man verantwortlich für einen „Entwurf eines Gesetzes über die Haftung für fehlerhafte Produkte“, das noch in diesem Jahr verabschiedet werden soll. Weniger ökologische Einsicht als eine Richtlinie der EG vom 25. Juli 1985 hatte den Gesetzentwurf nötig gemacht.

Es wäre wohl zuviel verlangt, vom Gesetzentwurf die von Verbraucherverbänden geforderte Umkehr der Beweislast bei Schädigungen zu erwarten. Trotzdem würde dieses Gesetz, wenn es in der vorgelegten Form in Kraft tritt, eine Verbesserung des Verbraucherschutzes bedeuten. Denn die Haftung des Produzenten soll künftig verschuldensunabhängig sein, das heißt, der Kläger muß nicht mehr den Beweis führen, daß ein Vertreter der Firma schuldhaft gehandelt hat.

Ansonsten aber fällt der Gesetzentwurf in entscheidenden Teilen weit hinter die Möglichkeiten, die die EG-Richtlinie einräumt, zurück. Die Haftung für Fehler, die nach dem Stand der Wissenschaft und Technik nicht hatten erkannt werden können, ist ausgeschlossen, obwohl die Richtlinie den Mitgliedstaaten eine solche Haftung freistellt. Weiter heißt es im EG-Text: „Der Hersteller haftet grundsätzlich unbegrenzt.“ Allerdings könne auf nationaler Ebene im Personenschadensbereich eine Haftungshöchstgrenze vorgesehen werden. Wovon das Justizministerium im Paragraph 10, Absatz 1, auch Gebrauch macht. Ganze 160 Millionen Mark sind als Höchstbetrag vorgesehen. Bei Schäden, die ein Serienprodukt verursacht, müßten sich die Betroffenen dann eben den Pott teilen. Die Begründung dieser Höchstbetragsregelung sagt eigentlich alles über die Qualität des Entwurfs aus. Sie sei vorgesehen, zum einen „als Ausgleich für die verschärfte Form der Haftung, zum anderen im Interesse der wirtschaftlichen Vorhersehbarkeit und der Versicherbarkeit für den Haftenden“.

Selbst ohne solche Mängel wäre den Holzschutzmittelgeschädigten mit dem Gesetz nicht geholfen, da es nicht rückwirkend gelten kann. Die Möglichkeit, einen Entschädigungsfond einzurichten, wird – jedenfalls im Justizministerium – nicht geprüft. Auch diese Geschädigten seien ja nicht rechtlos, so der knappe Kommentar aus dem Ministerium, man wolle das aber nicht vertiefen.

**Ä**rzte, die mit den Krankheitssymptomen nichts anzufangen wissen, Behörden, die schlafen oder vor der Industrie kuscheln; schlechte Bedingungen für die Geschädigten, zu ihrem Recht zu kommen. Und gäbe es nicht die IHG, die in mühevoller Kleinarbeit Material gesammelt und Gutachten in Auftrag gegeben hätte, und gäbe es nicht einige kritische Toxikologen und Mediziner, man könnte fast darauf wetten, daß PCP noch immer in Holzschutzmitteln verwendet würde. Dabei sind die Schädigungen durch Holzschutzmittel gleich in doppeltem Sinne bloß die Spitze eines Eisbergs.

Zum einen ist selbst bei ihnen, trotz der Arbeit der IHG, eine hohe Dunkelziffer anzunehmen. Denn die unspezifischen Symptome, wie sie zum Beispiel Herr Rous und seine Familie aufwiesen, lassen nicht zwangsläufig auf eine Vergiftung schließen. Zum anderen entstehen ähnliche Krankheitsbilder bei der Exposition von Schwermetallen, Alkoholen und chlorierten Kohlenwasserstoffen, zu denen zum Beispiel „Per“ (Perchloroethylen) und „Tri“ (Trichloroethylen) gehören. Immer noch finden sich chlorierte Kohlenwasserstoffe in Lacken und Lösungsmitteln, der Bundesvorstand des Deutschen Gewerkschaftsbundes schätzte 1984 allein die Zahl der jähr-

lich an Lösemitteln erkrankten Arbeiter auf 100.000.

Daß diese Erkrankungen nicht entdeckt werden, führt Werner Maschewsky, Professor für Sozialmedizin an der Fachhochschule Hamburg, unter anderem darauf zurück, daß gerade die neurotoxische Wirkung von Substanzen, also die Schädigung des Nervensystems, bislang, wenn überhaupt, stets unterbewertet werde. Denn viele dieser Substanzen haben gleichzeitig akut-toxische, krebserregende oder erbgutschädigende Wirkungen, die bei den Bewertungen der Stoffe im Vordergrund stehen. Diese Erfahrung hat auch der Arzt Karl-R. Fabig gemacht, der Holzschutzmittel- und Per-Exponierte auf neurotoxische Schäden untersucht hat. Auf dem Dioxin-Kongreß, der im August 1988 in Umea/Schweden stattfand und auf dem Fabig seine Arbeit vorstellte, fragte er in der Podiumsdiskussion, ob bei der Risikobewertung der Dioxine schon einmal die Neurotoxizität einbezogen worden wäre. Die Antwort des Diskussionsleiters: „Nein, wir haben darüber keine Daten.“ Und auf die Frage, ob man denn bereit sei, die von ihm vorgelegten Daten zu erweitern, habe er die Antwort bekommen, „man werde sehen“, berichtet Fabig.

Der Hamburger Arzt hatte mit Hilfe der sogenannten Single Photon Emission Computed Tomography (SPECT) 74 Holzschutzexponierte und ein Vergleichskollektiv von 41 Personen ohne Belastungen untersuchen lassen. Bei beiden Gruppen sei aufgrund ihrer Beschwerden, nämlich Kopfschmerzen, Schwindelgefühl, Depressionen und Konzentrationsstörungen, eine SPECT-Untersuchung indiziert gewesen, erklärt Fabig. Festgestellt werden konnte mit Hilfe dieser Untersuchung eine bisher nicht bekannte Verminderung des regionalen cerebralen Blutflusses im Vorderhirn bei denjenigen, die Holzschutzmitteln ausgesetzt waren. Und dies auch bei denen, deren chronische Exposition weit unterhalb der Werte für die maximale Arbeitsplatzkonzentration (MAK) lag. Diese neurotoxisch zu bewertenden Befunde hät-



**Problem  
Altstoffe**

ten oft ihre Bestätigung durch andere Untersuchungen, zum Beispiel neurophysiologische und augenärztliche, gefunden.

Fabig sieht keine Lösung des Problems darin, niedrigere Grenzwerte festzusetzen. Da bei der inhalativen Aufnahme nach den jetzt vorliegenden SPECT-Befunden keine Grenze festgelegt werden könne, ab der eine Schädigung auftrete, seien sofort alle Dioxinquellen der Industrie, der Müllverbrennung und der sogenannten Altlasten zu stopfen. Wegen seiner PCDD/PCDF-Abgase sei verbleites Benzin zu verbieten.

**K**onsequenzen verlangt Fabig aber auch von den Medizinern: „Ärztliche Fortbildung, umweltmedizinische Ausschüsse der Ärztekammern, pharmakologische und toxikologische Lehrstühle dürfen sich nicht länger dem außerwissenschaftlichen und selbsternannten Druck beugen müssen, der es bisher verhindert, daß ökologisch und sozial verursachte Massenerkrankungen ärztlich diagnostiziert und präventiv angegangen werden.“ Diesen von den Ärzten selbst erzeugten Druck hat Fabig bereits zu spüren bekommen.

Er sei vom Prüfarzt der Kassenärztlichen Vereinigung angegriffen worden, weil er zu hohe Kosten verursache. Und das nur, so Fabig, weil er das Gehirn genauso wichtig nehme wie Leber und Herz, für die ja auch aufwendige Diagnosemittel verwendet würden.

Gerade die SPECT-Untersuchung bietet sich nach den Ergebnissen der Studie an, neurotoxische Schäden zu diagnostizieren, die sonst schnell in die Schublade der psychosomatischen Bedingtheit gesteckt werden. „Bei unzureichender (Differential-)Diagnose“, so der Hamburger Sozialmediziner Maschewsky, „ist eine Verwechslung . . . möglich – unabsichtlich, aber natürlich auch absichtlich.“ Daß falsch diagnostiziert wird, dieser Verdacht drängt sich auf, wenn man die Anerkennungspraxis neurotoxischer Schäden als Berufskrankheiten betrachtet. Im Jahrbuch für Kritische Medizin des Argument Verlags hat Maschewsky dafür einige Belege aufgezeigt. Verwundern muß zum Beispiel, wenn in Dänemark bei 11 000 Malern jährlich 140 Fälle von Hirnschäden als Berufskrankheit anerkannt werden, während es in der Bundesrepublik nur 100 Fälle jährlich sind, obwohl hier etwa 220 000 Maler arbei-

ten. Oder wenn Holzschutzmittelgeschädigte wie Heinz Rous zu psychisch Kranken erklärt werden.

Maschewsky haut aber noch stärker auf den Putz: „Die Psychosomatik hat ihren ‚revolutionären Schwung‘ verloren und ist vom Veränderungswissen zum Anpassungswissen ‚degeneriert‘ – kein Wunder also, daß sie inzwischen ‚hoffähig‘ ist.“ Psychosomatische Erklärungen hätten eine zugleich fest-schreibende und entlastende Funktion. Sie verwiesen auf ein „Sozialisations-schicksal“, vergleichbar dem „biologischen Schicksal“ der genetischen Erklärung.

Es läßt sich nicht leugnen, daß ein Erklärungsansatz, der von neurotoxischen Ursachen ablenkt, ausgesprochen bequem ist. Denn Folgerungen für Umwelt- und Arbeitsschutz brauchen erst gar keine gezogen werden. So kann es kommen, wenn ein an sich fortschrittliches Herangehen, wie es die Psychosomatik darstellt, ebenso zum einseitigen Erklärungsansatz verkommt wie ein rein somatischer. Und das wäre schade, gerade weil Psychosomatiker noch viel zu oft belächelt werden. □



Eine Prüf- und Anmeldepflicht für chemische Stoffe besteht nach dem derzeit gültigen Chemikaliengesetz nur für solche, die nach dem 18. September 1981 erstmals im Bereich der Europäischen Gemeinschaft vermarktet wurden. Nicht erfaßt werden dadurch innerhalb der EG mehr als 100 000 Stoffe, die schon länger auf dem Markt sind und über die meist nur unzureichendes Datenmaterial vorhanden ist. Umweltminister Töpfer ist wild entschlossen, das zu ändern. Doch wo anfangen, bei dieser Menge? Verständlich, wenn Töpfer in einem Pressegespräch im November dieses Jahres feststellt: „Es ist unmöglich, alle diese Stoffe gleichzeitig umfangreich wissenschaftlich zu untersuchen. Deshalb müssen hierbei Prioritäten gesetzt werden.“

Ein Kriterium bei der Auswahl der zu untersuchenden Stoffe ist, so Töpfer, das vermutete Gefährdungspotential. Doch wir wollen nicht vorgreifen. Denn als erstes Kriterium erscheint ein anderes: Die Produktionsmenge. Und da sich die chemische Industrie aufs Filtrieren versteht, hat sie eine Liste erstellt, in der alle die Stoffe

enthalten sind, von denen in der EG mehr als 10 Jahrestonnen hergestellt beziehungsweise aus Drittländern importiert werden. Da waren's nur noch 4600.

Zu untersuchen gibt es da immer noch genug. Nach dem zweiten Kriterium bleibt eine Liste von 581 Stoffen übrig, zusammengestellt durch das „Beratergremium umweltrelevanter Altstoffe“, ein Gremium der Gesellschaft deutscher Chemiker, die Berufsgenossenschaft Chemie, das Bundesgesundheitsamt und das Bundesumweltamt. Und diese 581 Stoffe sollen von den oben genannten Institutionen vor-dringlich untersucht werden, „unter den Zielen des Gesundheits-, Arbeits- und Umweltschutzes“. Die Finanzierung erfolgt durch die Industrie.

Bis 1986 lagen erst sieben Stoffberichte vor, die Arbeit sei nur schleppend in Gang gekommen, beklagt Töpfer. Mittlerweile, 1988, sind ganze 31 Altstoffe untersucht, 47 weitere Berichte seien in Vorbereitung. Zur Beschleunigung des Verfahrens will das Umweltministerium 1,5 Millionen

Mark bis 1990 zuschießen, die chemische Industrie stelle pro Jahr 20 bis 30 Millionen Mark zur Verfügung. Mit mehr als 50 Stoffberichten sei aber nicht zu rechnen, so Töpfer. Grund: Die nur begrenzte Zahl von Fachleuten in der Bundesrepublik.

Das heißt, in etwa zehn Jahren darf man damit rechnen, daß die 581 ausgewählten Stoffe untersucht sein werden. Wie tröstlich, daß man im Umweltministerium bereit ist, „aufgrund aktueller Ereignisse (Unglücksfälle, neue wissenschaftliche Erkenntnisse etc.) das vereinbarte Verfahren zu verlassen und einzelne Stoffe oder Stoffgruppen gesondert beschleunigt zu betrachten“. Wollte man gar alle 100 000 Altstoffe untersuchen, man würde bei oben angegebener Untersuchungsgeschwindigkeit 2000 Jahre brauchen.

Ein Vorschlag an Herrn Töpfer: Mit oberster Priorität ein drittes Kriterium einführen, nämlich nur die Substanzen auf dem Markt zu lassen, die tatsächlich unbedingt notwendig sind. Die da übriggeblieben, ließen sich wohl in kürzester Zeit untersuchen.

# Offenes Geheimnis

## Arzthelferinnen sollen schweigen

**ud - Arzthelferinnen sollen ihrer Gewerkschaft keine Auskünfte über ihre Arbeitsbedingungen geben dürfen. So will es die „Medical Tribune“. Wer Arzthelferinnen fragt, weiß warum**



„Schnüffelei in der Arztpraxis“, titelte in dicken Lettern die „Medical Tribune“ in ihrer Ausgabe vom 24. Oktober diesen Jahres. Gab es wieder „böse“ Staatsanwälte, die der Klientel des Blattes auf die Finger schauen wollten? Weit schlimmer, hatte doch der Bezirk Hildesheim/Hameln der Deutschen Angestellten Gewerkschaft (DAG) gewagt, einen Fragebogen an Arzthelferinnen zu verteilen. Daß die DAG sich nach Weiterbildungsmöglichkeiten und -interessen der Arzthelferinnen erkundigte, mochte man ja noch hinnehmen, doch mit ihren weitergehenden Fragen stieß sie offensichtlich auf den Nerv des Kleinunternehmers Arzt.

Gefragt wurde nämlich auch nach den Arbeitsbedingungen der Arzthelferinnen, unter anderem nach dem Gehalt, der Arbeitszeit, der Überstundenvergütung, der Urlaubsregelung, nach dem Arbeitsklima und dem Wunsch eines Berufswechsels. Die Herren im weißen Kittel empfanden solche Fragen wohl als ehrenrührig. Doch ehrenrührig sind weniger die Fragen als die Antworten, die die DAG erhielt. Arbeitszeiten zwischen 40 und 45 Stunden seien die Regel, ohne daß die Mehrarbeit in allen Fällen vergütet werde, Urlaubsgewährung, die weit unter dem Tarif liege, mangelnde Aufklärung über Unfallverhütungsvorschriften, fehlende Aufstiegsmöglichkeiten und ein schlechtes Betriebsklima prägten den Arbeitsalltag der Arzthelferinnen, faßt die DAG die Ergebnisse der Umfrage zusammen.

Damit der Kittel des Arztes künftig nicht mehr derart beschmutzt wird, empfiehlt die Bildzeitung des Mediziners nicht etwa eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen. Statt dessen werden sämtliche Erfahrungen aus dem Arbeitsalltag zur Geheimsache erklärt. Nach dem Mustertarifvertrag für Helferinnen seien Mitarbeiter der Praxis verpflichtet, Praxisvorgänge geheimzuhalten, gibt die „Medical Tribune“ den Niedergelassenen Schützenhilfe. „Wer also vor allem die Fragen nach Arbeitszeit, Entlohnung und hauptsächlichlicher Beschäftigung beantwortet, verstößt gegen den Arbeitsvertrag“. Und damit die Drohung noch mehr Gewicht erhält, werden diese Äußerungen als Auffassung eines „im Arbeitsrecht bewanderten Juristen“ dargestellt. Dieser Anwalt kann von Glück sagen, daß sein Name nicht genannt wird, es bestünde die Gefahr, daß er sonst seine Kanzlei mangels Erfolg schließen müßte.

Dr. Görg von der Rechtsabteilung des ÖTV-Bezirks Berlin, hält das ganze Manöver für eine Irreführung der Arzthelferinnen. Es sei das gute Recht eines Arbeitnehmers, seiner Gewerkschaft die bestehenden Arbeitsbedingungen mitzuteilen, so Görg gegenüber dg. Der Geheimhaltung unterlägen Patientendaten und Geschäftsgeheimnisse. Und darüber hinausgehende Absprachen, selbst wenn sie im Arbeitsvertrag festgeschrieben wären, hält der ÖTV-Vertreter schlicht für sittenwidrig. Mit dem Ruf, Arzthelferinnen nicht adäquat zu entlohnen, können einige Ärzte wohl trotzdem gut leben. Solange jedenfalls, wie die dienstbaren Geister nicht aufmucken. Was in größeren Betrieben zumeist gang und gäbe ist, davor fürchtet sich die „Medical Tribune“ nebst ihrer Klientel wie der Teufel vor dem Weihwasser: Daß es gelingen könnte, „als Gewerkschaft Kontrolle über den Arbeitsplatz beim Freiberufler Arzt zu gewinnen“.

Anderc wollen den Vorwurf, miese Arbeitgeber zu sein, nicht auf sich sitzen lassen. Von seiten der ÖTV besteht großes Interesse an einem Zusammenschluß fortschrittlicher niedergelassener Ärztinnen und Ärzte, die bereit seien, mit ihr einen angemessenen Tarifvertrag für Arzthelferinnen abzuschließen, faßt Winfried Beck, Vorsitzender des Vereins Demokratischer Ärztinnen und Ärzte (VDÄÄ), ein Gespräch mit dem ÖTV-Hauptvorstand zusammen. Bislang gibt es nur einen Tarifvertrag zwischen dem Arbeitgeberverband der niedergelassenen Ärzte und der DAG. Und der ist, wie Beck feststellt, „einer der schlechtesten überhaupt“. Unter Verweis auf die letzte Ausgabe von dg, in der linken Ärzten attestiert worden war, daß ihr fortschrittliches Bewußtsein nur bis zur eigenen Praxistür reiche, will der VDÄÄ aktiv werden. Beck: „Ich meine, daß es tatsächlich Sache unseres Verbandes ist, in dieser Frage ein Signal zu setzen.“ Vorgesehen ist, möglichst bald eine erste Vorbesprechung mit allen interessierten Kolleginnen und Kollegen durchzuführen. Unsere Meinung dazu: Gut so.

Niedergelassene, die Interesse an der Ausarbeitung eines vernünftigen Tarifvertrags für Arzthelferinnen haben, sollen sich melden bei der VDÄÄ-Geschäftsstelle, Kurfürstenstraße 18, 6000 Frankfurt/M. 90, Tel. (069) 77 93 66.

## Infektionsrisiko durch HIV in Klinik und Praxis

### Gefährdungspotential und Prävention

Wie groß ist die Gefahr, sich im Krankenhaus oder der Praxis mit HIV zu infizieren? Überraschend niedrig, wie eine Auswertung aller bisher vorliegenden Studien von Prof. Peter Naumann vom Institut für Medizinische Mikrobiologie und Virologie der Universität Düsseldorf ergab.

Das Wissen von der Übertragbarkeit des AIDS-Erregers HIV durch Blut, Sperma und Vaginalsekret hat auch im medizinischen Bereich zu verständlicher Furcht vor einer Infektion durch berufliche Exposition geführt. Diese Furcht wurde noch verstärkt durch die Erkenntnis, daß auch Speichel, Liquor, Tränenflüssigkeit, Muttermilch, Urin und Stuhl das Virus in lebens- und vermehrungsfähiger Form enthalten. Sie berührt in der Bundesrepublik Deutschland über 500 000 Beschäftigte, die als Ärzte oder Zahnärzte, als Schwestern, Pfleger, Hebammen und medizinisch-technische Assistentinnen in Praxis, Klinik und Laboratorium tätig sind.

Dabei wird das Gefährdungspotential einer beruflichen Infektion in der Medizin wesentlich von zwei Faktoren bestimmt: einmal von der epidemiologischen Situation, also der Zahl der HIV-infizierten und AIDS-erkrankten Patienten, denen wir, oft in Unkenntnis ihrer Infektiosität, im ärztlichen Alltag begegnen, zum anderen aber durch die spezifischen Risiken unserer medizinischen Einrichtungen und deren jeweilige Häufigkeit. Beide Momente erfordern eine getrennte Analyse und Betrachtung.

#### Epidemiologie

Zur Beurteilung der Epidemiologie gibt es einigermaßen verlässliche Daten nur durch diejenigen Erkrankungsfälle, die dem Nationalen Referenzzentrum für die Epidemiologie von AIDS (NRE-AIDS) beim Bundesgesundheitsamt gemeldet werden. Diese Zahlen steigen kontinuierlich seit 1982. Die registrierten AIDS-Fälle haben sich damit von Jahr zu Jahr mindestens verdoppelt und betragen bis zum 31. 12. 1987 1669 Erkrankte und Gestorbene.<sup>20</sup> Hinsichtlich des HIV-infizierten, jedoch noch nicht erkrankten Anteils unserer Bevölkerung sind wir dagegen fast ausschließlich auf spekulative Hochrechnungen angewiesen, da die seit dem 1. Oktober 1987 praktizierte anonyme Meldung der HIV-positiven Laborbefunde kaum für einen epidemiologischen Überblick taugt. Auf dem deutschen AIDS-Kongreß im Januar 1988 war von 15 000 HIV-infizierten in der Bundesrepublik die Rede. Diese Zahl erscheint reichlich euphemistisch. In den USA wird die Größenordnung der Infizierten auf 1–1,5 Millionen geschätzt, aber auch bis zu etwa 1 % der Gesamtbevölkerung. Sie liegt damit um etwa den Faktor 21 bis 32 über der Anzahl (> 46 000) der manifest an AIDS Erkrankten.<sup>6,7</sup> Eine Hochrechnung der bei uns bis Ende 1987 registrierten 1669

AIDS-Kranken mit diesem Multiplikator würde für Deutschland zu einer Anzahl von 35 049 bis 53 408 HIV-Infizierten unter unserer Bevölkerung führen, also einem Anteil von 0,06 bis 0,09 %.

So wenig verlässlich diese epidemiologischen Daten auch sein mögen, so sehr vermitteln sie doch eine wenigstens vage Vorstellung vom Ausmaß des Infektionspotentials, dem sich die Medizin weltweit und natürlich auch in Deutschland konfrontiert sieht. Die Zahlen von HIV-Infizierten und AIDS-Erkrankten werden mit einiger Wahrscheinlichkeit weiter steigen und damit auch die potentiellen Infektionsquellen in Praxis und Klinik.

Für eine Risikoabschätzung sollte weiterhin berücksichtigt werden, daß das HIV sowohl in Suspension als auch eingetrocknet bei Zimmertemperatur 3–15 Tage überleben kann. Dagegen ist der AIDS-Erreger durch die gängigen thermischen und chemischen Desinfektionsverfahren schnell und sicher abzutöten.<sup>30</sup>

#### Risiko in medizinischen Berufen

Für eine Bewertung des zweiten Faktors, der spezifischen Risiken einer medizinischen Tätigkeit, sind die Befunde von Untersuchungen an Ärzten und medizinischem Personal aufschlußreich.

So wurde von den Centers for Disease Control in Atlanta bis 1986 eine retrospektive Studie an 16 748 AIDS-Patienten durchgeführt, von denen 922 (5,5 %) medizinische Berufe hatten.<sup>21</sup> 95 % dieser Patienten gehörten zu den bekannten Risikogruppen. Für die verbleibende Quote der Patienten ohne erkennbares Risiko bestand keine signifikante Differenz zwischen medizinischen Berufen (3,7 %) und anderen Berufsgruppen (2,7 %). In keinem Fall konnte für Ärzte und medizinisches Personal eine berufliche Exposition als Ursache der AIDS-Erkrankung gesichert werden.

Diesen Befunden weitgehend vergleichbar sind die Ergebnisse von insgesamt sieben prospektiven Studien. Seit 1981 wurden in den USA und England zahlreiche Angehörige medizinischer Berufe freiwillig anamnestisch erfaßt und auf HIV-Antikörper untersucht.<sup>13, 18, 17, 16, 22, 23, 27</sup> Nach Ausschluß der Personen aus definierten Risikogruppen umfaßte die auswertbare Gruppe noch 2066 Ärzte, Schwestern, Pfleger, technische Assistentinnen und sonstige Beschäftigte aus dem Medizinalwesen. 947 von Ihnen, also über 45 %, hatten durch zum Teil multiple (bis zu elf) Nadel-

# Dir allein will ich gehören Tag für Tag 1989



## GESUNDHEIT

TAG FÜR TAG  
**1989** Kalender für Leute  
in Gesundheits- und  
Sozialberufen.

#### Gesundheit – Tag für Tag 1989

Taschenkalender mit flexiblem Einband, Lesezeichen. Mit Texten und Terminen, Tabellen und Tarifen, Fotos und Karikaturen; mit wichtigen Adressen aus dem demokratisch-alternativen Gesundheitswesen. Etwa 320 Seiten, DM 12,80

Über eine halbe Million Frauen und Männer arbeiten im Gesundheitswesen der Bundesrepublik. Für sie, die Schwestern und Pfleger, die MTAs und Ärzte, bringt der Kalender jeden Tag Wissenswertes, Kritisches, Perspektivisches zur Medizin: Datenschutz im Krankenhaus, Sozial- und Bettenabbau, Probleme der Frauen in Pflegeberufen, Ganzheitspflege und alternative Heilmethoden. Informationen über Arbeitnehmerrechte: Vergütungstabellen, Urlaubs-, Zeitzuschläge; Kritisches über Medikamente; umweltmedizinische Adressen von Selbsthilfegruppen; Gesundheitsläden, ÖTV, AIDS-Selbsthilfegruppen, Gesundheitsmemorandum-Gruppe, IPPNW, Krankenpflege gegen Krieg, Pro Familia, Medico International, der antifaschistischen Aktivitäten deutscher Krankenschwestern usw. Zwischen Buchempfehlungen, Kongreßterminen und Karikaturen bleibt auch noch viel Platz für private Notizen und Termine.

Unsere Bücher  
sind Lebens-Mittel

## PAHL-RUGENSTEIN

Anzeige

## LIVE AUS DER BERLINER PHILHARMONIE

ANTAL DORATI dirigiert  
BEETHOVENS  
MISSA SOLEMNIS

Insgesamt 39 große europäische Symphonieorchester schickten Musiker. So ein Orchester hat es noch nie gegeben! Zum Beispiel waren alleine bei den Geigen acht Konzertmeister. Bei den Fagotten fanden sich vier bekannte Solo-Fagottisten zusammen. Auch in der Cellogruppe saßen vier Solo-Cellisten. Wie haben sie sich geeinigt? Wie verständigte sich der Solobratscher der Münchner Philharmoniker mit dem der Moskauer Philharmoniker? Wie der Solocellist der Berliner Philharmoniker mit dem der Staatskapelle Dresden? Beethovens Missa solemnis hat sie geeinigt!

### IPPNW-KONZERTREISE 1988

260 Musiker aus drei Kontinenten, 23 Ländern, unternahmen im Juli 1988 eine in der Musikgeschichte bisher einzigartige Konzertreise, um Beethovens Missa solemnis innerhalb einer Woche in Berlin(West), Moskau, Dresden und London aufzuführen. Die Konzerte mit Beethovens Eintragung in die Partitur - "Bitte für inneren und äusseren Frieden" - setzten somit ein unüberhörbares und unübersehbares Zeichen. Durch Rundfunk- und Fernsehübertragungen wurden mehr als 200 Millionen Menschen erreicht.

### JETZT ALS EXKLUSIVES ANGEBOT FÜR FREUNDE DER IPPNW

Der Konzertmitschnitt aus der Berliner Philharmonie lag schon nach wenigen Tagen als Doppel-CD vor. Nun kann die IPPNW in Zusammenarbeit mit der renommierten schwedischen Plattenfirma BIS dieses musikhistorische Dokument auch als Doppel-LP anbieten. Sichern Sie sich noch heute zum Exklusivpreis Ihr Exemplar! Denken Sie auch ans Verschenken! Füllen Sie die beigefügte Bestellkarte aus und senden Sie sie noch heute ab.

Der Erlös der Platte kommt IPPNW-Projekten und den Opfern von Atom-bombenversuchen zugute.

stichverletzungen oder durch Kontamination mit Blut oder Körpersekreten von AIDS-Patienten eine besondere Infektions-Exposition. Von diesem erhöhten Risiko durch akzidentelle perkutane Kontakte mit Blut oder durch bluthaltige Kontamination und Aerosole auf Haut und Schleimhäuten waren Schwestern und Angehörige des Pflegebereichs dreimal häufiger betroffen als Ärzte.<sup>28</sup> Trotzdem fanden sich nur drei Fälle in der Studie von Weiss und Mitarbeitern<sup>27</sup> und zwei weitere Fälle in der kooperativen Nadelstichstudie der CDC von McCray<sup>22</sup> mit HIV-positiven Seroreaktionen. Bei drei dieser Probanden konnte eine heterosexuelle Übertragung nicht absolut sicher ausgeschlossen werden. Damit kann unter den 2066 Personen aus medizinischen Berufen nur zweimal eine HIV-Infektion durch akzidentelle berufliche Exposition mit kontaminierender Verletzung als gesichert gelten.

Übereinstimmend wird daher von allen Autoren die Gefahr einer medizin-beruflichen HIV-Infektion als sehr gering bewertet. Trotz der häufigen Nadelstichverletzungen und Kontaminationen mit Blut von AIDS-Patienten liegt das HIV-Risiko unter 1 %, das einer Hepatitis-Infektion nach Verletzung bei Hepatitis-B-Antigen-positiven Patienten dagegen zwischen 14 und 26 %.<sup>27</sup> Das wird auch in der Studie von Henderson und Mitarbeitern<sup>16</sup> deutlich. Hier entwickelte sich bei drei Probanden nach Nadelstichverletzung bei AIDS-Patienten zwar eine Hepatitis, aber keine HIV-Serokonversion. Über einen gleichen Fall einer Hepatitis-Übertragung ohne HIV-Infektion nach Nadelstich haben auch Gerberding und Mitarbeiter<sup>12</sup> berichtet.

Diese prospektiven Studien an großen Probandenzahlen ermöglichen eine vorwiegend quantitative Abschätzung des HIV-Risikos im medizinischen Bereich. Aus den kasuistischen Mitteilungen von neun Einzelfällen einer beruflichen HIV-Infektion ergeben sich dagegen wichtige Hinweise auf die Risiko-Qualität ärztlicher oder pflegerischer Verrichtungen.

Fall 1<sup>3</sup> betrifft eine 47jährige dänische Ärztin, die nach mehrjähriger chirurgischer Tätigkeit in Zalre unter sehr primitiven Bedingungen 1977 an einem AIDS-typischen Krankheitsbild starb; Verletzungen und Kontaminationen mit infektiösem Blut sind die wahrscheinliche Ursache. In den Fällen 2-5<sup>2, 10, 24, 25</sup> handelte es sich um einen Hospitalangestellten, der 15 Monate nach einer Nadelstichverletzung an AIDS starb, und um drei Krankenschwestern, die ebenfalls nach Stichverletzungen durch Kanülen von AIDS-Patienten HIV-seropositiv wurden. Im letzten Fall kam es sogar zur Doppelinfektion mit Hepatitis-B-Virus und HIV.

Bemerkenswert sind die drei HIV-Infektionen, die am 22. Mai 1987 im Wochenbericht der Centers for Disease Control mitgeteilt wurden.<sup>4</sup> Hier war es ohne gleichzeitige Verletzung zu stärkerer akzidenteller Kontamination mit AIDS-Blut am Zeigefinger (länger dauernd), im Gesicht und Mund sowie an Händen und Unterarmen gekommen. Alle drei betroffenen Schwestern bzw. technische Assistentinnen waren primär HIV-negativ, hatten jedoch 3-9 Monate nach der Exposition HIV-positive Serumbefunde. Mögliche Eintrittspforte für das Virus könnten dabei Rhagaden bei aufgesprungenen Händen, die Mundschleimhaut oder auch Aknepusteln bzw. eine Dermatitis an der Ohrmuschel gewesen sein. Die jüngste Mitteilung vom Januar 1988 ist der erste Bericht einer medizin-beruflichen HIV-Infektion in Deutschland: Eine 63jährige Krankenschwester erkrankte nach Nadelstich 1982 bei einem AIDS-Patienten an einer Tuberkulose, bei deren Diagnose dann auch der positive HIV-Serobefund festgestellt wurde.<sup>28</sup>

Zusammen mit den fünf Fällen aus den großen Studien (davon drei nicht restlos gesichert) erge-

ben diese neun Einzelfallberichte 14 bisher bekanntgewordene HIV-Infektionen durch akzidentelle Exposition von Angehörigen medizinischer Berufe. Es scheint berechnigt, dazu noch zwei weitere Infektionen zu zählen, die bei der Pflege von AIDS-Kranken mit häufiger Kontamination durch Blut und bluthaltige Ausscheidungen zustande kamen. Sie betreffen allerdings nicht medizinisches Personal, sondern eine ihr AIDS-kranke Kind pflegende Mutter sowie die Hauspflegerin eines AIDS-Patienten in England.<sup>28</sup>

Mit diesen 16 Infektionen als Folge akzidenteller und pflegerischer Exposition muß nach dem augenblicklichen Kenntnisstand das Risiko einer medizin-beruflichen HIV-Übertragung als sehr gering beurteilt werden. In der Bundesrepublik Deutschland mit bisher einem bekanntgewordenen Fall auf etwa 500 000 Beschäftigte liegt es bei 0,002 %. Eine mögliche Erklärung dafür könnte sein, daß bei den häufigen Stichverletzungen durch Kanülen und sonstige Instrumente das kontaminierende Blutvolumen und damit auch die Infektionsdosis an Viruspartikeln gering ist. Erst bei Verletzungen mit Übertragung größerer Blut-mengen sowie bei massiver oberflächlicher Kontamination wächst offensichtlich auch die Gefahr der HIV-Infektion.<sup>13</sup> Diese Vermutung wird gestützt durch kürzlich veröffentlichte Berichte von zwei HIV-Infektionen bei Laboratoriums-Personal in den USA.<sup>16, 28</sup> Beide Personen waren mit Hand-tierungen bei der Konzentration virusproduzierender Zell-Linien beschäftigt. Hier scheint es durch Kontamination mit hochkonzentrierter virushaltiger Flüssigkeit, also mit hohen Dosen infektiöser Partikel, zur Infektion gekommen zu sein. Diese Mitteilungen belegen darüber hinaus erstmalig ein (begrenztes) Infektionsrisiko auch bei der Laboratoriumsarbeit mit dem AIDS-Virus.

Überraschend niedrig ist bisher offenbar auch das Infektionsrisiko für die Zahnmedizin. In drei prospektiven Studien an insgesamt 2536 Zahn-ärzten und zahnärztlichem Personal in den USA und Dänemark wurde nur ein Fall mit beruflich bedingter HIV-Infektion entdeckt.<sup>9, 14, 18</sup> Unter 266 Probanden, davon 43 mit Nadelstichverletzungen, fanden Gerberding und Mitarbeiter<sup>14</sup> keine HIV-positiven Seroreaktion, wohl aber bei den nicht gegen Hepatitis Geimpften in 22 % HBV-Antikörper.

### Maßnahmen zur Infektionsverhütung

Nach all diesen Befunden handelt es sich bei der HIV-Übertragung im medizinischen Beruf um ein seltenes Ereignis. Diese quantitative Aussage aber bleibt ohne Einfluß auf die qualitative Wertung des Einzelfalles und seine große individuelle Tragik. Unter sorgfältiger Einhaltung präventiver Maßnahmen und strenger Hygiene ist er in aller Regel ja vermeidbar. Dazu haben seit 1982 die CDC in Atlanta sowie das Department of Health and Social Security in England wiederholt Richtlinien zur Verhaltensweise im Gesundheitswesen publiziert.<sup>2,23</sup> Auch in der Bundesrepublik Deutschland haben 1987 Goebel<sup>15</sup> sowie der Arbeitskreis für Krankenhaushygiene<sup>1</sup> auf die große Bedeutung der klassischen Hygieneregeln und die Vermeidung von Verletzungen sowie Blutkontaminationen hingewiesen\*. Sowohl in der Verantwortung für unsere Schwestern, Pfleger, Assistenten, medizinisch-technischen Assistentinnen und sonstigen Mitarbeiter als auch zum eigenen Schutz müssen wir diese Richtlinien und Empfeh-

\* Während der Drucklegung wurde am 3. März 1988 weiterhin eine Bekanntmachung des Bundesgesundheitsamtes „Krankenhausesinfektionen; Hygienische Maßnahmen zur Verhütung der Übertragung von HIV im Krankenhaus“ veröffentlicht (Bundesgesundheitsblatt 31 [1988], 97-99).

lungen gewissenhaft einhalten. Die UVV (Unfall-Verhütungs-Vorschrift) Gesundheitsdienst von 1982 verpflichtet ja den Arbeitgeber zu weitgehenden Schutzvorkehrungen gegen Infektionen seines Personals, zugleich aber auch das Personal zur Einhaltung eben dieser Schutzmaßnahmen.<sup>11</sup>

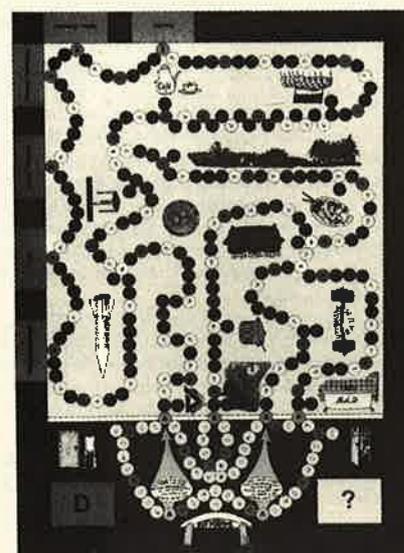
Grundsätzlich gilt dabei, daß alle Maßnahmen zur Verhütung einer Hepatitis-Übertragung auch vor einer HIV-Infektion schützen.<sup>29</sup>

#### Maßnahmen zur Verminderung des Infektionsrisikos in medizinischen Berufen

1. Schutz vor oberflächlichem Kontakt mit Blut und anderen Körperflüssigkeiten:
  - Einmal-Handschuhe, auch bei Venenpunktion
  - flüssigkeitsdichte Kittel
  - Mundschutz und Brille (Schirm) bei der Möglichkeit von Spritzern und Aerosolen (Intensivpflege, Notfallchirurgie, Dialyse und Zahnbehandlungen)
2. Schutz vor Nadelstichen und Verletzungen:
  - Kanülen nie in Schutzkappe zurückstecken (75% aller Nadelstichverletzungen), sondern in Containern abstreifen
  - Spritzen, Kanülen und Instrumente nicht in Müllsäcken, sondern in festen Behältern entsorgen
  - Kettenhandschuhe in Pathologie und Gerichtsmedizin
3. Desinfektion:
  - a) der Instrumente (vor mechanischer Reinigung)
    - thermisch 10 min bei 93–100 °C
    - chemisch mit Präparaten laut Liste der DGHM und des BGA
  - b) der Hände und der Haut
    - chemisch, zum Beispiel mit Einreibemitteln auf Alkoholbasis (hygienische Händedesinfektion)
4. Im Laboratorium:
  - nie mit dem Mund pipettieren
  - Handschuhe bei eventuellem Materialkontakt
  - bei Aerosol- und Tröpfchenbildung Mund- und Augenschutz (Schirm), eventuell Sicherheitskabine
5. Personal und Mitarbeiter:
  - unmittelbar nach Exposition auf HIV-Antikörper untersuchen, Kontrollen nach 3 und 6 (12) Monaten
  - Verletzungen zum Bluten bringen, waschen, desinfizieren
  - akzidentelle Exposition dokumentieren, an Gesundheitsamt und Versicherung melden
  - Serum des betreffenden Patienten („donor“) asservieren und untersuchen

#### Literatur

- 1 Arbeitskreis für Krankenhaushygiene: AIDS-Prophylaxe in Krankenhaus und Praxis. Dtsch. Ärztebl. 84 (1987), 1517.
- 1a Barnes, D. M.: AIDS-virus creates lab risk. Science 239 (1988), 348.
- 2 Belani, A., D. Dutta, S. Rosen, R. Berg, S. Sigelmann, R. Dunning, V. Jiji, L. M. Levin, D. Glasser, S. Baker: AIDS in a hospital worker. Lancet 1984/i, 676.
- 3 Byggbjerg, I. C.: AIDS in a Danish surgeon (Zalre, 1976). Lancet 1983/ii, 925.
- 4 Centers for Disease Control: Update: Human immunodeficiency virus infections in health-care workers exposed to blood of infected patients. Morbid. Mortal. wkly Rep. 36 (1987), 285.
- 5 Centers for Disease Control: Public Health Service guidelines for counseling and antibody testing to prevent HIV-infection and AIDS. Morbid. Mortal. wkly Rep. 36 (1987), 509.
- 6 Centers for Disease Control: Recommendation for prevention of HIV transmission in health-care settings. Morbid. Mortal. wkly Rep. 36, Suppl. 25 (1987).
- 7 Centers for Disease Control: Human immunodeficiency virus infection in the United States. Morbid. Mortal. wkly Rep. 36 (1987), 801.
- 8 Cobb, J.: After safe sex. sate surgery? Brit. med. J. 294 (1987), 1667.
- 9 Ebbesen, P., M. Melbye, F. Scheutz, A. Bodner, R. Biggar: Lack of antibodies to HTLV-III/LAV in Danish dentists. J. Amer. med. Ass. 256 (1986), 2199.
- 10 Editorial: Needlestick transmission of HTLV-III from a patient infected in Africa. Lancet 1984/ii, 1376.
- 11 Eggers, W., G. Eggers-Biffar: AIDS am Arbeitsplatz. Arbeitsrechtliche und arbeitsmedizinische Fragen. Dtsch. Ärztebl. 84 (1987), 1544.
- 12 Gerberding, J. L., P. C. Hopewell, L. S. Kaminsky, M. A. Sante: Transmission of hepatitis B without transmission of AIDS by accidental needlestick. New Engl. J. Med. 312 (1985), 56.
- 13 Gerberding, J. L., C. E. Bryant-LeBlanc, K. Nelson, A. R. Moss, D. Osmond, H. F. Chambers, J. R. Carlson, W. L. Drew, J. A. Levy, M. A. Sante: Risk of transmitting the human immunodeficiency virus, cytomegalovirus, and hepatitis B virus to health care workers exposed to patients with AIDS and AIDS-related conditions. J. infect. Dis. 156 (1987), 1.
- 14 Gerberding, J. L., K. Nelson, D. Greenspan, J. Greenspan, J. Greene, M. Sante: Risk of dental professionals from occupational exposure to human immunodeficiency virus (HIV): Follow-up. Abstracts, 27th Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy, Washington, D. C. (American Society for Microbiology 1987), 219 (Abstract 698).
- 15 Goebel, F.-D.: AIDS-Gefährdung. Eine vorläufige Stellungnahme zur Gefährdung von Ärzten, Schwestern und technischem Personal. Dtsch. Ärztebl. 84 (1987), 763.
- 16 Henderson, D. K., A. J. Saah, B. J. Zak, R. A. Kaslow, H. C. Lane, Th. Folks, W. C. Blackwelder, J. Schmitt, D. LaCaniera, H. Masur, S. Fauci: Risk of nosocomial infections with human lymphotropic virus III/lymphadenopathy-associated virus in a large cohort of intensively exposed health care workers. Ann. intern. Med. 104 (1986), 644.
- 17 Hirsch, M. S., G. P. Wormser, R. T. Schooley, D. D. Ho, D. Felsenstein, C. C. Hopkins, C. Joline, F. Duncanson, M. G. Sangadharan, C. Saxinger, R. C. Gallo: Risk of nosocomial infections with human T-cell lymphotropic virus III (HTLV-III). New Engl. J. Med. 312 (1985), 1.
- 18 Klein, R. S., J. A. Phelan, K. Freeman, Ch. Schable, G. H. Friedland, N. Trieger, N. H. Steigbigel: Low occupational risk of human immunodeficiency virus infections among dental professionals. New Engl. J. Med. 318 (1988), 86.
- 19 Kuhls, T. L., S. Viker, N. B. Parris, A. Garakian, J. Sullivan-Bolyai, J. D. Cherry: A prospective cohort study of the occupational risk of AIDS and AIDS-related infections in health care personnel. Clin. Res. 34 (1986), 124 A (Abstract).
- 20 L'Age-Stein, J.: BGA-Zahlen (Stand 31. 12. 1987). AIDS-Forsch. 3 (1988), 56.
- 21 Lifson, A. R., K. G. Castro, E. McCray, H. W.



Spielfeld 47 x 63 cm, bunt  
2 mm dick  
108 Ereigniskarten!  
36 Diagnosekarten!  
20 Diagnoseabgabekarten!  
36 Entlassungskarten!  
Für 3–10 Mitspieler(innen)!

## KLAPSE<sup>®</sup> und KLAPSE<sup>®</sup>-aktiv

Das einzigartige Psychiatrie-  
Monopoly  
Gegen akute und chronische  
Kommunikationsstörungen  
und bei Befall durch Psychiater

Lustig  
Provokativ  
Kritisch  
total ausgeflippt

Durch einfache Regeländerung  
wird aus Klapse<sup>®</sup> ein Theater-  
monopoly mit 3888 möglichen  
Spielszenen für Jugendliche und  
Erwachsene.

**Manfred Maier**  
**Verlag für Endzeitspiele**  
Marienstr. 64  
6050 Offenbach  
Tel. 069/83 7963

- Jaffe: National surveillance of AIDS in health care workers. *J. Amer. med. Ass.* 256 (1986), 3231.
- 22 McCray, E., the Cooperative Needlestick Surveillance Group: Occupational risk of the acquired immunodeficiency syndrome among health care workers. *New Engl. J. Med.* 314 (1986), 1127.
- 23 McEvoy, J., K. Porter, P. Mortimer, N. Simons, D. Shanson: Prospective study of clinical, laboratory, and ancillary staff with accidental exposures to blood or body fluids from patients infected with HIV. *Brit. med. J.* 294 (1987), 1595.
- 24 Neisson-Vernant, C., S. Arfi, D. Mathez, J. Leibowitch, N. Monplaisir: Needlestick HIV seroconversion in a nurse. *Lancet* 1986/II, 814.
- 25 Oksenhendler, E., M. Harzic, J.-M. LeRoux, C. Rabian, J. P. Clauvel: HIV-infection with seroconversion after a superficial needlestick injury to the finger. *New Engl. J. Med.* 315 (1986), 582.
- 26 Schmidt, Ch. A., T. Fiek, A. Neubauer, D. Huhn: HIV-Infektion durch Nadelstichverletzung. *Dtsch. med. Wschr.* 113 (1988), 76.
- 27 Weiss, S. H., C. Saxinger, D. Rechtman, M. H. Grieco, J. Nadler, S. Holman, H. M. Ginzburg, J. E. Groopman, J. J. Goedert, P. D. Markham, R. C. Gallo, W. A. Blattner, S. Landesman: HTLV-III infection among health care workers. Association with needle-stick injuries. *J. Amer. med. Ass.* 254 (1985), 2089.
- 28 Weiss, S. H., J. J. Goedert, S. Gartner, M. Popovic, D. Waters, Ph. Markham, F. M. Veronese, M. H. Gail, W. M. Barkley, J. Gibbons, F. A. Gill, M. Leuther, G. M. Shaw, R. C. Gallo, W. A. Blattner: Risk of human immunodeficiency virus (HIV-1) infection among laboratory workers. *Science* 239 (1988), 68.
- 29 Windecker, D.: AIDS-Bedeutung für die Zahnheilkunde. *Wehrmed. u. Wehrpharm.* 3 (1987), 27.
- 30 Zelchhardt, H., N. Scheiermann, G. Spicher, F. Deinhardt: Stabilität und Inaktivierung des Human Immunodeficiency Virus (HIV). *Dtsch. Ärztebl.* 84 (1987), 874.

*Der obenstehende Artikel erschien ungekürzt in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift 113 (1988), 1162-1166. Abdruck mit freundlicher Genehmigung des Georg Thieme Verlags, Stuttgart, New York.*

## ÖTV-Vorschläge zum Pflegenotstand

Der ÖTV-Bezirksvorstand Berlin legte vor kurzem dem Krankenhausbeirat des Gesundheitssenators das im folgenden dokumentierte Papier zur Diskussion vor, in dem Maßnahmen zur Verbesserung des Pflegenotstands vorgeschlagen werden.

### 1. Ausgangslage

Der Mangel an Krankenpflegekräften ist schon seit vielen Jahren vorhanden. In den siebziger Jahren wurde er teilweise durch das Anwerben von Pflegekräften vor allem aus Südkorea gemildert. Zwischen Gesundheitssenator und Gesundheitsstadträten besteht Übereinstimmung, dem sich weiter verschärfenden Mangel an Pflegekräften künftig *nicht* durch erneutes Anwerben von Ausländerinnen und Ausländern abzuwehren.

Der Mangel an Pflegekräften wird sich weiter verschärfen. Hinweise dafür:

- unbesetzte Ausbildungsplätze trotz Arbeitslosigkeit und Mangel an Ausbildungsplätzen;
- offene Stellen im Pflegedienst der Krankenhäuser, insbesondere in Geriatrie und Psychiatrie;
- zunehmende Einstellungen von einjährig ausgebildeten Krankenpflegehelfern und Krankenpflegehelferinnen in Akutkrankenhäusern;
- Schwierigkeiten bei der Besetzung von Stellen für Stationsleitungen und stellvertretenden Stationsleitungen;
- unverändert kurze Verweildauer von Pflegekräften im Beruf;

Besonders die Krankenhäuser werden von dem Mangel an Pflegekräften betroffen. Gründe dafür:

- Arbeitsmöglichkeiten außerhalb der Krankenhäuser, d.h. ohne Wochenenddienst und ohne Schichtdienst, nehmen zu (Hauskrankenpflege etc.);
- Krankenstand des Pflegepersonals in den Krankenhäusern ist hoch und scheint weiter zu steigen;
- Anteil der schwerkranken Patienten in den Krankenhäusern nimmt zu (evtl. Folge des Entstehens von Krankenheimen, Hauskrankenpflege, Bettenabbau);
- Zunahme der pflegefernen Tätigkeit der Pflegekräfte im Krankenhaus.

Die Auswirkungen dieser Entwicklung werden die Qualität der Krankenversorgung verschlechtern, denn die Krankenhäuser können um so weniger flexibel reagieren,

- je mehr offene Stellen es gibt;

- je größer der Anteil der schwer pflegebedürftigen Patienten wird;
- um so weniger Auszubildende in der Pflege arbeiten (wegen unbesetzter Ausbildungsplätze und zunehmendem Anteil der theoretischen Ausbildungszeit).

### 2. Bisherige Maßnahmen

Die Gesundheitspolitik hat die Bedeutung des bisherigen und des bevorstehenden Mangels an Pflegekräften offenbar noch nicht begriffen. Es sind bisher nur in wenigen Fällen Einzelmaßnahmen in einzelnen Krankenhäusern ergriffen worden. Zugleich gehen aber die Entwicklungen, die den bisher absehbaren Mangel weiter verschärfen, ungebremsst weiter. Dringend notwendige Verbesserungen für die Krankenpflege liegen außerdem seit Jahren auf Eis.

Unzureichende, weil örtlich oder nur kurzfristig wirksame, Maßnahmen waren zum Beispiel:

- Ausschreibungen für Ausbildungsplätze mit Zusage der Übernahme nach erfolgreicher Ausbildung (Krankenhaus Neukölln);
- Kurse zur Wiedereinführung von Pflegekräften nach langer Berufsunterbrechung (Humboldt-Krankenhaus). Die Teilnehmerinnen hätten in manchen Krankenhäusern auch ohne Kurs sofort eine Planstelle bekommen;
- Aufforderung des Gesundheitssenators an die städtischen Krankenhäuser, Auszubildenden die Übernahme zuzusagen.

Entwicklungen, die den Mangel an Pflegekräften in den Krankenhäusern weiter verschärfen werden und die trotzdem ungebremsst vorangetrieben worden sind, z.B.:

- weitere Zunahme pflegeferner Tätigkeiten wie die für Pflegekräfte zeitraubende Zuarbeit bei der Patientendatenverarbeitung;
- weiterer Personalabbau bei Reinigung, Stationshilfen, Wäscheversorgung, Speiseversorgung, durch die die Pflegekräfte zum Einspringen genötigt werden;
- Zunahme der Hauskrankenpflege mit ihren Auswirkungen auf Pflegeintensität im Kranken-

haus und auf die Arbeitsmöglichkeiten außerhalb des Krankenhauses;

- weiterhin kurzsichtige, fast ausschließlich betriebswirtschaftliche Betrachtungen der Krankenhäuser in der Gesundheitspolitik, die gar nicht in der Lage ist, schädliche Auswirkungen auf Betriebsklima und Pflegequalität überhaupt wahrzunehmen.

Notwendige Verbesserungen, die seit Jahren nicht vorankommen, sind u.a.:

- Entwicklung und Erprobung zeitgemäßer Pflegekonzepte – „Gruppenpflege“ bzw. „ganzheitliche Pflege“ sind schon wegen der Stellenpläne utopisch. Enge Zusammenarbeit zwischen ambulanter und stationärer Pflege ist praktisch nicht durchführbar und institutionell erschwert;
- Verbesserungen der Vergütungsordnung mit Aufwertung der ganzheitlichen Pflege im Vergleich zu medizinisch-technischen Hilfstätigkeiten und administrativen Tätigkeiten;
- Maßnahmen gegen die gesundheitlichen Belastungen im Pflegedienst. Es ist ein Armutszeugnis für Krankenhäuser, Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Gesundheitspolitiker, daß ihnen zu dem bekanntermaßen hohen Krankenstand im wichtigsten Gesundheitsberuf nichts einfällt;
- Strukturreform, die nicht in allererster Linie der Kostendämpfung, sondern der Verbesserung der Krankenversorgung dient.

### 3. Vorschläge

Alle Vorschläge werden umstritten sein, schon deshalb, weil jeder Verbesserungsvorschlag als Schuldzuweisung aufgefaßt werden kann, die dann gerne an andere Instanzen weitergereicht wird. Außerdem werden viele Vorschläge teuer sein und auch deshalb mit „Gegenvorschlägen“ beantwortet werden, für die ein anderer Kostenträger zuständig ist. Diese „Gegenvorschläge“ sind z. T. sachlich richtig. Was nicht sachlich richtig ist, ist das Verzögern einer notwendigen Maßnahme, weil erst einmal andere Maßnahmen bzw. andere Kostenträger dran sind. Beispiele dafür hat es reichlich gegeben:

- Verbesserungen der Personalausstattung im Pflegedienst sind angeblich für die Krankenkassen solange kein Thema, wie z. B. die Reinigung eines Krankenhauses als „unwirtschaftlich“ gilt, auch wenn angeblich wirtschaftlichere Privatisierung wegen des tariflichen und gesetzlichen Kündigungsschutzes jahrelang Mehrkosten verursacht;

- Verbesserungen der Personalausstattung im Pflegedienst werden deshalb abgelehnt, weil dann ein weiteres Ansteigen des Krankenstandes zu befürchten sei, obwohl das bedeutet, daß Krankheitsausfälle der Pflegekräfte an die Patienten weitergereicht werden und daß dadurch der Krankenstand hochgehalten wird;
- Vorschläge der ÖTV an den Gesundheits senator, sich für tarifliche Verbesserungen im Pflegedienst einzusetzen, um den Beruf attraktiver zu machen, wurden damit beantwortet, daß die Zusammenhänge differenzierter seien und daß die Krankenhausträger noch eigene Möglichkeiten hätten, ihre Krankenhäuser attraktiver zu machen.

Wir sind deshalb der Ansicht, daß alle Vorschläge ohne Schuldzuweisung erörtert werden sollten, obwohl sie auf Versäumnisse hinweisen. Für notwendig halten wir die Einsicht, daß eine Verbesserung im Pflegedienst nicht kostenneutral zu haben ist, weil dazu der Nachholbedarf zu groß ist und ein großer Bedarf außerhalb der Krankenhäuser insbesondere in den komplementären Bereichen und in der Altenpflege gerade erst entdeckt wird. Wir werden bei den Vorschlägen auch erörtern, wer „zuständig“ ist, wer mitmachen muß, wo Kosten entstehen und wo Entlastungen und Belastungen zu erwarten sind.

### Kurzfristig wirksame Maßnahmen

Berufsbegleitende Ausbildung von Pflegehelferinnen und Pflegehelfern zu Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfern.  
Zuständig: Krankenhäuser.  
Mitmachen müssen: Krankenkassen, Innensenator, Arbeitsamt.  
Belastet werden: Pflegesätze bzw. Arbeitsamt.  
Sinnvoll: Werbung, zusätzliche Schulschwester.  
Vorteil: mehr ausgebildetes Personal, geringere Personalfuktuation, bessere Motivation.

Ausbau der Angebote zur Ausbildung von Krankenpflegehelfern/-innen zu Krankenschwestern/-pflégern.  
Zuständig: Krankenhäuser und Arbeitsamt wie beim ersten Punkt.

Besondere Erfordernisse: sorgfältig vorbereitete Lehrgänge, da das Pensum sehr viel ist für zwei Jahre.  
Vorteil: noch wesentlich höher zu bewerten als beim ersten Punkt. Mittelfristig problematisch für die Krankenhäuser, wenn nicht weitere Maßnahmen folgen. Vorteile haben nicht nur die Krankenhäuser, sondern auch die Krankenhäuser, Sozialstationen etc., die dann mehr qualifiziertes Personal finden.

Ausbildung von Altenpflegern/-innen an den geriatrischen Krankenhäusern.  
Zuständig: Krankenhäuser, Gesundheits senator, Krankenkassen.  
Problem: manche Krankenhäuser haben Sorge, daß sie als Krankenhäuser angesehen werden können, wenn sie Altenpfleger/-innen einstellen oder ausbilden.  
Vorteil: zusätzliche Kenntnisse der psychosozialen Bedürfnisse alter Menschen.  
Pflegedienst: Problematik für die Krankenhäuser, Ausbildung auch für andere Arbeitgeber, wie oben.

Unverzögerlicher Beginn von Tarifverhandlungen mit dem Ziel, Grundpflege und ganzheitliche Pflege sowohl bei der Vergütung als auch beim Bewährungsaufstieg überzeugend aufzuwerten.  
Zuständig: Tarifpartner, Belastung für die Krankenkassen, Vorteil: wesentliche Initiative, die glaubwürdig die Absicht erkennen läßt, den Pflegeberuf auf Dauer attraktiver zu machen.

Unverzögerlicher Beginn von Tarifverhandlungen mit dem Ziel, Grundpflege und ganzheitliche Pflege sowohl bei der Vergütung als auch beim Bewährungsaufstieg überzeugend aufzuwerten.  
Zuständig: Tarifpartner, Belastung für die Krankenkassen, Vorteil: wesentliche Initiative, die glaubwürdig die Absicht erkennen läßt, den Pflegeberuf auf Dauer attraktiver zu machen.

Unverzögerlicher Beginn von Tarifverhandlungen mit dem Ziel, Grundpflege und ganzheitliche Pflege sowohl bei der Vergütung als auch beim Bewährungsaufstieg überzeugend aufzuwerten.  
Zuständig: Tarifpartner, Belastung für die Krankenkassen, Vorteil: wesentliche Initiative, die glaubwürdig die Absicht erkennen läßt, den Pflegeberuf auf Dauer attraktiver zu machen.

Schon vorher außertarifliche Anhebung des Zuschlages für Geriatrie- und Psychiatriepflege von DM 67,- auf DM 300,- pro Monat.  
Zuständig: Krankenhausträger, Mitmachen müssen: Krankenkassen, Vorteil: die bisherige Zulage wird eher als „Schmutzzulage“ empfunden, denn als ernsthafte Anerkennung der schweren körperlichen und seelischen Belastung in der Geriatrie- und Psychiatriepflege.

Großzügige Finanzierung von Sozialeinrichtungen der Krankenhäuser wie Kindertagesstätten, Krippen, Sozialwohnungen etc.  
Kostenträger: Krankenkassen oder Krankenhausträger.

Da die Kosten der Sozialeinrichtungen der chemischen Industrie nicht aus den Arzneimittelkosten herausgerechnet werden, wäre es nur konsequent, die Sozialeinrichtungen der Krankenhäuser nicht als pflegesatzfremd anzusehen.  
Vorteile: es könnten Kindertagesstätten geschaffen werden, deren Öffnungszeiten mit dem Beruf der Krankenschwester vereinbar sind. Die Krankenhäuser würden attraktiver. Vorteil für die Krankenkassen: das Mißverhältnis zwischen langer Ausbildung, die von Pflegesätzen finanziert wird, und kurzer Berufsdauer sowie erzwungener Teilzeitbeschäftigung wird kleiner. Benachteiligt: alle Arbeitgeber, bei denen Pflegekräfte nur deshalb arbeiten, weil bisher Arbeit im Krankenhaus mit Interessen der Kinder nicht vereinbar ist.

Es müßte geprüft werden, ob ein besserer Tarifvertrag über Personalunterkünfte die Krankenhäuser auch auf diesem Weg attraktiver machen kann.

Verzicht der Anrechnung von Ausbildungsplätzen auf die Personalschlüssel im Pflegedienst.  
Belastet: auf den ersten Blick die Krankenkassen, Vorteil: die Anrechnung ist ein Musterbeispiel für eine volkswirtschaftlich sinnlose, qualitätsverschlechternde Kostenverschiebung, von der sich nur bei ganz kurzfristiger Betrachtung ein Kostenträger Vorteile einbilden kann. Zuständig: Senatsverwaltung, in Bremen war das auch möglich.

Es müßte geprüft werden, ob ein besserer Tarifvertrag über Personalunterkünfte die Krankenhäuser auch auf diesem Weg attraktiver machen kann.

Verzicht der Anrechnung von Ausbildungsplätzen auf die Personalschlüssel im Pflegedienst.  
Belastet: auf den ersten Blick die Krankenkassen, Vorteil: die Anrechnung ist ein Musterbeispiel für eine volkswirtschaftlich sinnlose, qualitätsverschlechternde Kostenverschiebung, von der sich nur bei ganz kurzfristiger Betrachtung ein Kostenträger Vorteile einbilden kann. Zuständig: Senatsverwaltung, in Bremen war das auch möglich.

### Maßnahmen, die nicht schnell wirksam werden können

Es wäre unrealistisch, sich von Verbesserungen der Fortbildung, Verbesserungen der Personalschlüssel oder von Verbesserungen der Gesundheit der Pflegekräfte kurzfristige Erfolge zu versprechen. Verbesserungen der Personalschlüssel helfen kurzfristig nur „attraktiven“ Bereichen und entblößen die „schwierigen“ wie Psychiatrie und Geriatrie. Systematische Fortbildung geht auf absehbare Zeit zu Lasten der unmittelbaren Patientenversorgung und damit der KollegInnen. Positive Auswirkungen auf Krankenversorgung, Betriebsklima, Arbeitszufriedenheit sind also zunächst nicht zu erwarten. Die Notwendigkeit eines besonderen Gesundheitsschutzes für Pflegekräfte muß überhaupt erst einmal anerkannt werden, obwohl der hohe Krankenstand schon lange alarmierend hätte sein müssen. Alle Maßnahmen auf diesen Gebieten erfordern also ein langfristiges Konzept. Sie sind Investitionen, die zunächst zusätzliche Kosten und Belastungen bringen.

### Verbesserungen der Personalschlüssel

Sie können erst wirksam werden, wenn der Pflegeberuf für Berufsanfänger attraktiver wird und wenn es gelingt, die Flucht der ausgebildeten Pflegekräfte aus den Krankenhäusern durch attraktivere Arbeitsbedingungen zu beenden, dazu gehören auch Tarifvereinbarungen.

Der Beginn von Verbesserungen könnte dazu aber schon einen Beitrag leisten, indem sie Perspektiven für Verbesserungen zeigen. Folgende Maßnahmen sind überfällig:

- Berücksichtigung der Pflegebedürftigkeit in den Personalrichtwerten;
- Berücksichtigung der tatsächlichen Urlaubs- und Zusatzurlaubsansprüche, der Ausfallzeiten für Fortbildung, Mutterschutz etc.;
- Berücksichtigung der tatsächlichen Krankheitsausfälle im Pflegedienst durch Personalausgleich.

Zuständig: Krankenhausträger, Personalvertretungen über Dienstkräfteameldung oder über Dienstvereinbarungen. Krankenkassen über entsprechende Kriterien für Pflegesatzgestaltung. Tarifpartner über entsprechende Tarifvereinbarungen. Solche Maßnahmen müssen durch kurzfristig wirksame Verbesserungen begleitet werden. Sie müßten zuerst in den Bereichen begonnen werden, die bisher am wenigsten attraktiv sind.

### Verbesserung der Aus- und Fortbildung.

Ausbildungskräfte dürften nicht mehr als Arbeitskräfte mitgezählt werden. Es muß im Gegenteil anerkannt werden, daß ihre Anlehnung Arbeitszeit erfordert. Grundpflege und psychosoziale Tätigkeiten müssen in der Ausbildung zum Schwerpunkt werden. Ein besonderer Bedarf für die Anleitung muß anerkannt werden. Ausbildung muß zu einer nachprüfbaren Verpflichtung aller Krankenhäuser werden. Wer nicht ausbildet, muß zahlen. Fortbildung darf nicht nur von den Pflegekräften erwartet, sondern muß vom Krankenhaus sichergestellt werden. Zuständig: Krankenhausträger, Senatsverwaltung durch entsprechende Rechtsvorschriften, Tarifpartner über die Berücksichtigung von Fortbildung in der Eingruppierung.

### Gesundheitsschutz für das Pflegepersonal.

Bisher werden Krankheitsausfälle im Pflegedienst nur als „Unwirtschaftlichkeit“ zur Kenntnis genommen. Ihre wesentlichen Ursachen, nämlich Schichtarbeit, unregelmäßige Arbeit mit häufigem Verzicht auf Erholungszeiten, körperliche Schwerarbeit, extreme seelische Belastungen, werden bagatellisiert und unterschätzt. Entsprechend hilflos und nutzlos sind die bisherigen „Gegenmaßnahmen“. Sie beschränken sich auf Klagen über die Arbeitsmoral und den Zeitgeist sowie auf Appelle an das Gewissen der Pflegekräfte. Damit bleibt es dabei, daß Krankheitsausfälle die Gesundheit der nicht krankgeschriebenen Pflegekräfte bedrohen und als Abbau der Pflegequalität an die Patienten weitergereicht werden.

Erforderlich: Anerkennung besonderer Belastungen als Ursache für den auffällig hohen Krankenstand. Entwicklung von Maßnahmen gegen die erkennbaren Ursachen, insbesondere in bezug auf:

- übersichtliche und verlässliche Dienstplangestaltung;
- Erfassung und Anerkennung aller notwendigen Überstunden;
- Erörterung von Arbeitsabläufen unter den Gesichtspunkten von Humanisierung für die Patienten und Gesundheitsschutz für Pflegekräfte;
- Entlastung von pflegefremden Aufgaben;
- gezielte Fortbildung und Berücksichtigung als Arbeitszeit zur Bewältigung seelischer Belastungen.

ÖTV-Bezirk Berlin  
Abteilung Krankenhäuser

# Professor Brinkmann lebt

na – Das mußte doch einmal gesagt werden. Kitsch wird in der Schwarzwaldklinik keiner geboten. Nein, der „FAZ“ sei Dank, jetzt wissen wir endlich, daß so der Krankenhausalltag aussieht



Sie ist wieder im Programm, die Schwarzwaldklinik. Und kaum ist die erste Folge über den Bildschirm geflimmert, finden sich jene mutigen Unterstützer, die, wie seinerzeit schon Ärztekammer und Ärzteblätter, zur Ehrenrettung der Glottertal-Episoden jeden Streit ausfechten. Der Fernsehkritiker der „Frankfurter Allgemeinen Zeitung“ (FAZ) begnügt sich dabei allerdings nicht mit einer Verteidigungsrede auf das Brinkmann-Epos. Er startet gleich einen Generalangriff auf die „Hilflosigkeit der kritischen Zeitgenossen“, die das Krankenhausdrama als „Kitsch“ bezeichneten. Sie müßten, so Kritiker Wiegand, „den Illustriertenberichten mit ihrer gemeingefährlichen Greuelpropaganda“ gegen die „Apparatmedizin“ in den „Gesundheitsfabriken“ aufgesessen sein. Kein Wunder, daß diese Kritiker es nicht ertragen, daß die Realität viel, viel schöner ist.

„Wieviel Wahrheit ist im Kitsch?“, hatte Wiegand rhetorisch in der Überschrift seiner Fernsehkritik gefragt, und da schwant einem schon, es muß ganz, ganz viel Wahrheit darin sein. Wiegand bestätigt dann auch sofort alle Befürchtungen: „Sind die Ärzte denn im wirklichen Leben so ausgleichend, so besorgt, so humorvoll wie Professor Brinkmann? Ja, sie sind. Professor Brinkmann lebt. Und die Schwestern und Pfleger? Ja, auch sie sind so, genauso wie im ZDF. Um das zu wissen, muß man nur lange und oft genug krank gewesen sein – und mit seinen Ärzten ein bißchen Glück gehabt haben. Hatte man es, dann weiß man, daß die ‚Schwarzwaldklinik‘ im großen und ganzen erstaunlich realistisch ist. Gott sei Dank.“

Nach soviel Lob für uns Krankenhausärzte habe ich mir dann doch die 51. Folge der Schwarzwaldklinik rein-gelesen. Vielleicht war ja auch ich, wenn auch nicht durch Illustriertenberichte, sondern aus ideologischer Borniertheit, der Greuelpropaganda von Apparatmedizin und Gesundheitsfabriken bislang aufgesessen. Für die weiterhin verbotenen Schwarzwaldklinik-Verweigerer sei kurz berichtet, was sie alles verpaßt haben.

Kaum ist die Anfangsmusik verklun-

Foto: dpa

gen, schlägt der Realismus schon voll zu. Ein mit Fachwissen vollgepfropfter Schönling winselt, um die Knie Brinkmanns rutschend, kostenlos als Arzt arbeiten zu dürfen. Brinkmann, schon fast systemkritisch, gibt zu bedenken, daß Ärzte für ihre Arbeit eigentlich bezahlt werden sollen. Aber das war wohl mehr so dahingesagt, denn der junge Mann kriegt, ganz wie in der Realität mit reichen Eltern im Hintergrund, seine unbezahlte Stelle.

Vielleicht hat es nur an dieser Folge gelegen, daß nicht das Krankenhaus im Blickfeld der Ereignisse blieb, denn Schlag auf Schlag geht es jetzt gegen Naturheiler und Homöopathen. Ein finsterner Fiesling, in verschwörerischem Bund mit einem Wahrsager, verschreibt wider besseres Wissen einer brustkrebserkrankten Frau Ringelblumenextrakt. Gegen eine Chemotherapie sei er, und wer so denkt, jetzt wird es jedem klar, kann nur ein Verbrecher sein. Zumal er schon einen Herzasthmakranken, wie Professor Brinkmann weiß, mit Fingerspitzenmassage in den Tod getrieben hat.

Da steht die wackere Ärzteschaft auf wie ein Mann. Sonst kaum gesehen, Krankenhausarzt – Hand in Hand mit dem niedergelassenen Kollegen legen dem Gauner das Handwerk. Die Lynchjustiz am überführten Naturheilkundler müssen sie – wegen der ärztlichen Ethik – eben dann doch noch in letzter Minute verhindern. Der Kritiker von Bestrahlung und Apparatemedizin muß nicht mit dem Leben büßen, sondern, vielleicht noch schlimmer, wegen eines gebrochenen Arms muß er in die Schwarzwaldklinik eingewiesen werden.

Doch auch auf Nebenschauplätzen Krankenhausrealität, wie sie leibt und lebt. Da lustwandelt Professor Brinkmann am hellichten Nachmittag – möglicherweise als Ausgleich für seine vielen, vielen Überstunden – durch Felder und Auen und trifft auf die attraktive Ärztin, die sich nach eigenen Aussagen auf dem Weg zum Nachtdienst verlaufen hat. Der Serie mittlerweile ausgesprochen wohlgesonnen, habe ich an dieser Stelle doch lange überlegen müssen, wann mir derartiges zuletzt hier in

Duisburg passiert ist. Das emanzenhafte Getue des heutigen Pflegepersonals scheint, da ist mir die Schwarzwaldklinik ein Trost, doch noch nicht so verbreitet, wie ich es in meiner Verblendung glaubte. Ein strafender Blick von Professor Brinkmann und selbst die Oberschwester überschüttet sich mit endlosen Selbstvorwürfen. Um jeden Gunstbeweis schlagen sich fast mit Brachialgewalt Chefskretärin und Pflegepersonal wie die Hunde um einen hingeworfenen Knochen. Und dann ist die Folge auch schon zu Ende.

Ingeheim muß ich mir eingestehen, daß ich eigentlich schade finde, daß es nicht noch weitergeht. Auch ich habe jetzt die Wahrheit im Kitsch erkannt.

Meine Ablehnung der Schwarzwaldklinik war die bloße Verdrängung. FAZ-Kritiker Wiegand hat erfaßt, woran es lag: „Weil wir wenigstens in der Kunst endlich loskommen wollen von all der tiefenden Gefühllichkeit des wirklichen Lebens. Deshalb paßt uns die ‚Schwarzwald-Klinik‘ nicht in den ästhetischen Kram.“

Bei mir hängt jetzt der röhrende Hirsch auch wieder über dem Ikeasofa, und die laszive Zigeunerin mit dem halbfreien Busen wieder über dem Schreibtisch. Denn, Hand aufs Herz, wer wollte es leugnen, daß es röhrende Hirsche am Waldestrand gibt, auch wenn es uns nicht in den ideologischen Kram paßt.

#### Anzeige

## Gerd Glaeske / Dian Schefold Positivliste für Arzneimittel

Projektergebnisse unter Berücksichtigung pharmakologischer, juristischer und ökonomischer Aspekte

Der vorliegende Bericht schließt das Projekt "Positivliste" ab, das vom nordrhein-westfälischen Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales in Auftrag gegeben wurde. Die Autoren des Berichtes schlagen zur Verbesserung und Sicherstellung der Arzneimittelverordnungsqualität die Implementierung einer Positivliste vor. Dieser Vorschlag basiert auf den Ergebnissen vieler Validierungsstudien des ärztlichen Ordnungsverhaltens. Die Autoren raten dringend an, sowohl den therapeutischen Nutzen wie aber auch die Tagesdosierungskosten für den Arzt überschaubar darzustellen und ihm somit über die Positivliste ein Beratungsinstrument anzubieten, das seine Therapiesicherheit erhöht und somit der Sicherung der Qualität der Arzneimittelversorgung dient.

In den juristischen Gutachten konnte gezeigt werden, daß die Einführung einer Positivliste der Therapiefreiheit des in der kassenärztlichen Versorgung tätigen Arztes nicht entgegensteht, zumal dann, wenn auch alle nicht in der Positivliste aufgeführten, aber zugelassenen Arzneimittel unter Heranziehung einer individuellen und plausiblen Begründung auch zu Lasten der jeweiligen Kassen ordnungsfähig bleiben. Es wird jedoch befürwortet, die Positivliste auf einer gesetzlich abgesicherten Basis einzuführen.

Es zeigt sich schließlich, daß eine auf ähnlichen Kriterien wie die Transparenzlisten aufbauende Positivliste neben qualitätssichernden Aspekten auch kostensenkende Effekte induzieren würde.

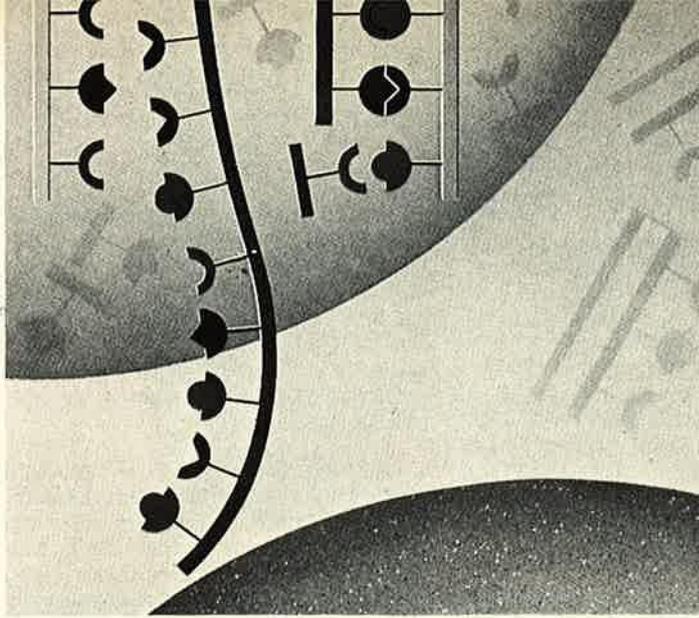
1988, 212 S., Salesta broch., 48,- DM, ISBN 3-7890-1615-2



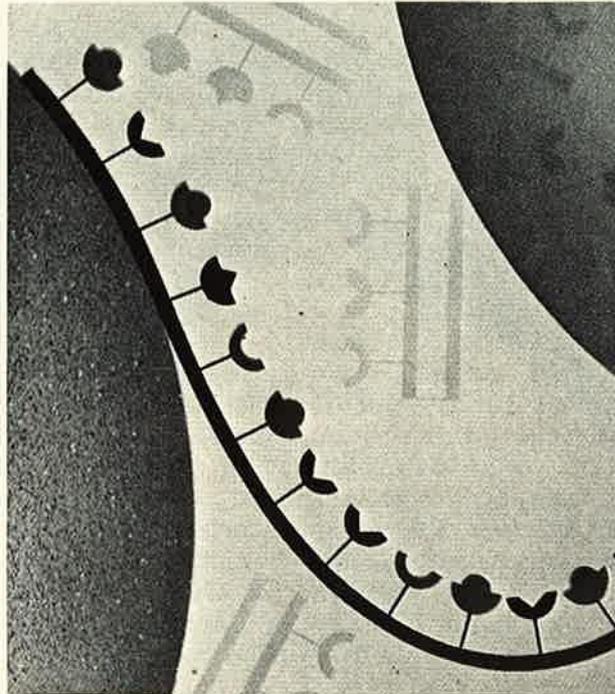
**NOMOS VERLAGSGESELLSCHAFT**

**Postfach 610 · 7570 Baden-Baden**



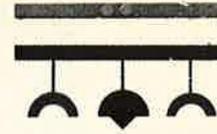


**kk - In Frankfurt diskutierten 2000 Frauen auf dem zweiten Kongreß gegen Gen- und Reproduktionstechnologien. Trotz der Kriminalisierungsversuche gegen solche, die sich mit dem „anschlagsrelevanten“ Thema befassen, ist der Kreis derer, die Bevölkerungspolitik mit „Fortpflanzungswaffen“ nicht hinnehmen wollen, eher noch größer geworden**



## **„Brutort“**

**II. Kongreß „Frauen gegen Gen- und Reproduktionstechnologien“**



Frankfurt, 28. Oktober 1988. Der Hörsaal I der Frankfurter Universität platzt aus allen Nähten. Ein Stockwerk tiefer wird live für alle übertragen, die im Raum keinen Platz mehr finden, und das sind bei 2000 Kongreßteilnehmerinnen sehr viele.

Vier Jahre nach dem ersten Kongreß „Frauen gegen Gen- und Reproduktionstechnologien“ in Köln, nach einigen Jahren Diskussion und auch erfolgreicher Abwehr – siehe die Leihmutteragentur Frankfurt – wurde hier der Versuch unternommen, die derzeitige Situation zu analysieren und nicht zuletzt Handlungsperspektiven zu entwickeln. Die Erfahrung, daß Frauen, die gegen die Gen- und Reproduktionstechnologien arbeiten, kriminalisiert werden, durchsucht und verhaftet werden, daß sich Ingrid Strobl immer noch in Isolationshaft befindet und Ulla Penselin schon wieder von neuen Verfahren bedroht ist, macht es noch dringender, sich öffentlich mit dem „anschlagsrelevanten“ Thema auseinanderzusetzen.

Die Veranstalterinnen, das Feministische Frauengesundheitszentrum Frankfurt und der Verein sozialwissenschaftlicher Forschung und Praxis in Zusammenarbeit mit den AStA-Frauen-Referaten Marburg und Frankfurt, der Zeitschrift „Beiträge zur feministischen Theorie und Praxis“, dem Feminists Network Against Reproductive Technologies Finfrage BRD, dem Genarchiv Essen und dem Frauenzentrum Bochum, hatten sich zum Ziel gesetzt, die eigenen Vorstellungen bei der Ablehnung dieser Techniken, die aus einer privilegierten Wirklichkeit erwachsen, nicht zum „hierarchischen Maßstab“ zu machen. Deshalb waren viele Frauen aus anderen Ländern, insbesondere Asien, Afrika und Lateinamerika, eingeladen.

Dementsprechend besetzt war auch das Podium der Auftaktveranstaltung: Vibhuti Patel, Wirtschaftswissenschaftlerin aus Bombay, berichtete von dem in Indien üblichen Zwang zur Geburt zweier, möglichst männlicher Kinder während der ersten zwei Ehejahre. Mädchen zur Welt zu bringen, sei wegen der üblichen Mitgiftzahlungen der Eltern unerwünscht und gelte fast als Deformation. Daher blühe das Geschäft mit Amniozentesen zur Geschlechtsbestimmung, mit Abtreibungen, wenn das Embryo ein Mädchen wird, die unter unhygienischen Bedingungen durchgeführt werden, mit Drei-Monatsspritzen, die zu einem hohen Prozentsatz zu irreversibler Unfruchtbarkeit führen, mit implantierten Ovulationshemmern, die jahrelang wirken können, von den Frauen nicht selbständig entfernt werden können und deren Nebenwirkungen beträchtlich sein können. Da die Witwenverbrennung und der Mitgiftmord in Indien weiterhin

verbreitet und auch nicht verfolgt seien, stelle jede Technologie, die der Frau noch weiter die Verfügungsgewalt über ihren Körper und ihre reproduktiven Fähigkeiten raubt, eine existentielle Bedrohung dar, wie Vibhuti Patel deutlich machte.

Eine Frau aus dem Gesundheitsministerium in Namibia, die für die Basisgesundheitsversorgung zuständig ist, zeigte auf, wie die südafrikanische Apartheid die Bevölkerungspolitik dort bestimmt: In einem Land, viermal so groß wie Großbritannien, aber mit einer Bevölkerung, die nicht einmal das Doppelte der von Köln zählt, sollen die Schwarzen über die Körper der Frauen ausgerottet werden – mit den oben beschriebenen Fortpflanzungswaffen.

Ulla Penselin berichtete über ihre konkreten Erfahrungen mit dem, was einer Frau droht, die in der Bundesrepublik gegen Gen- und Reproduktionstechnologien arbeitet: Hochsicherheitstrakt, Isolation. Auch der von Ingrid Strobl aus der Haft an den Kongreß geschriebene und dort verlesene Brief beschäftigte sich damit, verwies aber auch darauf, daß Polizei und Justiz an diesem Punkt ihr Ziel verfehlt haben: Statt der erhofften Einschüchterung wächst das Interesse an Kritik und Widerstand, wächst die Solidarität und Unterstützung. Ingrid Strobl hat sich den Humor bewahrt und bedankte sich bei der Bundesstaatsanwaltschaft für die Werbekampagne gegen die Gen- und Reproduktionstechnologien.

Rita Kronauer, Vertreterin des Frauenzentrums Bochum, prägte den Begriff des „Heterosexismus“. Die neuen Technologien, insbesondere die künstliche Befruchtung, seien auf die heterosexuelle, bürgerliche Kleinfamilie zugeschnitten beziehungsweise setzten sie als Norm. Wenn öffentlich oder privat von Sexualität gesprochen werde, sei automatisch die heterosexuelle gemeint, alle andere werde in den „Minderheitenbereich“ gedrängt und im besten Falle „toleriert“. Frauen im Kampf gegen das Patriarchat seien immer auch gefordert, sich damit auseinanderzusetzen, daß sie selbst patriarchale Strukturen verinnerlicht haben und reproduzieren. Dies gelte, so Kronauers Resümee, auch für den Begriff des Heterosexismus.

Gena Corea, Journalistin aus den USA und bekannt durch ihr Buch „Muttermaschine“, berichtete über ihre Untersuchungen zur „Leihmutter-schaft“. In den USA existierten bereits

größere Gruppen von Frauen, die zu der erlittenen Demütigung und Ausbeutung nicht länger schweigen wollen. In aufsehenerregenden Prozessen waren „Leihmüttern“ ihre Kinder weggenommen worden, sie wurden offiziell zu „Gebärmüttern“ erklärt, einem Brutort im Besitz Fremder (Männer, da sie über die finanziellen Mittel verfügen), die das Recht auf Rückgabe bei Behinderung haben. Gena Corea gab ihrer Hoffnung Ausdruck, daß es Frauen auf der ganzen Welt gelingen werde, Widerstand dagegen zu entwickeln, daß Frauen, ihre Körper, solcherart ausgebeutet werden. Der langanhaltende Beifall vermittelte die optimistische Stimmung und den Widerstandswillen der Teilnehmerinnen.

Ärgerlich war, daß die Veranstalterinnen auf dem gesamten Kongreß außer für eine feministische Videogruppe Kameraverbot verhängt hatte: Eine

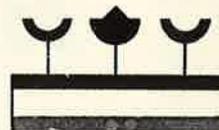
**Was noch vor vier Jahren als abstruse Phantasie der Gentec-Gegnerinnen abgetan wurde, ist in vielen Bereichen längst Realität geworden**

verpaßte Gelegenheit, stärker an die Öffentlichkeit zu kommen. Den eindrucksvollen Kongreß hätten sich etliche Sender gewiß nicht entgehen lassen.

Am zweiten Tag ging es – gut organisiert – in die über 50 Arbeitsgruppen, angesichts der hohen Zahl von Teilnehmerinnen nicht zu viel, da mit mehr als 20 Personen die intensive Diskussion eines Einzelproblems schon recht anstrengend wird.

Das Themenspektrum erstreckte sich von juristischen Fragen (Gesetzesentwürfe zur Gentechnologie) über medizinische (Sterilität, Auswirkungen medikamentös ausgelöster „Superovulationen“) und historischen Untersuchungen (Bevölkerungspolitik, nazistische Traditionen) bis hin zu strategischen Überlegungen (Netzwerke, feministische Forschung, internationale Solidarität). Einige der Erkenntnisse werden sicherlich in nächster Zeit auch eine größere Öffentlichkeit erlangen, so zum Beispiel die Literaturstudie von Renate Klein über die Auswirkungen der Eisprung auslösenden Medikamente Clomiphon, HMG und HCG, oder die Tatsache, daß erstmalig 52 Stunden lang eine isolierte Gebärmutter, bestückt mit einem künstlich befruchteten Ei, außerhalb des weiblichen Körpers funktionsfähig gehalten wurde. Solche abstrusen Forschungen, vor vier Jahren

noch als Phantasieprodukte der Gentec-Gegnerinnen zurückgewiesen, sind in vielen Bereichen schon Realität geworden.



Seit Anfang des Jahres ist die erste feministische internationale Wissenschaftspublikation zum Thema Gen- und Reproduktionstechnologien auf dem Markt. Die englischsprachige Studie „Reproductive and Genetic Engineering (RAGE), Journal of International Feminist Analysis“ ist kostenlos zu beziehen bei: Pergamon press, Hammerweg 6, Postfach 1305, 6242 Kronberg/Taunus

**Anzeige**

ISBN 3-925007-45-8

**PSYCHOLOGIE & GESELLSCHAFTS KRITIK** 45/46

**Lebensweisen und Tod**

**INHALT**  
**EDITORIAL**  
**THEMATISCHE BEITRÄGE**  
 Dieter Schwarz  
 Leben, Lebenslauf, Alter und Tod. Überlegungen zur Professionalisierung des Lebens  
 Volker Weckert  
 Natürlicher und unnatürlicher Tod. Sterben in der industriellen Gesellschaft  
 Igor A. Caruso (†), Angelika Rubner  
 Notizen zu einer Diskussion über den Tod.  
 Gottfried Mergner, Petra Schwarzer  
 Der Tod und die Sozialdemokratie.  
 Hartmut Dlessenbacher  
 Tod und Trauer.  
 Wenn Ehefrauen ihren Mann verlieren.  
 Ingeborg Eberfeld  
 Über die Unnatürlichkeit von Tod und Freitod.  
 Plädoyer für den Freitod  
 Christian Folle  
 Selbstmord, Suizid, Freitod oder vom lebensgefährlichen Wagnis einer unfreien Freiwilligkeit  
 Udo Starck  
 Behinderte Menschen als Objekte der Sterbehilfe – Diskussion  
 Hartmut Dlessenbacher, Ernie Ueberschar  
 Helfen und Töten.  
 Zum Fall des Massenmörders Arnfriid Nesset

**LESEBRIEFE**  
**REZENSIONEN**  
**AKTUALITÄTEN / TERMINE**

Eine psychologiekritische Zeitschrift für Psychologen, Pädagogen, Sozialwissenschaftler in Theorie und Praxis. Einzelheft 11,- DM/Doppelheft 18,- DM/Jahresabonnement 34,- DM/Student/inn/en, Arbeitslose u.ä. 28,- DM; jeweils zzgl. Porto. Erhältlich in jeder guten Buchhandlung oder direkt bei der Redaktion der P & G, Bürgerbuschweg 47, D-2900 Oldenburg, Tel. (0441) 64126.

# Der Natur

## BGA stoppt Phytopharmaka

# auf der Spur

**Die Absicht des BGA, die Zulassung für 2500 Phytopharmaka ruhen zu lassen, hat einige Unruhe ausgelöst. Ärztinnen und Ärzte, die sich pflanzlichen und homöopathischen Arzneimitteln zugewandt haben, befürchten eine Behinderung ihrer Therapieverfahren. Ist das berechtigt?**

**E**s ist nicht das erste Mal, daß pflanzliche Arzneimittel (Phytopharmaka) aus Risikogründen vom BGA verboten wurden. Aristolochia- und Immergrünkraut-haltige Arzneimittel wurden wegen schwerwiegender schädlicher Wirkungen in den letzten zehn Jahren aus dem Verkehr gezogen. Wurzelextrakte von Aristolochia-Arten etwa, die hohe Verkaufszahlen erzielten, wurden zur Steigerung der körpereigenen Abwehrkräfte bei Infektionen verschiedenster Art eingesetzt. Dann fand die wichtigste Herstellerfirma, die sich um eine Zulassung nach den strengeren Qualitätskriterien des neuen Arzneimittelgesetzes von 1978 bemühen wollte, in toxikologischen tierexperimentellen Untersuchungen, daß es sich bei der Aristolochiasäure um eine hochpotente karzinogene Substanz handelt.

Auch die Risiken, die für Pyrrolizidin-haltige Arzneimittel diskutiert werden, sind schwerwiegender Art. Als schädliche Wirkungen sind Leberschädigungen und eine kanzerogene Potenz gesichert worden. Pyrrolizidin-Alkaloide sind in vielen Pflanzen enthalten, unter anderem im Kreuzkraut, Huflattich, Beinwell, Hundszunge und Sonnenwendkraut. Wie weit verbreitet der Einsatz dieser Alkaloide ist, läßt sich an der Auflistung von über 2000 Arzneimitteln durch das BGA ablesen, das zusätzlich die Hersteller gebeten hat, ihm weitere Arzneimittel mitzuteilen, die Pyrrolizidin-haltiges Ausgangsmaterial enthalten. Der großen Zahl der Präparate entspricht die Vielfalt der

Anwendungsgebiete. Sie reichen von Kopfschmerzen, Pharyngitis, Husten, Bronchitis, Rippenfellentzündung und Asthma bronchiale, Magen-Darmgeschwüren, Diarrhöen, gynäkologischen Blutstörungen, Hamdrang, Ulcus cruris, Ischias bis zu Knochen- und Gelenkerkrankungen einschließlich Frakturen.

Tatsächlich ist das Wissen um die Risiken dieser Alkaloidgruppe nicht neuen Datums. Die charakteristische Lebererkrankung, die von dieser Stoffgruppe ausgeht und als akute Lebervergrößerung mit Ascites erscheint und bis zur Zirrhose mit verbreitetem Verschuß kleiner Lebervenen fortschreiten kann, wurde erstmals 1951 beschrieben. Wie der Begründung des BGA zu entnehmen ist, wurden erste positive Ergebnisse zur Kanzerogenität aus Tierversuchen bereits 1954 und 1957 publiziert. Zum Teil epidemische Vergiftungen sind während der letzten 30 Jahre aus mehreren Ländern bekannt geworden, zum Beispiel aus Afghanistan, wo epidemische Lebererkrankungen einer Kontamination von Mehl mit Sonnenwendkraut folgten.

Der in diesem Jahr aus der Schweiz berichtete Todesfall eines Neugeborenen infolge eines Budd-Chiari-Syndroms (Verschuß der Lebervene), nachdem die Mutter Huflattich-haltigen Tee während der Dauer der Schwangerschaft getrunken hatte, ist nur ein weiterer tragischer Fall, der der toxischen Wirkung der Pyrrolizidine zugeschrieben wird. Mitarbeiter des BGA hatten zudem bereits 1983 eine umfangreiche Literaturübersicht zur Toxizität Pyrrolizidin-haltiger Arzneipflanzen veröffentlicht. Dem Amt kann also nach der jetzigen Maßnahme wahrlich nicht nachgesagt werden, „daß im Bereich von Arzneimitteln besonderer Therapierichtungen beim Vorliegen von nur wenigen Hinweisen auf eventuelle Gesundheitsschädigungen ein Verbot dieser Stoffe ausgesprochen wird“. Mit diesem Vorwurf liegt Heike Wilms-Kegel, Ärztin und Bundestagsabgeordnete der Grünen, die sich zur Anwältin der Phytotherapeutika gemacht hat, falsch.

Die kritische Diskussion der BGA-Maßnahme interessiert sich aber offenbar weniger für die Risiken der Anwendung Pyrrolizidinalkaloid-haltiger Arzneimittel als für die vermeintliche Gefahr einer „Schwächung der besonderen Therapierichtungen durch das Bundesgesundheitsamt“ (Wilms-Kegel). Damit liegt die Argumentation im Trend des Zeitgeists, der die schulmedizinischen Therapeutika mit der besonderen Schärfe des kritischen Blicks gern als gefährliche Marterinstrumente wehrloser Seelen und Körper, die „alternativmedizinischen“ Heilmittel dagegen mit dem verklärten Nebel des einfühlsamen Blicks als „natürliche“ Mittel einer „sanften“ Medizin versteht. Ist dies der richtige Weg, die medikamentöse Therapievelfalt in der Medizin zu verteidigen?

Wesentliches Ziel jeder Behandlung von Krankheiten ist Heilung oder zumindest Linderung. Jedes Therapeutikum, aus welcher Tradition es auch immer kommt, ist erlaubt und erwünscht, wenn es diesem Ziel genügt. Dabei ist zu berücksichtigen, daß jedem Therapeutikum nicht nur ein potentieller Nutzen, sondern immer auch ein prinzipielles Risiko eigen ist. Die therapeutische Handlung stellt immer einen Eingriff in die Integrität des Patienten dar, die deshalb einer Rechtfertigung bedarf. Die Basis für eine solche Rechtfertigung ist die kontrollierte klinische Studie.

Ganz im Gegensatz zur weit verbreiteten Meinung ist eine naturwissenschaftliche Einsicht in die Wirkungsmechanismen der therapeutischen Verfahren keine Voraussetzung der kontrollierten Überprüfung ihres therapeutischen Werts. Alleinige Bedingung ist eine ausreichend klare Beschreibung des therapeutischen Ziels, dessen Kontrolle sowohl mit den „harten“ Parametern der schulmedizinischen Diagnostik, aber ebenso auch mit den „weichen“ Kriterien der subjektiven Einschätzung von Patienten und Therapeuten prinzipiell möglich ist, wenn sie in reproduzierbarer Weise, das heißt, standardisiert formuliert sind.

Dabei ist unerheblich, welches therapeutische Ziel in der kontrollierten Studie, je nach der zugrundeliegenden Theorie, für angemessen erachtet wird. Soll das therapeutische Handeln nicht vollends willkürlich sein, dann muß es systematische Anhaltspunkte geben, die den Therapeuten dazu führen, diese bestimmte Therapie für eine Gruppe von Patienten für angemessen zu halten. Damit sind die Bedingungen für eine statistische, kontrollierte Überprüfung der Therapie prinzipiell erfüllt, die vermeiden hilft, daß subjektive Überbewertungen von Eindrücken, die zu vermeintlichen Erfahrungen gerinnen, in ungerechtfertigte Therapieerwartungen münden. Ebenso lassen sich durch kontrollierte Studien auch die Häufigkeiten von Risiken besser abschätzen, soweit sie nicht erst nach langer Latenzphase, wie zum Beispiel die kanzerogenen Wirkungen, zum Vorschein kommen.

Solche statistischen Kontrollen beweisen keine kausalen Zusammenhänge zwischen therapeutischem Handeln und therapeutischem Erfolg, machen sie aber mehr oder weniger wahrscheinlich oder unwahrscheinlich. Da ihre Ergebnisse nur angeben, mit welcher Wahrscheinlichkeit ein bestimmtes Ergebnis nach Gabe eines Arzneimittels eintritt, können sie nie zutreffende Voraussagen für den Behandlungserfolg des einzelnen Patienten anbieten. So ist auch die Aussage des Pharmakologen Fülgraff zu verstehen: „Jede Therapie ist ein Versuch, ihr Ausgang bis zu einem gewissen abschätzbaren Grade ungewiß.“ Allein deshalb sind alternative Behandlungs-

**Jede therapeutische Behandlung ist ein Eingriff in die Integrität des Patienten und muß deshalb gerechtfertigt werden. Egal, ob „sanft“ oder „hart“**

weisen wünschenswert, um für jeden Patienten in ihrer Wirksamkeit kontrollierte therapeutische Wahlmöglichkeiten zur Verfügung zu haben.

Der Anteil der Phytopharmaka an dem heutigen Arzneischatz der Schulmedizin wird allgemein deutlich unterschätzt. Neuere Untersuchungen schätzen, daß er bei 35 bis 50 Prozent liegen dürfte. Dies zeigt, wie unsinnig ein konstruierter Gegensatz von Schulmedizin und pflanzlicher Therapie ist. Bei weitem nicht alle Arzneistoffe pflanzlichen Ursprungs sind dabei der therapeutischen Erfahrung von Völkern entlehnt worden. Das Antikrebs-Mittel Vincristin ist ein Beispiel, wie ein systematisches biologisches Screening-Programm von pflanzlichen Materialien (in diesem Fall aus Madagaskar) zu überraschenden und weitreichenden Ergebnissen führen kann.

In der Regel sind Phytopharmaka komplexe Gemische von Wirk- und Nebenwirkstoffen, Begleit- und Ballaststoffen mit einer unbekanntem Anzahl von Einzelkomponenten. Diese Komplexität erschwert eine überblickbare Pharmakokinetik.

Phytotherapeuten weisen gern darauf hin, daß diese Komplexität durchaus Vorteile haben kann. Neben Synergismen und additiven Effekten bei der Wirksamkeit der Gemische könnten auch antagonistische Effekte unerwünschte Wirkungen einzelner Stoffbestandteile verringern. In den klassischen pharmakologischen Versuchsanordnungen zeigen diese Stoffgemische in der Regel nur schwache Wirkungen. Für die therapeutische Bewertung sind aber allein klinische Wirksamkeitsnachweise über kontrollierte Prüfungen, nicht aber bekannte pharmakologisch-experimentelle Wirkungen entscheidend, weshalb die schwachen Wirkungen der Phytopharmaka in den experimentell-pharmakologischen Modellen für die Bewertung letztlich unerheblich sind.

Bei dem Bemühen, die Anerkennung der wissenschaftlichen Medizin zu erlangen, ist leider zu viel Energie auf den Nachweis pharmakologischer Wirkungen der Phytotherapeutika, dabei aber zu wenig auf den Nachweis ihrer klinischen Wirksamkeit bei einzelnen Indikationen und insbesondere auch ihrer Unbedenklichkeit gelegt worden. Gerade die Überprüfung ihrer Unbedenklichkeit ist dann unabdingbar, wenn Phytopharmaka zur Langzeitbehandlung chronischer Krankheiten eingesetzt werden sollen, da hier besonders mit toxischen Wirkungen nicht zuletzt wegen kumulativer Effekte gerechnet werden muß.

Ein spezifisches Problem der phytotherapeutischen Extrakte und Lösungen ist die Standardisierung der Präparate. Denn Arzneipflanzen unterliegen in der Zusammensetzung ihrer Bestandteile, auch der wirksamen, starken Schwankungen, die durch Bodenbeschaffenheit und Klima, aber auch Zeitpunkt der Ernte, Lagerungsbedingungen nach der Ernte und den Aufbereitungsmethoden bei der pflanzlichen Drogengewinnung bedingt sind. Dazu kommt eine nicht zu unterschätzende genetische Vielfalt auch innerhalb der gleichen, äußerlich nicht unterscheidbaren Pflanzenart an verschiedenen Standorten.

All diese Faktoren führen zu einem chemischen Polymorphismus in der gleichen Arzneipflanzenart, der nicht ohne Konsequenzen für die therapeutischen Eigenschaften einzelner Extrakte oder Lösungen bleiben kann. Deshalb führen seriöse Hersteller eine chemisch-analytische Standardisierung ihrer Phytopharmaka durch, die sich entweder an dem bekannten Wirkstoff, dem Wirkstoffgemisch oder, wenn Wirkstoffe nicht bekannt sind, an einer Leitsubstanz orientiert.

Der Pharmakologe Hans Haas, der sich um die Phytopharmaka seit vielen Jahren verdient gemacht hat, empfiehlt eine pragmatische Haltung in dem überflüssigen Streit der „schulmedizinischen“ und „phytotherapeutischen“ Dogmatiker: „Der Rang, der einem jeden Arzneimittelgebiet zukommt, hat sich ausschließlich nach dem Ertrag, seiner Nützlichkeit und Ungefährlichkeit zu richten. Bei der Bewertung von Arzneimitteln soll man daher nicht fragen, ob sie synthetisch hergestellt oder von der Natur geliefert werden, ob es Droge oder Reinsubstanz ist. Für eine rationelle Arzneiverordnung kann es nur ein einziges Einteilungsprinzip geben, das auf Trennung des Schlechten und Unbrauchbaren vom Guten und Nützlichen beruht und auf den Ersatz des Überflüssigen und Schädlichen durch das Notwendige und Ungefährliche hinzielt. Nur so wird man die Heilung des kranken Menschen mit den besten verfügbaren Arzneimitteln erreichen.“

Um dieser Anforderung gerecht zu werden, haben beide, naturwissenschaftliche Medizin und besondere Therapierichtungen, noch viel selbstkritische Überprüfung ihrer Ansprüche zu leisten. Ein so fundierter therapeutischer Pluralismus wäre ein Gewinn für die Medizin. Einen Sonderstatus für die Legitimationspflicht der eigenen Ansprüche kann es jedenfalls für keine Schule geben.

Hermann Schulte-Sasse



Hermann Schulte-Sasse ist Arzt am Institut für Klinische Pharmakologie am Zentralkrankenhaus St.-Jürgen-St. in Bremen



Bedaure!  
Doch wer dir naht mit platten Füßen,  
Der mus' hiraus! — Hinaus!

„Überall stören sie (viel, viel mehr als früher), alles vermenscheln sie, hindern die Betrachtung jeder Frage als solcher . . . Es ist trotz all seiner Begabungen, ein schreckliches Volk, nicht ein Kraft und Frische gebender „Sauerteig“, sondern ein Ferment, in dem die hässlichen Formen der Gährung lebendig sind — ein Volk, dem von Uranfang an ein etwas dunkelhaft Niedriges anhaftet, mit dem sich die arische Welt nun mal nicht vertragen kann . . .“

Theodor Fontane über Juden in einem Brief an Friedrich Paulsen, 1898

## Das monistische Jahrhundert

Wochenchrift für wissenschaftliche Weltanschauung u. Weltgestaltung  
(VII. Jahrgang der Zeitschrift des Deutschen Monistenbundes)  
Mit der vierzehntägigen Beilage:  
Monatliche Sonntagspredigten von Wilhelm Ostwald  
Herausgeber:  
**WILHELM OSTWALD**

Heft 7    Schriftleitung: W. Bloßfeldt, Leipzig, Kanitzstr. 11, Tel. 11724    17. Mai 1913

### § 1

Wer unheilbar krank ist, hat das Recht auf Sterbehilfe (Euthanasie).

### § 2

Die Feststellung des Rechtes auf Sterbehilfe wird durch ein Gesuch des Kranken an die zuständige Gerichtsbehörde veranlaßt.

### § 3

Auf Grund des Gesuches verfügt das Gericht eine Untersuchung des Kranken durch den Gerichtsarzt im Verein mit zwei zuständigen Spezialisten. An der Untersuchung können auf Wunsch des Kranken auch weitere Ärzte teilnehmen. Diese Untersuchung hat nicht später als eine Woche nach Einreichung des Gesuches zu erfolgen.

### § 4

Bei der Protokollierung des Untersuchungsbefundes ist anzugeben, ob nach der wissenschaftlichen Überzeugung der untersuchenden Ärzte ein tödlicher Ausgang der Krankheit wahrscheinlicher ist, als die Wiedererlangung dauernder Arbeitsfähigkeit.

### § 5

Wenn die Untersuchung die überwiegende Wahrscheinlichkeit eines tödlichen Ausgangs ergibt, dann spricht das Gericht dem Kranken das Recht auf Sterbehilfe zu. Im entgegen gesetzten Falle wird das Gesuch des Kranken abschlägig beschieden.

### § 6

Wer einen Kranken auf dessen ausdrücklichen und unzweideutig kundgegebenen Wunsch schmerzlos tötet, bleibt strafflos, wenn dem Kranken nach § 5 das Recht auf Sterbehilfe zugesprochen worden ist, oder wenn die nachträgliche Untersuchung ergibt, daß er unheilbar krank war.

### § 7

Wer einen Kranken tötet, ohne daß dieser es ausdrücklich und unzweideutig gewünscht hat, wird mit Zuchthaus bestraft.

### § 8

Die §§ 1 bis 7 finden auch auf Sieche und Verkrüppelte sinngemäße Anwendung.

Gründer des Monistenbundes war der Zoologe Ernst Haeckel, der die Lehren Darwins in Deutschland durchgesetzt hatte

# 100 Jahre deutscher Rassismus

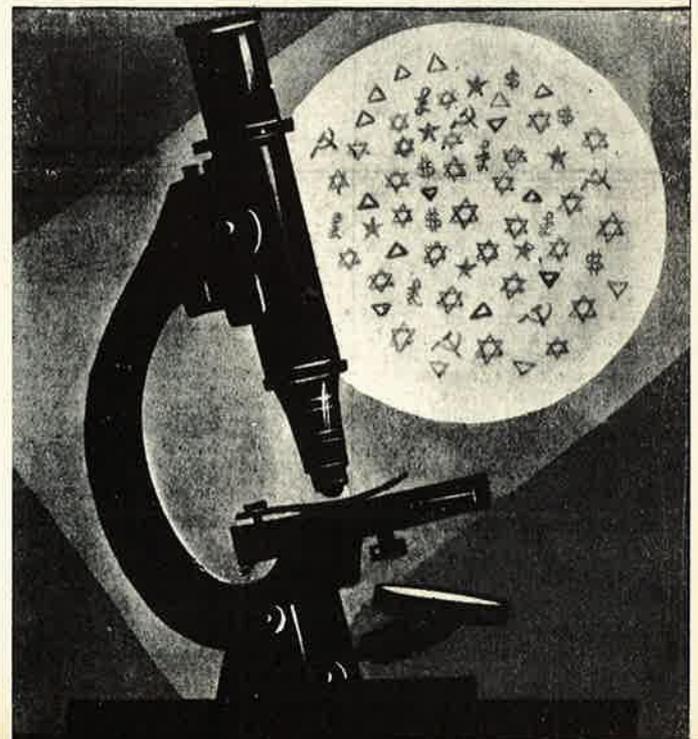
Eine Ausstellung in Köln

50 Jahre nach der Reichspogromnacht, mit der die offene Verfolgung der jüdischen Bevölkerung in Deutschland begann, zeigt die Kölnische Gesellschaft für Christlich-Jüdische Zusammenarbeit in einer Ausstellung neue und bereits veröffentlichte Dokumente des deutschen Rassismus in den letzten 100 Jahren.

Die Mitarbeiter, unter ihnen der Historiker Walter Wuttke und dg-Redakteur Peter Liebermann: „Es ist unsere Überzeugung, daß die Gedanken und Phantasien, die von den Nationalsozialisten und anderen Völkischen in ihrer radikalsten Ausprägung verbreitet wurden, in mehr oder minder ‚gemäßigter‘ Form von Vertretern anderer Parteien geteilt wurden, daß in vielen Punkten eine größere Übereinstimmung bestand, als wir es uns heute vorstellen können und mögen.“

Die Ausstellung befindet sich im Gebäude der Volkshochschule Köln und ist bis zum 15. Dezember, montags bis freitags von 14 bis 20 Uhr, zu sehen.

## Krankheitserreger





„Nun sind sie wieder da, die Hunnen, Zerrbilder menschlicher Gesichter, Wirklichkeit gewordene Angstträume, Faustschlag in das Gesicht alles Guten...“

In: *Der Untermensch*, Hrsg. Reichsführer SS - SS-Hauptamt

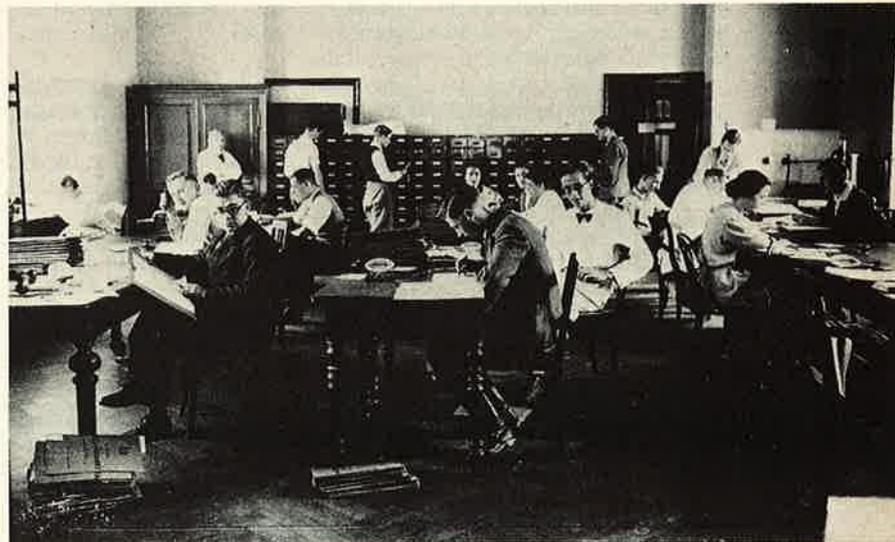
Hurra, die Juden ziehen fort!  
Karnevalslied aus Köln



Jeder Kranke muß von den gesunden Volksgenossen mitgeschleppt werden.  
in: *Die Ortskrankenkasse*, 1939



Ohne Text  
in: *FAZ*, 1983



Verkantung der Minderwertigen, Arbeitsaal im Rheinischen Provinzialinstitut für psychiatrisch-neurologische Erbforschung

„Nicht genug kann betont werden, daß die Ausscheidung und Festhaltung des defekten Teiles der Bevölkerung, wie sie ein ausgedehntes Asylwesen mit sich bringt, eine Amortisation der Minderwertigen überhaupt darstellt, die Jahr für Jahr die Armee der Verarmten, Arbeitsscheuen, Vagabunden und Kriminellen schließlich aufreiben muß und gerade von diesem Gesichtspunkte die größte Förderung verdient. Die Asylisierung der Minderwertigen ist also eine schon jetzt durchführbare wichtige Maßnahme einer zielbewußten Hygiene der menschlichen Fortpflanzung und der Verhütung der Entartung.“

Alfred Grotjahn, Sozialdemokrat und Sozialhygieniker, 1923

„Frieden und Freiheit sind auch im Innern wichtig, aber da in erster Linie für den Normalen, nicht für perverse Minderheiten, Terroristen, Verbrecher und Randgruppen.“

Carl-Dieter Spranger, Staatssekretär im Bundesinnenministerium

„Es kann nicht um noch mehr Verständnis für Randgruppen gehen ... Diese Randgruppe muß ausgedünnt werden, weil sie naturwidrig ist.“

Hans Zehetmayer, bayerischer Kultusminister, über Homosexuelle, 1967

„Ein Zigeuner-Lagerplatz ist evident so wesensfremd zu der angrenzenden Wohnbebauung, daß die Wohnruhe als überragendes schutzwürdiges Interesse der Nachbarn empfindlich gestört würde.“

Rechtsanwälte Leineweber und Jung an die Oberstadtdirektion Köln, 1988

**dg:** Herr Jäger, Sie haben sich mit dem Thema „Frauen und Aids“ befaßt. Worum geht es Ihnen dabei genau?

**Jaeger:** Am Anfang waren hauptsächlich homosexuelle Männer von dieser Krankheit betroffen, und sie sind auch heute noch die größte Betroffenengruppe. Nun ist aber ein Viertel der Patienten, die zu uns in die Ambulanz ins Schwabinger Krankenhaus kommen, drogenabhängig oder kommt aus dem Umkreis der Drogenszene. Und dabei sind natürlich auch eine Reihe Frauen, die früher drogenabhängig waren, es jetzt noch sind oder Kontakte zu drogenabhängigen Männern haben und sich dabei angesteckt haben. Es sind also Frauen, die sich entweder über die Nadel oder über sexuellen Kontakt infiziert haben. Wir haben nun zunehmend feststellen müssen, daß die Systeme, die wir haben, diesen Frauen nicht gerecht werden. Es gibt eine Reihe von sehr spezifischen Frauenproblemen, zum Beispiel bei der Sexualität. Wenn sie infiziert sind, ist es ein noch größeres Problem als für Männer. Das Problem liegt eher in einer zu kleinen, nicht einer übertriebenen Form der Sexualität. Homosexuelle Männer finden meist einige Wochen, nachdem sie sich an die Diagnose gewöhnt haben, einen Ausgleich oder finden wieder zur Sexualität zurück. Frauen selten. Frauen können auch häufig mit ihren Männern

nicht darüber sprechen oder zumindest weniger offen darüber sprechen. Wir sehen außerdem, daß Frauen mit Kinderwunsch natürlich häufig ein Problem haben. Wir sehen, wenn sie schwanger sind, daß sie Schwierigkeiten damit haben, zu entscheiden, ob sie einen Abbruch wollen oder nicht. Nur 30 Prozent der Kinder von HIV-Infizierten übrigens sind selbst HIV-infiziert. Das sind weniger, als wir noch vor zwei Jahren meinten. Es gibt Probleme mit Pflgeschäften, mit Adoption, mit dem äußeren Erscheinungsbild, auch damit, daß die meisten Leute meinen, es sei überwiegend eine Männerkrankheit. 15 Prozent der Patienten, die bei uns versorgt werden, sind Frauen. Und der Anteil steigt. Nicht rasant, aber von sechs Prozent vor zwei, drei Jahren jetzt auf 15 Prozent.

**dg:** Und das sind hauptsächlich Frauen, die mit der Drogenszene in Kontakt sind?

**Jaeger:** Ja, bisher noch, und ich glaube, das wird auch noch eine Zeitlang so bleiben. Wir betreuen aber auch eine Reihe von Frauen, die sich durch Bluttransfusionen Anfang der achtziger Jahre infiziert haben. Das ist häufig außerordentlich dramatisch, weil sie nicht ahnen, daß sie infiziert sind. Die drogenabhängigen Frauen haben in der Regel darüber schon einmal nachge-

dacht. Oft haben sie sich bereits testen lassen, für sie kommt es nicht ganz so überraschend. Die Frauen, die sich zum Beispiel im Rahmen einer Schwangerschaftsuntersuchung freiwillig testen lassen, fallen oft aus allen Wolken, wenn sie dann hören, daß sie positiv sind. Erst im nachhinein wird ihnen klar, daß sie sich vor Jahren bei einer Infusion angesteckt haben könnten. Das Problem ist also, daß eine Frau, die in einer Situation, wo sie ohnehin mit der Schwangerschaft, der Sorge um das Kind belastet ist, dann auch erfährt, daß sie positiv ist. Das sind spezifische Probleme, die homosexuelle Männer natürlich nicht haben.

**dg:** Als ich hörte, daß Sie Vorträge zum Thema „Aids und Frauen“ halten, habe ich mich gefragt, warum Sie keinen zum Thema Aids und Männer machen.

**Jaeger:** Dazu ist schon sehr viel geforscht worden, aber die speziellen Probleme, die infizierte Frauen haben, sind noch nicht erforscht. Wir haben das auch erst erkannt, als wir ein Forschungsprojekt durchgeführt haben zum Thema „Wie sind die verschiedenen Gruppen durch ihre HIV-Infektion oder durch Aids belastet?“ Frau Diplompsychologin Franke aus unserer Gruppe hat Patienten in gleichen Stadien untersucht. Das waren homosexuelle Männer, heterosexuelle Männer und drittens Frauen. Dabei haben wir mit Hilfe standardisierter Testverfahren gesehen, daß Frauen massiv höher belastet waren als die Männer. Das heißt, die Verarbeitung ist bei Frauen offenbar anders, dramatischer, schwieriger als die ohnehin schon schwierige Verarbeitung bei Männern.

**dg:** Sie haben jetzt eben mehrere Aspekte genannt, den Kinderwunsch zum Beispiel, aber auch die Schwierigkeit, wieder sexuell aktiv zu sein. Wie erklären Sie sich da die unterschiedliche Verarbeitung bei Männern und Frauen?

**Jaeger:** Ich denke, daß sich die Sexualität männlicher Homosexueller sehr stark unterscheidet von der Sexualität heterosexueller Frauen. Die homosexuellen Männer haben ja gelernt, sexuelle Beziehungen zu haben, auch

## „Offenbar anders, dramatischer“

**Frauen und Aids – dieses Thema wird meist nur unter dem Aspekt diskutiert, wie die Frau das Kondom an den Mann bringen kann. Doch Frauen sind noch in anderer Hinsicht in besonderer Weise betroffen, nämlich dann, wenn sie HIV-infiziert sind. dg sprach darüber mit Dr. Hans Jäger, dem leitenden Arzt der Ambulanz für Immunschwächerkrankungen des Städt. Krankenhauses München-Schwabing**



## **Daß durch Prostitution und wechselnde sexuelle Kontakte ganz schlimme Sachen passieren würden, ist eine Behauptung der Auguren und apokalyptischen Reiter**

ohne ein emotionales Engagement. Ich muß mich hüten, das so zu verallgemeinern, aber viele Frauen, die wir sehen, könnten mit so einer, sagen wir, technischen sexuellen Aktivität herzlich wenig anfangen. Für sie gehört eine Menge mehr dazu, vor allem ein vertrauensvolles Verhältnis zu dem Partner. Und der weigert sich nun gerade häufig in solch einer Situation, dieses Problem etwa durch Gespräche emotional aufzuarbeiten. Dadurch kommen die Frauen in die Situation, daß sich der Partner ein bißchen auch aus Angst aus der Sexualität zurückzieht, andererseits ist er aber nicht bereit, mit der Frau über das Problem zu sprechen. Das ist anders als bei homosexuellen Männern, die zum Beispiel in eine Kneipe gehen und einen Partner mit nach Hause nehmen können. Dann haben sie einen sexuellen Kontakt, mit Kondomen hoffentlich. Wir hören auch immer wieder von Frauen, daß sie das Kondom gern in Kauf nehmen würden, es der Mann aber nicht möchte. Es ist ein Problem in der praktischen Prävention, wie die Frau das Kondom an den Mann bringt.

**dg:** Die Weitergabe des Virus, wenn sie auf sexuellem Weg erfolgt, findet aber eher über den Mann statt. Außerdem sind es die Männer, die Kondome benutzen müssen, nicht die Frauen. Der Appell an das Verantwortungsbewußtsein der Frauen in der Aufklärungsarbeit erscheint mir da recht suspekt. Man müßte doch die Frage stellen, wie die Männer das Kondom an sich ranbringen?

**Jaeger:** In der Prävention würde ich auch eher an das Verantwortungsbewußtsein von Männern appellieren. Man findet ja in der Geschichte, auch außerhalb der Medizin, viele Beispiele dafür, daß Frauen für Phänomene verantwortlich gemacht werden, die man sich anders nicht zu deuten weiß und die obskur erscheinen. Ich denke, daß auch die ganze Diskussion über die Prostitution dadurch belastet ist. Da wird immer davon geredet, daß Berufsverbote ausgesprochen werden müßten, statt darüber, daß neun von zehn Freien Geschlechtsverkehr ohne Kondom verlangen und dafür auch noch bereit sind, mehr zu zahlen. Im Bereich der Prostitution passiert zwar einiges, aber nicht so viel, wie immer gemutmaßt wird. Weder stecken sich die Frauen sehr häufig an noch die Männer. Ich wünschte, es bliebe so. Bisher

sehen wir nicht, daß eine explosionsartige Ausbreitung der Krankheit durch die Prostitution stattfindet. Was wir sehen, sind allerdings Frauen, die Stricherfahrung haben, weil sie Drogen beschaffen müssen. Aber das ist so, seit wir die Erkrankung kennen. Es ist ja von den Auguren oder den apokalyptischen Reitern immer wieder behauptet worden, durch die Prostitution oder wechselnde sexuelle Kontakte würden große Mengen von Leuten angesteckt. Das sehen wir bisher nicht. Bisher, das mag sich natürlich ändern.

**dg:** Sie sitzen nun im Zentrum der Auguren und apokalyptischen Reiter. Wirkt sich das auf Ihre Arbeit aus, meinethalben, wenn Sie Drogenabhängige behandeln, die auf den Strich gehen?

**Jaeger:** Der lärmende Hufschlag dieser Reiter klingt langsam ab. Wir sind auch in der Klinikarbeit durch den sogenannten bayerischen Maßnahmenkatalog nie erheblich eingeschränkt gewesen, außer dadurch, daß Patienten unnötigerweise in Angst und Schrecken versetzt worden sind und das Vertrauen in die Behörden verloren haben. Das Vertrauen in unsere Klinik oder auch andere Krankenhäuser ist dadurch, glaube ich, nicht empfindlich gestört worden. Wir haben auch nicht bemerkt, daß viele Patienten etwa von uns weggegangen wären, eher, daß trotz des Maßnahmenkatalogs viele Patienten auch aus anderen Bundesländern zu uns gekommen sind. Die tatsächliche Auswirkung der bayerischen Maßnahmen auf die Arbeit mit den Betroffenen im klinischen Bereich war eher gering. Im Vorfeld, bei der Beratung von gesunden Menschen, ist das bestimmt etwas anderes. Die Prostituierte, die infiziert ist und auf den Strich geht, um sich Drogen zu beschaffen, die ist letztlich doch ein Schreckenszenario. Das kommt in der Wirklichkeit sehr selten vor. Außerdem können die Freier sich und die Prostituierten durch Kondome schützen.

**dg:** Und wenn sie vorkommt, was machen Sie dann?

**Jaeger:** Unser Eindruck ist nicht der, daß aggressive Menschen rumlaufen und andere aus sogenannten niedrigen Beweggründen anstecken würden. Wenn wir die Gelegenheit haben, mit solchen Leuten zwei- oder dreimal ein vorurteilsfreies Gespräch zu führen, dann wird die Neigung, andere Menschen anzustecken, automatisch kleiner, je größer das Vertrauen in die Behandlung wird. Man muß sagen, daß Menschen, die sich so aggressiv geben, das häufig doch aus Angst tun. Das ist eine Verarbeitungsschwierigkeit, und damit kann man arbeiten.

**dg:** Geben Sie Methadon?

**Jaeger:** Wir haben uns entschlossen, zwar zu fordern, daß Methadonprogramme additiv zu der übrigen Drogenarbeit eingerichtet werden, aber wir haben ohnehin ein außerordentlich schwieriges Klientel in der Ambulanz, und wir haben viel zu viele Patienten. Wenn wir anfangen würden, Methadon zu verschreiben, dann würde die Zahl unserer Patienten sprunghaft weiter zunehmen. Ich würde auch meinen, daß die Vergabe von Methadon von Drogenfachleuten geregelt werden muß.

**dg:** Wie gehen Sie denn konkret damit um, wenn Drogenabhängige zu Ihnen kommen, bei denen man davon ausgehen kann, daß Sie, um das Geld für Drogen ranzuschaffen, auf den Strich gehen würden?

**Jaeger:** Das ist in der Tat ein großes Problem. Wenn ein Drogenabhängiger bei uns auf der Station ist, dann bekommt er auch Methadon, das geht. Aber nun wird er entlassen, und dann steht er vor dem Nichts, denn es gibt nur wenige Ärzte, die das machen. Da gibt es eine Menge Probleme. Wir müssen die Patienten auf die Straße schicken und ihnen sagen, daß sie sich ihren Stoff da herholen müssen, wo sie ihn auch früher herbekommen haben. Das ist ein herbes Problem, und deswegen meine ich, brauchen wir auch Methadonprogramme, und zwar bald. Nur so, das heißt, durch Programme, können gleichzeitig psychosoziale Hilfen angeboten und notwendige Forschungsfragen geklärt werden.

**dg:** Vielen Dank, Herr Jaeger.

urp – Obwohl das Thema „sexueller Mißbrauch“ in den letzten Jahren in diversen Medien mit zunehmender Intensität diskutiert wird, fällt es nach wie vor schwer, denen, die mit Kindern arbeiten, einen Buchtitel uneingeschränkt zu empfehlen. Ein solches Buch müßte nach meinen Vorstellungen die Daten und Fakten in- und ausländischer Untersuchungen wertend darstellen, an ausgewählten Darstellungen die Bandbreite der Mißbrauchssituationen plastisch machen und Betroffenheit auslösen, müßte darüber hinaus die Symptome, Kurz- und Langzeitfolgen ausführlich behandeln, die verschiedenen Erklärungsansätze darstellen und diskutieren sowie Kriseninterventionsstrategien, langfristige Therapieansätze (für Täter und Opfer) und Präventionsmöglichkeiten beschreiben und kritisch beleuchten. Das Ganze dann auch noch – welch hehrer Anspruch – in der gebotenen Kürze und Verständlichkeit. Gäbe es dieses Buch, ich würde hier nicht vier vorstellen, die die Problematik aus unterschiedlicher, zum Teil sogar sehr konträrer Sichtweise darstellen.



**L. Backe, N. Leick, J. Merrick, N. Michelsen (Hrsg.), Sexueller Mißbrauch von Kindern in Familien, Köln 1986. Deutscher Ärzteverlag, 185 Seiten, 39,80 Mark**

heit hat der Ärzteverlag versucht, im deutschsprachigen Raum Autorinnen und Autoren zu finden, ehe er sich entschloß, die in Dänemark bereits 1983 erschienene Originalausgabe zu übersetzen und 1986 herauszugeben. Die Autoren folgen sämtlich einem familientherapeutisch orientierten Ansatz. Dies bedeutet, daß sie, trotz Parteilichkeit für die mißbrauchten Kinder, nicht einem rigiden Täter/Opfer-Schema folgen, sondern in ihre therapeutischen Bemühungen auch die Bedingungen des familiären Gefüges – häufig über mehrere Generationen – und die sozialen Rahmenbedingungen einbeziehen. Entsprechend diesem Ansatz hat das Buch seine eindeutigen Stärken in der fundierten und zum Teil sehr konkreten Darlegung mittel- und langfristiger therapeutischer Strategien, die eben auch den Täter miteinbeziehen, was langfristig sicher als Präventionsarbeit gewürdigt werden muß.

Dabei muß klargestellt werden, daß Familientherapie durchaus nicht als entscheidendes Ziel verfolgt, die Familie wieder zusammenzuführen. Es wird sogar in der Behandlungskonzeption ausdrücklich gefördert zu versuchen, den Täter zunächst aus der Familie zu entfernen, um das mißbrauchte Kind zu schützen. Darüber hinaus wird in dem vorgeschlagenen und von den Autoren erprobten Modell das klassische familientherapeutische Setting, das bereits 1976 von Giarretto und 1982 von Sgroi als ungeeignet für Inzestfamilien beschrieben wur-

de, verlassen, beziehungsweise stark modifiziert.

Gleichwohl ist auch dieser familientherapeutische Ansatz, insbesondere in bezug auf Daten über Rückfälle, die Dokumentation seines Erfolges bisher schuldig geblieben. Einzig der systemtherapeutische Ansatz scheint aber in der Lage, neuere Forschungsergebnisse über die Zunahme männlicher Opfer und weiblicher Täterinnen, in seinen Erklärungsansatz einordnen zu können.



**Cornelia Kazis (Hrsg.), Dem Schweigen ein Ende. Sexuelle Ausbeutung von Kindern in Familien, Basel 1988. Lenos Verlag, 254 Seiten, 32 Mark**

Sieben Autorinnen, fünf aus der Schweiz, zwei aus der Bundesrepublik (E. Fey und H. Saller), stellen in „Dem Schweigen ein Ende“ ihre feministische Sichtweise in den Vordergrund. Alle Beiträge sind außerordentlich informativ und zeugen davon, daß die Autorinnen selbst erhebliche praktische Erfahrung im Umgang mit Betroffenen – sowohl Erwachsenen wie auch Kindern – haben. Vom Aufbau wie auch von der Gliederung her kommt dieser Band meinem ‚Ideal‘ nahe. Wertvoll ist dieses Buch besonders für Berufsgruppen, die täglich mit Kindern arbeiten (Kindergärtnerinnen, Lehrer und Lehrerinnen und Kinderkrankenschwestern und -pfleger), durch die sehr gute Darstellung von „verschlüsselten Botschaften“, die die Kinder aussenden, sowie auch durch das Kapitel von Helga Saller „Wie begegne ich einem betroffenen Kind, das mich ins Vertrauen zieht“. Darüber hinaus ist es das erste Buch, in dem das in den USA

sehr erfolgreiche Präventionsmodell ausführlich vorgestellt wird.

Der Theorieteil, die „feministischen Überlegungen zum Inzest“, fällt dagegen deutlich ab. Er besteht aus einem mit psychoanalytischem Gedankengut durchwobenen Soziologie-Mix, der in sich inkonsistent, teilweise sogar widersprüchlich ist und fast keinen Raum für therapeutische Ansätze läßt. Entsprechend fehlen dann auch mittel- und langfristige Strategien zur Arbeit mit Mißbrauchsoptionen, und ihren Familien im sozialen Zusammenhang.

**Mathias Hirsch, Realer Inzest – Psychodynamik des sexuellen Mißbrauchs in der Familie, Berlin Heidelberg 1987. Springer Verlag, 202 Seiten, 69 Mark**

Das Buch des Düsseldorfer Psychiaters und Psychotherapeuten Mathias Hirsch stellt von allen in deutscher Sprache erschienenen Abhandlungen wohl die umfassendste Darstellung des psychodynamischen Geschehens in einer Mißbrauchsfamilie vor. Hirsch hält sich nur relativ kurz an Zahlenmaterial zum Mißbrauch auf, geht zunächst näher auf die diversen, zum Teil problematischen Definitionen des Mißbrauchsgeschehens ein, wobei er sich auch recht prägnant vom feministischen Männerbild distanziert, indem er sich dem Standpunkt von Marcuse anschließt, der der Frauenbewegung ‚biologisches Denken‘ vorgeworfen hat. Sodann nutzt er aber auch seine psychoanalytische Ausbildung zu einer sehr tiefgreifenden und außerordentlich kritischen Hinterfragung der freudschen Theorien und ihrer Folgen für das Nicht-Verständnis des Mißbrauchsgeschehens über viele Jahrzehnte.

Hirsch schreibt in der Einleitung: „Dieses Buch ist insofern psychoanalytisch orientiert, als das Unbewußte, die Abwehrmechanismen, die Bedeutung der Sexualität, der Phantasien, Träume und Symptome berücksichtigt werden. Nicht aber in dem Sinne, daß dem Trieb des Kindes die Hauptrolle in der Gestaltung der Vorstellungen vom Selbst, der Objekte und der Beziehungen zu ihnen zu-

## M I S S BRAUCH

Die Broschüre aus dem Ärzteverlag von L. Backe und anderen demonstriert den bundesdeutschen Notstand an kompetenten Autoren auf diesem Gebiet sehr eindrucksvoll, sind doch lediglich die Verfasser der Einleitung und des Artikels über die strafrechtlichen Aspekte bundesdeutscher Nationalität. Auch die Tatsache, daß zu dem sehr kompetenten dänisch-US-amerikanischen Autorenteam nur zwei Ärzte gehören, ist durchaus typisch. Mit Sicher-

kommt.“ Diesem ‚roten Faden‘ folgt Hirsch durch alle Kapitel. Er stellt den Vater-Tochter-Inzest eindeutig in den Mittelpunkt seiner Untersuchungen, geht aber ebenfalls sehr ausführlich auf alle anderen Formen und Kombinationen von Mißbrauchssituationen ein, wobei spätestens hier die durchgängige Verwendung des Begriffes ‚Inzest‘ Probleme macht.

Hirsch hat offensichtlich keine oder wenig Erfahrung in der Arbeit mit Kindern. Die von ihm beschriebenen Patienten kamen zur Therapie, als sie bereits erwachsen waren; Alter bei Beginn der Therapie zwischen 19 und 50 Jahren. Die Darstellung von Mißbrauchsfolgen, von Diagnostik und Therapie ist daher ganz auf Erwachsene abgestellt. Auch die Prävention kommt klar zu kurz. Insofern ist dieses Buch für diejenigen, die mit Kindern arbeiten und praktische Empfehlungen für das Erkennen und Vorgehen bei sexuellem Mißbrauch suchen, ungeeignet. Die immense Literaturkenntnis des Autors, seine Akribie in der Darstellung der diversen und divergierenden Meinungen – die manchmal aber auch nicht mehr erkennen läßt, wo der eigene Standpunkt festzumachen ist – machen das Buch zu einem ‚Muß‘ für die Meinungsbildung und Auseinandersetzung im Lager der professionellen Helfer.



**Karin Gutjahr, Anke Schrader, Sexueller Mädchenmißbrauch, Köln 1988. Pahl-Rugenstein Verlag, 200 Seiten, 30 Mark**

Die Broschüre von Karin Gutjahr und Anke Schrader ist die überarbeitete und erweiterte Fassung ihrer pädagogischen Examensarbeit. Obwohl an vielen Stellen die persönliche Be-

troffenheit der Autorinnen spürbar ist, bleibt die Arbeit insgesamt auf sehr theoretischem Niveau, ist daher für die praktische Arbeit mit Mißbrauchsoffern (und ihren Familien) nicht geeignet. Gutjahr und Schrader setzen sich mit den feministischen und familientherapeutischen Erklärungsmodellen auseinander, wobei sie sich bei letzterem trotz reichlicher Literatur nur auf einen einzigen Autor beziehen, und stellen die materialistische Sicht der Ursachen gegenüber.

Die Erscheinungsebene sexuellen Mißbrauchs wird sehr akribisch dar- und bloßgestellt. Im Kapitel über die Auswirkungen sexuellen Mißbrauchs wird die pädagogisch fundierte Isolationstheorie vorgestellt und die Auswirkungen des Mißbrauchwerdens mit Betonung des Erwachsenenalters beschrieben.

Leider bemerkt man bereits in diesen ersten Kapiteln, daß die Autorinnen wenig oder keine Erfahrung mit mißbrauchten Kindern. Sie würden sich sonst beispielsweise kaum zu einer so lebensfremden Forderung versteigen: „... müßten unserer Meinung nach alle sexuellen Handlungen, die Mädchen unter 16 Jahren betreffen, ohne Ausnahme unter Strafe gestellt werden.“ Auch erscheint es mir sinnlose Haarspalterei, Promiskuität als Mißbrauchsfolge anzuerkennen, jedoch in einem theoretischen Exkurs zu begründen, warum die Prostitution hierzu nicht gerechnet werden kann.

Vollends problematisch wird es jedoch im Kapitel über therapeutische Interventionen. Hier hätten die Autorinnen besser daran getan, es bei ihren kritischen Bemerkungen zum feministischen und familientherapeutischen Ansatz zu belassen. Statt dessen stellen sie aber Kriterien für eine ‚materialistische Therapie‘ auf, die lediglich aus einem Sammelsurium von Allgemeinplätzen bestehen und – ich muß es leider wiederholen – einmal mehr die Praxisferne der Autorinnen belegen. Insgesamt kann dieses Buch seinem Anspruch, insbesondere bezüglich der Auseinandersetzung mit den Folgewirkungen und Interventionsmöglichkeiten beim Mädchenmißbrauch, nicht gerecht werden.

## Günter Frankenberg AIDS-Bekämpfung im Rechtsstaat Aufklärung - Zwang - Prävention

Mit der Ausbreitung der Immunschwächeerkrankung AIDS ist diese auch zu einem Politikum und Rechtsproblem geworden. Im Mittelpunkt der politischen Kontroversen steht die Frage der »richtigen« AIDS-Bekämpfung. Streitgegenstand der juristischen Debatten ist letztlich die Abwägung der Schutzbedürfnisse ansteckungsgefährdeter Personen gegen die Grundrechte der von AIDS Betroffenen. Der Autor greift mit seiner kritischen Würdigung repressiver und präventiver seuchenbekämpfender Strategien in die aktuelle Diskussion ein. Ausgehend von den Besonderheiten der HIV-Infektion bestimmt er die grundsätzliche Aufgabe des Rechts, versachlichende und problemangemessene Regelungen zu treffen. Aus Anlaß der seuchenpolizeilichen Vorstöße wie vor allem des bayerischen Maßnahmenkatalogs werden die Kompetenzen der Verwaltung bei der Seuchenbekämpfung im Lichte der Wesentlichkeitslehre des Bundesverfassungsgerichts konturiert. Nach Maßgabe der krankheits- und gefahrenspezifischen Systematik des Bundes-Seuchengesetzes und der verfassungsrechtlichen Vorgaben überprüft der Autor sodann das seuchenpolizeiliche Instrumentarium. Er kommt zu dem Ergebnis, daß Zwangstests, Beobachtung, Absonderung, Offenbarungspflichten gegenüber Intimpartnern und Ärzten, Kondompflicht usw. mangels einer hinreichend bestimmten und auf die Besonderheiten der HIV-Infektion abgestimmten gesetzlichen Grundlage oder wegen Verstoßes gegen den Grundsatz der Verhältnismäßigkeit unzulässig sind. Zur Anregung der Diskussion und zur Überprüfung der Argumentation des Autors werden im zweiten Teil die für die AIDS-Bekämpfung in der Bundesrepublik wesentlichen programmatischen und juristischen Materialien abgedruckt.

1988, 203 S., brosch., 35,- DM, ISBN 3-7890-1523-7

**NOMOS VERLAGSGESELLSCHAFT**  
Postfach 610 · 7570 Baden-Baden

## Bernd Schünemann/Gerd Pfeiffer Die Rechtsprobleme von AIDS

In dem Sammelband wird erstmals das gesamte Spektrum der durch AIDS aufgeworfenen juristischen Fragestellungen in 14 Einzelbeiträgen dargestellt und durch neue Lösungsvorschläge ergänzt. Im Anschluß an den Problemaufriß von Pfeiffer und eine Bestandsaufnahme der gegenwärtigen epidemiologischen Situation von Maas werden die rivalisierenden Konzepte zur AIDS-Bekämpfung von Steinbach und Gauweiler vorgestellt und von Gerhardt aus soziologischer Sicht analysiert. Die zahlreichen Fragen des Öffentlichen Rechts, die das Verfassungsrecht ebenso wie das allgemeine Beamtenrecht betreffen, werden von Schenke und Loschelder untersucht. Die besonders umstrittenen Aspekte des Strafrechts und Strafvollzuges werden von Bottke und Eberbach umfassend aufgearbeitet. Vier Beiträge befassen sich mit den Auswirkungen von AIDS im Zivilrecht: Deutsch mit dem allgemeinen Haftungsrecht und versicherungsrechtlichen Konsequenzen, Strucksberg mit den speziellen Fragen der Haftung für eine HIV-Infektion durch Übertragung von Blut oder Blutprodukten, Löwisch mit den arbeitsrechtlichen und I.K. Tiedemann mit den bislang vollständig vernachlässigten familienrechtlichen Problemen. In dem Abschlußbeitrag von Schünemann werden schließlich die juristischen Probleme der AIDS-Bekämpfung zu einer kritischen Zwischenbilanz vereinigt. Da zahlreiche weitere Einzelfragen wie etwa der Datenschutz und die Rechtslage im Arzt-Patienten-Verhältnis im jeweiligen thematischen Zusammenhang mitbehandelt werden, bietet das Werk für jeden eine zuverlässige Orientierung, der sich beruflich mit den Problemen von AIDS zu beschäftigen hat.

1988, 578 S., Salesia geb., 79,- DM, ISBN 3-7890-1556-3

**NOMOS VERLAGSGESELLSCHAFT**  
Postfach 610 · 7570 Baden-Baden

**Renate Jäckle, Die Ärzte und die Politik – 1930 bis heute, München 1988. Verlag C. H. Beck, 187 Seiten, 17,80 Mark**

Renate Jäckle hat konkrete Erfahrung mit den Ärzten und der Politik. Als Delegierte der Liste Demokratischer Ärztinnen und Ärzte in München erlebt sie hautnah, was es heißt, Ärzte an ihre Politik vor 1945 zu erinnern. Die dabei zutage tretende Verdrängung, Verschleierung, die Lügen, die Aggression und vor allem die ungebrochene Tradition einstiger Vorstellungen haben sie veranlaßt, alte Ärzteblätter von 1930 an nachzulesen. Diese Standesblätter dokumentieren die Haltung der offiziellen Ärzteschaft, nicht der wenigen in Nürnberg verurteilten Verbrecher. Sie zeigen aber auch, daß 1933 kein Bruch stattfand, sondern die Fortsetzung einer in Teilen der Ärzteschaft vorbereiteten Entwicklung mit biologischen, sozialdarwinistischen und rassistischen Vorstellungen.

Vieles Wichtige ist gerade in jüngster Zeit über die Medizin im deutschen Faschismus geschrieben worden. Renate Jäckle bündelte die Ergebnisse und setzt sie in Bezug zur Medizin vor 1933 und vor allem nach 1945. Die eigentliche Bedeutung der von der Bundesärztekammer begonnenen Diskussion um ein Sterilisierungsgesetz, die Ablehnung der Schwangerschaftsunterbrechung aus sozialer Notlage bei gleichzeitiger Freigabe menschlicher Embryonen zu Forschungszwecken wird erst nach Kenntnis der Geschichte deutlich, tritt ihre Gefährlichkeit offen zutage.

Renate Jäckle verfolgt diese Kontinuität am Beispiel der Karriere des deutschen Gynäkologen Naujocks, keiner der schwarzen Schafe, einer der nie gegen den Strom schwamm, immer vorankam, und – das ist das bemerkenswerte – immer seinen Idealen treu bleiben konnte. 1932 arbeitete er über die „temporäre Sterilisierung durch Röntgenstrahlen“, 1934 setzte er sich dafür ein, die mittlerweile in ihrer Gefährlichkeit erkannten Strahlungssterilisierung in besonders gelagerten Fällen weiterhin anzuwenden (Zwangsterilisierung war 1936 per Gesetz gestattet worden). Als strikter Gegner der so-

zialen Indikation des Schwangerschaftsabbruchs forderte er Erlaubnis aus eugenischer Indikation. Und nachdem er am 1. April 1949 Direktor der Universitätsfrauenklinik Frankfurt/Main geworden war, 1957 Präsident der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie, forderte er – wieder – bezüglich der operativen Sterilisation „den Arzt von allen formalen Fesseln zu befreien“, wies auf bevölkerungspolitische Momente hin, forderte feste erbbiologische Grundlagen.

Renate Jäckle zeigt, daß ärztliches Handeln immer auch politisch war, und auf welcher Seite die Mehrzahl der Ärzteschaft jeweils stand. Und sie zeigt, daß die Ärzte schon immer mehr oder weniger erfolgreich versuchten, ihre politischen Absichten hinter humanitärem Gerede zu verbergen. Ein spannendes und informatives Buch für alle, die sich für die Ärzte und die Politik interessieren.

Winfried Beck



**Anna Sticker, „... und doch möchte ich nur meinem Sinn folgen...“ – Friederike Fliedner, Stifterin der Kaiserswerther Anstalt Burckhardthaus, Offenbach 1986. Laetare Verlag**

Wer als Patient im Krankenhaus Braunfels liegt, sieht auf das gepflegte Schloß des Grafen Solms-Braunfels. 1793 wird Andreas Münster, Vater von Friederike, für 150 Gulden Jahreslohn, als unterbezahlter Lehrer für die Mädchenschule eingestellt. Auf Gott vertrauend, heiratet seine 28jährige Tochter im April 1828 Theodor Fliedner, Pfarrer in Kaiserswerth.

Anna Sticker, geboren 1902 in

Berlin, studierte Diakonisse mit Doktoritel, seit 1923 mit der Kaiserswerther Anstalt verbunden und beste Kennerin der Diakonie-Geschichte, stellt aus Dokumenten den Lebensweg von Friederike Fliedner-Münsters zusammen. Herausgekommen ist ein spannendes Buch über die Ursprünge der „modernen“ Krankenpflege.

Friederike Fliedner beginnt mit verwahrlosten Mädchen zu arbeiten, kommt durch Fliedner nach Kaiserswerth, richtet einen Krankensaal ein, beginnt mit der Versorgung der Kranken und der Ausbildung der Frauen. Ein Kinderhort muß her, der auch ihre eigenen Kinder aufnehmen kann. Ständig schwanger, arbeitet sie als Pfarrfrau, Lehrerin, Gärtnerin, Leiterin, Personalchefin, Seelsorgerin, Buchhalterin. Kaum vom Wochenbett erholt, nimmt sie neue Aufgaben in Angriff. Im Laufe ihres Lebens gründet sie eine Näh- und Stickerschule, ein Waisenhaus, aus dem sie selber noch Kinder aufnimmt. Sie sorgt für eine Ausbildung der Fürsorgerinnen und Heimerzieher. Als sie mit 42 Jahren nach einer verpatzten Entbindung stirbt, liegen sieben ihrer Kinder schon im Grab.

Noch vor der Hochzeit besteht Fliedner auf der natürlichen Unterordnung der Frau in der Ehe und im Leben. Unter, mit und gegen diesen Mann geht sie ihren Weg durchs Leben, Trost und Hilfe in der Bibel findend. Die Probleme des Lebens und des Berufes sind uns bis heute erhalten geblieben: die Anrede Frau/Schwester, die Kleiderfrage (Hauben bedeuteten damals eine Gleichstellung mit den bürgerlichen Frauen), die Berufsbezeichnung, Ausbildungsfragen, Anerkennung der eigenständigen Pflegearbeit, wer eignet sich zur Pflege, welche Voraussetzungen braucht eine Vorsteherin/PDL, Selbstverleugnung der Pflegenden, Probleme in der Zusammenarbeit mit Ärzten. Und nach wie vor gibt es Schwestern, die sich nachts mit einem Mann davonmachen.

Zwei Dinge werden beim Lesen besonders erlebt: zum einen der Lebensweg Friederike Fliedners, nachvollziehbar und lebendig durch ihre Briefe, und zum anderen die Zwischentexte und Kommentare durch Anna Stricker. Beides zutiefst beeindruckend.

Christina Pötter

**Andrea Ernst, Ingrid Füller, Schlucken und Schweigen. Wie Arzneimittel Frauen zerstören können, Köln 1988. Kiepenheuer und Witsch, 196 Seiten, 19,80 Mark**

Schon in den 60er Jahren nannten die Rolling Stones sie „Mutters kleine Helferlein“ – bunte Pillen gegen leichte Schmerzen, Verstimmungen, Streß, aber auch Langeweile und Trostlosigkeit. Frauen leiden mehr, Frauen sind schwächer, Frauen greifen schneller zu Tabletten, Frauen lassen sich schneller für krank erklären – an all diesen Aussagen ist etwas dran, das Problem ist nur, sie erklären nicht warum. Seit den Zeiten der Rolling Stones hat sich zum Glück einiges verändert. Die Frauen selbst wollen in zunehmendem Maße diesen Teufelskreis des „gezügten Lebens“ durchbrechen, wollen nicht mehr Pillen schlucken – und den Ärger damit runter. Erfahrungsberichte von Frauen, die abhängig waren von Schmerzmitteln oder Psychopharmaka, von Schlankheitspillen und Abführmitteln haben die Soziologinnen und Journalistinnen Andrea Ernst und Ingrid Füller gesammelt. Zusammen mit statistischen Daten zum Arzneimittelge- und -mißbrauch, kritischen Überlegungen zum Thema Frauen und Krankheit sind diese Erfahrungsberichte jetzt als Buch erschienen.

Das Buch steht in der noch jungen, aber sehr populären Tradition der Pharmakritik, die es nicht dabei beläßt, die Sünden der Pharmakonzerne aufzulisten, sondern das Zusammenspiel der Ärzte und der trügerischen Versprechen der Industrie zu problematisiert.

Schon in den frühen Veröffentlichungen war deutlich geworden, daß Frauen zu den Gefährdetsten dieses „Spiels“ gehören. Das Verdienst der beiden Autorinnen ist, daß sie den Erfahrungsberichten der betroffenen Frauen breiten Raum in ihrem Buch geben. Dadurch wird deutlich, in welchen Etappen Gebrauch, Mißbrauch und Abhängigkeit verläuft, und daß es durchaus Chancen gibt, den Teufelskreis zu durchbrechen. Auch machen diese Berichte deutlich, wieviele „Außenstehende“ – vom Ehemann bis zum Hausarzt – zu Komplizen werden, im Versuch, den Frust im Leben einer Frau zu zähmen.

fp



*Kuoni Prestige*

Exklusivreise mit der besonderen Note, für Liebhaber von Nostalgie mit einem Hauch von Luxus.

## «Mit der guten alten Tante JU» durch das südliche Afrika

Die erfolgreiche Reise mit der im alten Glanz erstrahlenden Ju 52 der SAA wird wiederum durchgeführt. Zweimal monatlich von Oktober 88 bis April 89 startet die 14-Tage-Tour in Frankfurt.  
DM 9550,- pro Person und Doppelzimmer.  
- Flug mit SAA-Linienflug bis Johannesburg, dann mit der Ju 52 über den Krügerpark, Durban, Plettenberg Bay nach Kapstadt oder umgekehrt.  
- Blue Train Kapstadt - Johannesburg oder umgekehrt.  
- Unterkunft in den besten Hotels mit Halbpension.  
- Alle Ausflüge gemäß Programm.

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
 Adresse \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_  
 PLZ \_\_\_\_\_  
 Telefon \_\_\_\_\_

Abflugdaten (gewünschtes Datum bitte ankreuzen)

<input type="checkbox"/>	28. Dezember 1988	<input type="checkbox"/>	25. Februar 1989
<input type="checkbox"/>	21. Januar 1989	<input type="checkbox"/>	18. März 1989
<input type="checkbox"/>	28. Januar 1989	<input type="checkbox"/>	25. März 1989
<input type="checkbox"/>	18. Februar 1989	<input type="checkbox"/>	8. April 1989
		<input type="checkbox"/>	< April 1989

Einsenden an:

Kanzleistraße

## Südafrika: Fly & Drive-Autourlaub

Ganz auf den wachsenden Markt von Individualreisen, den der Katalog „Fly & Drive Südafrika“ zugeschnitten, der von der South African Airways (SAA) zusammen mit den Veranstaltern Ikarus-Tours, ABC-Flugreisen, DSAR Reise- und Touristik

lichen Afrikas bilden das Konzept dieses Urlaubsprogramms. Der Reisende kann innerhalb der großen Straßenbe-Route selbst Ergänzereibungen über das Land auf die- Afrika

Mittwoch, 29. 6. 1988  
14 bis 18 Uhr  
Vortragsraum  
Teilnehmergebühr  
50 DM  
Maximale  
Teilnehmerzahl:  
12 Helferinnen

burg, Düsseldorf, Frankfurt, Stuttgart und München sowie beim Südafrikanischen Verkehrsamt SA Tour, An der Hauptwache 11, 6000 Frankfurt am Main 1, oder bei South African Airways, Deutschlanddirektion, Bleichstraße 60-62, Pressestelle, 6000 Frankfurt/M, Tel. 0 69/29 98 03 46. HC

## Fortbildungsangebot der KZV-Nordrhein

Die gepflegte Zahnarzthelferin  
- Dekorative Kosmetik -

Seminar mit Demonstrationen und praktischen Übungen

Zur Person der Kursleiterin

Frau Buckner absolvierte nach Abschluß einer kaufmännischen Ausbildung eine zweijährige Schulung zur staatlich geprüften Kosmetikerin und Fußpflegerin in Düsseldorf, die sie 1986 erfolgreich abschloß. Seit September 1986 ist Frau Buckner in eigenem Kosmetikinstitut in Grevenbroich tätig.

Themenstellung/Programm

1. Hautaufbau und -funktion
2. Hauttypen und deren Merkmale
3. Pflegende Kosmetik
4. Einführung in die Präparatekunde
5. Körperpflege
6. Dekorative Kosmetik (theoretische Einführung und praktische Unterweisung)

Verantwortlich für Planung und Ablauf  
ZA Hans Mouritz

## Borneo CHAIR GALLERY

Außergewöhnliche  
Möbel  
im  
Kolonialstil

aus Ebenholz, Nadin,  
Satinwood, Burma-Teak,  
Jak u.a. edlen alten tropischen  
Harthölzern



Planters Chair  
mit  
ausschwingbaren  
Fußstützen  
und Korbgeflecht  
Pestalozzistraße 4  
1000 Berlin 12  
Tel. 313 77 53

Mo.-Fr. 15-18.30 Uhr  
Sa. 11-14 Uhr

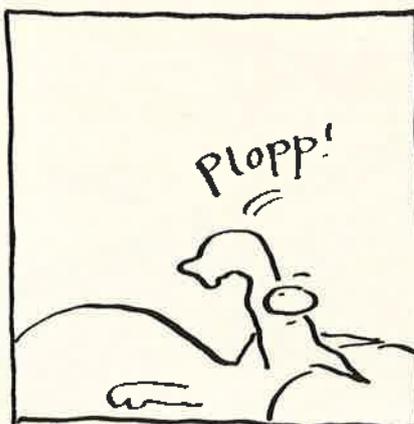
## Das lieben wir:

- die große, weite Welt, wo sie am schönsten ist, die Frauen und das Abenteuer
- Nostalgie und Luxus, nonchalant verbinden: Blue train Kapstadt - Johannesburg
- Internationale First-Class-Hotels und ausgesuchte Routenvorschläge in Wildreservaten
- Südafrika selbst erfahren.
- zu Hause weiterträumen im Kolonialstil-Chair aus Ebenholz.
- derweil unsere hübsche Praxismaus - in dekorativer Kosmetik geübt - sich uns von ihrer aller-schönsten Seite zeigt.

Aus: Berliner Ärzteblatt



# AUTOGENES TRAINING



### Herausgeber

Heinz-Harald Abholz (West-Berlin), Hans-Ulrich Deppe (Frankfurt), Sabine Drube (Heidelberg), Heiner Keupp (München), Brigitte Kluth (Friedstadt), 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 Skroblias (Redstadt), Peter Stössel (München), Alf Trojan (Hamburg), Erich Wulff (Hannover).

**Anschrift der Redaktion:** Demokratisches Gesundheitswesen, Kölnstr. 198, 5300 Bonn 1, Tel. 02 28 / 69 33 89 (9.00 Uhr bis 17.00 Uhr).

**Anzeigenleitung:** Pahl-Rugenstein Verlag, Kristina Steenbock, Gottesweg 64, 5000 Köln 51, Tel. (02 21) 36 00 235.

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

**Ausbildung:** Uschi Thaden (uth), **Demokratisierung:** Edl Erken (ee), **Frauen:** Karin Kleseyer (kk), Monika Gretenkort (mg), **Ethik:** Helmuth Copak (hc), **Frieden:** Walter Popp (wp), **Gewerkschaften:** Norbert Andersch (na), **Historisches:** Helmut Koch (hk), Peter Liebermann (pl), **Internationales:** Peter Schröder (ps), Stefan Schözel (sts), **Krankenpflege:** Bettina Kolmar (bk), **Gesundheitspolitik:** Matthias Albrecht (ma), Klaus Priester (kp), **Niedergelassene:** Gunar Stempel (gst), **Pharma:** Ulli Raupp (urp), **Prävention/Selbsthilfe:** Uli Menges (um), **Psychiatrie:** Joachim Gill-Rode (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, Postgloamt Essen Nr. 15420-430

Die Zeitschrift „DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN“ erscheint monatlich bei:

Pahl-Rugenstein-Verlag GmbH, Gottesweg 54, 5000 Köln 51, Tel. 02 21/36 00 20, Konten: Postgloamt Köln 6514-503, Stadtparkasse Köln 10652238 (für Abo-Gebühren).

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

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

Redaktions- und Anzeigenschluß für das Jahreshft: 2. Dezember 1988

Graphik: Renate Alf, Christian Paulsen

Titelblatt: ud/jn, Döhm

Layout: Ursula Daalman, Edl Erken, Joachim Neuschäfer, Ulli Raupp

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

**ISSN: 0932-5425**

# wir über uns

Anzeige

## Neues Gesicht

Zwei Jahre lang hat die Layout-Konzeption von dg gehalten, nun sind wir ihrer wieder überdrüssig. Zu „altbacken“ sagen die einen, zu unruhig die anderen. „Lächerlich“, daß man über einen Comic auch noch „Comic“ schreibt. Nicht alles, aber vieles wird sich in der Januarausgabe ändern. Ursula und Yogi haben sich alle Mühe gegeben, dem Zeitgeist zu folgen, ohne das dg-Gesicht ganz aufzugeben.



## Neuer Kalender

Der neue Kalender „Gesundheit – Tag für Tag“ ist da und liegt seit Anfang November in allen besseren Buchhandlungen aus.



Der 89er Jahrgang ist unserer Meinung nach um Längen besser als der Vorgänger, nicht so dröge, übersichtlicher, mit umfangreichem Inhaltsverzeichnis, das auch einen Überblick gibt über die wohl einzigartige Zusammenstellung von 780 Adressen, die für Leute im Gesundheitswesen wichtig sind. 12,80 Mark kostet der Kalender, ein Preis mit dem sie auch dg unterstützen. Übrigens auch den Mabuse Verlag, der den Kalender in sein Angebot aufgenommen hat.

## „Altes“ dg

Ganz heimlich, still und leise haben wir im November unseren neunten Jahrestag gefeiert. Im November 1979 erschien die erste dg-Ausgabe, damals noch als Vierteljahresschrift. Im nächsten Jahr wollen wir es ganz anders haben: Laut und tosend.

## VIDEOFILM

**Schahila**  
Auf dem Weg nach Palästina

Schahila ist ein Flüchtlingsplanet unter Dauerfeuer. Eingegraben unter der Erde, in Bunkern, Kellern, verbunden durch ein System von Gängen, widerstanden hier 4000 Menschen dauernder Belagerung.

Einer von ihnen filmte monatelang von innen das Leben unter den Trümmern: Palästina vor Augen. Die bisher nie gezeigten Bilder des auf 45 Minuten geschnittenen Films dulden kein Vergessen. Es geht um die Vertreibung und Vernichtung der Palästinenser und um deren Widerstand.

### VERLEIH + VERTRIEB

●Medico International  
Obermainanlage 7  
6000 Frankfurt 1  
Tel. 069 / 499 00 41

**Spendenkonto :**  
**1800 Stadtparkasse Ffm**  
**oder Postgiro Köln**  
**6999 - 508, Köln.**

(Verleih nur für Solidaritätsveranstaltungen, deren Reinerlös der Palästinaarbeit von medico zugute kommt!)  
-Aktionsplakate & Flugblätter über medizinische Hilfe in der Westbank und im Gaza-Streifen kostenlos.

●Medienwerkstatt  
Konradstraße 20  
78 Freiburg  
Tel. 07 61 / 70 97 57

**Akzente  
für die  
mit uns**

PAHL-RUG.GOTTESW.54 5000KOELN  
G 2961 E 394711 357 \*\*\*\*\*

KARL BOEKER  
WERTHERSTR. 89

4800 BIELEFELD 1

# W... ZU BÜCHERN!

Sie finden in jeder Akzent-Buchhandlung „die“ politischen Sachbücher zu allen aktuellen Fragen; Belletristik aus den unterschiedlichsten Ländern der Erde – vor allem aber aus der Sowjetunion und der DDR. Wir haben schöne und ehrliche Bücher für Kinder und einige von uns haben auch Musik „auf der Scheibe“ oder andere gute Sachen, wie zum Beispiel „Geist“ in Flaschen. Frauen und ihre Themen halten bei uns die Balance – die Männer „wiegen“ nicht schwerer.

Besuchen Sie uns – oder schicken Sie uns den Coupon. Sie werden von uns informiert oder beliefert – ganz wie Sie wollen.



**AKZENT-Buchhandlung  
ADAM KUCKHOFF**  
Annuntiatenbach 1  
5100 Aachen  
Tel. 02 41 - 3 61 91

**AKZENT-Buchhandlung**  
Plöck 64 a  
6900 Heidelberg  
Tel. 0 62 21 - 1 26 33

**AKZENT-Buchhandlung  
HEINRICH HEINE**  
Feilenstraße 10  
4800 Bielefeld  
Tel. 05 21 - 6 35 18

**AKZENT-Buchhandlung  
am Bebelplatz**  
Friedrich-Ebert-Straße 161  
3500 Kassel  
Tel. 05 61 - 1 56 42

**AKZENT-Buchhandlung  
HEINRICH HEINE**  
Brückstraße 18  
4630 Bochum  
Tel. 02 34 - 6 70 80

**AKZENT-Buchhandlung  
KÄTHE KOLLWITZ**  
Ringsstraße 59  
2300 Kiel  
Tel. 04 31 - 67 82 45

**AKZENT-Buchhandlung**  
Oxfordstraße 17  
5300 Bonn  
Tel. 02 28 - 65 84 33

**AKZENT-Buchhandlung  
NEUE RHEINISCHE**  
Fleischmenggasse 31  
5000 Köln 1  
Tel. 02 21 - 21 57 70

**AKZENT-Buchhandlung  
HEINRICH VOGELER**  
Fedelhöfen 14 - 17  
2800 Bremen 1  
Tel. 04 21 - 32 33 34

**AKZENT-Buchhandlung  
ANNA SEGHERS**  
Bilhildisstraße 15  
6500 Mainz  
Tel. 0 61 31 - 22 49 16

**AKZENT-Buchhandlung  
HEINRICH HEINE**  
Lauteschlägerstraße 3  
6100 Darmstadt  
Tel. 0 61 51 - 7 52 30

**AKZENT-Buchhandlung  
KURT TUCHOLSKY**  
T 2,1  
6800 Mannheim  
Tel. 06 21 - 15 16 64

**AKZENT-Buchhandlung**  
Königswall 22  
4600 Dortmund 1  
Tel. 02 31 - 14 08 80

**AKZENT-Buchhandlung  
WILHELM LIEBKNECHT**  
Wettergasse 19  
3550 Marburg L.  
Tel. 0 64 21 - 6 36 62

**AKZENT-Buchhandlung  
HEINRICH HEINE**  
Ackerstraße 3  
4000 Düsseldorf 1  
Tel. 02 11 - 35 06 91

**AKZENT-Buchhandlung  
LIBRESSO**  
Amalienstraße 45  
8000 München 40  
Tel. 089 - 28 17 67

**AKZENT-Buchhandlung  
BERTOLT BRECHT**  
Philosophenweg 3  
4100 Duisburg  
Tel. 02 03 - 2 53 76

**AKZENT-Buchhandlung**  
Roggenmarkt 15 - 16  
4400 Münster  
Tel. 02 51 - 4 70 34

**AKZENT-Buchhandlung  
KARL LIEBKNECHT**  
Viehofer Platz 15  
4300 Essen 1  
Tel. 02 01 - 23 20 14

**AKZENT-Buchhandlung  
LIBRESSO**  
Peter-Vischer-Straße 25  
8500 Nürnberg 1  
Tel. 09 11 - 22 50 36

**AKZENT-Buchhandlung**  
Bornwiesenweg 4  
6000 Frankfurt/M. 1  
Tel. 069 - 59 39 89

**AKZENT-Buchhandlung**  
Donnerschweerstraße 12  
2900 Oldenburg  
Tel. 04 41 - 8 74 49

**AKZENT-Buchhandlung  
FRIEDRICH HECKER**  
An der Mehlwaage 2  
7800 Freiburg  
Tel. 07 61 - 2 51 36

**AKZENT-Buchhandlung  
LENCHEN DEMUTH**  
Berliner Promenade 12  
6600 Saarbrücken  
Tel. 06 81 - 3 65 59

**AKZENT-Buchhandlung  
HEINRICH MANN**  
Johnsallee 67  
2000 Hamburg 13  
Tel. 040 - 4 10 45 72

**AKZENT-Buchhandlung  
FRIEDRICH WOLF**  
Wilhelmsplatz 1  
7000 Stuttgart 1  
Tel. 07 11 - 24 65 80

**AKZENT-Buchhandlung**  
Hamburger Allee 37  
3000 Hannover  
Tel. 05 11 - 31 39 55

**AKZENT-Buchhandlung  
FRIEDRICH ENGELS**  
Gathe 55  
5600 Wuppertal 1  
Tel. 02 02 - 45 28 53

----- ✂

---

Name, Vorname

---

Anschrift

Wünsche können Sie auch formulieren!  
Ich lege besonderen Wert auf:

---