

# dg

G 2961 E

Einzelheft 5 Mark

Abonnement 3,70 Mark

Demokratisches  
Gesundheitswesen  
Nr. 5 · Mai 1987

**„Ruhe“ vor dem Sturm**  
4. Gesundheitstag in Kassel

**ÖTV im Zugzwang**  
Interview mit Wilfried Kühle



**Florence Nightingale  
im Hindukusch**

## „Höhlen- männer“ ade?

Ich liebe mit“ erklären prominente Frauen in einer Werbekampagne für Kondome, unterstützt von Rita Süßmuth. Warum eigentlich? Warum lautet die Parole nicht „Ich liebe ohne“ – Koitus nämlich. Für Alice Schwarzer ist die Immunschwäche Aids ein handfester Grund, über Sexualpraktiken nachzudenken. Der Koitus als doppelt fragwürdiges Ereignis: als häufigste Ursache heterosexueller Virusübertragung, bei der Frauen allemal das größere Risiko tragen; und als für Frauen wenig befriedigende „Technik“ – wenn es denn die einzige bleibt. (Wer es immer noch nicht glauben sollte, dem sei die Studie von Shere Hite beigelegt.) Es entbehrt also nicht der Logik, wenn die Sexualberaterin Monika Goletzka in der „Zeit“ den „Abschied vom koitalen Mann“ einläutet.

Bewahrt also das allenthalben gepriesene Präservativ die Mehrheit der Männer davor, über ihr Sexualverhalten nachdenken zu müssen? Sollten Frauen nicht die Chance nutzen, das Nützliche mit dem Guten zu verbinden?

Tatsächlich könnte Aids Anlaß sein, Wissenslücken jener Männer zu füllen, denen die Klitoris immer noch ein Ding vom anderen Stern ist. Es könnte Schluß sein mit der

Diffamierung von Frauen als anormal, die den Koitus nicht als das A und O im Bett begreifen. Und ganz nebenbei: ohne den guten alten Beischlaf auch keine ungewollte Schwangerschaft.

Befriedigende Aussichten für Frauen? Es wäre unzweifelhaft schön – wenn es nicht so nach katholischer Kirche röche, die Aids als Vehikel benutzt, um mit erigiertem Zeigefinger repressive Sexualmoral zu predigen.

Nicht so sehr falsche Freunde wirken hier abschreckend: die römischen Scheinheiligen sind keine weiblichen Bündnispartner – noch nicht einmal falsche. Der katholische Windmühlenritt macht stutzig. Denn ebensowenig, wie Menschen nach Kanzelworten treu oder enthaltsam leben, werden Männer aus Angst vor Aids auf den Koitus verzichten wollen. Der Griff zum Kondom fällt da wohl leichter. Und schützt vor Ansteckung.

Über die „Höhlenmänner“ mögen Frauen vor Wut platzen oder sich mokieren. Der Knüppel Aids macht aus einem Egoisten keinen guten Liebhaber. Gegen diejenigen, die penetrant auf rauf, rein, raus stehen, gibt es ein probateres Mittel als Präservative: die Rundum-Verhütung oder den einfachen Rausschmiß. Mit Angst wird der Koitus nicht vernünftiger. Mit Kondom allerdings sicherer. Wenn es Aids denn erzwingt.



**Ursula Daal-**  
**mann ist**  
**hauptamtliche**  
**Redakteurin**  
**bei dg**



## dg-Report

Florence Nightingale im Hindusch  
Das Deutsche Afghanistan-Komitee 10

## Aktuelle Gesundheitspolitik

„Ruhe“ vor dem Sturm  
Im Gesundheitsladen in Kassel 16

Gewerkschaft im Zugzwang  
dg-Interview mit Wilfried Kühle, ÖTV 24

Wühltisch  
Das Sachverständigengutachten  
für die Konzentrierte Aktion 30

Knapp  
Zur Meldepflicht von Aids 34

## Pharma

Fünf Franken pro Gramm  
Embryohandel in der Schweiz 18

Medikamente – Gebrauch und  
Mißbrauch 32

## Patientenversorgung

Braune Brühe in Bad Breisig 23

## Krankenpflege

Zwiespältig  
Manuelle Dokumentationssysteme 26

Kindisch?  
Stellenbesetzung in Heidelberg  
gefordert 28

## Frieden

Kriegskunst und Kostengunst  
Die Rahmenrichtlinien für die  
Gesamtverteidigung 29

## Dokumente

Ethische Grundlagen psycho-  
sozialen Tuns  
Von Professor Achim Thom (Leipzig) 19

Ethische Verhaltensregeln in der  
Psychiatrie  
Die Erklärung des Weltverbands  
für Psychiatrie in Hawaii/II 21

## Rubriken

Sie über uns 4

Aktuelles 5

Termine 9

Buchkritik 36

Comic 38

Wir über uns 39

Dieser Ausgabe ist eine Anzeige der Fir-  
ma Diesterweg beigelegt. Wir bitten um  
deren Beachtung.

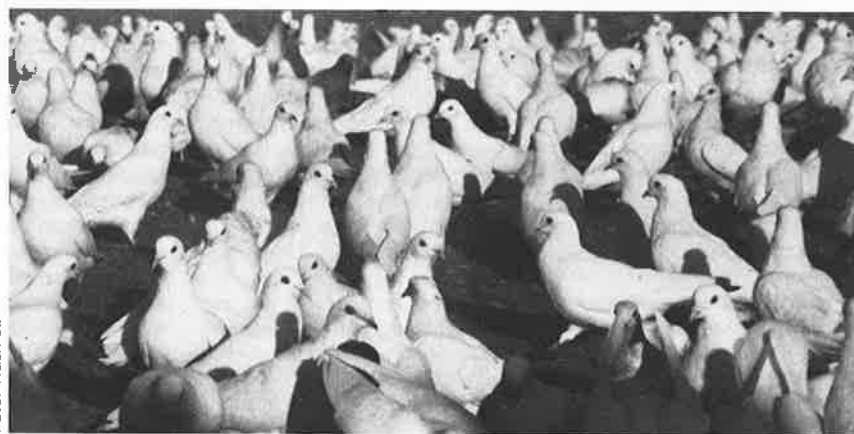


Foto: Wasmus

**Wie human ist die „humanitäre Hilfe“, die das Deutsche Afghanistan-Komitee leistet? Heinz Wasmus tippt auf Hilfe als Beihilfe im Krieg. Der Report auf Seite 10.**



Foto: Vollrath

**Braune Brühe fließt aus dem Geierbrunnen in Bad Breisig. Das Gesundheitsamt will schließen, der Bürgermeister sperrt sich. Seite 23.**



Zeichnung: Paulser

**Für's Erste hat die Kraft der besseren Argumente gesiegt. Die Meldepflicht für HIV-Positive konnte verhindert werden. Rolf Rosenbrock kommentiert auf Seite 34.**

## Alarmglocke

dg 4/87: „Linke Mythen statt rechter Legenden“. Von Hartmut Reiners

Die Debatte um den Begriff der „Kostenexplosion“ geht um eine entscheidende Frage: Wie kann sich die gesundheitspolitische Opposition von der Reaktion abgrenzen? Die Reaktion redet von einer Explosion der *Kosten* (und nicht der Krankheiten), weil sie die Gesundheitsdiskussion auf den Standpunkt des „Beitragszahlers“ zur Krankenversicherung festlegen will; beim gegenwärtigen Finanzierungssystem sind Beitragszahler Arbeitgeber und Arbeitnehmer, und beide Gruppen scheinen vordergründig das gleiche Interesse an „Beitragsstabilität“ zu haben. Unter den Tisch fällt dabei der Standpunkt der Lohnabhängigen als *Versicherte*, für die „Kostendämpfung zwecks Beitragsstabilität“ Kürzung der Leistungen bedeutet, die sie brauchen, wenn sie krank werden.

Um Kritik an den diesbezüglichen Folgen der Kostendämpfungspolitik abzuwehren, erklären Reaktionen wie Geißler, es gebe überhaupt keine Anzeichen für eine Gesundheitsverschlechterung der Bevölkerung (Rede dokumentiert in dg 11/86). Warum sollten wir solche Ammenmärchen auch noch selbst verbreiten? Hartmut Reiners nennt meine Behauptung, „der Gesundheitszustand der Lohnabhängigen verschlechtert sich rapide“, eine Tatarenmeldung und fragt, „auf welche Informationen sich diese mutige These stützt“. Sie stützt sich unter anderem auf Statistiken des AOK-Bundesverbandes, für den auch Hartmut Reiners tätig ist. Aus ihnen ergibt sich, daß zwischen 1975 und 1983 die Zahl der Krankenhausesfälle auf 1000 AOK-Versicherte (inkl. Rentner) bei den Männern um 33, bei den Frauen sogar um 47 Prozent gestiegen ist. Und keinesfalls hat das mit dem „veränderten Altersaufbau“ zu tun (H. Reiners), sondern diese Zunahme der Krankenhausesfälle ist in *allen* Altersgruppen zu beobachten.

Auch das Argument der zwischen 1970 und 1981 gestiege-

nen Lebenserwartung, welches Reiners als einziges greifbares Gegenargument anführt, ist so nicht richtig. Denn die Sterbeziffern der Gesamtbevölkerung stellen Durchschnittswerte ganz verschiedener gesellschaftlicher Klassen und Schichten dar. Untersucht man nun gezielt die Sterblichkeit der Lohnabhängigen, und hier insbesondere der *unteren Lohngruppen*, so verflüchtigt sich die „steigende durchschnittliche Lebenserwartung“. Ein Blick in seine eigenen AOK-Statistiken hätte Hartmut Reiners gelehrt, daß zwischen 1975 und 1983 die Sterblichkeit der AOK-Pflichtversicherten in *allen* Altersklassen zwischen 15 und 65 Jahren gestiegen ist (mit Ausnahme der 55- bis 65jährigen Frauen, was aber einen statistischen Scheineffekt der Frühverrentung darstellt). Bei den 25- bis 55jährigen Männern betrug diese Sterblichkeitszunahme über 30 Prozent!

Derartige Entwicklungen in einem Zeitraum von nur acht Jahren nenne ich „rapide Verschlechterung des Gesundheitszustandes“. Allerdings beschränkt sich dieser Nachweis auf die Mitglieder der AOKs, und das sind laut Mikrozensus vor allem die Arbeiter in der Einkommenszone unterhalb des Durchschnittslohns. Statt also von einer Gesundheitsverschlechterung „der“ Lohnabhängigen zu sprechen (wie ich es-undifferenziert getan habe), müßte man genauer sagen: „Die Morbidität steigt im Durchschnitt der Wohnbevölkerung. Bei den unteren Schichten der Lohnabhängigen nimmt sogar die Sterblichkeit wieder zu.“

Was sind die Ursachen? Bezüglich der Sterblichkeit kenne ich keine Untersuchungen, die z. B. die Todesursachen der Arbeiterinnen und Arbeiter genauer aufzeigen würden. Für die oben erwähnten Krankenhausesfälle aber bietet wiederum die AOK-Statistik das ausgiebigste Beweismaterial. Hiernach ist am Anstieg der Patientenzahlen am meisten die Diagnosegruppe „Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes“ beteiligt (die z. B. rheumatische Erkrankungen umfaßt, das Wirbelsäulensyndrom usw.). Bei diesen Krankheiten trat eine Verdoppelung der Fälle in acht Jahren ein. Der AOK-Bundesverband selbst

nennt sie „typische Verschleißerkrankungen“. Verschleiß – durch was? Untersuchungen des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen über „Krankheit und arbeitsbedingte Belastungen“ haben bewiesen, daß gerade Wirbelsäulen- und rheumatische Erkrankungen besonders stark berufsbedingt sind. Alles „linke Legende“, dieser Zusammenhang zunehmender Krankheiten mit den Arbeitsbedingungen?

Hartmut Reiners schließt seine Entlarvung „linker Mythen“ mit einem handfesten Anliegen: Die gesundheitspolitische Opposition solle sich Gedanken zur Kostendämpfung machen, nämlich „welchen Sinn lange Krankenhausaufenthalte machen“, und „auch in dg ganz offen darüber diskutieren, welche Arbeitsplätze von einer solchen „Qualitätsdebatte“ betroffen sind“. Die Linke Hand in Hand mit Blüm, wenn er 100 000 Krankenhausbetten für überflüssig erklärt und auch entsprechend das Personal kürzen will? Die Debatte um die „Kostenexplosion“ hatte angefangen in dg 2/86 mit einem Artikel von Norbert Mappes, in dem er forderte, die Linken im Gesundheitswesen müßten „ein Frühwarnsystem bilden: immer dann Alarm schlagen, wenn Kranke nicht alles das bekommen sollen, was ihnen zusteht“. Beim Artikel von Hartmut Reiners schrillt die Alarmglocke ganz laut.

WOLF STEINBRECHER  
Freiburg

## Wacker

dg 4/87: „Streit“. Wir über uns.

In der Kolumne „Wir über uns“ auf S. 39 der Nr. 4 werde ich als „wackerer Idealist“ gelobt. „Patriarchale Besorgnis“ wird mir bescheinigt. Meine Besorgnis ist aber eher matriarchal, und wenn ich wacker sein möchte, dann schon lieber als Materialist. Mir scheint deshalb, daß der Kollege Sigusch dieses Lobes würdiger ist, denn wenn jemand ein durchaus relevantes Konzept wie das der „Liebe“ geschichtswidrig aus der Romantik in die Gegenwart transponiert und sich gebärdet, als habe es seine Relevanz im Zeitalter der Entfremdung bewahrt, dann ist das nicht historischer Materialismus, sondern ahistorischer Idealismus. Und wenn Sigusch dann auch noch in dem vom Leser Schätzler (Nr. 4, S. 4) gelobten Artikel im „pro familia magazin“ 1/87 als

autoritärer Charakter auftritt und sich benimmt, als habe er das Geheimnis der Sexualberatung gepachtet, dann zeigt das zweifellos patriarchale Besorgnis um das Schicksal der armen, von weniger erleuchteten Beratern ruinierten Patienten. Vor so viel analer Selbstsicherheit kann man nur den Hut ziehen.

Das einzige, was mich an dieser Sache deprimiert, ist, daß ahnungslose Leser wie der Genosse Schätzler das für „fortschrittlich“ oder gar „marxistisch“ halten. Lucus non lucendo.

ERNEST BORNEMAN  
Scharten, Österreich

## Reine Lehre

dg 3/87 und 4/87: „Die gesundheitspolitischen Vorstellungen der Grünen“. Von Wolf Steinbrecher

Es ist unverständlich, warum ein Kommentar in der Spalte „Dokumente“ erscheint, die doch bisher – zu Recht – unkommentierten Quellen vorbehalten blieb.

W. Steinbrecher unternimmt hier den Versuch, die Grünen auszugrenzen. Zitat: „Die Grünen sind die politischen Vertreter einer klar abgegrenzten Klasse...“ Hier mischt wohl des Autors Wunschenken mit, die Grünen möglichst klein zu halten, ein Ansinnen, welches ihn zu den besten Kreisen unserer alten Bundestagsparteien führt. Dabei arbeitet W. Steinbrecher mit dem altbewährten Mittel der Unterstellung. „Die Notwendigkeit individueller Verhaltensänderungen“ (aus dem Papier der Grünen) auf die Schichtarbeit beziehen zu wollen, ist ein wahrlich gelungener Gedankensprung.

Des weiteren fabuliert der Autor über die bundesrepublikanische linke Szene und konstruiert einen Gegensatz „Grüne“ – „sozialistische Kräfte“, wobei er selber, vom „sozialistischen Standpunkt“ (Zitat) kommand, wohl solch eine „Kraft“ ist. Wir danken für diesen Hinweis auf die reine Lehre!

Die Redaktion hätte lieber das Gesundheitspapier der Grünen in ihren „Dokumenten“ veröffentlichen sollen! (Falls an anderer Stelle früher geschehen, so fehlt der Hinweis.) Schade um die Qualität der Zeitschrift!

N. KRUSCHE  
Kronshagen

## FDP zur „Selbstbeteiligung“

Nach Ansicht des FDP-Sozialpolitikers Dieter Julius Cronenberg sollen Patienten mit einem Jahreseinkommen über 30 000 Mark künftig 20 Prozent der vom



FDP-Sozialpolitiker Dieter Julius Cronenberg

Arzt verschriebenen Medikamente selbst zahlen. Cronenberg vertrat die Ansicht, daß Beitragserhöhungen und der finanzielle Zusammenbruch des „freihelichen Gesundheitswesens“ nur verhindert werden könnten, wenn Patienten, Ärzte und Kassen sich an Kostendämpfungsmaßnahmen beteiligen würden. Die Koalition werde bis spätestens 1989 eine entsprechende Regelung vorlegen.

## Arzt im Praktikum

Krankenhäuser dürfen nach Auffassung der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) nicht ge-

zwungen werden, Assistenzarztstellen in Plätze für Ärzte im Praktikum umzuwandeln. Vor allem kleine Krankenhäuser seien nicht in der Lage, zusätzliche Ausbildungsaufgaben zu übernehmen. Da durch die Umwandlung von Assistenzarztstellen insgesamt nicht genügend Praktikumsplätze für die AIPs geschaffen werden könnten, geht die DKG davon aus, daß die Bundesländer zusätzliche Haushaltsmittel für AIP-Plätze fordern würden.

## Palaver

Schilddrüsen aller Länder, redet miteinander! Unter diesem Motto scheint das sechste „Wiesbadener Schilddrüsengespräch“ zu stehen. Thema: Jod und Schilddrüse. Und wer redet wohl für Jod? Herzlichen Glückwunsch jedenfalls zu dem gelungenen Kongreßtitel.

## Türkei: IPPNW-Sektion gegründet

Türkische Mediziner haben im Januar in Ankara eine Sektion der Internationalen Ärzte gegen den Atomkrieg (IPPNW) gegründet. Unter den Initiatoren befinden sich der Vorsitzende der Apothekervereinigung in Ankara, Dr. Alkin Cubukcu, der Generalsekretär der Vereinigung Veterinärmedizinischer Hochschullehrer, Dr. Tahir Hatipoglu, und der Vorsitzende der Ärztekammer der Türkei, Professor Dr. Nusret Fisek. Vorläufiger Vorsitzender wurde Professor Leziz Onaran.

## Arzneimittelpreise

Die Preise für Arzneimittel liegen in der Bundesrepublik Deutschland weit über dem Durchschnitt dessen, was in anderen Ländern der Europäischen Gemeinschaft gezahlt werden muß. Dies ergab eine Anfang April veröffentlichte Studie des Europäischen Verbraucherbüros (BEUC) in Brüssel. Demnach kosten Medikamente in der Bundesrepublik rund 50 Prozent mehr als im EG-Durchschnitt und mehr als doppelt soviel wie in Spanien, dem Land mit den niedrigsten Arzneimittelpreisen.

Die Studie kann bestellt werden beim BEUC, Rue Royale 29, Boite 3, B-1000 Bruxelles.



## Tschernobyl:

## „Alpenmädel“ oder „Bubi“



Nahrungsmittel mit weniger als 10 bq/kg werden als strahlenarm bezeichnet. Nahrungsmittel, die eine Belastung zwischen 10 und 30 bq/kg aufweisen, sind für Schwangere, Stillende und Kleinkinder nicht unbedenklich. Von einem stärkeren Verzehr ist diesen Risikogruppen abzuraten. Nahrungsmittel mit 30 bis 100 bq/kg müssen als stark belastet bezeichnet werden. Für Schwangere, Stillende und Kleinkinder sind sie nicht geeignet, andere Bevölkerungsgruppen sollten den Verzehr dieser Lebensmittel einschränken. Grundsätzlich ist zu sagen, daß es keine Grenze gibt, unterhalb derer radioaktive Strahlung unbedenklich ist.

Werte aus Radioaktivitätsmessungen		Caesium in bq/kg	
Datum	Herkunft	Durchschnitt	Höchstw.

### Joghurt

(angegeben ist das Haltbarkeitsdatum)

24. 3. 87	Milchunion, Starnberg	38	
24. 3. 87	Ehrmann (Fruchtjoghurt)	65	
25. 3. 87	Bioval	14	
27. 3. 87	Demeter, Berchtesgaden Land	57	
28. 3. 87	Milsa	14	
30. 3. 87	Ems-Milch	28	
31. 3. 87	Westmilch	18	
3. 4. 87	Tuffi	16	
3. 4. 87	Bauer (Fruchtjoghurt)	25	32
5. 4. 87	Alpenmädel	41	
5. 4. 87	Bubi (Fruchtjoghurt)	17	
6. 4. 87	Chambourcy (Fruchtjoghurt)	40	
7. 4. 87	Zott (Fruchtjoghurt)	16	
7. 4. 87	Borgmann	7	
9. 4. 87	Onken (Vollkorn)	5	
11. 4. 87	Danone (Fruchtjoghurt)	9	
8. 4. 87	Ems-Milch (Fruchtjoghurt)	16	
11. 4. 87	Lünebest	13	
13. 4. 87	Hansano	14	
15. 4. 87	Du darfst (Fruchtjoghurt)	65	
29. 4. 87	Strotmann (Fruchtjoghurt)	18	
10. 4. 87	iou, Belgien	12	

### Fleisch

März 87	Lamm, Niedersachsen	4	104
März 87	Rinderleber, Niedersachsen	69	
März 87	Rindfleisch, Erlangen	42	
März 87	Rindfleisch, Bremerhaven	35	270
März 87	Rindfleisch, Niedersachsen	3	53
März 87	Schaf, Bayern	36	57
März 87	Schaf, Hessen		56
März 87	Schwein, Niedersachsen	13	
März 87	Hirsch, Norddeutschland	196	
März 87	Rind, Hessen	18	48
März 87	Schwein, Hessen	7	15

### Gemüse

Sämtliche Sorten – außer Rote Beete – sind nur gering belastet. Die Höchstwerte liegen unter 5 bq/kg. Rote Beete aus Deutschland ist mit 35 bq/kg belastet.

Aktuelle Werte können angefordert werden bei:  
Die Verbraucherinitiative, Kölnstr. 198, 5300 Bonn 1.

## Kampagne gegen Todesstrafe in den USA

Der Arbeitskreis Medizin-Psychologie von Amnesty International hat zu einer breiten Kampagne gegen die Todesstrafe in den USA aufgerufen. Mediziner, Psychologen und Psychiater sowie ihre Fachverbände sollten ihren Einfluß bei entsprechenden Ständesorganisationen in den USA geltend machen. Sie sollten dabei besonders auf die direkte und indirekte Mitwirkung von Ärzten und medizinischem Personal bei Hinrichtungen verweisen. Folgende Tatbestände berührten Fragen der medizinischen Ethik:

- Die Hinrichtung von Geisteskranken;
- der Mißbrauch psychiatrischer Einrichtungen, in denen zum Tode Verurteilte solange behandelt würden, bis ihre geistige Gesundheit soweit hergestellt sei, daß sie hingerichtet werden könnten;
- die Anwendung sogenannter Todesspritzen.

Nach Auskunft von Amnesty International sind in den vergangenen Jahren Deklarationen verschiedener nationaler und internationaler Ständesorganisationen veröffentlicht worden, die die Todesstrafe für unvereinbar mit ethischen Grundsätzen halten. Nähere Auskünfte zur Teilnahme an der Kampagne gibt Dr. Dietmar Schmitz-Burchartz, Idastraße 65, 4270 Dorsten 21.

## Lohnfortzahlung abschaffen?

Eine „Überprüfung“ der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall hat der Präsident der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände, Klaus Murmann, gefordert. Bei einem Spitzengespräch von Vertretern der Industrie und des Handwerks in München schlug Murmann eine „versicherungsrechtliche Regelung“ mit schärferen Kontrollmechanismen vor. Diese Forderungen lehnte Bundesarbeitsminister Blum gegenüber der Bild-Zeitung mit scharfen Worten ab. Er werde nicht zulassen, daß die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall aufgeweicht werde.

Die SPD-Sozialexpertin Anke Fuchs verfügt dagegen nach eigenen Angaben über Informationen, daß im Arbeitsministerium selbst entsprechende Pläne vorliegen. Diese besagten, so Fuchs, daß Karenztage bei der Lohnfortzahlung eingeführt werden sollen, deren Bezahlung zukünftig die Krankenkassen übernehmen müßten. Bisher ist allein der Arbeitgeber vom ersten Tag der Erkrankung bis zur vollendeten sechsten Woche dafür zuständig.

## Folgen von Tschernobyl untersuchen

Eine auf mindestens 40 Jahre angelegte epidemiologische Untersuchung der Folgen des radioaktiven „fall-out“ von Tschernobyl hat Ende März der Verein Demokratischer Ärztinnen und Ärzte (VdÄÄ) gefordert. Die Auswirkungen der Kernschmelze auf die Gesundheit der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland seien immer noch nicht abzusehen. Unzweifelhaft sei lediglich, daß es ein Ansteigen der Krebsmortalität und -morbidity, der Mißbildungen und eine Abnahme der Lebenserwartung in noch unbekannter Größenordnung geben werde. Angesichts der bisherigen historischen Einmaligkeit einer Kernschmelze in einem Atomkraftwerk und einer zumindest theoretischen Wahrscheinlichkeit einer Wiederholung bestohe ein dringendes humanitäres und wissenschaftliches Gebot, die Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung zu verfolgen, erklärte der Vorsitzende des VdÄÄ, Winfried Beck.

## Bundestagsausschüsse neu besetzt

Anfang April sind alle Ausschüsse des Deutschen Bundestages neu besetzt worden. Vorsitzende im Gesundheitsausschuß ist die Ärztin und Bundestagsabgeordnete der Grünen Heike Wilms-Kegel; den stellvertretenden Vorsitz übernimmt Ursula Männle (CSU); für die SPD ist unter anderem Horst Jaunich vertreten. Dem Arbeits- und Sozialaus-

schuß des Deutschen Bundestages wird künftig Jürgen Egert (SPD) vorsitzen. Daneben gehören für die SPD der Vorsitzende der Sozialdemokratischen Arbeitsgemeinschaft für Arbeitnehmerfragen, Rudolf Dressler, und die Gewerkschaftssekretärin Waltraud Steinhauer dem Ausschuß an. Der CDU-Sozialexperte Alfons Müller mußte sich mit der Position des stellvertretenden Vorsitzenden begnügen. Für die Grünen werden Marieluise Beck-Oberndorf, Trude Unruh und Willi Hoss im Ausschuß vertreten sein.

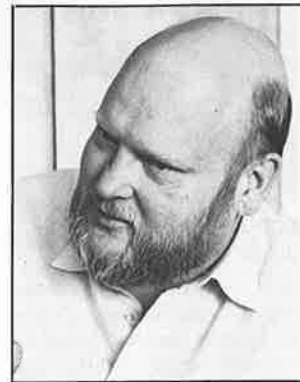


Foto: Menzen

**Heike Wilms-Kegel (Grüne), Vorsitzende des Gesundheitsausschusses und Jürgen Egert (SPD), Vorsitzender des Arbeits- und Sozialausschusses.**

## Statistik 1985

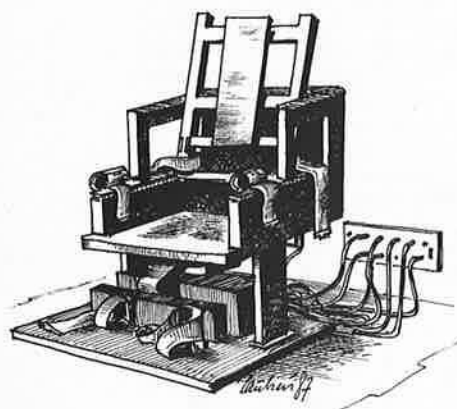
Ende 1985 gab es im Bundesgebiet rund 3100 Krankenhäuser mit 674 700 Betten, wie das Statistische Bundesamt in Wiesbaden im März mitteilte. Dies seien ein Prozent weniger Betten gewesen als Ende 1984. In den Krankenhäusern wurden 1985 12,2 Millionen Patienten stationär behandelt, das waren 2,5 Prozent mehr als im Vorjahr. Gleichzeitig stieg die Zahl der Pflegetage um 0,5 Prozent auf 211,7 Millionen. Die durchschnittliche Bettenausnutzung war 1985 mit 86 Prozent deutlich intensiver als 1984 mit 84,8 Prozent. Die durchschnittliche Verweildauer betrug 18 Tage, sie verkürzte sich damit gegenüber 1984 um einen halben Tag.

In den Krankenhäusern waren Ende 1985 insgesamt 807 500 Personen beschäftigt, darunter 83 100 Ärzte, 308 400 Pflegekräfte (ohne Auszubildende), 175 800 Personen im Wirtschaftsdienst und 62 400 in der Verwaltung.

## Nairobi: Sichere Mutterschaft

In der Dritten Welt sterben jährlich fast eine halbe Million Frauen während der Schwangerschaft oder bei der Entbindung. Weit über ein Drittel aller Frauen in den ärmsten Ländern der Welt, die im gebärfähigen Alter sterben, fallen Komplikationen in der Schwangerschaft zum Opfer. Das bedeutet, daß auf 100 000 Geburten in den Entwicklungsländern zwischen 800 und 1000 Mütter sterben, in Kanada zum Beispiel nur zwei Frauen. Diese Bilanz zogen Experten auf der internationalen Konferenz „Sichere Mutterschaft“ in der kenianischen Hauptstadt Nairobi.

Weltbankpräsident Barber Conalbe betonte, daß mit einem weltweiten Gesundheitsprogramm zur Früherkennung von Risikoschwangerschaften sowie besseren Krankenhäusern die Zahl der Schwangerschaftsopfer halbiert werden könne. Allein eine jährliche Ausgabe von zwei Dollar pro Kopf der Bevölkerung würde ausreichen, um ein solches Programm durchzuführen.



## Psychisch Kranke im Betrieb

Eine Broschüre zum Thema „Psychisch Kranke im Arbeitsleben“ hat die Industriegewerkschaft Metall im Januar herausgegeben. Das Heft versteht sich als Leitfaden für den Umgang mit psychisch Kranken im Betrieb. Neben einer leicht verständlichen Erläuterung, was unter psychischen Krankheiten zu verstehen ist, zeigen die Autoren, wie Kolleginnen und Kollegen Betroffene konkret unterstützen und ihnen bei der Durchsetzung ihrer Rechte helfen können. Neben Musterbriefen an die Geschäftsleitung, Beispielen für Betriebsvereinbarungen und nützlichen Adressen enthält die Broschüre Hinweise auf rechtliche Bestimmungen, die psychisch Kranke und Behinderte betreffen. Die Broschüre Nr. 23 ist erschienen in der Schriftenreihe „Arbeitssicherheit“ der IG Metall und kann bezogen werden bei der IG Metall, Wilhelm-Leuschner-Straße 79-85, 6000 Frankfurt.

## Berlin (West): Apothekerkammerwahlen 1987

Am 14. März 1987 sind die 61 Delegierten der Berliner Apothekerkammer gewählt worden. Die Fraktion Gesundheit, die zum zweiten Mal kandidierte, erhielt 22 Prozent der abgegebenen Stimmen und wird nun als zweitstärkste Liste mit 14 Delegierten, gegenüber zehn im Jahre 1983, in die Apothekerkammer einziehen. Stärkste Liste bleibt die der Unternehmer, die jedoch erhebliche Stimmenverluste hinnehmen mußte. Sie rutschte von bisher 53,7 auf 45 Prozent.

Hauptschwerpunkte der Arbeit der Fraktion Gesundheit sollen die Bereiche Arzneimittelsicherheit, Fortbildung, Öffentlichkeitsarbeit, Verbraucher- und Umweltschutz, Zivilschutz und Gesundheitspolitik sein. Große Bedeutung wird der geplanten Zusammenarbeit der in der Ärzte-, Zahnärzte- und Apothekerkammer vertretenen Fraktion Gesundheit beigemessen, da sich hier Ansätze für eine „Gegenkammerbewegung“ in Richtung kommunaler Gesundheitsparlamente entwickeln ließen.

## Kongreß „Gewalt gegen Frauen“:

## Stinknormale Männer

In jeder Stunde werden in der Bundesrepublik 15 Frauen und Mädchen Opfer von sexueller Gewalt. Täglich verüben 150 bis 600 Männer sexuelle Übergriffe. Jede vierte Frau hat sexuellen Mißbrauch an ihrem eigenen Körper erfahren müssen – diese erschreckende Bilanz zog Michael Baumann vom Bundeskriminalamt bei der Eröffnung des Kongresses gegen sexuelle Gewalt, der vom 13. bis 15. März in Köln stattfand. Sexueller Mißbrauch ist in unserer Gesellschaft immer noch ein großes Tabu, vielleicht, weil die Täter mitten unter uns leben. „Es wurde in der Vergangenheit immer geglaubt“, so Michael Baumann, „daß die Täter irgendwelche Psychopathen sind, aber das ist falsch. Die Vergewaltiger sind stinknormale Männer, und sexuelle Gewalt findet vor allem im sozialen Nahraum, in der Familie statt.“

Die Dunkelziffer bei sexuellen Gewaltdelikten ist erschreckend hoch: rund 90 Prozent – so schätzt die Gerichtsmedizinerin Elisabeth Trube-Becker – der in der Familie verübten Sexualdelikte werden niemals aufgedeckt. Das liegt nicht zuletzt an dem tiefen Mißtrauen, das betroffenen Frauen und vor allem Kindern entgegenschlägt, wenn sie in der Öffentlichkeit von ihrem Leiden berichten.

Diese Mauer des Schweigens und des Mißtrauens zu durchbrechen, ist das Ziel der jetzt in Köln vom „Komitee für Grundrechte und Demokratie“ ins Leben gerufenen „Kampagne gegen sexuelle Gewalt“. Dabei sollte der Kongreß nur der Auftakt sein. „Es geht um eine langfristi-

ge Entwicklung und Veränderung“, so Ulrike Teubner, eine der Mitveranstalterinnen, „es gibt heute viele Initiativen gegen Gewalt, die Frauenhäuser, die Notrufe oder die Mädchenhäuser, aber das läuft alles etwas vereinzelt, ohne eine ausreichende politische Stoßrichtung. Wir wollen durch diese Kampagne die Möglichkeit schaffen, offensiver und radikaler mit unseren Forderungen umzugehen.“

Daß Opfer sexueller Gewalt sich häufig mitschuldig fühlen, ist nicht zuletzt Konsequenz der rechtlichen Situation von Frauen, wenn sie einen Mißbrauch anzeigen: Die Frauen – und nicht die Täter – müssen peinliche Befragungen über ihren Lebenswandel ertragen. Die Zahl der Falschanzeigen bei sexueller Gewalt wurde bislang oft mit 25 Prozent beziffert. Michael Baumann vom Bundeskriminalamt stellte dagegen auf dem Kölner Kongreß dar, daß die tatsächliche Quote mit zwei bis fünf Prozent entschieden niedriger ist als bei allen anderen Delikten.

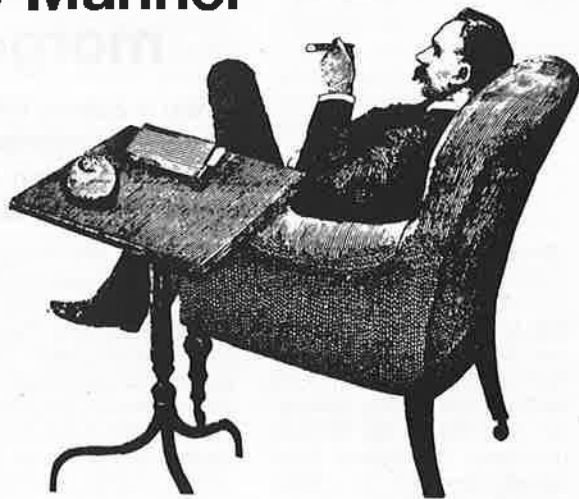
Die Veranstaltung in Köln wurde an allen drei Tagen von einer Jury beobachtet, die sich aus namhaften Vertreterinnen und Vertretern aus Politik, Wissenschaft und Kultur zusammensetzte. Am letzten Kongreßtag gab dann die Jury – getrennt nach Frauen und Männern – ihr Urteil über die be-

stehenden Gewaltverhältnisse in dieser Gesellschaft bekannt.

In der Bilanz der Frauenjury heißt es: „Sexuelle Gewalt gegen Frauen und Mädchen ist nicht aggressiver Ausdruck von Sexualität, sondern der ‚sexuelle‘ Ausdruck von Aggression und Feindseligkeit und damit Ausdruck des politischen Verhältnisses zwischen den Geschlechtern. Sie findet ständig und überall statt, insbesondere in der Familie. Sie ist ein Kapitalverbrechen.“

Die Männerjury brachte in Köln ihr Erschrecken über das Ausmaß der sexuellen Gewalt zum Ausdruck. Sie stimmte mit den Frauen darin überein, daß es gegenüber diesem Delikt keine Neutralität geben könne. Beschlossen wurde außerdem, einen weiteren Kongreß zum Thema sexuelle Gewalt auszurichten, der sich speziell an Männer wendet. Darüber hinaus forderte die Frauenjury unter anderem, die Vergewaltigung in der Ehe unter Strafe zu stellen und die volle Finanzierung der Notrufzentralen für vergewaltigte Frauen zu garantieren.

Jutta Brinkmann  
Ingrid Rieskamp (fp)





## Pharmawerbung:

# Nachrichten von morgen

**wp – Schon wieder neues kostenloses Papier für den Arzt: das „thomae telex“.**

„Basargan kritisiert im Iran den Parlamentspräsidenten Rafsanjani. – Ein polnischer Parteideologe teilt die Kirche Polens in einen „konstantinischen“ und einen „julianischen“ Teil ein. – Die NPD bekommt „völlig unerwartet“ 0,6 Prozent der Stimmen und damit 1,3 Millionen Wahlkampfkostenerstattung. – GLURENORM ist für die Diabeteserkrankung „besonders geeignet“. – „Funktionäre der SPD und der Grünen haben bereits im Herbst vergangenen Jahres den Bruch des rot-grünen Wiesbadener Bündnisses abgesprochen.“ – Auf MUCOSOLVAN kann man vertrauen.“

Was soll das, fragt der geneigte Leser. Also, eine kurze Erklärung: Hier handelt es sich um Kurzmeldungen, jede zehn bis vierzig Zeilen lang, die die Pharmafirma Thomae verbreitet. „Nachrichten von morgen für Ihre Dispositionen von heute“ schreibt sie über ihr Thomae Telex. Alle 14 Tage erhält es, wer will, kostenlos, immer vier Seiten dick, also die richtige Länge für den überarbeiteten, politisch und wissenschaftlich interessierten Hausarzt.

Das Konzept aller Rundbriefe ist gleich: gut 40 Prozent Meldungen aus der Politik nach dem Motto „Keine Scheu vor Faschisten, Freiheit für den Osten“. So wird gekämpft für die Freiheit in Polen und Afghanistan, die Dissidenten in der UdSSR dürfen hochleben; natürlich ist SDI gut, die Berufsverbote ebenso. Die Feinde im Lande reichen von der RAF bis zu den anderen Terroristen bei den Grünen und der SPD.

Neben und zwischen den politischen Meldungen tauchen die Thomae-Produkte in Fünffzählern auf: Gastrozepin, Alfason, Asasantin, Adumbran usw. usw. Schließlich die Meldungen, die den Arzt als Wirtschaftsmenschen interessieren: Wann der Steuerberater bezahlt werden muß; wie es mit Schweizer Bankkonten steht; immer wieder der Hinweis auf eine ungenannte Lebensversicherung, in die jeder „zu herabgesetzten Preisen ohne Gesundheitsprüfung“ reinkommen können soll. Jeder – wenn er Unternehmer ist.

Ist das, was hier alle zwei Wochen auf vier kleinen Seiten produziert wird, eine aktuelle Bestandsaufnahme der Psyche des bundesdeutschen Arztes? Offensichtlich fühlt sich damit zumindest ein Teil des Standes angesprochen, dies beweist allein die Existenz des Rundbriefes. Denn ohne Eigennutz wird Thomae kaum das Werk produzieren, dessen wesentlicher Zweck kurzgefaßt lautet: Werbung ist Nachricht, Nachricht ist Werbung.



## Lebensmittelbestrahlung unbedenklich?

Für die radioaktive Bestrahlung von Lebensmitteln hat sich jetzt eine Expertenkommission der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der Organisation für Ernährung und Landwirtschaft (FAO) ausgesprochen. Das Auftreten lebensmittelbedingter Krankheiten sei nach 1945 derart gestiegen, daß pathogene Keime in Lebensmitteln heute als weitverbreitetes Gesundheitsrisiko sowohl in Entwicklungsländern wie in Industrienationen angesehen werden müßten. Die Sachverständigen halten die Bestrahlung von Lebensmitteln für vergleichbar mit anderen Konservierungsmethoden wie Erhitzen oder Einfrieren, da eine adäquate Bestrahlung Nahrungsmittel nicht radioaktiv mache.

## Solidarausgleich abschaffen?

Der Kronberger Kreis, ein Zusammenschluß konservativer Wirtschaftswissenschaftler, hat im März ein Modell für eine Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung vorgelegt. In ihrem Gutachten verlangen die Professoren die Abschaffung des Solidarprinzips in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Die allgemeine Pflichtversicherung solle durch eine Grundversicherung ersetzt werden, die die Versicherten durch Zusatzversicherungen freiwillig ergänzen könnten. Eine solche Lösung löste den Gesetzgeber aus der Zwickmühle, mit der Begrenzung der Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung zugleich über die Grenzen des Wachstums des Gesundheitssystems und des medizinischen Fortschritts zu entscheiden. Gleichwohl soll die Selbstbeteiligung, über deren Höhe die einzelne

Versicherung selbst entscheiden soll, auch für die Grundversicherung nicht abgeschafft werden.

Auch die Lohnfortzahlungspflicht der Arbeitgeber im Krankheitsfall will der Kronberger Kreis abgeschafft sehen. Statt dessen sollen sich die Arbeitnehmer über eine Tagesgeldversicherung für die ersten sechs Wochen einer Erkrankung absichern.

Zum Leistungskatalog der Grundsicherung dürften auf keinen Fall krankenversicherungsfremde Leistungen wie etwa Schwangerschaftsabbruch aus sozialer Indikation, bestimmte Formen des Zahnersatzes, die Versorgung von Pflegefällen im Krankenhaus sowie ein Sterbegeld gehören.

## Atrazin-Verbot in NRW

Am 16. März hat das nordrhein-westfälische Umweltministerium die Anwendung des Unkrautvernichtungsmittels Atrazin im rund 1000 Quadratkilometer großen Einzugsgebiet des Halterner Stausees mit sofortiger Wirkung verboten. Dem Verbot war eine Trinkwasseruntersuchung der Gelsenwasser AG, des größten Trinkwasserversorgungsunternehmens im Ruhrgebiet, das drei Viertel seines Bedarfs aus dem Halterner Stausee deckt, vorausgegangen. Seit Beginn dieses Jahres waren regelmäßig Atrazinwerte gemessen worden, die den zulässigen Höchstwert um das Vier- bis Fünffache überschritten. Nach Angaben des Pestizid-Aktions-Netzwerks (PAN) wirkt Atrazin in hoher Dosierung embryoschädigend und kann zu Erbgutveränderungen und Krebserkrankungen führen. Das Netzwerk begrüßte daher ausdrücklich das Verbot der Anwendung von Atrazin um den Halterner Stausee.

Die zuständigen Bundesbehörden hätten im Gegensatz zur Regierung von Nordrhein-Westfalen bisher keine Konsequenzen aus der vielerorts bekannten Trinkwasserbelastung gezogen. Auch auf der Schwäbischen Alb, der Insel Föhr und in Flachbrunnen und Flüssen Schleswig-Holsteins seien Atrazinnrückstände gemessen worden. PAN fordert vom Bundesumweltministerium daher einen sofortigen Rückzug der Zulassung für Atrazin.



4. – 6. 5.

## Berlin

Seminar: Sozial-, Umwelt- und Gesundheitsverträglichkeit von Produkten.

Kontakt: Stiftung Verbraucherinstitut, Reichpietschufer 74–76, 1000 Berlin 30, Tel.: (030) 254 90 20.

8. 5.

## Osnabrück

Seminar: Technik, Ethik und Politik im Gesundheitswesen

Kontakt: Universität Osnabrück, Geschäftsstelle der Arbeitsgruppe LGW, An der Katharinenkirche 8b, 4500 Osnabrück, Tel.: (0541) 6 08 42 34, 38, 43–45.

8. – 10. 5.

## Göttingen

Seminar zur Milupa-Kampagne  
Kontakt: Aktionsgruppe Baby-nahrung (AGB) e.V., Kurze Straße 6, 3400 Göttingen, Tel.: (0551) 47 12 9.

8. – 10. 5.

## Loccum

Tagung: Langzeitarbeitslosigkeit: Eine Herausforderung für die Gesellschaft

Kontakt: Evangelische Akademie Loccum, 3056 Rehburg-Loccum, Tel.: (05766) 810.

8. – 10. 5.

## Bonn

Seminar: Alternativen der sozialen Sicherung

Kontakt: Werkstatt für Demokratie und Öffentlichkeit, Estermannstraße 204, 5300 Bonn 1, Tel.: (0228) 67 46 64.

9. 5.

## Köln

Tagung: Zivilschutz für Euroshima? Fachtagung gegen ein neues Zivilschutzgesetz

Kontakt: Walter Popp, Sunderholz 32, 4300 Essen 1, Tel.: (0201) 44 16 30.

12. – 16. 5.

## Karlsruhe

90. Deutscher Ärztetag  
Kontakt: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 410220, 5000 Köln 41, Tel.: (0221) 40 04 22 1–4.

14. – 17. 5.

## Waltensburg/Vuorz, Schweiz

Fachtagung: Prävention und Partizipation

Kontakt: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V. (DGVT), Friedrichstraße 5, 7400 Tübingen, Tel.: (07071) 326 97.

15. – 16. 5.

## Bremen

Aktionskonferenz Nordsee. Zweite Tagung der Umweltverbände

Kontakt: Aktionskonferenz Nordsee, Kreuzstraße 61, 2800 Bremen 1, Tel.: (0421) 7 76 75 oder 49 26 44 (nach 18 Uhr).

15. – 17. 5.

## Köln

Studienreformkongreß der VDS-Fachtagung Medizin:

Warten auf die 6. AO-Novelle? Wie stellen wir uns unsere Ausbildung vor?

Kontakt: Fachschaft Medizin Köln, Universitätsstraße 16, 5000 Köln 41, Tel.: (0221) 4 70 29 91 (11 bis 13 Uhr), 83 13 29 und 24 49 59.

16. – 17. 5.

## Bonn

Tagung des Arbeitskreises Medizin-Psychologie von amnesty international

Kontakt: Dr. Dietmar Schmitz-Burchartz, Idastraße 66, 4270 Dorsten 21.

22. – 24. 5.

## Münster

Seminar: Sozialtherapie – Mythos und Wirklichkeit

Kontakt: Akademie für Jugendfragen, Hoppengarten 20, 4400 Münster.

22. – 24. 5.

## Dortmund

4. Friedenskongreß Psychologie – Psychosoziale Berufe

Kontakt: Anne Börner, Haspelstraße 23, 3550 Marburg.

24. – 27. 5.

## Willebadessen

Seminar: Initiativen zur Selbsthilfe psychisch Kranker  
Kontakt: FAF – Berlin, Hede-mannstraße 19, 1000 Berlin 61.

25. – 27. 5.

## Marl

Seminar: Pflegeorganisation im Krankenhaus und in Altenpflegereinrichtungen, Pflegedokumentation – Dokumentationssystem

Kontakt: Allgemeiner Krankenpflegeverband, Lucy-Romberg-Haus, Wiesenstraße 55, 4370 Marl, Tel.: (02365) 3 46 66.

27. – 31. 5.

## Kassel

4. Gesundheitstag

Kontakt: Verein Gesundheit und Ökologie e.V., Gesundheitsladen Kassel, Friedrich-Ebert-Straße 177, 3500 Kassel, Tel.: (0561) 3 40 00.

28. – 31. 5.

## Bielefeld/Bethel

„Verantwortung in der psychosozialen Arbeit“. Tagung des Mannheimer Kreises

Kontakt: Geschäftsstelle der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP), Geibelstraße 69, 3000 Hannover, Tel.: (0511) 80 01 85.

30. 5.

## Osnabrück

Seminar: Förderung der Gesundheit und Verhütung von Krankheiten – eine Aufgabe des Krankenpflegepersonals?

Kontakt: Universität Osnabrück, Geschäftsstelle der Arbeitsgruppe LGW, An der Katharinenkirche 8b, 4500 Osnabrück, Tel.: (0541) 6 08 42 34, 38, 43–45.

3. – 5. 6.

## Berlin

Tagung: Konzepte der Selbsthilfegruppen-Förderung

Kontakt: Klaus Balke/Wolfgang Thiel, Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS), Albrecht-Achilles-Straße 65, 1000 Berlin 31, Tel.: (030) 8 91 40 19.

10. – 12. 6.

## Essen

Seminar: Geschichte der Krankenpflege – Entwicklung der freiberuflichen Krankenpflege

Kontakt: Bildungszentrum Essen, Fortbildungsinstitut des Deutschen Berufsverbandes für Krankenpflege (DBfK), Königgrätzstraße 12, 4300 Essen 1, Tel.: (0201) 28 55 99.

9. – 13. 6.

## Frankfurt/Main

Arbeitstagung: Betriebe in Belegschaftshand und Selbsthilfeökonomie

Kontakt: Haus der Gewerkschaftsjugend, Bundesjugendschule, Königsteiner Straße 29, 6370 Oberursel.

12. – 14. 6.

## Loccum

Tagung: Umweltethik und Umweltpolitik. Zu ihrer Verhältnisbestimmung: Diskrepanz oder fruchtbarer Wechselbezug?

Kontakt: Evangelische Akademie Loccum, 3056 Rehburg-Loccum, Tel.: (05766) 810.

25. – 26. 6.

## Haltern

Indikation/Differenzierung/die „unerreichbaren Probleme der Drogenarbeit“

Kontakt: Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Abteilung Gesundheitswesen, Koordinationsstelle für Drogenfragen und Fortbildung, Warendorfer Straße 24, 4400 Münster, Tel.: (0251) 5 91–36 79.

27. 6.

## Köln

Veranstaltung: 10 Jahre Liste Soziales Gesundheitswesen

Kontakt: Erhard Knauer, Maria-Theresia-Allee 59, 5100 Aachen, Tel.: (0241) 7 54 59.

3. – 4. 7.

## Haltern

Erfahrungsaustausch „Neue Süchte“

Kontakt: Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Abteilung Gesundheitswesen, Koordinationsstelle für Drogenfragen und Fortbildung, Warendorfer Straße 24, 4400 Münster, Tel.: (0251) 5 91–36 79.

10. – 12. 7.

## Osnabrück

Seminar: Arbeitsrecht im Krankenhaus

Kontakt: Universität Osnabrück, Geschäftsstelle der Arbeitsgruppe LGW, An der Katharinenkirche 8b, 4500 Osnabrück, Tel.: (0541) 6 08 42 34, 38, 43–45.

**Statt hoher Politik rein  
humanitäres Engagement?  
Das Deutsche Afghanistan-  
Komitee, das Kranken-  
schwestern und Ärzte an die  
Seite der afghanischen  
Kontras ins Land schickt, stellt  
sich so dar. Doch die  
„humanitäre Hilfe“ ist  
Beihilfe zum Krieg, finanziert  
mit Spendenmitteln.**

**Die größte bundesdeutsche  
Hilfsorganisation „für“  
Afghanistan hat sich Heinz  
Wasmus näher angesehen.**

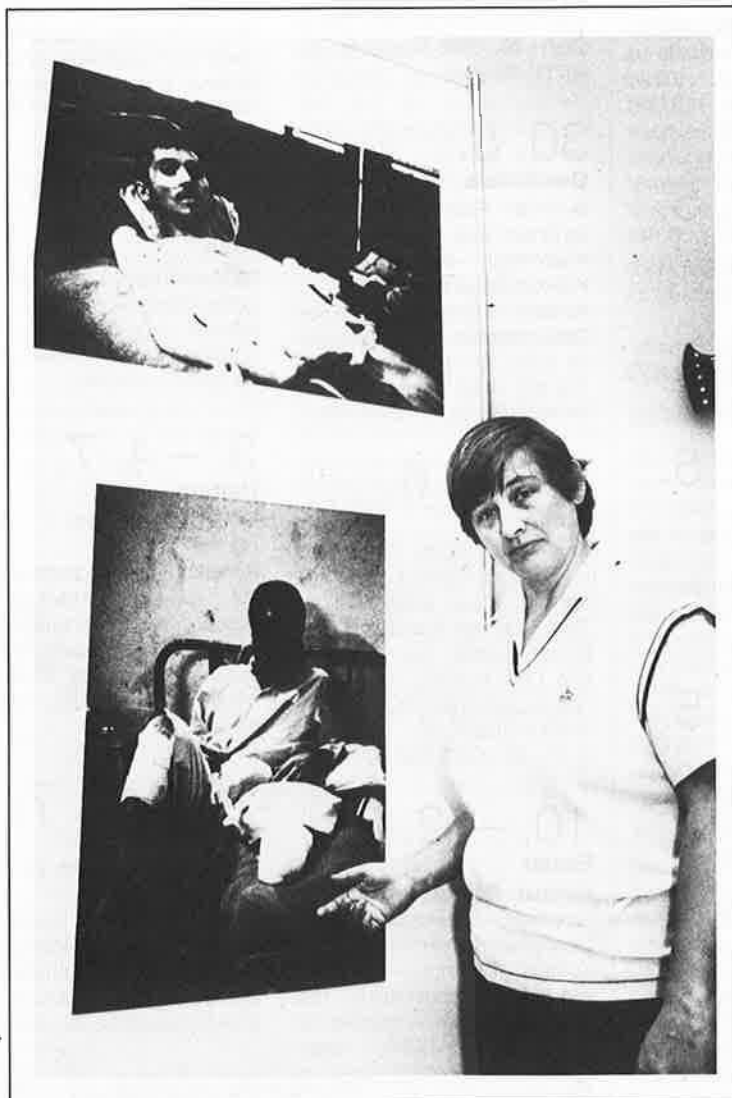


Foto: Engels, GA-Archiv

## **Florence**

**Das Deutsche  
Afghanistan-  
Komitee**

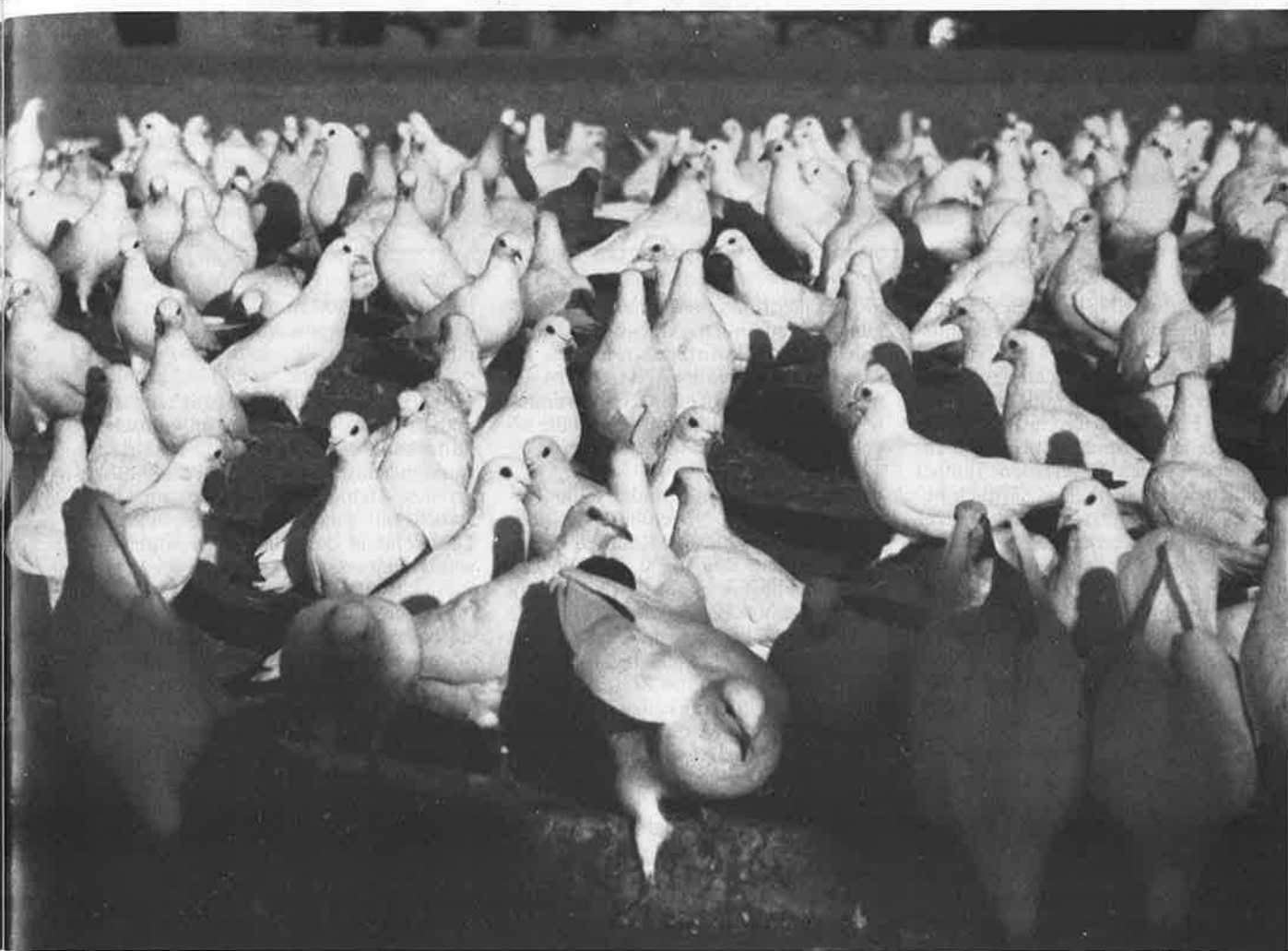


Foto: Wasmus

# Nightingale im Hindukusch

**S**ie könnte aus dem Strategiepapier einer Werbeagentur stammen. Eine deutsche Krankenschwester, mittleres Alter, erdbeben- (Peru) und kriegserfahren (Vietnam, genauer Süd-), selbstlos, eben Samariterin. Statt hoher Politik menschliches Engagement, mit einem Schuß christlichen Beiwerks: „Mit dem Marienbild durchs Minenfeld“. So sieht es jedenfalls „Die Welt“ in der Rubrik „Menschen, die ein Beispiel gaben“.

Die Rede ist von Frau Maria Müller (der Name ist echt), Krankenschwester aus dem Vorgebirgsdorf Alfter bei Bonn und bislang medienwirksamstes

Aushängeschild der Kampagne „Sanitäter für Afghanistan“. Initiator der Medizinersammlung: Das ehemalige „Bonner Afghanistan-Komitee e. V.“, jetzt zum „Deutschen Afghanistan-Komitee“ (DAK) avanciert, Meckenheimer Allee 91 in Bonn 1. Arbeitsgrundlage des gemeinnützigen Vereins:

„Während den Flüchtlingen in pakistanischen Lagern erhebliche ausländische Hilfe zukommt“, zählt die medizinische Versorgung „der afghanischen Bevölkerung und der Freiheitskämpfer“ zu den „schlimmsten Kapiteln des Krieges“ (Spendenaufwurf). Diagnose: humanitärer Nachrüstungsbedarf.

Maria Müller zu ihren Beweggründen: „Der Auslöser war ein Plakat. Darauf stand der Satz: Alle reden vom Krieg – Wir führen ihn. Und zu sehen war ein russischer Panzer in Afghanistan. Ich habe mir gesagt, dort existiert seit Jahren ein ganz realer Krieg. Da muß etwas geschehen; da muß geholfen werden, und ich habe die Fähigkeiten dazu. Ich habe sofort Kontakt zum BAK aufgenommen.“ Für das Plakat mit dem griffigen Text zeichnet allerdings nicht das Afghanistan-Komitee verantwortlich, sondern das „Bonner Friedensforum“. Aber das macht keinen Unterschied, wie man noch sehen wird.



**A**m 6. April 1981 treffen sich eine Handvoll Studiosi der Rechtswissenschaft „auf dem Haus“ der Bonner Burschenschaft „Verein Deutscher Studenten“ und heben das „Bonner Friedensforum“ aus der Taufe. Ob die laut Gründungsprotokoll anwesenden Damen (zwei) den Tempel männlicher Herrlichkeit tatsächlich betreten durften, entzieht sich unserer Kenntnis. Die Herren der Schöpfung drängt es nach Großem auf dem Felde der Politik. Denn im örtlichen „Ring Christlich-Demokratischer Studenten“, wo der Nachwuchs der Kanzlerpartei rekrutiert wird, werden sie geschnitten. Der karrierebewußten Mehrheit der organisierten christlichen Studenten sind die Rechtsaußen vom „Friedensforum“ mit ihren ständigen Nörgeleien am „schlappen Haufen RCDS“ lästig.

Endlich unter ihresgleichen fordern die verschmähten Hochschulpolitiker einen kapitalen Gegner auf den Paukboden: die westdeutsche Friedensbewegung, die vor der Aufstellung neuer US-Mittelstreckenraketen warnt. „Ja zum NATO-Beschluß!“ lautet die aufklebbare Parole der Raketenwerber vom „Friedensforum“, denen auch sonst noch einiges einfällt: „Bresch-njew zittert um den Weltfrieden... Der Kindermörder zittert vor Begier beim Gedanken an sein nächstes Opfer.“ Das Plakat „Frieden mit der Natur: Kernkraft schützt vor saurem Regen“ soll sich allerdings heute nicht mehr im Programm befinden.

Auf der Suche nach Verbündeten werden die Bonner Raketenfreunde in der Nähe von Stuttgart fündig. Dort betreibt Erik Kothny, Major beim Wehrbereichskommando V, das „Fellbacher Forum“, das mit dem gelungenen Versuch in die Schlagzeilen gerät, die Gefahren sowjetischer Atomrüstung zu demonstrieren: Als Freunde des Majors mit der Attrappe einer sowjetischen SS-20-Rakete die süddeutsche Menschenkette von Rüstungsgegnern abfahren, gerät eine alte Frau (hier wie dort unbeteiligt) unter die Räder. Sie hatten das Rotlicht einer Verkehrssignalanlage übersehen.

18. November 1983: Der Bundestag stimmt der Aufstellung von Pershing II und Cruise Missiles zu. Zeit für das

„Friedensforum“, ein neues Betätigungsfeld zu finden. Afghanistan lag da nahe. Die kritikwürdige sowjetische Intervention bot die im Westen gern genutzte Gelegenheit, den „Expansionismus“ Moskaus vorzuführen und die eigene Aufrüstung zu rechtfertigen.

Erfahrene Vereinsgründer stehen bereit, als am 19. November 1984 das „Bonner Afghanistan-Komitee“ entsteht: in dem damaligen Domizil des „Friedensforums“ und von dessen Streibern höchstselbst erschaffen. Die Raketenfreunde im neuen Gewand (ohne das alte ganz abzulegen) verfolgen von Anfang an das Ziel, ihre Hilfe nicht auf die afghanischen Flüchtlinge in Pakistan zu beschränken. Die Beziehung zum „Freiheitskampf“ in Afghanistan soll enger gestaltet werden.

An der Idee, in Afghanistan selbst aktiv zu werden, kann der schon genannte Major Kothny vermutlich einen Teil der Urheberschaft beanspruchen. Schon 1982 macht er an der Seite afghanischer „Kontras“ erste touristische Erfahrungen; eine zweite Reise folgt 1984. Im Magazin „Loyal“, einer Postille für Bundeswehrreservisten, die es nicht lassen können, zeigt sich Kothny begeistert: „Innere Führung auf afghanisch: Wir akzeptieren den Tod, aber niemals die Russen!“

Das damals noch Bonner Afghanistan-Komitee mausert sich innerhalb eines Jahres zur größten bundesdeutschen Hilfsorganisation für Afghanistan. 1985, im ersten Jahr des Bestehens, werden 4,2 Millionen Mark aus privaten Spenden eingenommen. 1986 noch einmal soviel, darunter 400 000 Dollar von der regierungseigenen amerikanischen Entwicklungshilfe-Behörde und 50 000 Mark des Bonner Auswärtigen Amtes. Mit diesem Geld wurden auf medizinischem Sektor nach Angaben des Komitees 13 Notkrankenhäuser in Afghanistan eingerichtet, in denen 13 afghanische Ärzte, 12 Pfleger und 51 Hilfssanitäter arbeiten, die wiederum aus Bonn bezahlt werden. Elf bundesdeutsche Ärzte sandte das Komitee 1986 ins Land: zur Inspektion der bereits bestehenden Einrichtungen, zum Aufbau neuer Behandlungsstationen und zur Ausbildung afghanischen Personals. Die Bilanz für 1986: annä-

hernd 150 000 Menschen konnten medizinisch versorgt werden. Sagt das Komitee.

„Es ist eine politische Tätigkeit, die man da unten ausübt. Eine unpolitische Hilfe kann es nicht geben“, erklärten Vorstandsmitglieder und Geschäftsführer des Afghanistan-Komitees im Gespräch mit „dg“. Wie wahr. Allein: Dies fehlt in der Bilanz des Afghanistan-Komitees.

Das afghanische Nachbarland Pakistan beherbergt nicht nur mehrere Millionen afghanische Flüchtlinge. Es ist auch Zufluchtsstätte der afghanischen „Kontras“, die gegen die Kabuler Regierung und die sowjetischen Truppen kämpfen. Hier sind sie vor ihren militä-



Foto: Jassogne



rischen Gegnern sicher. Und hier finden sie unter den Flüchtlingen ihren militärischen Nachwuchs.

Ein Großteil der Flüchtlingslager in Pakistan ist längst militarisiert: Die direkte oder indirekte Kontrolle üben die verschiedenen „Kontra“-Parteien aus. Den weitaus größten Einfluß haben dabei fundamentalistische Kräfte, die in Afghanistan einen „Gottesstaat“ nach iranischem Vorbild errichten wollen. Alle Fragen der Lagerorganisation, von der Aufnahme über die Zuteilung von Lebensmitteln, die Erziehung der Kinder bis hin zur medizinischen Versorgung sind dabei den ideologischen Grundsätzen dieser Parteien untergeordnet und auf die Erfordernisse der Kriegführung abgestimmt.

„Ohne Parteizugehörigkeit kein Gewehr. Ohne Partei kein Flüchtlingsausweis, kein Zelt, keine Rationen.“ Dieses Resümee zogen die Journalistinnen Cheryl Benard und Edit Schlaffer schon 1982 in der „Zeit“. Ihr amerikanischer Kollege Richard Reeves berichtet von der Ankunft von 300 Waisen in einem Flüchtlingslager, „alles Knaben“. Gab es keine Waisennädchen in Afghanistan? „Es gab sie. Sie wurden

aber nicht über die Grenze geschickt, um im Kampf gegen die Sowjets ausgebildet zu werden. Das Alter der zukünftigen Mudjahedin lag zwischen zwölf und vierzehn Jahren. Sie hatten den Befehlen ihrer älteren militärischen Vorgesetzten Folge zu leisten. Die ‚Waisen‘ würden in den Lagern bleiben und von den Vereinten Nationen erzogen sowie von ihren älteren Brüdern ausgebildet werden, bis für sie die Zeit gekommen ist, ins eigene Land zurückzukehren und gegen die Sowjets zu kämpfen.“

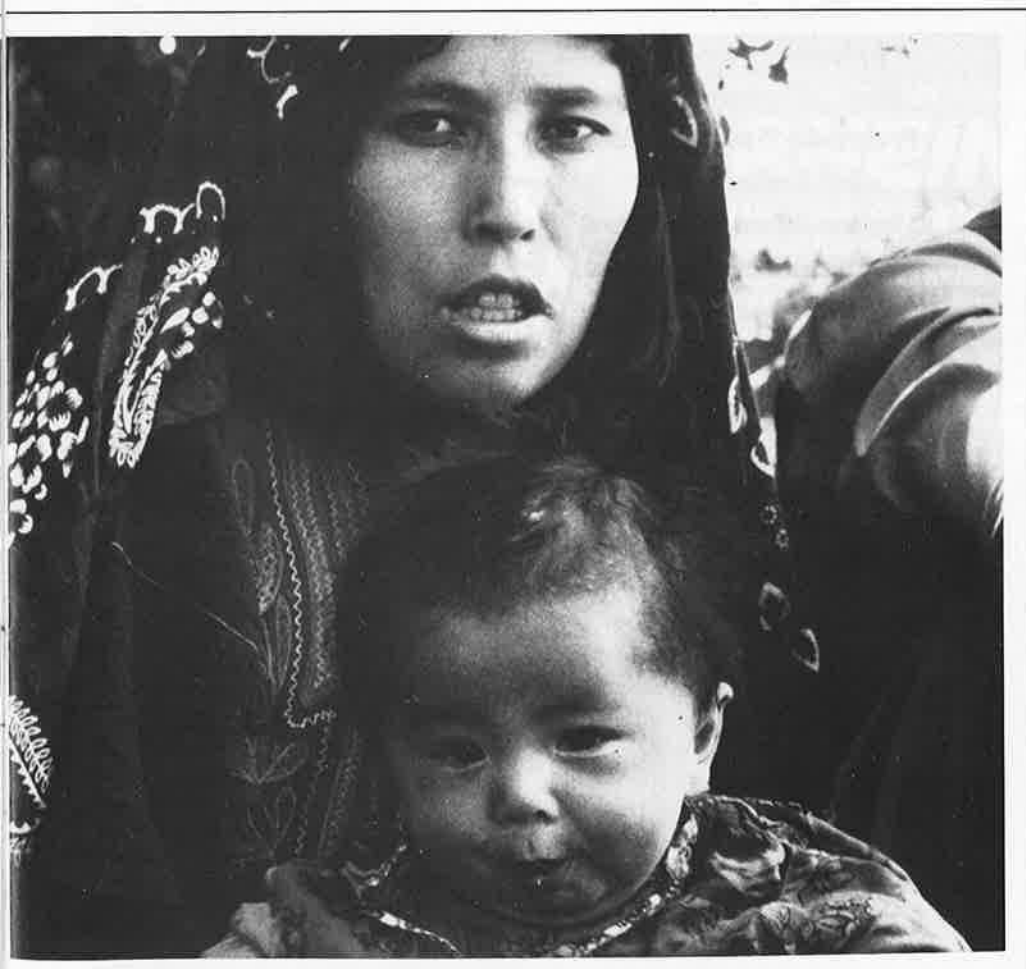
Zumindest auf einem Gebiet sind die Visionen der religiösen Extremisten in zahlreichen Flüchtlingslagern bittere Realität: in bezug auf die gesellschaftliche Stellung der Frauen. Richard Reeves: „Für die Angestellten des Welternährungsprogramms und die anderen Mitarbeiter, die für die Verteilung der Lebensmittel verantwortlich sind, war es frustrierend, mitansehen zu müssen, wie die afghanischen Männer zuerst und gut aßen. Dann kamen die Jungen an die Reihe. Was an Nahrung übrig blieb, ging an die Frauen.“ Berichte von (männlichen) Versuchen, Frauen von ärztlicher Behandlung auszuschließen, weil die Ärzte, soweit vorhanden,

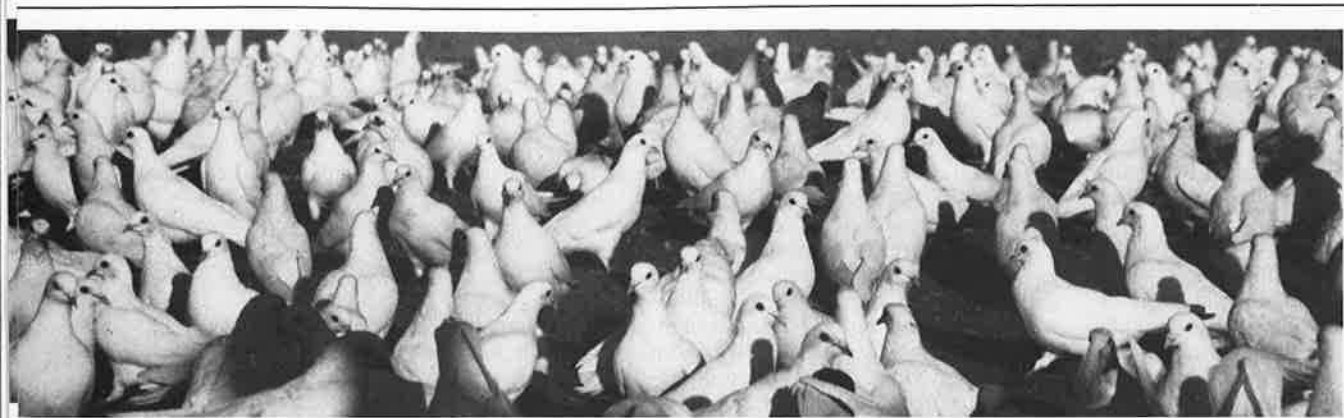
in der Regel Männer sind, sind Legion.

**H**umanitäre Hilfe dient unter solchen Bedingungen immer den „Kontras“. Nicht nur, daß diese etwa durch medizinische Behandlung direkt profitieren (notfalls, indem sie sich in zivile Vertriebene verwandeln). Weil ausländische Hilfe in den Lagern zumeist den Segen der „Kontra“-Parteien benötigt, trägt sie dazu bei, die Kontrolle der Parteien über die Flüchtlinge zu verfestigen und deren ideologische Autorität zu stärken.

Nun gilt für das Deutsche Afghanistan-Komitee zusätzlich der „humanitäre“ Imperativ, in Afghanistan selbst arbeiten zu wollen. Noch viel mehr als in den Lagern in Pakistan müssen sich die Helfer deshalb auf Gedeih und Verderb den militärischen Führern der „Kontras“ verschreiben. Die Kommandanten sind es, die die entsandten Ärzte und Sanitäter ins Land schleusen und den bewaffneten Begleitschutz liefern. Und sie sind es, die über die Route entscheiden – und über die Patienten.

**In vielen Flüchtlingslagern in Pakistan herrschen fundamentalistische Kräfte, die aus Afghanistan ein zweites Iran machen wollen. Frauen und Mädchen sind die Hauptleidtragenden. Zu Essen bekommen sie oft nur das, was die Männer übriglassen. Ärzte, wenn es überhaupt welche gibt, dürfen ihnen häufig nicht helfen.**





„Die Franzosen hatten hier in besonderem Maße dagegen zu kämpfen, am Ende nur noch Privatärzte für die Familien ihres Kommandanten zu sein. Alle Ärzte hier, die ja auf den Schutz und das Organisationstalent des jeweiligen Kommandanten angewiesen sind, laufen Gefahr, in diese unangenehme und uneffektive Situation zu geraten“, so Karl Viktor Freigang, als Arzt mehrfach für das Deutsche Komitee in Afghanistan.

Mögen sich die bundesdeutschen Ärzte vielleicht noch dieser Abhängigkeit nach Kräften entziehen wollen, spätestens bei den von ihnen ausgebildeten afghanischen Ärzten und Sanitätern ist die Trennung zwischen humanitärem Anspruch und der vollständigen Identifizierung mit dem Krieg der Rebellen aufgehoben. Der „Welt“-Reporter Walter H. Rueb berichtet von einem Berglager für 600 „Freiheitskämpfer“ im afghanischen Kunar-Tal: „In einem Zelt kümmert sich der afghanische Arzt Ahmad Nuri um einen blutjungen Kranken. Am Bettpfosten hängt ein Gurt mit Maschinengewehrmunition, neben dem Krankenlager türmen sich Kisten mit Munition für sowjetische Maschinengewehre, zwei Meter davon entfernt stehen chinesische Raketenwerfer. Auf dem Boden liegen Decken und Stoffbündel mit den Habseligkeiten des Patienten, Granaten und ein chinesisches Maschinenge-

wehr kunterbunt durcheinander. Der 30jährige Nuri wird vom Deutschen Afghanistan-Komitee bezahlt.“

Die afghanische Zivilbevölkerung, der medizinische Hilfe laut dem Komitee dienen soll, taucht nirgends auf. Das mit Spenden aus der Bundesrepublik ausgebildete und bezahlte medizinische Personal leistet hier Hilfe als Beihilfe – zum Krieg. Ende 1986 erklärte das Afghanistan-Komitee vor der Presse in Bonn, daß man auf Inspektionsreisen den Eindruck gewonnen habe, daß die Notkrankenhäuser und das afghanische Personal „gut arbeiten“.

**Plakate des  
Friedensforums:  
Die „Afghanistan-  
Freunde“ teilen sich  
die Arbeit. Das  
Afghanistan-Komitee  
fürs Humanitäre, das  
Friedensforum  
fürs Grobe**

Ist die „Beihilfe“ ein notwendiges Übel, weil alternativ die Kapitulation vor menschlichem Leiden steht?

**D**er unumgänglichen Vermischung von humanitärem Anspruch mit politischer Parteinahme ist sich das Afghanistan-Komitee natürlich bewußt. Diesbezüglicher Offenheit steht allerdings ein wirtschaftliches Muß entgegen: Das durchschnittliche bundesdeutsche Spendepublikum toleriert nur ein bescheidenes Maß politischer Grundsatzklärungen. Dies gilt etwa für die nicht selten mit Waffengewalt ausgetragenen Hauskämpfe der afghanischen „Freiheitskämpfer“. Die Komitee-Vertreter im Gespräch mit „dg“: „Wenn zu publik wird hier in der Öffentlichkeit, daß sich selbst die Afghanen untereinander nicht verstehen, dann stimmt natürlich die ganze Sache Afghanistan noch weniger.“

Der Fortbestand des „Friedensforums“ ist deshalb segensreich, weil der öffentlichen Arbeitsteilung dienlich: das Afghanistan-Komitee fürs Humanitäre, das unter derselben Adresse residierende „Friedensforum“ fürs Grobe. Kommt also bei Anfragen die Politik ins Spiel, geben die Komitee-Vertreter den telefonischen Anschluß des „Friedensforums“ bekannt – statt (wenn nötig) im Hause zu verbinden.



Die für manche existierende Doppelbelastung von Afghanistan-Komitee und „Friedensforum“ ist allerdings nicht immer einfach zu handhaben. Ein Vertreter des Afghanistan-Komitees im Gespräch mit „dg“: „Eine militärische Lösung des Afghanistan-Konflikts kann es nicht geben. Aber es gibt militärische Optionen... Es gibt einen Punkt, an dem der Preis für die Sowjetunion zu hoch wird. Den Preis kann man hochschrauben, indem man öffentlichen Druck erzeugt, den kann man natürlich aber auch militärisch hochschrauben.“ Manchmal kommen eben die Strategen des „Friedensforums“ durch.

Indes: Exakter ließe sich die Aufgabe des Afghanistan-Komitees kaum beschreiben. Die bundesdeutschen Ärzte, die sich für mehrere Wochen im Auftrag des Komitees in Afghanistan aufhalten, sind durchgängig politisch gefestigt. Und sie dürfen auf Resonanz in den Medien bauen. Der Bundeswehr-Oberarzt Erös, jüngst fürs Afghanistan-Komitee im Land unterwegs, warf der Sowjetunion vor, chemische Waffen in Afghanistan einzusetzen – eine Medienmär, für die man seit Jahren vergeblich nach Beweisen sucht. Am öffentlichen Druck beteiligt sich also das Komitee (ganz unabhängig vom Wahrheitsgehalt) nach Kräften. Und daß medizinisches Personal bei militärischen „Optionen“ und Operationen

Sinn macht, versteht sich von selbst.

Nur: Was unterscheidet das Deutsche Afghanistan-Komitee noch von der Position der Regierung in Washington, die den Konflikt in Afghanistan möglichst lange am Köcheln halten möchte und sich dies ein paar hundert Millionen Dollar jährlich kosten läßt?

Eine militärische Lösung gibt es nicht, sagen die Komitee-Sprecher. An der Bereitschaft der Sowjetunion zu einer politischen Lösung des Konflikts zweifelt inzwischen kaum noch jemand. In Genf wird darüber verhandelt. Dort finden unter Vermittlung der Vereinten Nationen seit 1983 Gespräche zwischen Afghanistan und Pakistan statt, bei denen es um den Abzug der sowjetischen Truppen, die Beendigung der ausländischen Hilfe für die afghanischen Rebellen und die Rückkehr der Flüchtlinge in ihr Heimatland geht. Der Kommentar des „Friedensforums“: „Man kann nur hoffen, daß eine solche Lösung nicht, und schon gar nicht auf Vermittlung der UNO, zustande kommt.“ Ein Ausrutscher?

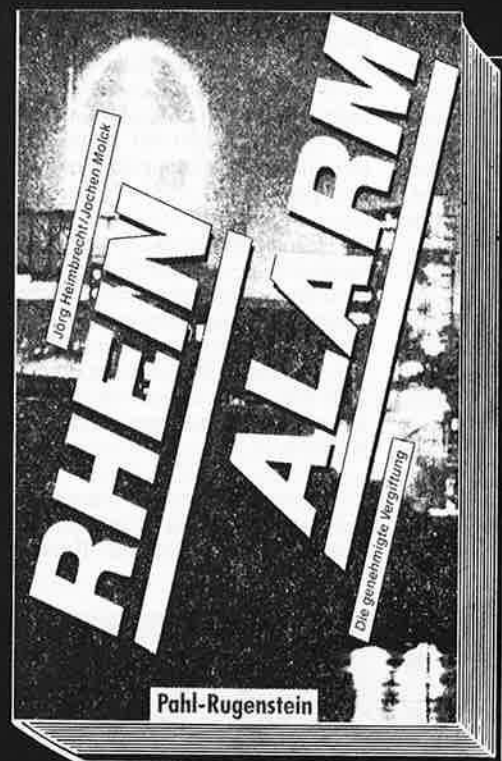
**D**as Domizil des Deutschen Afghanistan-Komitees respektive des „Friedensforums“ in der Mecklenheimer Allee 91 hat zwei Eingänge. Wählt man den linken, der für

Postzwecke die Nummer 89 trägt, kommt man zur „Nicaragua-Gesellschaft e. V.“, eingetragen unter der Nummer 4894 beim Vereinsregister des Amtsgerichts Bonn und gemeinnützig. Die saubere Gesellschaft vertritt die Interessen der nikaraguanischen Kontraste in der Bundesrepublik. Über Geldgeber und politische Souffleure braucht nicht spekuliert zu werden.

Nein. Diesmal waren es nicht die Mitglieder des Bonner „Friedensforums“, die gegründet haben. Klammheimliche Vorfreuden, einige der Raketen- und Afghanistan-Freunde in der „Gesellschaft“ wiederzufinden, erfahren einen herben Rückschlag.

Wäre da nicht ein „Förderverein für staatsbürgerliche Bildung und Staatsbürgerliches Engagement“, der das örtliche Vereinsregister um die Nummer 4887 bereichert. Vorsitzender ab 1985: Michael Sagurna, der auch schon dem Afghanistan-Komitee vorstand. Zweck des „Fördervereins“ mit Sitz in der (dreimal raten) Mecklenheimer Allee 91: die finanzielle Unterstützung von Afghanistan-Komitee – und Nicaragua-Gesellschaft. Daß beide Vereine sich ausschließlich die Miete, das geräumige Lager und die Datenverarbeitungsanlage teilen, geschieht selbstverständlich einzig und allein aus Kostengründen. Ob das Frau Müller weiß?

**Heinz Wasmus**  
ist freier Journalist und war zuletzt Ende 1986 in Afghanistan



Jörg Heimbrecht / Jochen Molck

## RHEINALARM

Die genehmigte Vergiftung

Kleine Bibliothek 447

219 Seiten mit zahlreichen Dokumenten,  
DM 14,80

### Das Buch enthüllt:

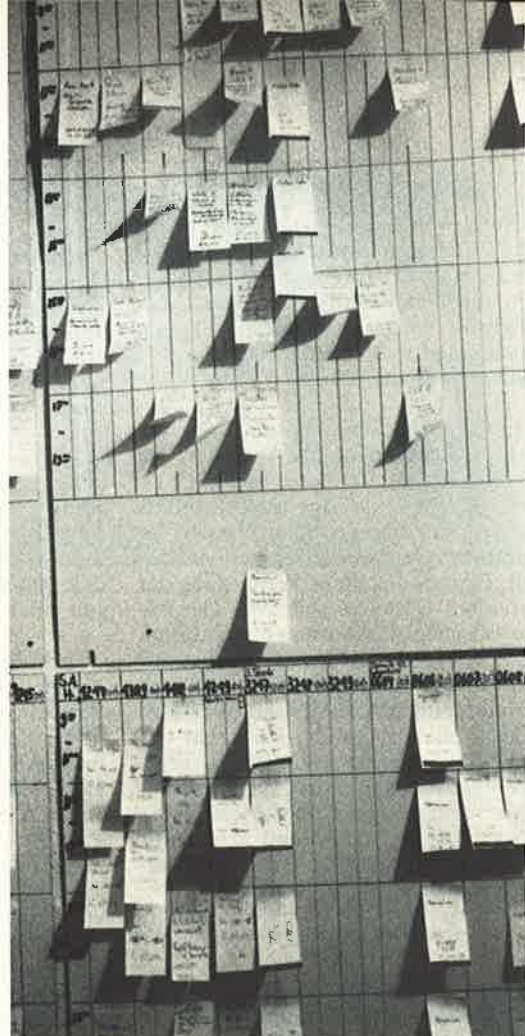
- ▶ Mit der Sandoz-Katastrophe, mit den Störfällen von Höchst, Ludwigshafen und anderswo ist nur ein Bruchteil der Chemie-Gefahren sichtbar geworden.
- ▶ Wie tagtäglich die Umwelt vergiftet wird und wo weitere Katastrophenherde verborgen sind.
- ▶ Dokumente aus Behörden und Industrie decken das Zusammenspiel von Staat und chemischer Großindustrie auf.
- ▶ Vertrauliche Liste aus dem Bonner Umweltministerium: Die 292 größten Umweltschädiger an Rhein, Mosel, Main und Neckar.

Jetzt im Buchhandel erhältlich

**Pahl-Rugenstein**



**ud - Im Gesundheits-  
laden in Kassel geht  
die Vorbereitung des  
Gesundheitstags in  
die Endphase. Raus  
aus der Seelen-  
massage - rein in die  
Politik, das soll die  
neue Richtung sein.**



Susanna Nolden, Öffentlichkeitsreferentin beim Gesundheitstag, hat sich einen ungewöhnlichen Platz ausgesucht, um konzentriert lesen zu können: Sie geht aufs Klo. Auch zum Telefonieren zieht sie sich ab und an dorthin zurück. „Du brauchst einfach Ruhe, wenn du mit jemandem ein wichtiges Gespräch führen mußt“, erklärt sie, „und die hat man hier höchstens abends oder ganz früh morgens.“

Von Ruhe kann im Gesundheitsladen in Kassel allerdings keine Rede sein, auch wenn alle, die hier arbeiten, noch erstaunlich ausgeglichen wirken. In dem hübschen Jahrhundertwende-Pavillon, liebevoll „Tempelchen“ genannt, herrscht ziemliches Chaos, nicht zuletzt deshalb, weil hier noch manchmal kleine Ausstellungen des Galeristen Rausch stattfinden. Dabei ist gerade eben das Programm in den Druck gegangen, und die Leute aus dem Gesundheitsladen empfinden die Zeit

jetzt, zwei Monate vor dem Gesundheitstag, fast als Ruhepause. Die wird allerdings bald wieder zu Ende sein, wenn nämlich mit den einzelnen Referenten die inhaltliche Vorbereitung angegangen wird.

Sieben festangestellte Personen, zwei Zivis und eine wechselnde Anzahl von Praktikanten – wieviele es zur Zeit sind, weiß niemand so genau zu beantworten – dazu noch der fünfköpfige Vorstand des Vereins Ökologie und Gesundheit, streiten sich um elf Schreibtische. „Wir erwarten um die 10 000 Leute“, tiefstapelt Karl-Heinz Rosenhövel, einer der Sieben, „wahrscheinlich etwas weniger als in Bremen, wo schon aus dem direkten Umfeld Tausende ‚mal vorbeischauten‘.“

Es liegt nicht direkt auf der Hand, den Gesundheitstag in Kassel zu veranstalten, das gestehen auch er und Susanna Nolden ein. Weder hat Kassel

## „Ruhe“

eine medizinische Fakultät, noch ist die Stadt durch eine große Gesundheitsszene geprägt. „Wir haben gedacht, daß wir einerseits mit dem Gesundheitstag Kassel ‚entprovinzialisieren‘ können, andererseits hielten wir es gerade für sinnvoll, einmal in der Provinz eine größere politische Veranstaltung zu machen, wenn schon alles von Regionalisierung und Dezentralisierung redet.“ „Wir“, das ist eine eher kleine Gruppe von Personen, die aus der psychosozialen Versorgung und ambulanten Pflegediensten kommen und die sich zum Verein „Gesundheit und Ökologie“, dem Träger des Gesundheitsladens und des Gesundheitstages, zusammengeschlossen haben.

Als der bereits ein halbes Jahr nach dem Bremer Gesundheitstag auf dem bundesweiten Treffen der Gesundheitsladen seine Idee vortrug, muß es erstaunte Augen gegeben haben, hauptsächlich darüber, daß überhaupt Leute an einen neuen Gesundheitstag dachten, wie Karl-Heinz Rosenhövel meint. „Die meisten waren wohl noch damit beschäftigt, die Erfahrungen aus Bremen zu verarbeiten.“ Um aber das Projekt finanziell absichern zu können, mußte früh geplant werden. Während noch die Gesundheitsladen zögerten, meldeten die Kasseler 1984 vorsichtshalber schon einmal beim Land Hessen an. Immerhin 200 000 Mark pro Jahr bewilligte Wiesbaden für den Gesundheitstag.

Bedingung für die Bewilligung der Gelder war, daß der Verein „Gesundheit und Ökologie“ noch einmal den gleichen Betrag aufbringen muß, wobei ihm aber auch angerechnet wird, wenn ihm kostenlos Räume von der Universität bereitgestellt werden. Kein unrealistisches Unterfangen, meinen die Kasseler.

Politisch einordnen lassen wollen sich weder die Initiativgruppe noch die sieben Festangestellten. Rosa Wien-





# vor dem Sturm

heim, die mit Frauenthemen und Finanzen beauftragt ist, sieht ungefähr alles im Team vertreten, was sich als links von CDU und FDP begreift. Gruppenhickhack habe bei ihnen kaum Bedeutung, und wenn Positionskämpfe stattfänden, dann seien die eher an Themen orientiert.

Auffallend ist, daß nur eine der Sieben, die „Renommierärztin“ Barbara Griesing-Fellmann, aus einem Gesundheitsberuf im engeren Sinne kommt. Genau das war den Kasselern vorgeworfen worden. Susanna Nolden sieht das so: „Wir haben uns da an etwas herangewagt, das bestimmte Leute als ihr Privileg betrachteten, und die deshalb in ihrer Eitelkeit verletzt waren. Das Argument, es habe keinen Sinn, jetzt einen Gesundheitstag zu machen, erklärt sich aber auch aus Desillusionierung. Der Gesundheitstag in Bremen hat nicht das gebracht, was sich manche davon erhofft haben. Viele Gesundheitsläden befinden sich in einer Art Identitätskrise, die natürlich auch eng mit der gesamtgesellschaftlichen Situation zusammenhängt. Und da sind wir gekommen und haben gesagt: Wir machen das. Na ja, es steckte bei uns sicher auch eine ordentliche Portion Naivität dahinter.“

Naivität mögen Pessimisten immer dort vermuten, wo Personen Veränderungswillen äußern. Der kann keinem der Mitarbeiter in Kassel abgesprochen werden, im Gegenteil, alle sind hochmotiviert, auch ihr Privatleben quasi auf Null zu schalten, bis der Gesundheitstag vorbei ist. Susanna Nolden etwa kommt aus der Frauen- und Gewerkschaftsarbeit und hat in einer Initiative für ein Mütterzentrum in Kassel gearbeitet. Ihr Motiv, an der Vorbereitung des Gesundheitstages mitzuarbeiten: „Ich wollte die Fraueninitiativen motivieren, an die Öffentlichkeit zu gehen. Die Diskussionen, die dort geführt werden, müssen nach außen gelangen. Wir brauchen neue Foren der Auseinanderset-

zung.“ Für Karl-Heinz Rosenhövel soll der Gesundheitstag „Tankstelle für Solidarität“ werden: „Gerade für die, die im Krankenhaus arbeiten, ist der Gesundheitstag besonders wichtig. Der Druck etwa für die Krankenpflege ist enorm hoch, und es gibt fast keine Gelegenheit, neue Anstöße zu diskutieren. Der Gesundheitstag kann da ein wichtiger Stabilisator sein, damit die Leute überhaupt weiter arbeiten und Veränderungen mittragen können.“

Daß auf dem Gesundheitstag nicht nur Themen aus der Gesundheitspolitik im engeren Sinne angesagt sind, versteht sich auf diesem Hintergrund von selbst. Im Gesundheitsladen wird das so gesehen: „Gesundheit ist nur erreichbar durch gesellschaftspolitische Kämpfe, und die finden auf verschiedenen Ebenen statt. Durch eine Strukturreform im Gesundheitswesen kann man Gesundheit nicht durchsetzen, auch nicht durch eine Verbesserung der Krankenhausversorgung. Da muß eine andere Umweltpolitik her, eine andere Frauenpolitik.“

Den Gesundheitstag politisch zu machen, ist erklärtes Ziel der Kasseler. „Knallhart“ sei man bei der Programmgestaltung vorgegangen. Alle Veranstaltungen, die nicht in das Konzept der sechs großen Diskussionsforen hineingepaßt hätten, habe man in ein Rahmenprogramm gesteckt. Um die Erfahrungen von Bremen nicht noch einmal machen zu müssen, daß gerade die weniger politischen Veranstaltungen die meistbesuchten waren, haben die Kasseler dieses Rahmenprogramm zeitlich so gelegt, daß die Besucher ab elf Uhr in die Diskussionsforen gehen können. Rosenhövel meint, daß der Gesundheitstag deutlich an der Frage der Krankheitsursachen ansetze, und das mache bereits klar: Es geht um Politik, wenn von Gesundheit die Rede ist. „Die Müsli- und Seelenmassage-Veranstaltungen jedenfalls sind raus aus dem eigentlichen Programm.“

Was dann aber solche merkwürdig betitelten Veranstaltungen wie die zu „Männlichkeit und positiver Identität“ (nur für Männer) sollen, wo man „mit Körperübungen, evtl. Rollenspielen, inneren und äußeren Bildern, auch (!) kritischer Reflexion weiterforschen“ will, bleibt da im dunkeln.

Überhaupt scheint es den Frauen im Siebenerteam, obwohl sie dort die Mehrheit haben, nicht ganz gelungen zu sein, sich durchzusetzen. Wie wäre es sonst zu erklären, daß im Programm Veranstaltungen wie „Verhütung: Nur Frust beim Vögeln?“ (nur für Männer) angekündigt sind. Man kann schon fast riechen, wofür da ein Schutzraum vor Frauen gesucht wird. Wer von vornherein weiß, daß auch auf dem Gesundheitstag ein großer Teil der Diskussionen tatsächlich „nur für Männer“ ist, ohne daß Frauen explizit ausgeschlossen werden, dürfte bei so etwas nicht mitspielen.

Trotzdem verspricht der Gesundheitstag hochinteressant zu werden, denn es ist den Kasselern gelungen, jede Menge hochkarätiger Referenten zu gewinnen und Strukturen zu finden, die nicht nur Konsumentenhaltung auf ihre Kosten kommen läßt. Zum Thema „Aids als Vehikel zu der ‚Neuen Moral‘“ etwa diskutieren einleitend die Sexualwissenschaftler Volkmars Sigusch und Martin Dannecker, Christa Brunschwicker von der Deutschen Aidshilfe und Rolf Rosenbrock. Mehrere Spezialthemen wie „Zur Problematik des Safer Sex“ werden dann in Arbeitsgruppen weiterdiskutiert und die Ergebnisse in einer Abschlußrunde zusammenggetragen.

Ähnliche „Knüller“ lassen sich in jedem der sechs Foren finden, seien sie nun aus dem Bereich der Medizinsoziologie, der Psychiatrie, der ärztlichen Standespolitik, der Diskussion um die Selbstverwaltungen oder der Umweltpolitik. Also, auf nach Kassel. □



# **Zehn Franken pro Gramm**

**Handel mit sogenanntem  
„Curettageabfall“ scheint gang  
und gäbe zu sein. In der Schweiz  
wollte es ein Arzt genau wissen.**

Donnerstagabend, 19. Februar 1987 in einer Sendung des Schweizer Fernsehens namens „Schirmbild“: Der 26jährige Basler Arzt Samuel Stutz demonstriert, wie einfach es auch in der Schweiz ist, abgetriebene Embryos zu kaufen. Als angeblicher Vertreter einer Kosmetikfirma fragt er bei Basler Frauenärzten an, ob er „Abortmaterial“ kaufen könne. Einzig bei der Frauenpraxis „Paradies“ in Binningen (Vorort von Basel) erhält er sofort eine klare und entschiedene Absage. Für 500 Franken kann er schließlich bei einem „renommierten“ Basler Gynäkologen, dessen Name in der Sendung nicht genannt wird, 50 Gramm Embryo-„Material“ erstehen.

Auf den Handel mit Embryonen hatten in der Vergangenheit vor allem strikte Abtreibungsgegner aufmerksam gemacht. In der Bundesrepublik Deutschland ist vor allem Roland Rösler zu nennen, von Beruf Bundeswehrleutnant und seit 1977 auch CDU-Landtagsabgeordneter. „Es gibt Indizien und Beweise, daß Handel mit Embryos in manchen Ländern gängig und bereits sehr entwickelt ist“, erklärte er 1985 dem „Konkret“-Mitarbeiter Alexander Geringer aus Wien, der damals – wie Stutz jetzt für Basel – für Wien zeigen konnte, daß es kein Problem ist, „Curettageabfall“ einzukaufen.

Einige Beispiele aus den letzten Jahren: Im März 1981 finden französische Zöllner bei einer Routinekontrolle in einem Kühltransporter menschliche Embryos, die als Geburtsabfälle deklariert sind. Ziel der Fracht aus Rumä-

Alex Schwank  
ist Allgemein-  
arzt in Basel



nien sind französische Kosmetikerhersteller. In den späten 70er Jahren benutzt die US-Army als Versuchsmaterial für die Entwicklung bakteriologischer Waffen menschliche Embryonen. Herkunft Südkorea. Preis 25 US-Dollar. Totalverbrauch innerhalb von sechs Jahren: 4000 Embryonen.

Am 9. Mai 1984 wirbt eine Kosmetikfirma in der Zeitung „Le Quotidien de Paris“ für das Produkt „L’Helichrysum“, das aus menschlichen Embryonen gewonnen wird. „Helichrysum“ soll die Rückfeuchtung der im Sommer stark beanspruchten Haut garantieren. Alexander Geringer stößt 1985 bei seinen Recherchen in Österreich auch auf die Firma Szabos, welche in Österreich die in 120 Ländern tätigen „Flow Laboratories“ vertritt. Im Firmenkatalog werden embryonale Zelllinien angeboten: Nieren, Hypophysen etc. „Flow Lab verfügt über das weltweit größte Programm kommerziell erhältlicher Zellkulturen“, ist im Katalog zu lesen. A. Geringer kann auch eine der Quellen dieser Zelllinien ausfindig machen: Zwischen November 1975 und Juli 1976 werden 433 Tiefkühlbehälter von Südkorea durch die Japan Airline in die USA geflogen. Inhalt der Fracht: abgetriebene Embryonen. Ziel: Flow Laboratories Inc. Rockville, USA.

Dr. Bachmeier, Forschungsleiter für Zellkulturen der Sandoz Austria, erklärt Geringer 1985: „Humanföten fallen – aus welchen Gründen auch immer – sowieso an. Somit ist das eine leicht zugängliche Quelle.“

In der „Schirmbild“-Sendung wird von einem Juristen darauf hingewiesen, daß der Basler Frauenarzt durch den Verkauf von Embryo-„Material“ keine Schweizer Gesetze verletzt, sondern gegen die „ärztliche Ethik“ verstoßen habe. Die „Beobachter-Initiative“ will solchen Mißbräuchen auf Verfassungsebene einen klaren Riegel vorschreiben: „Namentlich ist untersagt . . . , Keime, deren Entwicklung abgebrochen worden ist, zu verarbeiten, oder Erzeugnisse, die aus solchen Keimen hergestellt worden sind, zu verkaufen.“

„Für die Anhängerinnen einer Liberalisierung des Schwangerschaftsabbruches war es besonders bedrückend, daß sich die ‚Recht-auf-Leben‘-Verfechter als alleinige Beschützer jeglichen ungeborenen Lebens hinstellten und nur allzulebhaft die vielen ‚bedrohten Embryonen‘ unter ihre Schirmherrschaft stellten . . . Mit verfänglichen Slogans wie ‚Schützt das kleine wehrlose Wesen!‘ wird nämlich verschwiegen, unter welcher großen physischen, psychischen und sozialen Opfern dieser ‚Schutz‘ von der erwachsenen Frau, der Mutter, erlitten werden muß“ (Ursula Nakamura-Stoecklin, Krankenschwester, Verein für Frauenrechte Basel-Stadt, 10. 1. 1987.)

Gebärzwang, Zwangssterilisation, Zwang zum gesunden Kind und Embryonenhandel: Facetten des gleichen männlichen Reproduktionsdikates.

Alex Schwank

Der Artikel erschien zuerst in der Schweizerischen Zeitschrift „Soziale Medizin“, 4/87. Abdruck mit freundlicher Genehmigung der Redaktion.

## Ethische Grundlagen psychosozialen Tuns

Von Professor Achim Thom

**Prof. Achim Thom hielt das folgende Referat auf der Tagung „Voraussetzungen und Grundlagen gemeindenaher Psychiatrie“ im September 1986 in Mönchengladbach. Die Diskussion über Psychiatrie und Ethik wird auf dem 4. Gesundheitstag in Kassel fortgesetzt werden. Bei Redaktionsschluß hatten Achim Thom, Heiner Keupp und Erich Wulff ihre Teilnahme zugesagt.**

Die Art und Weise des Umgangs der Gesellschaft und der Psychiatrie mit psychisch Kranken läßt im Verlaufe der geschichtlichen Entwicklung und im Vergleich zwischen verschiedenartigen Kulturen erhebliche Unterschiede erkennen, wobei vor allem das Maß an erwiesenen Hilfeleistungen, die Würdigung der sozialen Bedeutung der relevanten Störungen des Erlebens und des Verhaltens, die Grade der Anwendung von Gewalt bei der Behandlung bzw. der Gewährung von Freiräumen für Andersartigkeit und die Kompetenzfestlegungen für Betreuungsaufgaben deutlich differieren. Unter den Faktoren, die diese unterschiedlichen Formen des Umgangs mit psychisch Kranken mitbestimmen, sind vor allem bedeutsam: der ökonomische Entwicklungsgrad der Gesellschaft; das Entwicklungsniveau der Heilkunde und der ihr zugehörigen Psychiatrie; die sozialen Mechanismen, die die innere Stabilität gesellschaftlicher Ordnungen einschließlich der Einordnung von sozial störendem Verhalten von Individuen regeln und die in einer Gesellschaft geltenden Vorstellungen über Lebensrechte und normative Ansprüche an die Individuen. Vor allem die letztgenannten Vorstellungen, die sowohl Erfordernisse der Funktionsfähigkeit zwischenmenschlicher Beziehungen in einem gegebenen sozialökonomischen Systemzusammenhang ausdrücken als auch Formen der Idealisierung von als wünschenswert und gut geltenden Erwartungen der Individuen darstellen; beinhalten unter anderem auch Wertbestimmungen, die aus Ausgangspunkte der Fixierung ethischer Prinzipien des Verhältnisses zu Menschen und zu sozial als bedeutsam angesehenen Gegebenheiten oder der Tätigkeiten dienen.

Die besonderen Bedingungen geschuldete Vorselektierung der Ethik zu einer philosophischen Wissenschaft der Begründung derartiger Prinzipien und der aus ihnen ableitbaren Normen für das Verhalten hat viel dazu beigetragen, den realen sozialen Hintergrund der Entstehung jener Wertbestimmungen aus dem Blick zu verlieren, die als Basisbedingungen für ethische Urteilsformen figurieren. Für unsere Überlegungen ist vor allem wichtig, daß ethische Prinzipien und moralische Normen in dem angedeuteten Zusammenhang ein spezifisches Mittel der Regelung des sozialen Verhaltens darstellen, ein Mittel, welches vor allem über die individuelle Aneignung von derartigen Wertgebungen und Normen als Beurteilungsmaßstäbe für das eigene Verhalten zur Wirksamkeit gelangt.

In diesem Sinne liefern ethische Prinzipien und moralische Normen, die sich speziell auf die Lebensrechte psychisch Kranker und das Verhalten ihnen gegenüber beziehen, auch Verhaltensorientierung

und Entscheidungshilfen für das Handeln in der Psychiatrie, und zwar vor allem in jenen Bereichen des professionellen Verhaltens, die durch Rechtsvorschriften oder durch technische Normen nicht eindeutig strukturiert werden, und für jene Entscheidungssituationen, in denen widerspruchsvolle Anforderungen vorliegen und die persönliche Entscheidung zur Lösung einer Konfliktsituation erzwingen. Dabei sind es vor allem und unter den derzeit gegebenen sozialen und wissenschaftlichen Entwicklungsbedingungen der Psychiatrie drei grundlegende Widersprüche, die einheitliche Verhaltensorientierungen erschweren und Konfliktsituationen vorverrufen, nämlich

- a) der Widerspruch, daß psychisch Kranke mit erheblichen Einschränkungen der Urteilsfähigkeit und der Entscheidungskompetenz als jeweils spezifischen Folgewirkungen ihres Krankseins als eigenständige Subjekte mit Persönlichkeitsrechten betrachtet werden sollen;
- b) der Widerspruch, daß für psychisch Kranke, denen ein für den gesamtgesellschaftlichen Lebenszusammenhang problematisches Risikoverhalten zugesprochen wird, die Sicherung erträglicher Lebensformen mit deren weitgehender sozialer Integration gefordert wird, und
- c) der Widerspruch, daß die subjektiven Reaktionen psychisch kranker Menschen und ebenso die jener, die mit ihnen im therapeutischen Prozeß andere Beziehungen eingehen, nur schwer nach objektiviervaren Regeln gestaltet werden können, das professionelle Verhalten jedoch weitgehend danach beurteilt wird, ob es den als Ausdruck der Wissenschaftlichkeit der Medizin geltenden Verfahrensweisen helfenden Handelns entspricht.

Solange ethische Überzeugungen und anerkannte moralische Normen überhaupt in dem angedeuteten breiten Feld von Entscheidungserfordernissen im Hinblick auf die Art und Weise des Verhältnisses zum psychisch Kranken eine verhaltensregulierende Funktion besitzen, sollte die Haupttrichtung ihrer Wirksamkeit vor allem darauf abzielen, humane Formen des Umgangs mit den Patienten zu fördern, mißbräuchliche Anwendungen der in der professionellen Kompetenz liegenden Macht weitgehend auszuschließen und therapiegünstige Beziehungen zwischen den Erkrankten und der sozialen Gemeinschaft zu prägen. Ethische Postulate, die eine solche Funktion persönlicher Verhaltensorientierung erfüllen sollen, müssen dabei möglichst klar und eindeutig als Forderungen formuliert werden, die die ihnen zugrundeliegenden Werturteile erkenntlich werden lassen und auch die fragwürdigen Folgen ihrer Nichtachtung deutlich ausweisen.

Von diesen Überlegungen ausgehend, wird im folgenden versucht, ethische Positionen zu einigen konfliktvollen Problembereichen der psychiatrischen Handlungs zu formulieren, wobei naturgemäß von Wertbestimmungen aus geurteilt wird, die in unserer Gesellschaft weitgehend Anerkennung finden. Ein Konsens innerhalb unserer Psychiatrie ist dazu in den letzten Jahren insofern erreicht worden, als diese Orientierungen mehrfach in wissenschaftlichen- und Weiterbildungsveranstaltungen beraten worden sind, in Publikationen zur Darstellung kamen und durchweg Zustimmung erlangen konnten. Dennoch handelt es sich um Positionen, die keine rechtliche Verbindlichkeit besitzen und als moralische Normen stets nur über die individuelle Akzeptierung zur Geltung gelangen können; diejenigen, an die sich diese Forderungen richten, sind weder von der eigenen Urteilsbildung über die für ihr Verhalten maßgeblichen Werte entlastet noch der Schwierigkeit enthoben, im konkreten Fall stets neu zu prüfen, welche moralische Qualifikation ihr Tun angesichts je spezifischer Bedingungen finden kann.

Die Vielfalt der ethisch relevanten Problemsituationen im Umgang mit psychisch Kranken und geistig Behinderten kann dabei nicht behandelt werden: die unumgängliche Auswahl zielt darauf ab, die häufigsten und besonders bedeutsam erscheinenden Konfliktbereiche zu erfassen. Obwohl im folgenden stets von Prinzipien und Normen die Rede ist, die der Psychiater zu bedenken hat, richtet sich der Anspruch an deren Beachtung an alle in der Psychiatrie Tätigen und auch an jene Menschen, die mit ihren Entscheidungen auch außerhalb der professionellen Behandlung auf die Lebensschicksale psychisch Kranker Einfluß nehmen. Die thesenhafte Charakteristik der Sachpositionen ist von der methodischen Intention bestimmt, durch apodiktische Bestimmungen das Wesentliche hervortreten zu lassen und den appellativen Inhalt der moralischen Normierung deutlich zum Ausdruck zu bringen.

**Erstens:** die prinzipielle moralische Verpflichtung der Psychiatrie zur Heilbehandlung, zur Rehabilitation und unter Umständen zur lebensbegleitenden Hilfeleistung bei psychisch Kranken und geistig Behinderten leitet sich aus der Zugehörigkeit dieser Personen zur menschlichen Gattung und sozialen Gemeinschaft her. Aus dieser sozialen Einordnung auch des vorübergehend oder dauernd beeinträchtigten Lebens ergeben sich die für diesen Personenkreis geltenden fundamentalen Rechte und Ansprüche auf den Schutz des Lebens und der Gesundheit, auf die Sicherstellung angemessener Lebensbedingungen und auf die Gewährung persönlicher und staatsbürgerlicher Rechte. Gesetzlich fixierte Einschränkungen der individuell bedeutsamen Entscheidungsspielräume sind deshalb nur soweit zulässig, als sie nachweisbar dem Schutz psychisch Kranker und geistig Behindeter dienen. Der Psychiater hat die oben genannten grundlegenden Lebensrechte seiner Patienten zu respektieren und darf Eingriffe in die Lebensformen der von ihm zu Betreuenden nur dann vornehmen, wenn sie Schutz- und Heilungsfunktionen erfüllen und den Patienten keinen Schaden zufügen.

Moralisch verboten sind dem Psychiater Handlungen und Verfahrensweisen, die den Patienten sozial diskriminieren, die ihn psychisch oder körperlich

**Achim Thom  
ist Leiter des  
Karl-Sudhoff-  
Instituts an der  
Karl-Marx-Uni-  
versität in  
Leipzig**

schädigen, die seine vorübergehende oder dauernde Unfreiheit zur Entscheidung gegen seine Interessen ausnutzen und die eine Mißachtung der Würde des Menschen darstellen.

**Zweitens:** Bei der sozialen Bewertung psychisch Kranker und geistig Behinderter ist davon auszugehen, daß deren Beeinträchtigungen Folgewirkungen der von ihnen nicht verschuldeten Krankheitsprozesse bzw. defizitären Entwicklungsmöglichkeiten darstellen. Für das Verhältnis des Psychiaters zu seinen Patienten gelten deshalb die gleichen ethischen Prinzipien, die im Bewahrungsauftrag der Medizin gegenüber dem menschlichen Leben und in weiteren historisch bewährten moralischen Handlungsgeboten der Medizin generell anerkannt sind. Oberstes moralisches Gebot ist deshalb auch in der Psychiatrie die Erhaltung des menschlichen Lebens und die Linderung von menschlichem Leid.

Moralisch verboten sind dem Psychiater die Anwendung lebensverkürzender Maßnahmen im Sinne der tradierten antihumanen „Euthanasie“-Forderungen, der Verzicht auf Betreuungs- und Hilfeleistungen bei unheilbar Kranken oder schwer geistig Behinderten und der Ausschuß von Patienten aus der erforderlichen Behandlung auf Grund sozialer Abwertungen aller nur dankbaren Art.

**Drittens:** Die von der Psychiatrie zu betreuenden Kranken und Behinderten werden infolge mancher der durch sie hervorgerufenen Komplikationen in den sozialen Beziehungen und/oder wegen der Befremdlichkeit ihrer Lebensäußerungen in der Gesellschaft häufig als bedrohlich erlebt und sozial negativ bewertet. Obwohl die der sozialistischen Gesellschaft eigenen Wertmaßstäbe für menschliches Leben abweisende und diskriminierende Haltungen gegenüber psychisch Kranken und geistig Behinderten moralisch verbieten, sind die in der Öffentlichkeit wirksamen Einstellungen oft noch von psychologischen Vorurteilen geprägt, von überlebten Traditionen belastet und lassen unzureichende Kenntnisse der heute gegebenen therapeutischen Möglichkeiten und Rehabilitationschancen erkennen. Da diese Einstellungen die helfenden Wirkungsmöglichkeiten der Psychiatrie behindern und die sozialen Schicksale der psychiatrisch Behandelten ungünstig beeinflussen, gehört es zu den moralischen Pflichten, gegen falsche und abwertende Beurteilungen ihrer Patienten aufzutreten, Kommunikationsformen zu fördern, die Vorurteile abbauen helfen, und die gegenwärtigen Möglichkeiten der Therapie und Rehabilitation in der Öffentlichkeit bewußt zu machen.

Moralisch verboten ist es dem Psychiater, unberechtigte Ängste durch die Erwartung von regelhaft bleibenden „Defekten“ und gemeinschaftsgefährdendem Verhalten mit undurchdachten öffentlichen Stellungnahmen zu verfestigen und moralische Diskreditierungen von Patienten einfach hinzunehmen.

**Viertens:** Die komplizierten Erscheinungsformen psychischer Erkrankungen, die sehr unterschiedlichen Ausdrucksweisen geistiger Behinderungen, die Schwierigkeiten der Abgrenzung krankheitsbedingter von sonstigen Formen sozial auffälliger psychischer Reaktionen und Verhaltensweisen sowie die in vielen Fällen noch vorurteilsvollen und negativen Reaktionen der Öffentlichkeit auf psychiatrische Diagnosen legen den Psychiatern eine große Verantwortung für die diagnostische Urteilsbildung auf. Die moralische Verpflichtung des Psychiaters zum Schutz ihrer Patienten erfordert es deshalb, Diagnosen sorgfältig und unter Beachtung der Gesamtpersönlichkeit, ihrer Lebensgeschichte und ihrer sozialen Situation zu begründen; Prognosen nur auf der Grundlage ausreichend langer Verlaufsbeobachtung und nach angemessenen therapeutischen und rehabilitativen Aktivitäten zu formulieren und die un-

ter den gegebenen soziokulturellen Bedingungen in der Regel zu abwertenden und abweisenden sozialen Reaktionen führenden Diagnosen vertraulich zu behandeln.

Besondere Zurückhaltung ist bei der Verwendung von diagnostischen Begriffen zu üben, die in der Psychiatrie selbst noch umstritten sind oder Persönlichkeitsmerkmale bzw. Verhaltensformen betreffen, die auch ohne Bindung an ein Krankheitsgeschehen auftreten (z. B. betrifft dies die Begriffe der „Psychopathie“ und der „Perversion“). Moralisch verboten ist es dem Psychiater, Diagnosen vor schnell und nach unzureichender Beobachtung und Kommunikation mit dem Patienten zu formulieren; diagnostische Aussagen auf der Basis von Einschätzungen fachlich nicht kompetenter Personen oder Angehörigen von Patienten zu treffen; erfahrungsgemäß sozial negativ wirkende Diagnosen an nicht zur Verschwiegenheit verpflichtete Personen mitzuteilen und Gefälligkeitsgutachten über psychische Beeinträchtigungen auszustellen.

**Fünftens:** Die prinzipiell erforderliche Respektierung der Persönlichkeitsrechte auch des psychisch Kranken und des geistig Behinderten erfordert auch die Ermöglichung seiner verantwortlichen Mitbestimmung bei der Wahl und Realisierung diagnostischer, therapeutischer und rehabilitativer Eingriffe in seine Lebensformen. Über die diesbezüglichen Absichten und Vorschläge sollte der Patient durch den Psychiater soweit wie möglich und dessen Reflexionsvermögen entsprechend informiert werden, um seine Zustimmung zu erhalten. Dem Patienten ist das Recht einzuräumen, relevante Eingriffe zu verweigern, sofern keine zwingenden Erfordernisse für lebenserhaltende Maßnahmen einen Ausschuß dieses Mitbestimmungsrechtes ausnahmsweise rechtfertigen können. Die gleichen Prinzipien der Einholung des Einverständnisses des Patienten hat der Psychiater auf jeden Fall bei Eingriffen zu wahren, die Forschungsabsichten dienen und die ohnehin moralisch nur unter der Voraussetzung zulässig sind, daß den Patienten daraus kein Schaden erwächst.

Moralisch verboten ist es dem Psychiater, den Patienten gegen dessen Willen zu behandeln, sofern keine Indikation zur Lebenssicherung und Abwehr der Gefährdung anderer Menschen vorliegt; den Patienten durch Versprechungen oder Druck zu einer Zustimmung zur Behandlung zu veranlassen sowie die Lebensformen von Patienten zu beeinträchtigen, um wissenschaftliche Erkenntnisse zu gewinnen.

**Sechstens:** Obwohl es zu den grundlegenden Verpflichtungen des Psychiaters gehört, die Persönlichkeitsrechte seiner Patienten und deren Recht auf Mitbestimmung bei allen die Behandlung betreffenden Fragen zu respektieren, kann es unter bestimmten Umständen ethisch gerechtfertigt sein, derartige Rechte zu begrenzen und Behandlungen auch gegen den Willen der Betroffenen vorzunehmen. Zu diesen Umständen gehören vor allem jene, die zur nachweisbaren Selbstgefährdung oder zur Gefährdung anderer Menschen im Gefolge der Unfähigkeit zur rationalen Entscheidungsfindung oder sonstiger Formen von Hilflosigkeit führen. In diesen Fällen ist es gerechtfertigt, im Interesse des Patienten auch zeitweilig Zwangsmaßnahmen anzuwenden. Dies betrifft sowohl die Mittel, die die motorische Aktivität einschränken, als auch die Inanspruchnahme gesetzlich gegebener Möglichkeiten zur Einweisung in eine psychiatrische Institution. Der Psychiater hat die moralische Pflicht, derartige Zwangsmittel nur in begründeten Notfällen zu gebrauchen und die dadurch hervorgerufenen Beeinträchtigungen aufzuheben, sobald anders nicht beherrschbar gewesene Erregungszustände abgeklungen, Selbstgefährdungsrisiken weitgehend aus-

geschlossen und die Kommunikationsfähigkeit des Patienten wiederhergestellt ist.

Moralisch verboten ist es dem Psychiater, Zwangsmittel einzusetzen, die die Würde der Person verletzen oder schädigende Auswirkungen haben können; Zwangsmittel einzusetzen, ohne sich mit den Patienten ausreichend befaßt zu haben; Zwangsmittel einzusetzen, um „Ruhe“ und äußerliche Formen von Ordnung in psychiatrischen Einrichtungen zu sichern, Zwangsmittel einzusetzen, um Patienten zu bestrafen oder Zwangsmittel in der Behandlung auch dann zu nutzen, wenn der Patient kooperationsfähig ist.

Weitaus schwieriger als das Problem der Fixierung von Grenzen des Einsatzes von direkten Mitteln des Zwanges, die in der offenen Konfrontation zum momentanen Willen eines Patienten wirksam werden, sind die Probleme der Handhabung der in der professionellen Kompetenz der Psychiater liegenden Macht gegenüber den Patienten. Hierzu wären ebenfalls zu spezifizierende ethische Positionen und moralische Gebote erforderlich, die jedoch bislang in unseren Erwägungen noch keine hinreichend klare Fassung gefunden haben, da diese Macht der Therapeuten selbst sehr schwer zu kennzeichnen ist.

**Siebtens:** Der psychisch Kranke oder geistig behinderte Mensch hat in unserer Gesellschaft einen fundamentalen Anspruch darauf, die erforderliche Unterstützung für eine seinen Möglichkeiten entsprechende Eingliederung in die soziale Gemeinschaft zu erhalten. Es ist deshalb die moralische Pflicht des Psychiater, für ihre Patienten alle Möglichkeiten und Methoden der Rehabilitation zu nutzen, um diesen Anspruch zu verwirklichen, Rehabilitative Bemühungen müssen sich dabei an den Grundbedürfnissen der Patienten orientieren und neben der Ermöglichung einer sinnvollen Arbeit auch angemessene Bedingungen des Wohnens, der Freizeitgestaltung und der sozialen Kommunikation anstreben. Hinsichtlich der Teilnahme von Patienten am Leben politischer und kultureller Vereinigungen sollte nicht von der nosologischen Diagnose, sondern von der real existierenden sozialen Kompetenz aus geurteilt und ein Maximum an Betätigungsmöglichkeiten gesichert werden.

Moralisch verboten ist es dem Psychiater, zuzulassen, daß die Arbeitsmöglichkeiten seiner Patienten für private Zwecke andorog ausgenutzt werden, daß seine Patienten unter dem Deckmantel der Rehabilitation unzumutbare Arbeiten verrichten müssen, daß Partnerschaften leichtfertig zerstört und daß die Rechte seiner Patienten auf eigenständige Lebensformen ohne zwingende medizinische Gründe unzulässig eingeschränkt werden.

**Achtens:** In ihrem Selbstverständnis ist die Psychiatrie eine medizinische Disziplin, deren wichtigste Aufgabe die Heilbehandlung Kranker, die Fürsorge für Behinderte und die Leidensmilderung bei Personen mit erheblich beeinträchtigten Lebensmöglichkeiten ist. Die Schwierigkeit genauer Abgrenzungen des Krankseins und der Behinderung von sonstigen Fällen problematischen Verhaltens von Menschen in der sozialen Gemeinschaft und die fachliche Kompetenz des Psychiaters für das Verständnis konfliktvoller sozialer Beziehungen bedingen jedoch moralische Pflichten zur beratenden und helfenden Mitwirkung bei der Lösung von Lebensproblemen, die sich aus Unzulänglichkeiten der Individuen und sozialer Gemeinschaften auch ohne Bindung an Krankheiten ergeben können. Diese Pflicht betrifft beispielsweise die Mitwirkung bei der angemessenen Betreuung straffällig gewordener Bürger oder auch bei der sozialen Regelung von Beziehungsproblemen gegenüber Menschen mit als abweichend angesehenen sexuellen Bedürfnissen und



Neigungen, wobei diese Mitwirkung sowohl die individuelle Beratung als auch die beratende Unterstützung sozialer Institutionen und Organisationen betreffen kann.

Moralisch verboten ist es dem Psychiater jedoch, soziale Problemfälle zu Erscheinungsformen psychischer Erkrankungen zu erklären und der Therapiekompetenz der Psychiatrie zuzuordnen; hilfesuchende Menschen ohne Rat und Unterstützung abzuweisen und Beratungssuchen gesellschaftlicher Gremien einfach auszuweichen.

Mit den dargestellten Positionen, die hinsichtlich ihrer Begründungen und der Präzision der normativen Aussagen sicher ständig weiter zu bedenken sind, ist nur ein Teil jener Probleme berührt worden, die im psychiatrischen Handeln auch eine spezifische ethische Relevanz besitzen – noch gar nicht eingegangen wurde beispielsweise auf solche Themen wie die Abschätzung von Risiken einsetzbarer Behandlungsmethoden, die gutachterlichen Verpflichtungen des Psychiaters, die Probleme der Kollegialität innerhalb der Profession und die nicht unwichtigen moralischen Pflichten zur ständigen Fortbildung und kritischen Auseinandersetzung mit jeweils neuen Angeboten zur Erweiterung des Spektrums der Heilbehandlung.

Die Hoffnung darauf, die heute noch existierenden Unzulänglichkeiten des sozialen und des speziell professionellen Umgangs der Psychiatrie mit psychisch Kranken und geistig Behinderten vorrangig durch die Verkündung moralischer Appelle beseiti-

gen zu können, wäre sicher illusionär, zumal für viele der hier vorgeschlagenen Gebote und Verbote die sie jeweils begründenden Annahmen umstritten bleiben werden. Dennoch sollte bei allen Erwägungen über die einzuschlagenden Wege zu einer weiteren Humanisierung der Praxis der Psychiatrie nicht vergessen werden, daß Psychiater notwendig ethische Überzeugungen besitzen und daß in ihrem Verhältnis zu ihren Patienten auch moralische Normen eine Rolle spielen. Um diese Momente des faktisch Wirksamen für eine progressive Entwicklung nutzen zu können, muß es der systematischen kritischen Reflexion unterworfen werden, die am ehesten gefördert werden kann, wenn relevante ethische Postulate bzw. Normative definiert und in dieser Form in die fachwissenschaftliche Diskussion eingebracht werden.

Sofern es gegenwärtig in der Psychiatrie auch und vor allem mit darum geht, wirksame Formen einer gemeindenahen und die sozialen Existenzbedingungen psychisch Kranker und geistig Behinderter verbessernde Versorgungsstrukturen zu entwickeln, geht es nicht mehr allein um ethische Einstellungen und moralische Normen für die Profession, sondern auch um solche, die die Haltungen der sozialen Gemeinschaften beeinflussen und die deshalb für das Verhältnis zum psychisch Kranken generell gelten sollten. Für die wichtigen Bereiche der sogenannten „Öffentlichkeitsarbeit“ und die Ausbildung in psycho-sozialen Berufen sollten deshalb weitere intensive Bemühungen um die Klärstellung ethischer Dimensionen des Handelns unternommen werden. □

Kömer, U.; R. Löther u. A. Thom: Sozialistischer Humanismus und geschädigtes Leben. in: Presber, W. und R. Löther (Hrsg.): Sozialistischer Humanismus und Betreuung Geschädigter. VEB G. Fischer, Jena 1981, S. 11–33.  
Luther, E. (Hrsg.): Ethik in der Medizin. VEB Verlag Volk und Gesundheit, Berlin 1986.  
Späte, H. F.; A. Thom: Ethische Prinzipien und moralische Normen des psychiatrischen Handelns in der sozialistischen Gesellschaft. Psychiat. Neurol. med. Psychol. 36 (1984) 385–394.  
Späte, H. F.; A. Thom: Ethische Aspekte in der Betreuung chronisch Kranker. Z. ärztl. Fortbild. 78 (1984) 471–474.  
Späte, H. F.; A. Thom: Die Verantwortung der sozialistischen Gesellschaft für ihre geistig schwer behinderten Mitglieder. in: Kömer, U., K. Seidel und A. Thom (Hrsg.): Grenzsituationen ärztlichen Handelns. VEB G. Fischer, Jena 1985, S. 153–166 (3. Aufl.).  
Thom, A.: Ethische Aspekte des Therapeut-Patient-Verhältnisses in der Psychotherapie. Psychiat. Neurol. med. Psychol. 33 (1981) 76–80.  
Thom, A.; E. Peper: Ethische Werte und moralische Normen psycho-therapeutischen Erkennens und Handelns. in: Katzenstein, A. und A. Thom (Hrsg.): Ausgewählte psychotherapeutische Aspekte psychotherapeutischen Erkennens und Handelns. VEB G. Fischer, Jena 1981, S. 228–244.

Das Referat erschien in der Bundesrepublik zuerst in: Sozialpsychiatrische Informationen 4/86, Bonn, Psychiatrie Verlag. Nachdruck mit freundlicher Genehmigung des Verlags.

# Erklärung von Hawaii / II

**In der Erklärung von Hawaii wurden 1978 vom Weltverband für Psychiatrie ethische Grundsätze für psychiatrisches Handeln aufgestellt. Später wurde diese Deklaration überarbeitet und von der Generalversammlung des Weltverbandes für Psychiatrie am 10. Juli 1983 als „Erklärung von Hawaii / II“ verabschiedet.**

Bereits in den frühen Stadien vieler Kulturen war die zentrale Bedeutung ethischer Aspekte in der Heilkunst bekannt. Die in der heutigen Gesellschaft konfliktträchtigen Bindungen und Erwartungen von Ärzten wie von Patienten, die empfindliche Eigenart des Arzt-Patient-Verhältnisses, bestätigen aus der Sicht des Weltverbandes für Psychiatrie die besondere Bedeutung hoher ethischer Wortmaßstäbe für alle in Wissenschaft und Praxis der Psychiatrie als einem medizinischen Fachgebiet tätigen Ärzte. Diese Richtlinien wollen eine möglichst weitgehende Annäherung an solche Wertmaßstäbe fördern sowie dem Mißbrauch psychiatrischer Konzepte, Kenntnisse und Fertigkeiten vorbeugen.

Als Arzt wie als Staatsbürger hat der Psychiater die besonderen ethischen Implikationen seines Fachgebietes ebenso zu berücksichtigen wie die moralische Verpflichtung des ärztlichen Auftrages im allgemeinen und die für jedermann verbindliche Verantwortung gegenüber der Gemeinschaft.

Obwohl ethisches Verhalten auf klaren Vorstellungen und selbständiger Meinungsbildung des einzelnen Psychiaters beruht, bedarf es schriftlich fixierter Leitlinien zur Klärstellung der ethischen Implikationen, die berufstypisch sind.

Die Generalversammlung des Weltverbandes für Psychiatrie hat deshalb die folgenden Richtlinien für ethisches Verhalten des Psychiaters beschlossen. Dabei waren die großen Unterschiede der kulturel-

len Voraussetzungen, der rechtlichen, sozialen und ökonomischen Bedingungen in den verschiedenen Ländern dieser Welt zu beachten. Es sollte richtig verstanden werden, daß der Weltverband für Psychiatrie diese Richtlinien als einen Minimalkatalog ethischer Verhaltensregeln für die Berufsausübung des Psychiaters betrachtet.

1. Aufgabe der Psychiatrie ist die Behandlung seelischer Krankheiten und die Pflege seelischer Gesundheit. Der Psychiater soll in Übereinstimmung mit den anerkannten Prinzipien seiner Wissenschaft und der ärztlichen Ethik nach bestem Wissen und Können den Interessen seiner Patienten dienen. Das allgemeine Wohl und eine angemessene Verteilung der für die Gesundheitspflege verfügbaren Mittel soll er dabei berücksichtigen. Zur Erfüllung dieser Aufgaben bedarf es kontinuierlicher Forschung, konsequenter Aus-, Weiter- und Fortbildung aller an der psychiatrischen Versorgung beteiligten Berufsgruppen, und schließlich einer gezielten Öffentlichkeitsarbeit, die nicht zuletzt der Information des Patienten dient.

2. Jeder Psychiater soll dem Patienten die nach seiner Kenntnis beste der verfügbaren Behandlungsmöglichkeiten anbieten. Die Behandlung ist mit Sorgfalt und unter Beachtung der Würde des Menschen durchzuführen. Der für die Behandlung durch andere Personen verantwortliche Psychiater hat auch für eine qualifizierte Ausbildung und eine angemessene Supervision dieser Personen Sorge

zu tragen. Wann immer erforderlich, oder auf den begründeten Wunsch des Patienten, soll der Psychiater Rat und Unterstützung durch einen anderen Kollegen suchen.

3. Dem Psychiater ist an einer therapeutischen Beziehung gelegen, die auf gegenseitiger Übereinstimmung beruht. Zu ihrer Optimierung sind Zutrauen und Vertraulichkeit, Zusammenarbeit und Verantwortlichkeit auf beiden Seiten erforderlich. Mit bestimmten Patienten kann eine solche Beziehung nicht hergestellt werden. In einem solchen Fall ist ein Verwandter oder eine Person, die das Vertrauen des Patienten besitzt, einzuschalten. Das Verhältnis des Psychiaters zu einem Patienten, der – wie in der forensischen Psychiatrie – nicht zum Zwecke der Behandlung kommt, muß dem Betroffenen eingehend erklärt werden.

4. Der Psychiater soll den Patienten über die Eigenart seiner Erkrankung, über therapeutische Maßnahmen, einschließlich möglicher Alternativen, und über die Erfolgsaussichten informieren. Diese Aufklärung muß in rücksichtsvoller Form erfolgen und dem Patienten die Möglichkeit der Wahl zwischen geeigneten und verfügbaren Behandlungsmethoden geben.

5. Gegen den Willen oder ohne Zustimmung des Patienten sind keine ärztlichen Maßnahmen durchzuführen; es sei denn, der Patient verfügt nicht – infolge seiner psychischen Erkrankung – über die notwendige Urteilsfähigkeit, er vermag nicht zu erkennen, was in seinem wohlverstandenen eigenen Interesse erforderlich ist, was das Unterlassen der Behandlung durch Fortbestehen der erheblichen Beeinträchtigung für ihn selbst oder für andere bedeutet.

6. Sobald die Voraussetzungen für eine Zwangsbehandlung nicht mehr gegeben sind, ist der Patient zu entlassen. Zur Fortführung einer für notwendig

erachteten Behandlung auf freiwilliger Basis ist sein Einverständnis erforderlich. Der Psychiater soll den Patienten und/oder Verwandte oder Vertrauenspersonen über die Existenz von Beschwerdeinstanzen informieren, die für die Unterbringung als solche wie auch für damit zusammenhängende Beschwerden zuständig sind.

7. Der Psychiater darf niemals von seinen beruflichen Möglichkeiten Gebrauch machen, wenn dadurch die Menschenwürde oder die Grundrechte irgendeines Individuums oder einer Gruppe verletzt werden. Er sollte sein ärztliches Handeln niemals durch unangemessene persönliche Wünsche, Gefühle, Vorurteile oder Überzeugungen beeinflussen lassen. Sofern das Nichtvorhandensein einer psychischen Erkrankung festgestellt ist, darf der Psychiater seine fachspezifischen Fertigkeiten nicht einsetzen. Wenn vom Patienten oder von dritter Seite Maßnahmen verlangt werden, die gegen wissenschaftliche oder ethische Grundsätze verstoßen, muß der Psychiater seine Mitwirkung verweigern.

8. Was auch immer der Patient dem Psychiater mitteilt und anvertraut, was während der Untersuchung oder Behandlung aufgezeichnet wird, muß vertraulich bleiben. Es sei denn, der Patient entbindet den Psychiater von seiner Pflicht zur Verschwiegenheit, oder die Verpflichtung zur Abwendung eines ernsthaften Schadens vom Patienten oder von anderen Personen verlangt die Offenbarung des Geheimnisses. In diesen Fällen soll der Patient über den erforderlichen Bruch der Schweigepflicht informiert werden.

9. Die Vermehrung und die Verbreitung psychiatrischer Kenntnisse und Fertigkeiten verlangt die Beteiligung der Patienten. Zur Vorstellung eines Patienten im Unterricht bedarf es seines Einverständnisses, wenn möglich, auch für die Verwendung seiner Krankengeschichte im Rahmen einer wissenschaftlichen Veröffentlichung. Alle zweckmäßigen Vorkehrungen sind zu treffen, um die Würde und die Anonymität des Patienten zu wahren und sein persönliches Ansehen zu schützen.

Die Teilnahme eines Patienten an klinischen Forschungsprojekten muß freiwillig sein. Er hat Anspruch auf vollständige Aufklärung über Ziele, Verfahrenswesen, Risiken und Beschwerlichkeiten des Vorhabens. Stets muß ein vernünftiges Verhältnis zwischen den kalkulierbaren Risiken oder Belästigungen für den Patienten und dem mutmaßlichen Nutzen der Untersuchung bestehen. Alle Rechte eines Patienten müssen auch in der klinischen Forschung für jedermann garantiert sein.

Bei Kindern und anderen einwilligungsunfähigen Patienten bedarf es der Zustimmung des gesetzlichen Vertreters.

Jedem Patienten oder Probanden steht es jederzeit frei, ohne Angabe von Gründen die Fortführung jeder Form der freiwilligen Behandlung oder die weitere Beteiligung an einem Lehr- oder Forschungsprogramm abzulehnen. Die Verweigerung der Behandlung oder die Teilnahme an einem Lehr- oder Forschungsprogramm darf den Psychiater niemals in seinen Bemühungen, dem Patienten oder Probanden zu helfen, beeinflussen.

10. Der Psychiater sollte jedes therapeutische, jedes Lehr- oder Forschungsprogramm, das sich im Widerspruch zu den Prinzipien dieser Erklärung entwickelt, abbrechen.

Die autorisierte deutsche Übersetzung, vorgenommen von H. E. Ehrhardt, Marburg, wurde 1986 in Heft 57 der Zeitschrift „Der Nervenarzt“ des Springer-Verlags Heidelberg veröffentlicht. Wir drucken die Erklärung mit freundlicher Genehmigung des Verlages nach.

## Entwicklungshilfe für das Mutter-Kind-Zentrum in Gol Khana, Afghanistan



Der Informationskreis Afghanistan e.V. wurde im September 1982 u.a. von ehemaligen Entwicklungshelfern gegründet. Ziel des Vereins ist es:

1. die Öffentlichkeit über die Geschichte und die gesellschaftliche Entwicklung in Afghanistan wahrheitsgemäß zu informieren.
  2. kulturelle und wissenschaftliche Begegnungen zwischen den Menschen beider Länder zu fördern.
  3. materielle Hilfe im humanitären Bereich zu leisten.
- Der Verein verfolgt ausschließlich und unmittelbar gemeinnützige Zwecke.

Gol Khana – zu deutsch: Blumenhaus – ist ein kleines Dorf in

der Nähe der Hauptstadt Kabul. Stolz dieses Dorfes ist ein Mutter-Kind-Zentrum. Hier finden medizinische Betreuung, Untersuchungen, Familien- und Schwangerschaftsberatungen und Säuglingsbetreuung statt. Diese Basisgesundheitsdienste werden derzeit vom afghanischen Gesundheitsministerium im ganzen Land aufgebaut. Dringend benötigt Gol Khana Grundwasserpumpen – auch als Grundlage für eine gesicherte medizinische Versorgung. Zwei dieser Grundwasserpumpen, so hat sich der Informationskreis Afghanistan vorgenommen, sollen noch in diesem Jahr mit Spendenunterstützung aus der Bundesrepublik gekauft und installiert werden.



Informationskreis Afghanistan e.V.  
Postfach 1045 11, 2800 Bremen 1, Tel.: (04 21) 38 73 38  
Unser Spendenkonto: Informationskreis Afghanistan e.V.  
Stichwort: Projekt in Gol Khana  
Kontonummer 46, Kreissparkasse Varrel, BLZ 291 517 19

# Braune Brühe in Bad Breisig

„Wir schwören auf das braune Wasser des Geiersprudels“, werden in der „Rhein-Zeitung“ Badegäste zitiert, die es nicht lassen können. Seit Jahrzehnten hätten viele in diesem Wasser gebadet, es sogar getrunken. „Geschadet hat das doch bisher noch keinem. Im Gegenteil.“ Denn nicht nur in Lourdes passieren Wunder: Die „Rhein-Zeitung“ ist sich nicht zu schade, auch noch eine 79jährige Frau zu zitieren, die mit total steifen Händen nach Bad Breisig kam: „Das Wasser hat mir sehr schnell geholfen!“

Erstaunlich, denn der Arsengehalt der braunen Brühe übersteigt mit 0,3 Milligramm pro Liter (!) erheblich den für Trinkwasser geltenden Grenzwert von 0,04 Milligramm pro Liter, wie Dr. Mattausch, Leiter des zuständigen Gesundheitsamtes in Ahrweiler, in einer Stellungnahme vom 26. März dieses Jahres feststellen mußte. Doch damit nicht genug im Trüben gefischt: Die Chlorzugabe ist um das Zehnfache überhöht und eine ausreichende Durchmischung des Chlors nicht gewährleistet. Ein Rückstau von organischen Abfällen wie Fäkalabwässer ist nicht auszuschließen, heißt es in der Stellungnahme weiter.

Wird im gastronomischen Gewerbe gegen die Hygienevorschriften verstoßen, läßt die Schließung des Lokals meist nicht lange auf sich warten. Für das Städtische Thermalbad Geierbrunnen in Bad Breisig scheint dies allerdings nicht zu gelten. Denn bereits am 18. Dezember 1986 richtete das Gesundheitsamt Ahrweiler ein Schreiben an den Bad Breisiger Bürgermeister Hubert Busch (CDU), in dem es heißt: Abschließend müssen wir „unsere fachbehördliche Schließungsempfehlung auch Ihnen gegenüber nochmals wiederholen. Wir raten Ihnen dringend, das Thermalhallenbad Geierbrunnen erst dann für den öffentlichen Badebetrieb freizugeben, wenn diese Einrichtung dem Stand der Technik entsprechend saniert oder die vom Bundesgesundheitsamt und uns aufgezeigten Gesundheits- und Umweltgefahren nachweislich beseitigt sind.“

Bislang geht der Badebetrieb jedoch munter weiter. Bürgermeister Busch forsch gegenüber der Lokalpresse: „Ich bin nicht nach Bad Breisig gekommen, um Bäder zu schließen.“

Ähnlich forsch war man bereits bei den Umbaumaßnahmen vorgegangen, die nach der 1985 schon einmal erfolgten Schließung des Geierbrunnens zur Wiederinbetriebnahme notwendig geworden waren. Dr. Mattausch verweist in seiner Stellungnahme auf ein ge-

meinsam mit städtischen Stellen erarbeitetes Sanierungskonzept. Demnach hätten „wegen der vielfältigen Störungen und Belastungen . . . eine Enteisung und schadlose Beseitigung des anfallenden arsenhaltigen Eisenschlamm erfolgen“ sollen. Die Wiederinbetriebnahme am 31. Mai 1986 erfolgte ohne Enteisung und ohne Verständigung des Gesundheitsamtes. Dr. Mattausch: „Wir erfuhren von der Eröffnung nur durch Pressemitteilung.“

Im fröhlichen Klüngel mischte auch die Lokalpresse mit. Bürgermeister und „Rheinländer Busch“, wie die „Rhein-Zeitung“ schrieb, erhielt von ihr massive Rückendeckung. Das Bad sei für die Quellenstadt eine Lebensnotwendigkeit; eine Schließung für längere Zeit bringe einen erheblichen Image-Verlust mit sich, so die „Rhein-Zeitung“ am 13. Januar 1987. „Was Bad Breisig jetzt noch braucht, ist endlich eine Öffentlichkeit und eine Kommunalpolitik aller Parteien, die bereit sind, ein Provisorium als einen Schritt auf dem Weg zur Perfektion zu sehen und die den Narrenspruch beherzigen: „Mir lohse ohs net bang maache.“

Mit dem Slogan der Breisiger Karnevalsgesellschaft für die Fortführung des Badebetriebs zu werben, kann wohl kaum als bloße Schreibtischnarretei abgetan werden. Angesichts der Mängelliste des Gesundheitsamtes wird hier wohl rheinischer Frohsinn mit einem zynischen „Augen zu und durch!“ verwechselt. Auch Dr. Mattausch wurde deutlich: „Es geht nicht an, aus fiskalischen Gründen auch für eine Übergangszeit Heilung suchende chemischen und bakteriologischen Noxen auszusetzen. Der Anspruch des Heilung suchenden hat hier Vorrang vor den finanziellen Interessen einer Bade-stadt, die sich dem Wohl des Badegastes besonders verpflichtet fühlen sollte. Die Schließung des Bades bis zur Sanierung ist unbedingt erforderlich.“

Dem Fraktionsvorsitzenden der Grünen im Ahrweiler Kreistag, Rolf Kegel, wurde es trotz gegenteiliger Aufforderung des Zeitungskommentators angst und bange. Er erstattete Anzeige gegen Bürgermeister Busch wegen fortgesetzter vorsätzlicher Körperverletzung, wegen Verunreinigung von Gewässern sowie umweltgefährdender Abfallbeseitigung. Außerdem beantragte er beim Verwaltungsgericht Koblenz auf dem Wege einer einstweiligen Verfügung die Schließung des Geierbrunnens. Dies sei vom Gericht aus formaljuristischen Gründen abgelehnt worden, so Kegel gegenüber dg, in der Anzeige gegen den Bürgermeister werde zur Zeit noch ermittelt. □

**yn - Braun ist das Wasser des Thermalbades Geierbrunnen aufgrund des Eisengehalts. Wegen weiterer Zutaten will das Gesundheitsamt das Bad schließen lassen.**

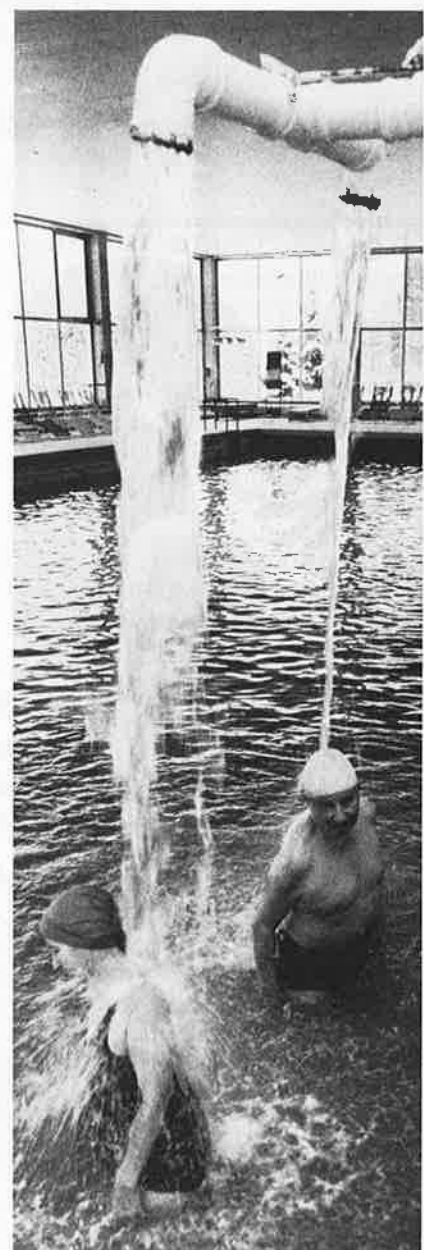


Foto: Vellrath

**Wilfried Kühle ist Geschäftsführer für den Bereich „Gesundheitswesen“ im Bezirk Nordrhein-Westfalen II der Gewerkschaft „Öffentliche Dienste, Transport und Verkehr“. dg-Redakteur Norbert Andersch sprach mit ihm über den Tarifabschluß der ÖTV und über die Regelung „Zwei freie Tage“.**

# Gewerkschaft im Zugzwang

**dg-Interview mit Wilfried Kühle**

**MIT UNS 35**

**ARBEITSZEIT VERKÜRZEN**



**dg:** Der Gehaltsabschluß von 3,4 Prozent bei der ÖTV ist von den Kolleginnen und Kollegen im Gesundheitswesen mit gemischten Gefühlen aufgenommen worden. Zumindest nach außen hat es keine größeren Auseinandersetzungen um den Tarifabschluß gegeben. Sind 3,4 Prozent wirklich alles, was die Gewerkschaft erreichen konnte?

**Kühle:** Nach dem, was in der Mitgliedschaft erkennbar war, war nicht mehr drin. Das ist auch durch die große Tariffkommission einhellig bestätigt worden. Ich denke außerdem an eine größere Veranstaltung für den Bereich „Gesundheitswesen“, wo hauptsächlich Pflegepersonal ansatzweise über Durchsetzungsmöglichkeiten in der Tarifaufeinandersetzung diskutiert hat. Wir wurden sehr eindeutig darauf hingewiesen, daß eine arbeitskampfähnliche Unterstützung von weitergehenden Tarifforderungen noch nicht möglich sei.

**dg:** Das steht aber in Widerspruch zu den Aussagen der letzten Gewerkschaftstage, nämlich daß die Kampfkraft der Gewerkschaft ÖTV nicht ausreichend ausgenutzt wurde.

**Kühle:** Ich sehe das nicht so, denn wir müssen von der Struktur der Mitgliedschaft her sehr fein die streikfähigen von den nicht-streikfähigen Bereichen unterscheiden. Im Gesundheitswesen haben wir nur ein sehr bedingtes Streikpotential, weil es so viele frei gemeinnützige Träger gibt. Es kämen nur 35 bis 40 Prozent der von einem Tarifabschluß Betroffenen für einen Streikeinsatz in Frage, da die unter kirchlicher und freier Trägerschaft Beschäftigten als Arbeitskämpfpotential nicht zur Verfügung stehen. Man muß aber noch weiter einschränken: Auch dort, wo ein Arbeitskampf möglich wäre, gibt es besonders beim Pflegepersonal keine hohe Streikbereitschaft. Wir müssen dort sicher noch sehr viel diskutieren, denn auch heute ist es ein gängiges Schlagwort, daß im Krankenhaus keine Arbeitskämpfe durchgeführt werden dürfen. Dieses Vorurteil, das eindeutig falsch ist, muß erst noch abgebaut werden. Sicher gibt es schon Anzeichen, daß sich diese Erkenntnis durchsetzt, aber eine hundertprozentige Arbeitskämpfbereitschaft kann man noch nicht erwarten.

**dg:** In Kliniken mit einem hohen Organisationsgrad ließen sich aber durchaus punktuelle Arbeitsniederlegungen organisieren. Das hätte zumindest einen solidaritätsfördernden und demonstrativen Effekt.

**Kühle:** Das könnte sinnvoll sein. Man kann das sicher durch Beispiele aus der jüngsten Vergangenheit unterstreichen. Ich denke da an die Auseinandersetzung um die Kürzung der Ausbildungsvergütung in der Krankenpflege, wo das punktuell in einigen Städten der Bundesrepublik so gemacht wurde.



Oder an die Auseinandersetzungen anlässlich der Kürzung der Eingangsvergütung, bei denen es in verschiedenen Krankenhäusern warnstreikähnliche Zusammenkünfte gegeben hat. Die Bereitschaft der Beschäftigten ist stark gewachsen und wird mit Sicherheit auch in der Zukunft verstärkt genutzt werden.

**dg:** Lassen Sie uns noch einmal zum ÖTV-Abschluß zurückgehen. Fürchten Sie nicht, daß dieser Abschluß die Forderungen der IG-Metall nach der 35-Stunden-Woche und einer fünfprozentigen Lohnerhöhung in der Öffentlichkeit als maßlos erscheinen läßt?

**Kühle:** Die Forderungen der IG Metall können keineswegs als maßlos bezeichnet werden. Sie und andere Gewerkschaften kämpfen eben schon in diesem Jahr um die Arbeitszeitverkürzung, was der Öffentliche Dienst erst 1988 vor sich hat. Eins der Hauptziele in den Tarifausschließungen aller Gewerkschaften des DGB war es in diesem Jahr, die Kaufkraft zu stärken, und das haben wir erreicht. Man muß auch sehen, daß in den letzten Jahren Tarifabschlüsse zu einer Arbeitszeitverkürzung verhindert wurden, so daß die Gewerkschaften jetzt in Zugzwang sind. Von Überziehung oder Maßlosigkeit kann also keine Rede sein. Der ÖTV wird auch der gleiche Vorwurf blühen, wenn sie 1988 Arbeitszeitverkürzungen und Lohn- und Gehaltsverbesserungen fordert.

**dg:** Etwas ketzerisch formuliert hat es im Zuständigkeitsbereich der ÖTV auf dem Schleichweg schon eine Abkehr von der 40-Stunden-Woche gegeben, wenn es sich auch nur um Minuten handelt. Die Einführung der zwei freien Tage im Öffentlichen Dienst hat zumindest in den Krankenhäusern zu allerlei Verwirrung geführt. Wie ist jetzt der Stand der Dinge?

**Kühle:** Wenn man die Regelung „Zwei freie Tage“ auf den Einstieg in die 35-Stunden-Woche bezieht, dann ist sie sicherlich problematisch. Trotzdem sind zwei freie Tage eine Verbesserung der Arbeitszeitsituation der Beschäftigten in den Krankenhäusern – unter der Voraussetzung, daß der Mehrbedarf an Personal, der sich daraus ergibt, in der Praxis auch gedeckt wird.

**dg:** Ist der Mehrbedarf in Nordrhein-Westfalen denn gedeckt worden?

**Kühle:** Man muß, wenn man realistisch ist, sagen, daß die Arbeitszeitverkürzung in den meisten Häusern nur zu einer Leistungsverdrängung für die Beschäftigten geführt hat. Nur in ganz begrenztem Umfang ist mehr Personal eingestellt worden.

**dg:** Hat es denn Initiativen der ÖTV auf lokaler Ebene gegeben, um Verbesserungen durchzusetzen?

**Kühle:** Verbesserungen sind vorrangig

durch die Arbeit der gesetzlichen Interessensvertretungen, sprich der Betriebsräte, der Personalaräte und Mitarbeitervertretungen zu erreichen. Deren eingeschränkte Möglichkeiten lassen natürlich auch nur bedingt Erfolge zu. Was allein die Zwei-Tage-Regelung angeht, sind mir keine Initiativen in Nordrhein-Westfalen bekannt. Aber in Zusammenhang mit den neuen Anhaltzahlen der Deutschen Krankenhausgesellschaft ist versucht worden, die Einstellung von mehr Personal durchzusetzen. Mit sind Beispiele aus Siegburg und Bielefeld bekannt.

**dg:** Wenn der Einstieg in die Arbeitszeitverkürzung sich für die Mitarbeiter so auswirkt, daß sie letztlich nur zu einer höheren Arbeitsintensität führt, dann könnte das doch eine negative Grundeinstellung des ohnehin gestreßten Krankenhauspersonals in der Frage Arbeitszeitverkürzung bewirken.

**Kühle:** Diese Gefahr ist unbestreitbar vorhanden. Das wird auch in vielen Diskussionen mit Beschäftigten in Krankenhäusern deutlich. Aber genau hier muß die gewerkschaftliche Arbeit der Vertrauensleute und der gesetzlichen Interessenvertreter ansetzen, denn wir kommen nicht daran vorbei, für mehr Personal zu kämpfen. Die ÖTV muß verdeutlichen, teilweise hat sie das auch schon getan, daß bei rund 87000 Beschäftigten in Nordrhein-Westfalen wegen der Zwei-Tage-Regelung grob gerechnet allein 730 Krankenschwestern und -pfleger eingestellt werden müßten. Bezogen auf alle Beschäftigten im Gesundheitswesen in diesem Bundesland wären 1200 Stellen neu zu besetzen. Das geht natürlich nur, wenn es entsprechende Initiativen in den jeweiligen Krankenhäusern gibt, wenn die Krankenhausleitung sich hinter diese Forderung stellt und sie in den Pflegesatzverhandlungen durchsetzt.

**dg:** Auf der Interhospital, der größten Krankenhausmesse der Welt, die jetzt in Düsseldorf stattfand, gab es ein fast unerträgliches Übergewicht von Kommerz und Krankenhausmanagement. Auch sämtliche konservativen Pflege- und Ärztenverbände waren dort vertreten. Wie erklären Sie, daß die ÖTV dort weder bei einer Podiumsdiskussion noch auf einem Stand noch sonst wo zu sehen war? Immerhin haben weit mehr als 100000 Beschäftigte im Gesundheitswesen diese Messe besucht.

**Kühle:** Aus gewerkschaftlicher Sicht ist es zunächst als skandalös zu bezeichnen, daß der Patient auf dieser Ausstellung überhaupt keine Rolle spielt. Zu Ihrer Frage: Auch mir ist die gewerkschaftliche Abstinenz auf solchen Messen und Ausstellungen unerklärlich. Wir in Nordrhein-Westfalen bemühen uns seit Jahren, eine bundesweite Vertretung dorthin zu bekommen. Bisher ist uns das nicht gelungen. In Zukunft wird es aber für die ÖTV unerlässlich sein, dort aufzutreten. Nicht nur, weil sich dort hervorragende Informations-

möglichkeiten bieten, sondern auch, weil ansonsten konkurrierende Verbände und Organisationen der ÖTV als Interessensvertretung der Beschäftigten im Gesundheitswesen den Rang ablaufen werden. Wenn es keine bundesweite Vertretung geben wird, dann wird die nordrhein-westfälische ÖTV eben dafür Sorge tragen. □



## „info-dienst“

Friedens- und Umweltpolitik sind zwei der wichtigsten Themen unserer Zeit. Immer mehr Menschen engagieren sich in der Ökologie- und Friedensbewegung, um Druck für eine neue Politik zu entwickeln. Der „info-dienst“ trägt Meinungen, Meldungen, Tips, Termine und Hintergrundberichte aus den Bewegungen zusammen und veröffentlicht sie in übersichtlicher Form. Der „info-dienst“ erscheint alle vier Wochen. BBU-Mitglieder erhalten ihn kostenlos, Nichtmitglieder können ihn für 25,- DM im Jahr abonnieren.

## Coupon

Hiermit bestelle ich ein kostenloses Exemplar des neuen „info-dienstes“

Name .....

Anschrift .....

Unterschrift .....

Bitte ausschneiden und einsenden an:

BBU-Verlag, Friedrich-Ebert-Allee 120, 5300 Bonn 1  
Bitte als Rückporto 0,80 DM in Briefmarken beilegen.

# Zwiespältig

## Manuelle Dokumentationssysteme

**Von Beschäftigten in der Krankenpflege seit Jahren gefordert, werden mittlerweile in fast allen Krankenhäusern Dokumentationssysteme eingeführt. Die Interessen von Schwestern und Pflegern dürften dabei kaum im Mittelpunkt stehen.**

Pflegeplanung und Pflegedokumentation sind in aller Munde. Es gibt kaum noch ein Krankenhaus, das hier nicht in letzter Zeit tätig wurde, beziehungsweise nun anfängt, damit zu arbeiten. So wird es wohl kurz über lang zur allgemeinen Einführung einer Pflegedokumentation in der Bundesrepublik kommen“, schreiben Ingo Schomburg und Reinhard Brodehl in der Zeitschrift „Die Schwester/Der Pfleger“ im September 1984. Sollte sich mittlerweile durchgesetzt haben, was die Beschäftigten in der Krankenpflege seit Jahren gefordert haben?

Die Forderung nach einem umfassenden Dokumentationssystem von seiten des Krankenpflegepersonals resultiert aus der Unzulänglichkeit der bis heute in vielen Krankenhäusern üblichen Fieberkurven, Visitenbüchern, Verordnungszetteln und anderem mehr. Unter diesen Bedingungen ist es für die Pflegekräfte nur mit einem immensen Zeitaufwand möglich, alle Informationen über einen Patienten zu erhalten. Hinzu kommt die Unsicherheit, die durch Mißverständnisse bei mündlichen Anordnungen entstehen kann.

In der Praxis hat sich gezeigt, daß viele dieser Fehler zu Lasten der Patienten gegangen sind. Gleichzeitig bestand und besteht für das Pflegepersonal eine große Rechtsunsicherheit: Undokumentierte Anweisungen können bei Komplikationen leicht als „nicht angeordnet“ dargestellt werden. Außerdem war es für die Beschäftigten in der Krankenpflege bislang kaum möglich, den Umfang ihrer Tätigkeiten nachzuweisen; dazu zählen nicht nur die originären Aufgaben der Krankenpflege, sondern auch die Übernahme berufsfremder Tätigkeiten wie Blutentnah-

men, Krankengymnastik, Labortätigkeiten, um nur einige zu nennen.

Verwunderlich ist es nur, daß der Forderung nach einer Pflegedokumentation gerade jetzt nachgegangen wird. Wirtschaftlichkeitsprüfungen sind an der Tagesordnung. Personalmangel führt zu Bettenschließungen. Wo allenthalben gespart werden muß, sind sich Kostenträger und Krankenhausleitungen auf einmal einig, teure Dokumentationssysteme einzuführen.

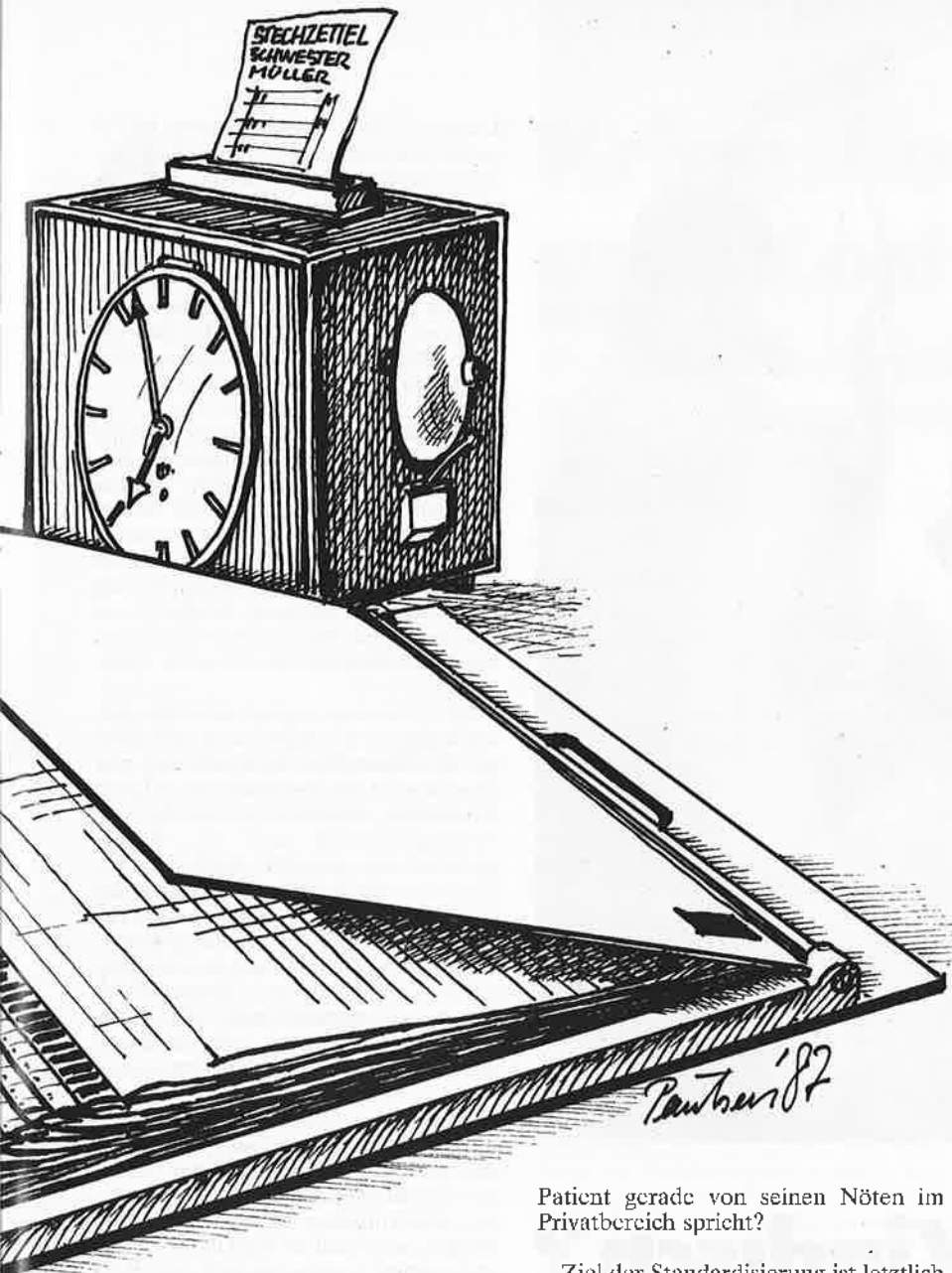
Vorsicht scheint geboten, auch wenn bei der Argumentation für die Einführung von Dokumentationssystemen mit den Interessen der Beschäftigten geworben wird. „Ist erst einmal Sinn und Zweck der Pflegeplanung und der Pflegedokumentation von den Mitarbeitern eingesehen worden“, schreiben Ingo Schomburg und Reinhard Brodehl,

„bedarf es nur noch eines kleinen Impulses, um zu erkennen, daß über Arbeitszeitstudien und Analysen die Pflegeintensität jedem anschaulich dargestellt werden kann. So kann auch das subjektive Unwohlsein der Mitarbeiter über angebliche Überbelastung objektivierbar gemacht werden.“

Was hier im Interesse des Pflegepersonals angepriesen wird, erweist sich später als Instrument, die Arbeitsleistung jedes einzelnen Mitarbeiters überprüfen zu können. Die Autoren weiter: „Durch das Eintragen der Minuten mit Handzeichen ließ sich am Schichtende immer die jeweilige Arbeitszeit des einzelnen ermitteln.“ Selbst wenn es Schomburg und Brodehl bloß um eine Darstellung der Arbeitsbelastung der Beschäftigten gegangen sein mag, um so eine Erhöhung der Stellenpläne zu erreichen, sollte allein



Gerd Person, der Autor des Artikels, arbeitet als Krankenpfleger in Hannover



schon die Möglichkeit der minutiösen Arbeitskontrolle Warnung genug sein.

Daß die Einführung manueller Dokumentationssysteme in engem Zusammenhang mit der Entwicklung elektronischer Datenverarbeitung für Krankenhäuser steht, geht auch aus einem Artikel Ilse Dore Zopfys in der Zeitschrift „Krankenpflege“ 1/84 hervor. „Nur durch die Pflegedokumentation“, heißt es da, „wird im Zeitalter des Computers Pflege erfassbar werden können und im Leistungskatalog des Krankenhauses erscheinen.“

Pflege im Zeitalter des Computers erfassbar zu machen, heißt aber nichts anderes, als sie zu standardisieren, in möglichst kleine Schritte aufzuteilen. In unserer Forderung nach einer Dokumentation war davon nicht die Rede. Wozu brauchen wir eine standardisierte Pflege, wozu die Einteilung in Pflegekategorien? Diese Kriterien können doch allenfalls zu einer Arbeitszeiterfassung führen, bei der die Pflegekräfte und die Patienten benachteiligt werden. Das persönliche Gespräch mit dem Patienten kann nicht Bestandteil der standardisierten Pflege sein, oder sollen wir auf die Uhr sehen, wenn ein

Patient gerade von seinen Nöten im Privatbereich spricht?

Ziel der Standardisierung ist letztlich eine optimale Arbeitssteuerung bloß im Sinne der Wirtschaftlichkeit, wie dies aus den Ausführungen R. Trills in „Krankenpflege“ 1/84 deutlich wird: „Der Pflegebedarf ist aufgrund unterschiedlicher Pflegeabhängigkeit (vom Pflegepersonal) abteilungsbezogen zu erheben und in der Personalanforderung auszuweisen. Aufgrund der Schwankungen, auch innerhalb einer Abteilung, sind Überlegungen im Hinblick auf flexibilitätserhöhende Maßnahmen notwendig.“ Unter solchen Maßnahmen versteht Trill unter anderem: ein Springersystem, die Einrichtung eines Pflegepools und die Anordnung von Überstunden.

Sollte eine Pflegedokumentation nicht andere Ziele verfolgen? Wir wollen unsere Arbeit zwar nachweisbar machen, aber uns nicht selbst wegrationalisieren. Eine Dokumentation sollte die Arbeit patientenbezogen erfassen. Das erhöht seine Sicherheit und auch die des Pflegepersonals, da Fehler bei der Weitergabe von Informationen vermieden werden. Sie ermöglicht eine detaillierte Dienstübergabe und nicht zuletzt eine Abgrenzung von berufsfernen Tätigkeiten.

Gerd Person

## Neue Hochschulschriften

Bernd Hontschik  
**Theorie und Praxis  
der Appendektomie**

Eine historische, psychosoziale und klinische Studie  
283 S., DM 40,- 3-7609-5232-1

Anhand von aus 500 Appendektomien gewonnenen Daten diskutiert das Buch das Problem unnötiger Operationen insbesondere bei Mädchen und jungen Frauen. Der Autor, selbst Chirurg, kommt zu dem Ergebnis, daß es eine „chronische“ Appendizitis klinisch nicht gibt, sondern daß hier biographisch-sexuelle Konflikte operativ statt menschlich angemessen gelöst werden sollen. Die psychosoziale Analyse macht nicht halt vorm Chirurgen selbst.

Urban Wiesing  
**Umweltschutz und  
Medizinalreform in  
Deutschland am Anfang des  
19. Jahrhunderts**

Ein Beitrag an Hand der Zeitschrift „Hygiea“ 1803 bis 1805  
133 S., DM 18,- 3-7609-5221-6

Über die Ansichten des bedeutenden Arztes Andreas Röschlaub zur öffentlichen und privaten Gesundheitspflege und die Frage ihrer Aktualität.

Reiner Maue  
**Die Psychologie der  
Seekrankheit**

Eine handlungstheoretische Analyse der ätiologischen Bedingungsfaktoren, die Phänomenologie und der Überwindungsprozeß der Seekrankheit.

234 S., DM 40,- 3-7609-5224-0

Ist die Seekrankheit eine Überreizung der Gleichgewichtsorgane, ist sie mit Medikamenten zu heilen? Der Autor, der selbst zur See fuhr, zeigt, daß es sich weniger um ein medizinisches als ein psychologisches Problem handelt, das entsprechend therapiert werden kann.

**Pahl-Rugenstein**

**Sparen in der Klinik geht auf Kosten der Beschäftigten und der Patienten. Das Pflegepersonal des Querschnitt-Zentrums weiß ein Lied davon zu singen.**



krankenkasse zurückgewiesen; er spricht darin von einer freiwilligen Verhandlungsbasis während der Gespräche. Auf einer Veranstaltung der ÖTV in Heidelberg wurde ein an den Verhandlungen beteiligter AOK-Vertreter deutlicher. Über eine Stellenreduzierung in dieser Abteilung sei überhaupt nicht gesprochen worden. Es handele sich offensichtlich um eine interne Sparmaßnahme des Unternehmens.

Die Beschäftigten jedenfalls wollen sich nicht mit den Erklärungen der Klinikverwaltung zufriedengeben. Sie befürchten, daß die Pflegequalität erheblich sinken und die Arbeitsbelastung weiter steigen wird. Dabei kommt es bereits jetzt durch die Überbelastung zu krankheitsbedingten Ausfällen, so daß die Arbeit von einem völlig unterbesetzten Team geleistet werden muß.

Mit Unterstützung der Gewerkschaften kämpfen die Schwestern und Pfleger des Querschnitt-Zentrums seit vier Monaten für die Besetzung der offenen Planstellen. Resolutionen an die Verwaltungsdirektion und die Pflegedienstleitung wurden verabschiedet, Briefe an die Arbeitnehmervertretung der AOK, die Gemeinderäte sowie an die Aufsichtsräte der Klinik gerichtet. Ungefähr 80 Beschäftigte demonstrieren vor der Klinik und fordern das Verantwortungsbewußtsein ihrer Arbeitgeber gegenüber Arbeitnehmern und den zu versorgenden Patienten ein.

Foto: Rose

Ein kleiner Teilerfolg konnte erzielt werden: Die Pflegedienstleitung sprach sich nach langem Drängen der Stationen für die Besetzung der Stellen aus. Mit dem Vorgehen der Schwestern und Pfleger, sich auch an die Öffentlichkeit zu wenden, konnte sie sich allerdings nicht anfreunden. Nach ihren Vorstellungen sollte statt dessen mit Hilfe einer Dokumentation der geleisteten Arbeit die Verwaltung in Verhandlungen mit der AOK unterstützt werden. Der Arbeitgeber, der die Aktionen der Beschäftigten für kindisch und emotional hält, reagierte ebenfalls: Zwei Personalratsmitglieder, die an der Demonstration teilgenommen haben, sollen abgemahnt werden.

Unterdessen hat sich am Querschnitt-Zentrum eine Arbeitsgruppe gebildet, die weitere Maßnahmen plant, um die Stellenbesetzung durchzusetzen. Denn wenn jetzt nicht gehandelt werde, erklären Beschäftigte des Zentrums, verschlechterte sich durch Kostendämpfungsmaßnahmen die Situation des Pflegepersonals, der Handwerker und der Küchen- und Reinigungskräfte noch weiter.

*Verena Leitner*

## Kindisch ?

### Stellenbesetzung in Heidelberg gefordert

Über mangelnde Arbeit können sich die Krankenschwestern und -pfleger des Querschnitt-Zentrums der Stiftung Orthopädische Universitätsklinik in Heidelberg nicht beklagen. Begleiterkrankungen frischverletzter Querschnittsgelähmter wie Schädelhirn- und Bauchtraumen sowie Pneumothorax treten häufiger auf. Die Zahl der Tetraplegiker, die durch eine Schädigung im Halswirbelsäulenbereich an allen vier Extremitäten gelähmt sind, ist in den letzten Jahren angestiegen.

Neben umfassender körperlicher Grundpflege, die bei den hochgelähmten Patienten vollständig übernommen werden muß, und der zeit- und kraftaufwendigen psychischen Betreuung, liegt die Hauptaufgabe der Schwestern und Pfleger in der Rehabilitationspflege. Durch ein patientenorientiert arbeitendes Rehabilitationsteam wird es häufig überhaupt erst möglich, daß ein Patient, der bis zu einem halben Jahr in der Klinik verbringt, ein Stück Lebensqualität wiedererlangen kann.

Ob dies in Zukunft noch möglich sein wird, erscheint fraglich. Denn im November vergangenen Jahres wurde von der Klinikverwaltung die Nichtbesetzung von fünf bis sechs Planstellen im Pflegebereich der Abteilung angekündigt. Die Verwaltungsdirektion begründet dies damit, daß die durchschnittliche Bettenbelegung, die Ende der siebziger Jahre 110 Prozent betrug, im Jahr 1986 auf 96 Prozent gesunken sei. Zwei Jahre früher war allerdings nicht an eine Stellenkürzung gedacht worden, obwohl die durchschnittliche Bettenbelegung damals mit 94 Prozent niedriger lag.

Auch ein weiterer Schuldiger war von der Verwaltung schnell ausgemacht: die Krankenkassen. Gegenüber den Beschäftigten erklärte der Verwaltungsdirektor auf einer Teilpersonalversammlung die Nichtbesetzung mit der „Erpressung“ durch die Krankenkassen bei den Budgetverhandlungen. In einer Stellungnahme wurde dies vom Geschäftsführer der Allgemeinen Orts-

**Verena Leitner arbeitet als Krankenschwester in einer süddeutschen Klinik**

Die im Artikel von Verena Leitner beschriebenen Vorgänge sind sicher kein Einzelfall. Wir würden uns über weitere Berichte freuen, um so einen Erfahrungsaustausch zu ermöglichen, der eine Hilfestellung für betroffene Beschäftigte sein kann.

*Die Red.*



**A**ls Anfang 1987 der Landtag von Baden-Württemberg sein neues Katastrophenschutzgesetz verabschiedete, lag er voll im Trend der bundesdeutschen Zivilschutzplanung. Immerhin werden nun auch die Ärztekammern in die Verteidigungsplanung eingespannt. Ihre Aufgabe ist es, den Katastrophenschutzbehörden vor allem niedergelassene Ärzte zu melden, die im Verteidigungs- und Katastrophenfall mitmachen sollen. Wenn der Bedarf auf freiwilliger Basis nicht gedeckt werden kann, sind Zwangsverpflichtungen vorgesehen.

Derartige Regelungen sind auch wesentliches Ziel der Rahmenrichtlinien der Bundesregierung zur Gesamtverteidigung aus dem Jahr 1986, die in den letzten Wochen bekannt geworden sind. Das Gesundheitswesen müsse demnach „auch den Anforderungen eines Massennunfalles rechtzeitig Rechnung“ tragen können. Ein Bundesgesetz soll zwingend den Ländern gesetzliche Vorbereitungen des Gesundheitswesens für den Ernstfall vorschreiben.

Dabei ist insbesondere an folgende Maßnahmen gedacht: Die Städte und Kreise sollen die Kapazitäten ihrer Krankenhäuser für den Ernstfall verplanen. „Material und Güter“ für die gesundheitliche Versorgung im Krieg sollen geordnet, Einsatz- und Alarmpläne in den Krankenhäusern „zur Versorgung der Zivilbevölkerung im Verteidigungsfall“ erstellt werden. Aufgabe der Ärztekammern wird es sein, die Behörden grundsätzlich zu „unterstützen“. Insbesondere soll im Krieg ein „Ausgleich von ambulanter und stationärer Versorgung“ erreicht werden; da damit wohl die Entlastung der Krankenhäuser gemeint ist, dürfte diese Forderung hauptsächlich die Schulung der Niedergelassenen in der Triage (Sichtung) bedeuten. Bereits durchgeführte Maßnahmen, wie zum Beispiel der Ausbau von Hilfskrankenhäusern und die Ausbildung von Schwesternhelferinnen, sollen fortgeführt werden. Ansonsten sieht der Bund von seiner Seite aus keinen weiteren Handlungsbedarf für den Bereich des Gesundheitswesens: Schließlich enthalten bereits das Arzneimittel-, Lebensmittel-, Bedarfsgegenstände- und das Betäubungsmittelgesetz „Krisenklauseln“.

Die Tendenz der Rahmenrichtlinien ist klar: Ein neues Zivilschutzgesetz soll unbedingt verabschiedet werden. Die Umsetzung der Regelungen für das Gesundheitswesen wird allerdings hauptsächlich in das Ressort der Länder fallen. Hier haben bereits unionsregierte Länder wie Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz in der letzten Zeit mit der Verabschiedung eigener neuer Katastrophenschutzgesetze Schrittmarkchendienste geleistet.

So ausführlich die Maßnahmen in den Rahmenrichtlinien vorgeschrieben werden, die „Bedrohungsanalysen“ und Kriegsfolgenbilder bleiben unge-

# Kriegskunst und Kostengunst

## Die Rahmenrichtlinien für die Gesamtverteidigung



nau. Daß in einem Krieg die Zivilbevölkerung Leidtragende ist, bezweifelt auch die Bundesregierung nicht. Sehr unkonkret spricht sie von „Verlusten und Schäden durch Waffeneinwirkung vor allem im Bereich der Vorverteidigung und der Hauptangriffsrichtungen des Gegners sowie in der Tiefe des Raumes auch in der Nähe von Truppen und militärischen Anlagen und Einrichtungen“. Im Klartext heißt dies nichts anderes, als daß eine Gefährdung der gesamten bundesdeutschen Bevölkerung nicht auszuschließen ist.

Doch entgegen ihren eigenen Vorgehen und entgegen allen Erfahrungen postuliert die Bundesregierung einen „Schutz gegen Wirkungen konventioneller einschließlich chemischer sowie selektiv eingesetzter nuklearer Waffen außerhalb der unmittelbaren Umgebung angegriffener Ziele“. Dieses verlogene Szenario, in dem so getan wird, als ob heutige Waffen sich noch kilometerweise vorkämpfen müßten, zieht sich durch alle vorgesehenen Zivilschutzmaßnahmen, macht diese überhaupt erst begründbar. So soll nicht etwa die gesamte Bevölkerung im Krieg gewarnt werden. „Nur in Gebieten, in denen im Verlauf der Kampfhandlungen erkennbar unmittelbare Gefahren drohen, ist die Bevölkerung besonders zu warnen.“ Denn im übrigen sollen die Warnmittel auch „kostengünstig“ sein.

Daß Kriegskunst und Kostengunst

im Zivilschutz Hand in Hand gehen, zeigt sich auch bei der nach wie vor favorisierten Bunkerbaupflicht. Damit diese allgemein akzeptiert wird, muß die „wirtschaftliche Vertretbarkeit“ gewährleistet sein. Das heißt, keine hohen Belastungen für die privaten und öffentlichen Bauherren, aber gleichzeitig die Aufrechterhaltung der Illusion eines Schutzes. Nachdem in den letzten Jahrzehnten bereits die Anforderungen an die Bunkerqualität bis auf den sogenannten „Grundschatz“ (das bedeutet hauptsächlich Trümmer-, aber nur geringen ABC-Schutz) reduziert wurden, soll dies weiter fortgesetzt werden. Die „bautechnischen Grundsätze“ für Schutzzräume sollen abermals verwässert werden, um die „Schutzbaukosten ohne Beeinträchtigung der Schutzqualität“ zu senken. Als Zaubermittel müssen dafür „neueste Erkenntnisse der Bauforschung“ herhalten.

Immerhin ist es dem Verteidigungs- und dem Innenminister nicht gelungen, den Begriff der Entspannungspolitik aus den Rahmenrichtlinien zu streichen. Ebenso wird die Ratifizierung des ersten Zusatzprotokolls zu den Genfer Protokollen, in dem unter anderem der Schutz der Zivilbevölkerung in kriegerischen Auseinandersetzungen völkerrechtlich festgeschrieben wird (siehe dg 6/86), gefordert. Doch Papier ist geduldig. Dieselbe Bundesregierung verzögert selber seit Jahren die Ratifizierung dieser Verträge.

wp

**R**echtzeitig zur Frühjahrssitzung war es erschienen: das erste Gutachten des „Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen“. Bundesarbeitsminister Norbert Blüm dankte zwar in seiner Eröffnungsrede vor der Konzertierte Aktion den Autoren für die geleistete Arbeit, doch mehr als „wichtige Denkanstöße“ mochte er dem Gutachten nicht entnehmen.

Geburtsstunde des Sachverständigenrats war der 18. November 1985, als man sich bei der Herbstsitzung der Konzertierte Aktion wieder einmal in Ratlosigkeit übte. Mit Blüm einigte man sich darauf, eine Expertenrunde ins Leben zu rufen, deren Aufgabe die Erstellung jährlicher Gutachten jeweils zum 31. Januar sein sollte. Laut Errichtungserlaß sollte der Expertenrat die „Entwicklungen in der gesundheitlichen Versorgung mit ihren medizinischen und wirtschaftlichen Auswirkungen analysieren“, „Prioritäten für den Abbau von Versorgungsdefiziten und bestehenden Überversorgungen entwickeln“, und „Vorschläge für medizinische und ökonomische Orientierungsdaten vorlegen“. Zu dem Sachverständigenrat gehören drei Ärzte, vier Wirtschafts- und Sozialwissenschaftler sowie die ehemalige Sozialministerin des Saarlandes, Rosemarie Scheurlen (CDU). Unter den medizinischen Experten: Professor Arnold, Anatom aus Tübingen, Professor Helmich, Lehrbeauftragter für Allgemeinmedizin aus Düsseldorf und – bis zu seinem Tode – Paul Lüth, Landarzt aus Rengshausen.

Erstmalig in einem offiziellen Dokument der Gesundheitspolitik werden epidemiologische Daten zur Grundlage von Empfehlungen gemacht. Allerdings, so schränkt der Rat zu Recht ein: „Auch die besten Orientierungsdaten erfordern von der Politik und der Selbstverwaltung die Setzung von Prioritäten und entlassen die Beteiligten im Gesundheitswesen nicht aus ihrer Verantwortung für gesundheitspolitische Entscheidungen.“ Für die eigenen Empfehlungen stellen die Sachverständigen folgende „Ziele einer Gesundheitsversorgung“ an den Anfang: Bedarfsgerechtigkeit, Einkommensunabhängigkeit, hohe Qualität und Wirtschaftlichkeit.

Dabei macht dem Rat vor allem der „Altenquotient“ Sorgen: die „demographiebedingte Finanzierungslast“

steige, weil der „Altenquotient“ bis zum Jahr 2000 sehr viel stärker ansteigen werde als bisher angenommen. In der gleichen bürokratisch verquast Sprache wird festgestellt: „Der Altenquotient bei Ersatzkassen und PKV ist nur halb so hoch wie bei den RVO-Kassen.“

Bei der Betrachtung der „Sterblichkeitsentwicklung nach Bevölkerungsgruppen kommt der Rat zu bemerkenswerten Einsichten: So werden die Ur-

sachen „männlicher Übersterblichkeit“ insbesondere Risikoverhalten der Männer (Verkehr, Freizeit, Genußmittelmißbrauch) und in ihrer Risikoexposition (Arbeitsleben, hier insbesondere wieder durch Verkehr) gesehen. Zu wenig beachtet sind nach Auffassung des Sachverständigenrats Sterblichkeitsunterschiede zu Lasten sozial schwacher Schichten, die für die Gesamtsterblichkeit und ebenso für Krebs, Herzinfarkt und Leberzirrhose gelten. Die perinatale Sterblichkeit ha-



Foto: Döhren

## Wühltisch

### Das Sachverständigengutachten für die Konzertierte Aktion

**ma – Ein recht wirres Sammelsurium gesundheitspolitischer Empfehlungen hat der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion vorgelegt. Vernünftige Vorstellungen bunt gemischt mit ganz naiven. Eine erste Übung für den Clinch mit den Standesorganisationen?**

be sich zwar im internationalen Vergleich erheblich verbessert, aber „weniger günstig ist die sonstige, stärker sozial als medizinisch bestimmte Säuglingssterblichkeit“.

Seine epidemiologischen Überlegungen führen den Sachverständigenrat zu dem Schluß, daß „präventive Anstrengungen innerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung“ zu verstärken seien. Der richtigen Einsicht folgen allerdings die Konsequenzen nicht: die Empfehlungen beziehen sich überwiegend auf Krankheitsfrüherkennung bei Kindern und die Krebsfrüherkennungsprogramme der Erwachsenen.

Folgende vier Bereiche sind bei den Empfehlungen angesprochen: der Krankenversicherungsschutz, die Arzneimittelversorgung, die stationäre und die zahnmedizinische Versorgung.

Im Kapitel „Krankenversicherung“ zieht sich der Sachverständigenrat eher referierend aus der Schlinge. Der treffendste Satz dabei: „Nicht alle in der öffentlichen Diskussion befindlichen Reformvorschläge sind genügend durchdacht.“ Wie wahr. Schließlich ringt man sich zu drei Empfehlungen durch. Die Gesetzliche Krankenversicherung solle nicht die Absicherung des Pflegerisikos übernehmen, die Zahlungen der Rentenversicherungen an die GKV sollte auf den jetzt gültigen allgemeinen Beitragssatz angehoben werden und: Voraussetzung für den von vielen „Marktideologen“ geforderten Wettbewerb unter den Kassen seien „gleiche wettbewerbliche Voraussetzungen und startgleiche Risikostrukturen“.

„Im Durchschnitt entstehen je 100 DM Ausgaben für ambulante ärztliche Behandlung 80 DM Ausgaben für Arzneimittel“, wird im Kapitel „Arzneimittelversorgung“ einleitend festgestellt. Kern der Empfehlungen dazu ist, „daß die Ausgaben für Arzneimittel in Relation zu den Ausgaben für ärztliche Behandlung gesenkt werden könnten, ohne daß die Qualität der medizinischen Versorgung dadurch zwangsläufig beeinträchtigt würde.“ Und zu diesem Zweck müßten die Ärzte ihr Verordnungsverhalten ändern und das Preisniveau der Arzneimittel gesenkt werden.

Die Information der Ärzte soll insbesondere verbessert werden durch eine intensivere Aus- und Weiterbildung in der Pharmakotherapie, durch obligatorische Fortbildung durch neutrale Institutionen und die verbesserte Transparenz des Arzneimittelmarktes. All das sind Standardforderungen von fortschrittlichen gesundheitspolitischen Programmen, doch während man sich dort meist Gedanken um die Durchsetzung von Preissenkungen gegenüber der Pharmaindustrie Gedanken macht, spart der Sachverständigenrat dies Thema aus. Direkte oder indirekte Eingriffe in die Preissetzungsmacht der Phar-

magroßen sollen wohl weiterhin unterbleiben.

Grundlage des Kapitels zur stationären Versorgung ist die These vom „globalen Überangebot an stationärer Behandlungskapazität“. Es gebe „nach Expertenmeinung“ einen Bettenüberhang in der Kinderheilkunde, in der Geburtshilfe und der Erwachsenenpsychiatrie, während in der Orthopädie, Urologie, Gefäßchirurgie und besonders in der Geriatrie eine Unterversorgung gesehen werde. Defizite sähen diese Experten, so der Sachverständigenrat, auch in der Personalausstattung der Onkologie, der Transplantations- und Neurochirurgie sowie in der Jugendpsychiatrie. Doch so ganz scheinen die Experten den Experten nicht zu trauen, denn der Rat spricht sich gegen eine Verfeinerung der Bettenplanung aus. „Vielmehr setzt der Rat auf Anreize, die sowohl die Bettenzahl insgesamt zurückführen als auch die fachspezifische Gliederung dem Bedarf anpassen.“ Wie das geschehen soll, wird allerdings nicht verraten.

Dementsprechend fallen die weiteren Vorschläge für den Krankenhaussektor auch recht blaß und zum Teil naiv aus. So etwa, wenn die Verlängerung von Kostenübernahmen durch die Kassen generell vom Vertrauensärztlichen Dienst überprüft werden soll. Oder dann, wenn die „Wirtschaftlichkeit des Leistungsgeschehens“ erhöht werden soll durch den Ausbau eines auf bundesrepublikanische Verhältnisse zugeschnittenen „kooperativen Belegarztsystems“. Das ist zwar eine seit 15 Jahren gebetsmühlenartig vorgetragene Vorstellung ärztlicher Standespolitiker, bloß wird sie dadurch nicht weniger illusionär. Im Gegenteil, die Krankenhausträger schließen mehr und mehr Belegabteilungen oder wandeln sie um, weil dort die Patienten schlecht versorgt werden. Zum großen Patientenschlafsaal oder zur wiederverwendbaren Spritze möchte doch auch niemand zurück, oder?

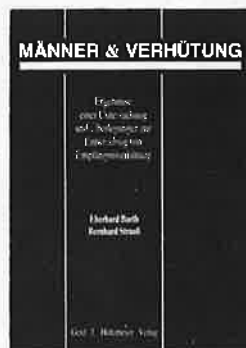
Ein besonderes Bonbon hat sich der Sachverständigenrat der Weisen mit seinen Empfehlungen zur zahnmedizinischen Versorgung geleistet, die in der nächsten Ausgabe besprochen werden.

Insgesamt erscheint das Gutachten kaum als Grundlage für die geplante Strukturreform geeignet. Wichtige Teile des Gesundheitswesens wurden gar nicht erst untersucht: Die Themen ambulante Versorgung, Heil- und Hilfsmittel, ambulante Pflege und spezielle psychiatrische Versorgungsformen seien zu komplex. Das hat den Rat dazu bewogen, sie erst einmal zurückzustellen. Ob es nicht doch eher so war, daß man sich die Bereiche vorgenommen hat, bei denen man in der öffentlichen Diskussion am wenigsten Widerstände erwarten konnte? Mit den ärztlichen Standesorganisationen will man sich wohl erst nach einem gewissen Training anlegen. □

- Anzeige -



Wolfgang Friedrich, Dieter Schnack, Melitta Walter  
**Schwangerer Mann - was nun?**  
136 Seiten DM 17,50



Eberhard Barth, Bernhard Strauß  
**Männer & Verhütung**  
104 Seiten DM 24,80



Jürgen Heinrichs (Hrsg.)  
**Vergewaltigung - die Opfer und die Täter**  
220 Seiten DM 29,50

Gerd J. Holtzmeier Verlag

**pro familia magazin**  
Erscheint alle 2 Monate

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

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

Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort \_\_\_\_\_



Foto (4): Erhard Nölzel

## ARZNEIMITTEL und KINDER !!

Arzneimittel in falschen Händen - z.B. in Kinderhänden - Können zu einer großen gesundheitlichen Gefährdung werden!

- \* Lust und Neugier, Arzneimittel auszuprobieren, sind bei Kindern stark ausgeprägt, zumal dort, wo diese auch noch „zum Anbeißen schön“ aussehen.



- \* Die Versuchung, es genauso zu machen wie die Erwachsenen, ist bei Kindern besonders groß.



Darum raten wir:

- \* Schicken Sie Ihre Kinder nicht in die Apotheke, um für Sie Arzneimittel abzuholen!
- \* Nehmen Sie Arzneimittel nie in Gegenwart von Kindern ein!
- \* Verschließen Sie Ihre Arzneimittel sicher vor Kinderhänden!
- \* Unterstützen Sie die Forderungen nach breiter Gesundheitserziehung unserer Kinder!

## Was sind BENZODIAZEPINE?

Benzodiazepine sind in vielen Beruhigungs- und Schlafmitteln enthalten:



Sind

**BENZODIAZEPINE**

**schädlich?**

**JA und NEIN!** Für die Behandlung einiger Erkrankungen sind Benzodiazepine notwendig. Bei den meisten Verordnungen ist der Schaden jedoch größer als der Nutzen!

Der größte Schaden ist die Ausbildung einer Abhängigkeit!

**BENZODIAZEPINE können SUCHT erzeugen**

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat sie deshalb in die Liste der suchterzeugenden Stoffe eingeordnet.

Die Ärztekammer empfiehlt den Ärzten deshalb, nur kleine Packungen zu verschreiben.

Wieviel haben SIE verordnet bekommen?



Es war gar nicht so einfach, die seit langem gewollte Ausstellung zum Thema „Arzneimittel“ in den Räumen des Gesundheitsamtes durchzusetzen. Aber der Gesundheitsstadtrat von Berlin-Wilmersdorf, Johannes Spatz (Alternative Liste), blieb beharrlich und im März 1987 war es dann endlich soweit. Unter Beteiligung verschiedener Organisationen und Gruppen – von den Krankenkassen und dem bezirklichen Gesundheitsladen über Therapie- und Selbsthilfegruppen bis hin zum Bundeskongreß entwicklungspolitischer Aktionsgruppen (BUKO), der Friedensgruppe Berliner Apotheken und der Fachgruppe Apotheken in der ÖTV – entstand eine Ausstellung zum Thema „Medikamente – Gebrauch und Mißbrauch“. Sie diente gleichzeitig als Rahmen und Ergänzung einer Vortrags- und Filmreihe, die sich vor allem an die Bürger des Bezirks wandte.

Der Versuch, im Rahmen des öffentlichen Gesundheitsdienstes Themen zur Gesundheitserziehung und -aufklärung anzubieten, gelang. Die Veranstalter waren zufrieden, andere Bezirke meldeten ihr Interesse an, die zufällig oder gezielt vorbeikommenden Bürger erfuhren Wissenswertes, Schulklassen fragten kritisch.

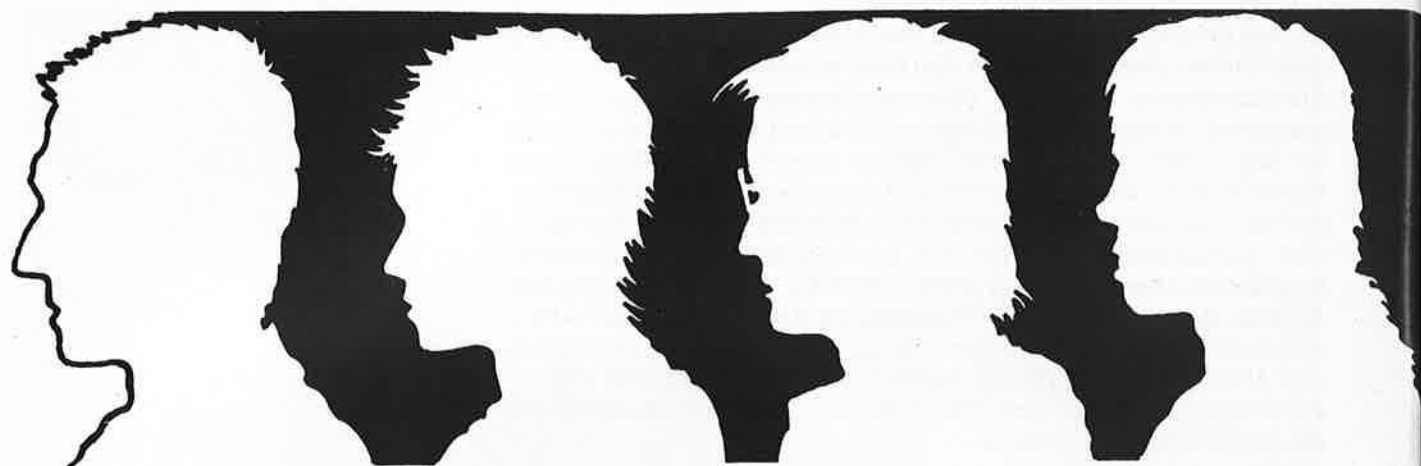
Was den Besuchern der Ausstellung gefiel, stieß bei der Firma Hoechst auf wenig Gegenliebe. Sie fühlte sich zu Unrecht angegriffen durch die von der BUKO-Pharmakampagne dargestellten Praktiken beim Arzneimittelexport in Länder der Dritten Welt. Sie griff ein beziehungsweise ließ eingreifen durch die CDU-Mehrheit im Bezirksamt. Der gefiel die Ausstellung plötzlich auch überhaupt nicht mehr. Die BUKO-Ausstellungsstücke mußten verschwinden. Von der Zensur betroffen war auch das von der Friedensgruppe Berliner Apotheken aufgestellte Apothekenschaukasten zum Thema Rheinverschmutzung durch die Arzneimittelindustrie.

Die Ausstellung wurde inzwischen um vier Wochen verlängert, ihre von der Zensur betroffenen Teile wanderten in die Räume der Berliner Ärztekammer, wo sie – bereichert um die Geschichte ihres erzwungenen Umzugs – als Sonderausstellung weiter für Interessierte zugänglich blieben.

Ingeborg Simon

## Medikamente: Gebrauch und Mißbrauch





# Knapp

**Einigen konservativen Politikern scheint es nicht darum zu gehen, die Zahl der Aids-Toten gering zu halten, sondern um das Kitzeln eines Tigers, der auf den „inneren Feind“ dressiert ist. Für diesmal hat jedoch die Kraft des besseren Argumentes gesiegt. Ein Kommentar von Rolf Rosenbrock.**

**D**ie Koalitionsvereinbarung zwischen der CDU/FDP und der CSU läßt die Möglichkeit offen, Aids als Thema der Gesundheitspolitik – und damit erfolgversprechend – anzugehen. Jede Entscheidung für eine namentliche oder Identifikation erlaubende Meldepflicht hätte Aids dagegen zum Gegenstand von Bürgerrechtsauseinandersetzungen machen müssen. Dort aber herrschen andere Regeln. Sie würden der Prävention und Bekämpfung von Aids nicht gut bekommen und damit die Anzahl vermeidbarer Opfer erhöhen.

Die in Bonn nach den Regeln der Minimierung von Gesichtsverlust gefundene Lösung läuft darauf hinaus, daß die überschaubare Anzahl jener Laboratorien, die die Bestätigungstests auf HIV-Antikörper durchführen dürfen, ihre Testergebnisse in demographisch leicht sortierter, aber im Prinzip anonymen Form in Statistiken zusammenfassen und an das Bundesgesundheitsamt (BGA) weiterleiten. Für die wichtigen Forschungsfragen im Umkreis von Aids bringt dies fast nichts, aber es schadet auch nicht.

Das kann sich freilich schlagartig ändern, wenn es etwa einem Bundes- oder Landesgesundheitsministerium einfällt, durch Rechtsverordnung scheuenrechtliche Maßnahmen in Gang zu setzen, die die nachträgliche Identifizierung der vorliegenden Befunde rechtens werden lassen könnten. Angesichts der Debatten der letzten Wochen ist man kein Hysteriker, wenn man hier

eine latente Gefahr sieht. Ihr ist wirksam zunächst einmal dadurch zu begegnen, daß man sich nicht testen läßt und bei nicht-monogamer Lebensweise beim penetrierenden Verkehr verläßlich den Pariser und als Fixer nur Einwegspritzen einmal benutzt/benutzen läßt. Dann nämlich ist man sicher vor Aids.

Aber auch die leider immer noch Vielen, die die Wahrheit dieses einfachen Ratschlags gedanklich oder emotional noch nicht bewältigt haben und sich aus ihrer meist seelischen Not in den Test flüchten, können der Gefahr einer nachträglichen Identifizierung wirksam entgehen: Es gibt in so gut wie allen großen Städten die Möglichkeit des anonymen Tests. Der Hausarzt kann dagegen wegen Patientenkartei und Kassena abrechnung die Anonymität für die Zukunft legal nicht garantieren, auch wenn er es will. Die Frage des an symptomlosen Menschen in der Regel sinnwidrigen HIV-Antikörpertest bleibt auf der Tagesordnung.

Wieso ist diese hauchdünne „Lösung“ eines unter gesundheitspolitischen Gesichtspunkten gar nicht existierenden Problems namens „Meldepflicht“ ein Sieg der Vernunft und damit der Moderne?

Weil die diskutierten Alternativen sämtlich einen Schritt in Richtung deutscher Barbarei bedeutet hätten. Wer den Begriffsnebel um die Meldepflicht durchschaut, der weiß, daß es dabei in allen Varianten um die polizeilich-

zwangsweise Feststellung von Intimzuständen und um die polizeilich-zwangsweise Kontrolle von Sexualkontakten geht. Möglicherweise lebenslang und nötigenfalls durch Internierung. Ganz abgesehen von den Bürgerrechtsfragen – wie man bei dieser staatlich veranstalteten Desorientierung und Vertrauensvernichtung die in jedem Fall notwendige Safer-Sex-Botschaft zeitstabil und flächendeckend über die Rampe bringen will, bleibt das Geheimnis von Leuten, die ihr politisches Geschäft im Umgang mit Wies'n-Wirten erlernt haben.

Solange sie dieses Geheimnis nicht lüften, ist die Vermutung nicht abwegig, daß es diesen Politikern tatsächlich nicht in erster Linie um die Minimierung der Zahl der Kranken und Toten geht, sondern um das Kitzeln des Tigers, der auf den „inneren Feind“ dressiert ist. Erwacht er, so werden demagogisch nutzbare Potentiale freigesetzt und von anderen gesellschaftlichen Konfliktherden abgezogen.

Es war dem Tiger in den letzten Jahrzehnten jeweils ziemlich egal, ob es dann konkret um Antisemitismus, Asylanter-, „Flut“, Schwulenhatz, Terroristenjagd, Kommunistenverfolgung oder Prostitutionskriminalisierung geht. Der Mechanismus ist gleich: Es werden mit fabulierten Begründungen Berührungängste erzeugt, die irrationalen Verhalten in der eigenen Lebensgestaltung und Ausgrenzungswünsche auf der politischen Ebene auslösen. Das aber ist ein politisch produzierter

Rückfall in die Zeit vor der europäischen Aufklärung. Die vielfach gehätschelte Postmoderne hat in den letzten Tagen an einem wichtigen Punkt die vormoderne Seite ihres Januskopfes ahnen lassen.

Was jetzt läuft, ist nicht gut und reicht nicht: In Gefängnissen, Drogeneinrichtungen und Krankenhäusern sind im Umkreis von Aids Verstöße gegen Vernunft und Humanität zu verzeichnen, die Problemfälle im Bereich von Straf-, Sozial-, Arbeits- und Mietrecht nehmen nicht ab. Die jetzt – zwei Jahre später als möglich – angelaufene Präventionskampagne ist konzeptionell unfertig, viel zu sparsam und bezieht Kompetenzen sowie Potentiale der regionalen Aids-Hilfen bei weitem noch nicht genügend ein. Aber dies alles sind Probleme, an denen jetzt weitergearbeitet werden kann. Unter den Bedingungen einer Meldepflicht und den darauf folgenden Repressionsmaßnahmen wäre an anderes zu denken gewesen. Ob der Freistaat Bayern es wagen wird, praktisch allein gegen den Rest von Europa den Weg der Gegenaufklärung und Repression zu beschreiten, steht dahin.

Die derzeit allein erfolversprechende Anti-Aids-Strategie – die massive, vorurteilsfreie und sensible Propagierung von Pariser und Einmalspritzen in einer gesellschaftlichen Lernen ermöglichenden Atmosphäre – ist eine Frage der Vernunft. Wer repressive Strategien vorschlägt, handelt gesundheitspolitisch unvernünftig. Dies gilt

auch dann, wenn die Erkrankungsziffern wieder steigen sollten (das Bundesgesundheitsamt weist sie für die letzten drei Halbjahre als konstant aus, was kein Grund zur Beruhigung ist).

Aufklärung und Zivilisation stehen Hysterie und Repression gegenüber. Das ist nur insofern ein Rechts-Links-Konflikt, als die Linke historisch ein ungebrochenes Verhältnis zur Aufklärung hat als die Rechte, deren Lernfähigkeit man freilich nie unterschätzen sollte. So läuft die politische Kluft im Streit über Aids auch mitten durch die konservative Partei, gegenüber stehen sich Aufklärung und Vormoderne. Wer den Berliner Senator Fink jüngst im ZDF in offener Feldschlacht gegen den bayerischen Staatssekretär Gauweiler gewinnen sah, bekam dies in großer Form serviert.

Für diesmal hat die Kraft des besseren Arguments auch innerhalb des konservativen Blocks gesiegt. Unterlegen ist vorerst jene offen reaktionäre Variante des Konservatismus, die lieber über Schuldzuweisungen als über Problemlösungen nachdenkt sowie Ausgrenzung und Ghettos zumindest billigend in Kauf nimmt.

Bearuhigend bleibt, daß die Auseinandersetzung über Aids politisch hauptsächlich innerhalb der CDU/CSU geführt wird. Die anderen – SPD, Grüne und FDP – standen in dieser wichtigen Debatte eher abseits und suchten wohl noch ihr eigenes Profil.

**Rolf Rosenbrock arbeitet als Gesundheitsforscher am Wissenschaftszentrum Berlin und ist Autor des Buches „Aids kann schneller besiegt werden“**

**Hans Röding, Der Massenunfall. Organisation, Taktik und Planung medizinischer Hilfe, Leipzig 1987. Johann Ambrosius Barth-Verlag, 42,80 Mark**

Daß das Buch nun neu, in dritter Auflage vorliegt, zeigt nach des Autors Meinung „das bestehende Interesse an der Thematik“. Das Buch kann wohl als ein Standardlehrbuch in der DDR gelten. Massenunfall heißt in der DDR „eine Situation, in der es zu einem plötzlichen Anfall einer solchen Zahl von Geschädigten mit chirurgisch zu versorgenden Verletzungen kommt, daß erhebliche Disproportionen zwischen dem objektiv erforderlichen Behandlungsbedarf und den augenblicklich zur Verfügung stehenden personellen und materiellen Behandlungsmöglichkeiten eingetreten sind“. Die bundesdeutschen Offiziellen bezeichnen das als eine Katastrophe; doch in der DDR muß eine Katastrophe per Definition nicht unbedingt mit einem Massenunfall, also mit einer körperlichen Schädigung von vielen Menschen, verbunden sein. Soviel zur Definition, die in der DDR exakter ist als die schwammig ausgelegten Begriffe im westlichen deutschen Nachbarland.

Daß sich in jedem Atomkrieg medizinische Hilfe „rasch dem Wert Null“ nähern dürfte, ist eine erfreuliche Aussage, die in der Bundesrepublik nicht so klar ist. Damit sind auch schon die eher positiven Seiten des Buches abgehandelt, sieht man einmal von seiner klaren Gliederung ab.

Die größte Freude des bundesdeutschen Ärzteblatts über dieses Buch, das dort vor einigen Monaten der westlichen IPPNW (Ärzte gegen den Atomkrieg) um die Ohren geschlagen wurde, ist allzu gut verständlich. Was Röding vertritt, könnte genauso gut die Bundeswehr vertreten.

Immer wieder eindrucksvoll bei allen Katastrophenmedizinern, in der DDR wohl Massenunfallmedizinern, ist die Beliebtheit der Beispiele. Röding meint zum Beispiel, daß schon die Einnahme Trojas, die Eroberung Babylons, die Zerstörung Karthagos und der Untergang Pompejis typischen Massenunfällen entsprechen haben dürften. Und was menschliches und technisches Versagen als Unfallursache angeht, so ist für Röding alles klar beziehungsweise unabänderlich: „Nachdem der Mensch jedoch

nur in der Lage ist, wesentliche Beziehungen als einen Teil aller denkbaren Beziehungen zwischen Ereignissen zu erkennen, müssen derartige Massenunfälle gegenwärtig als objektiv unvermeidbar angesehen werden trotz der ständigen Weiterentwicklung von Sicherungs- und Kontrollmaßnahmen“.

Eine noch schönere Blüte ist der Massenunfall-Quotient, ähnlich dem Schock-Index. Die Division aus Behandlungsbedarf durch Behandlungskapazität muß nämlich gleich 1 sein; ist sie größer 1, dann ist es ein Massenunfall. „Medizinische Maßnahmen beim Massenunfall“ bringen sie dann wieder auf 1, zumindest nach dem Übersichtsbild.

Da wundert es nicht mehr, die Bundesärztekammer hat es schon dankbar registriert, daß auch die Triage oder Sichtung zum Handlungszeug gehört. Auch die vierte Kategorie der Todgeweihten fehlt hier nicht. Doch immerhin wird eingeräumt: „In Anbetracht der objektiven medizinischen und ärztlichen Probleme bei der Erkennung dieser Zustände, der psychischen Belastung sowie ethischer Bedenken des einstufigen Arztes müssen allerdings berechnete Zweifel angemeldet werden, ob in der realen Situation eines Massenunfalls im Frieden eine Einstufung in diese Gruppe jemals erfolgt.“

Das Schlimmste freilich am ganzen Buch sind die Literaturverweise, wo aus dem bundesdeutschen Schriftgut, ständig von der bundesdeutschen IPPNW gegelbte, wirklich nichts fehlt: Rebentisch, Kirchhoff, Linde, Koslowski, Messerschmidt und so weiter. Man bedenke: die meisten der Genannten sind oder waren hohe Offiziere im Sanitätswesen der Bundeswehr. Und die Bundeswehr ist bekanntlich eine „kriegsbereite Militärmaschinerie, mit deren Hilfe der Imperialismus einen Krieg entfesseln und Aggressionshandlungen durchführen kann, so daß Illusionen über Bundeswehr und NATO völlig unangebracht sind“. So steht es zumindest im-DDR-Buch „Wehrausbildung“, doch vielleicht hat das Röding nicht gekannt? Er schreckt noch nicht einmal vor der bundesdeutschen Paniktheorie zurück und definiert Panik mit einem Zitat des Bundeswehr-Psychiaters Brickenstein: „Panik ist eine planlose und unzweckmäßige Abwehr- und Fluchtreaktion einer zur Masse

degenerierten Menschengemeinschaft, die kollektiv auf eine tatsächliche oder vermeintliche Bedrohung ihrer Existenz erfolgt“. Folglich empfiehlt er mit Brickenstein „sofortige Isolierung und Abtransport psychisch besonders geschädigter Personen“. Bei Brickenstein sind solche „Panikpersonen“ zum Beispiel Streikführer. Man versteht, wenn der Bundesärztekammer und anderen Anhängern des hiesigen Staatsmonopolismus das Herz bei solch einem Buch übergeht.

Abschließend dennoch eine Empfehlung: das Buch vermittelt für Interessierte einen guten, auch internationalen Überblick über den Stand der Katastrophenmedizin. Es vermittelt offensichtlich die Sicht der DDR zu dem Thema und ist allein deshalb empfehlenswert für alle, die sich an der Friedensdiskussion beteiligen.

wp

**Hans-Ulrich Deppe, Krankheit ist ohne Politik nicht heilbar, Frankfurt 1987. Suhrkamp-Verlag, 267 Seiten, 16 Mark.**

Ein knappes Drittel des bundesdeutschen Sozialproduktes wird für soziale Leistungen und davon wiederum ein Drittel für die Gesundheit ausgegeben. Dies ist „genug Geld, um das Portemonnaie der Beitragszahler empfindlich auszudünnen, genug Geld, um den Gesundheitskonzernen Riesenprofite zu beschern, aber auch soviel Geld, daß die Gesamtwirtschaft „unter dem Aspekt der Kapitalverwertung“ solche Ausgaben „als Provokation“ (Deppe) betrachtet.

Wenn der Untertitel des Buches den schlichten Zusatz trägt „Zur Kritik der Gesundheitspolitik“, so wird hier etwas tiefgestapelt, weil Deppe anhand einer griffigen historischen Argumentation versucht, einen Überblick über die heute mehr als komplexen Gesundheitsstrukturen zu geben. Kritisch ist der Standpunkt des Autors, weil er der klassischen Gesundheitsgeschichtsschreibung als einem Sammelsurium von staatlichen Verordnungen und sozialpolitischen Entschlüssen jene klassenmäßigen Auseinandersetzungen zugrundelegt, deren Kenntnis auch heute vonnöten ist, um den Durchblick zu behalten.

Ein spannendes Kapitel ist der Beitrag über Solidarität, Subsidiarität und Selbsthilfe. Hier wird nach meinem Dafürhalten zum ersten Mal klar analysiert, daß der Begriff der Solidarität – und insbesondere der der einzig Veränderungen bewirkenden Klassensolidarität – in einem absoluten und unauflösbaren Widerspruch zur Subsidiarität steht. Jenes von der Katholischen Soziallehre und dem Großkapital propagierte Prinzip ist nicht die vermeintliche Ergänzung der Solidarität, sondern sie ist ihr Totengräber. Eine gezielte, von der CDU propagierte Begriffsverwirrung hat dazu geführt, daß die ideologischen Grundlagen reaktionärer Politik bis in weite Bereiche der Alternativszene vordringen konnten.

Was das Buch von Hans-Ulrich Deppe so lesenswert macht, ist, daß es als Leitfaden für die tägliche Diskussion und gewerkschaftliche Auseinandersetzungen gebraucht werden kann. Geschichte der Gesundheitspolitik heißt dabei auch die Geschichte der Gesundheitsbewegung mit einer Beschreibung und Chronologie jener Ereignisse ab dem Ende der sechziger Jahre, die jüngeren Beschäftigten im Gesundheitswesen durchaus nicht mehr geläufig sind. Die Ansätze der „kritischen Medizin“ in der außerparlamentarischen Bewegung, der Marburger Kongreß, die Entwicklung der oppositionellen Ärztelisten demonstrieren, wie stark das Veränderungspotential geworden ist.

Die Abschnitte zu „Sozialabbau und Rüstung“ sowie „Arbeitszeitverkürzung als präventiver Gesundheitspolitik“ sind aktuellste Abhandlungen, die in der friedenspolitischen Diskussion, aber auch bei der bevorstehenden Auseinandersetzung um die 35-Stunden-Woche Argumentationshilfe und Anleitung sein können.

„Soziologendeutsch“ ist lange Zeit ein Schimpfwort für die Unleserlichkeit vermeintlich wissenschaftlicher Abhandlungen gewesen. Der Medizinsoziologe Deppe weist nach, daß auch das Gegenteil möglich ist: Klarheit des Textes, Objektivität in der Darstellung, eine offen dargelegte Parteilichkeit in der Einstellung. Das Buch aus einer vorwiegend von Intellektuellen geleiteten Verlagsreihe hat eine weite Verbreitung unter den Beschäftigten des Gesundheitswesens verdient. Sein Preis ist ausnahmsweise mal ein positiver Beitrag zur Kostendämpfung.



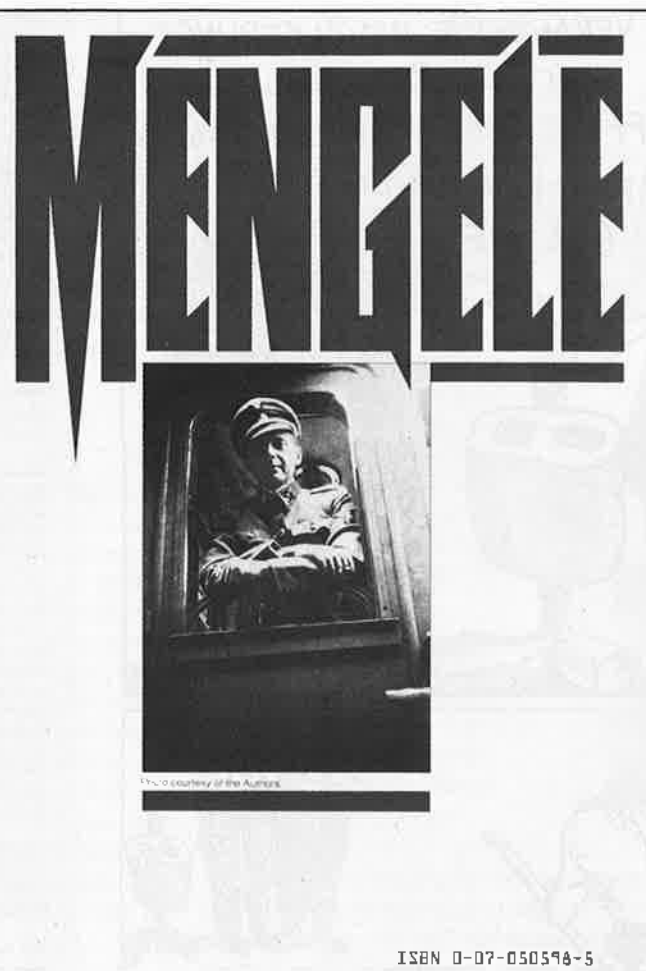
**Gerald L. Posner, John Wave, Mengele – The complete story, New York 1986. McGraw-Hill Book Company, 56,80 Mark**

Ein Amerikaner und ein Brito wollten der „allerwichtigsten Frage nachgehen: Warum wurde Mengele niemals gefaßt?“ In fünfjähriger Arbeit haben sie Antworten auf diese Frage zusammengestellt; eine bezieht sich auf den engen Zusammenhalt einer bundesdeutschen Unternehmerfamilie, die ihr Mitglied schützte; eine andere auf bundesdeutsche Behörden, die nicht sonderlich interessiert daran waren, einen Nazi-Mörder vor Gericht zu bringen. Möglich wurden diese Antworten, weil Mitglieder der Mengele-Familie (insbesondere Josef Mengeles Sohn Rolf) Materialien und Briefwechsel zur Verfügung stellten. Offen bleibt für den bundesdeutschen Leser aber eine weitere Frage: Warum erschien dieses Buch nicht in der Bundesrepublik?

Am Anfang stand ein Zufall. Josef Mengele geriet zu Ende des Krieges in amerikanische Gefangenschaft und blieb unentdeckt. Er gab seinen richtigen Namen an, weil er es für unehrenhaft hielt, ihn zu verschweigen. Er geriet zunehmend in eine depressive Verfassung, weil er wußte, daß es eine reine Frage der Zeit war, bis er als Auschwitz-Arzt entdeckt würde. Dabei nützte ihm, daß er seine Blutgruppe nicht in die Haut eintätowiert hatte wie andere SS-Mitglieder. Und Hilfe kam weiter von einem ebenfalls internierten Neurologen, Dr. Fritz Ullmann, dem es gelang, von seinen eigenen Entlassungspapieren ein Duplikat herzustellen. Dieses gab er Mengele, und als dieser nach zwei Monaten entlassen wurde, „hatte er keine andere Wahl, als unter dem Namen von Fritz Ullmann zu leben“.

Vom August 1948 bis zum Frühjahr 1949 versteckte sich Josef Mengele in einem nahe seiner Heimatstadt Günzburg gelegenen Wald, während seine Familie seine Flucht mit Hilfe der Kontakte zu früheren SS-Leuten arrangierte. Über Innsbruck, den Brenner-Paß ging es nach Bozen und Genua. „Da war nur noch eine einzige Sache zu erledigen: ein internationaler Rote-Kreuz-Paß vom Schweizer Konsulat“. Dann bestieg er das Schiff nach Argentinien.

In Südamerika jedoch fühlte er



sich sicher. Er benutzte inzwischen seinen richtigen Namen und erhielt sogar vom deutschen Konsulat in Buenos Aires einen deutschen Paß. Den Grund dafür, daß dies möglich war, sehen die Autoren darin, daß der damalige Botschafter in Argentinien, Werner Junkers, selbst aktives Mitglied der NSDAP gewesen war, „ein alter Helfer von Hitlers Außenminister, Joachim von Ribbentrop“.

„Es waren nicht die Argentinier oder die Westdeutschen, die Mengele fürchtete“, schreiben die Autoren, „sondern die Israelis“. Und: „Es wurde klar, daß die Initiative, Mengele vor Gericht zu bringen, niemals von Bonn ausgehen würde“.

Hermann Langbein, österreichischer Überlebender von Auschwitz, wurde stattdessen aktiv. Er ging zur Generalbundesanwaltschaft, doch ein Mitarbeiter teilte ihm mit, „daß sein Büro nicht zuständig sei für Mengele. Er sagte, die Zuständigkeit liege bei einem der elf Bundesländer – wo immer Mengele gelebt haben mochte. So fragte er mich, in welchem Bundesland hat Men-

gele gelebt? Ich mußte ihm sagen, daß ich das nicht wußte. In diesem Fall, sagte der Mann, kann ich nichts für Sie tun, bis Sie es herausgefunden haben.“

Hermann Langbein fand es heraus und erreichte, daß ein Haftbefehl von einem Freiburger Gericht erlassen wurde. Obwohl alles unter Ausschuß der Öffentlichkeit vonstatten ging, gab es einen Informanten bei der Günzburger Polizei, der die Familie Mengele informierte. Josef Mengele ging im März 1959 nach Paraguay und erhielt am 27. November 1959 die dortige Staatsbürgerschaft, obwohl die paraguayischen Behörden seit Mitte November wußten, daß ein Auslieferungsantrag unterwegs war. Im September 1960 floh Mengele nach Brasilien. Von bundesrepublikanischer Seite wurde selbst noch 1985 vermerkt, daß sich Mengele unter dem Schutz von Präsident Ströbner in Paraguay aufhalte. Darum machten die Westdeutschen keine ernsthaften Versuche, anderweitig zu suchen. Obwohl Präsident Ströbner in der Lage war, die Informationen zu besorgen, die die Westdeutschen nach Brasilien geführt hätten, spielte Bonn niemals

seine letzte Karte aus – die Drohung, Entwicklungshilfe zurückzuziehen.

Der hessische Generalstaatsanwalt, Fritz Bauer, („der einzige Mann in der Justiz, der Mengele unablässig verfolgt hatte“), war wenige Jahre später zuständig für den Mengele-Fall. Er erfuhr, daß Mengele tatsächlich nicht in Paraguay lebte, sondern möglicherweise in Brasilien. Fritz Bauer war davon überzeugt, daß Hans Sedlmeier, Freund von Josef seit Kinderzeiten und leitender Angestellter der Mengele-Firma, der einzige Mensch war, der wirklich wußte, wo sich Mengele aufhielt. Eine Hausdurchsuchung bei Sedlmeier erbrachte jedoch nichts. Was Fritz Bauer allerdings nicht wußte, war, daß Sedlmeier – so Rolf Mengele – einen guten Kontakt zur örtlichen Polizei hatte, die ihn warnte: „Wir kommen zur Durchsuchung. Sieh zu, daß wir nichts finden!“

Die Autoren wundern sich darüber, daß niemals eine Kontrolle der Post der Familie Mengele erfolgte, aber „die Verantwortlichen verteidigten sich damit, daß die Verletzung des Postgeheimnisses nach bundesdeutschen Kriterien nicht möglich sei, um einem Haftbefehl nachzugehen“. Auch das Telefon der Familie Mengele wurde in all den Jahren nur ein einziges Mal abgehört – und zwar anläßlich der Beerdigung von Alois Mengele, Josefs jüngerem Bruder. Dies war eine Aktion des zuständigen Untersuchungsrichters Horst von Glase-napp – „sein einziger wirklicher Versuch herauszufinden, wo Mengele war“.

„Die Westdeutschen machten sich nicht die leiseste Mühe, irgendein Familienmitglied der Mengeles zu verfolgen“. Und so war es auch möglich, daß der Sohn Rolf seinen Vater (über dessen wahre Identität er erst mit 16 Jahren aufgeklärt wurde) im Jahre 1977 in Brasilien unbehelligt besuchte.

Zwei Jahre später, 1979, ertrinkt Josef Mengele beim Baden in Brasilien. Die Familie erhält Nachricht davon – schweigt aber weiter. „Von dem Tod Mengeles wußten rund vierzig Familienangehörige und Freunde.“ Es war schließlich der öffentliche Druck, (Anfang 1985 fand in Jerusalem das Tribunal gegen Mengele statt), der die Familie zwang, endlich für Ruhe zu sorgen, indem sie den Tod bekannt gab.

Gine Elsner

Herausgeber

Heinz-Harald Abholz (West-Berlin), Hans-Ulrich Deppe (Frankfurt), Sabine Drube (Heidelberg), Heiner Keupp (München), Brigitte Kluthe (Piedstadt), Hans Mausbach (Frankfurt), Wolfgang Münster (Hattlingen), Christina Pötter (Gießen), Michael Regus (Siegen), Annette Schwarzenau (Berlin), Hans See (Frankfurt), Harald Skrobiles (Redstadt), Peter Stössel (München), Alf Trojan (Hamburg), Erich Wulff (Hannover).

**Anschrift der Redaktion: Demokratisches Gesundheitswesen, Siegburger Str. 26, 5300 Bonn 3, Tel. 02 28 / 46 82 08 (9.00 Uhr bis 17.00 Uhr).**

**Anzeigenleitung:** Pahl-Rugenstein Verlag, Christina Steenbock, Gottesweg 54, 5000 Köln 51, Tel. (02 21) 36 00 235.

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

**Aktuelle Gesundheitspolitik:** Walter Popp (wp); **Gesundheitsversorgung:** Gregor Weinrich (gw), Uli Menges (um), Joachim Gill-Rode (jg); **Renate Schepker (rs); Arbeits- und Lebensverhältnisse:** Norbert Andersch (na); **Pharma- und Geräteindustrie:** Uli Raupp (urp); **Umwelt:** Peter Walger (pw); **Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen:** Matthias Albrecht (ma); **Edi Erken (ee); Ausbildung:** Brigitta Mews (bm); **Eckard Müller (em); Internationales:** Gunar Stempel (gst); **Stephan Schölzel (sts); Frauenprobleme:** Ulla Funke-Verhasselt (ufv); **Karin Kieseyer (kk); Pflegeberufe:** Kirsten Jung (kj); **Historisches:** Helmut Koch (hk), Peter Liebermann (pl); **Kultur und Subkultur:** Helmut Copak (hc)

Der für das jeweilige Ressort zuerst oder allein genannte Redakteur ist verantwortlicher Redakteur im Sinne des Pressegesetzes.

Namentlich gezeichnete Beiträge geben die persönliche Meinung des Verfassers wieder und stellen nicht unbedingt die Meinung der Redaktion dar.

**Die Redaktion bittet die Leser um Mitarbeit, kann aber für unverlangt eingesandte Manuskripte keine Haftung übernehmen.**

Nachdruck nur nach Zustimmung der Redaktion.

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

**Die Zeitschrift „DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN“ erscheint monatlich bei:** Pahl-Rugenstein-Verlag GmbH, Gottesweg 54, 5000 Köln 51, Tel. 02 21/36 00 20, Konten: Postgiroamt Köln 6514-503, Stadtsparkasse Köln 10652238 (für Abo-Gebühren).

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

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

Redaktions- und Anzeigenschluß für das Juniheft: 9. Mai 1987

Graphik: Jutta Karras, Christian Paulsen

Titelblatt: ap, Montage: yn, ud

Layout: Norbert Andersch, Ursula Daalman, Joachim Neuschäfer

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

**ISSN: 0172-7091**



# wir über uns

## Farbe

Der Vierfarbdruck der letzten Titelseite war kein Ausrutscher. Aus Kostengründen können wir das aber auch nicht in jedem Heft so machen. Etwa alle drei Monate werden Sie sich des bunten Anblicks erfreuen können. Wobei wir in Zukunft darauf achten werden, daß unsere kritisch gedachten Titelseiten nicht so leicht mit den Hochglanzbroschüren der Industrie zu verwechseln sind.

## Gesundheitstag

Beim Gesundheitstag in Kassel ist dg, auch wenn das aus dem Programm nicht ohne weiteres zu entnehmen ist, sowohl als Organisator etlicher Veranstaltungen wie durch die Mitwirkung von Redakteuren und Herausgebern bei vielen anderen Terminen vertreten. Vorab sei nur die Diskussion zu „Psychiatrie und Ethik“ unter anderem mit Achim Thom (DDR), Erich Wulff, Heiner Keupp genannt. Über die übrigen Termine werden wir auf Flugblättern und Plakaten auf dem Gesundheitstag selbst hinweisen. Fast die gesamte dg-Redaktion wird vom 27. bis zum 30. Mai in Kassel sein. Eine Diskussionsrunde mit Dr. med. Mabuse und kritischen Lesern ist – wie bisher auf allen Gesundheitstagen – mit im Programm.

## Sie

dg-Abonnenten sind, wie eine neue Auswertung ergeben hat, nicht ohne weiteres unter einen Hut

zu bringen. Nördlich des Weißwurstäquators wohnen zwei Drittel der Bezieher. Der Süden der Bundesrepublik, unsere Diaspora, hat allerdings kräftig aufgeholt. Bei den Berufsgruppen liegt das Pflegepersonal leicht vorn. Beim Geschlecht dominieren diesmal die Frauen, dg wird von erfreulich vielen Gewerkschaftsinstitutionen und Kreisverwaltungen, aber auch von Personal- und Betriebsräten gelesen. Aber auch der politische Gegner schläft nicht. Die Ärztekammern und konservativen Parteizentralen sind ebenso Bezieher wie die Pharmaindustrie und die großen Tageszeitungen.

Gelesen wird dg nicht nur in westeuropäischen Staaten und in der DDR, sondern auch in den USA. Es gehen sogar Hefte nach Sierra Leone und Mauretanien.

Die Treue hält uns auch der Verfassungsschutz – auch wenn er als anständiger Abonnent nicht zu finden ist. Unter den 507 Medizinzeitschriften (in Worten: fünfhundertsieben) dieser Republik ist dg die einzige, die auf dessen Index zu finden ist. Wir finden, daß das heute zum guten Ton gehört. Wir begreifen es fast als eine Ehre, auch wenn es anders gemeint sein sollte.



## dg-Kontakte

**Aachen:** Erhard Knauer, Maria-Theresia Allee 59, 5100 Aachen, Tel. (0241) 75459; **Ansbach:** Brigitta Eschenbacher, Am Heimweg 17, 8900 Ansbach, Tel. (0981) 14144; **Berlin:** Hermann Dittich, Grunowdstr. 28, 1000 Berlin 41, Tel. (030) 8226328; **Bonn:** Edi Erken, Eckenerstr. 28, 5202 St. Augustin 2 (Hangar), Tel. (02241) 29178; Stefan Schölzel, Bergstr. 8, 5300 Bonn 1, Tel. (0228) 233526; Kurt Straif, Reuterstr. 121, 5311, Tel. 212696; Grogor Wölnich, Schumannstr. 30, 5311, Tel. 219778; **Bremen:** Cornelia Selke, Clausowitzstr. 25, 2800 Bremen 1, Tel. (0421) 234371; **Brermhaven:** Gunar Stompel, Virchowstr. 34, 2850 Bremerhaven-Gestemünde, Tel. (0471) 200211; **Darmstadt:** Jürgen Frohnert, Nautischer Weg 3, 6101 Modautal-Ernsthofen; **Dortmund:** Matthias Albrecht, Am Kuhlenweg 22, 4600 Dortmund 50, Tel. (0231) 753880; Detlev Uhlenbrock, Droste-Hölshof-Str. 1, 4611, Tel. 421768; **Düsseldorf:** Joachim Gill-Rode, Fruchtstr. 2, 4000 Düsseldorf, Tel. (0211) 349204; **Duisburg:** Thomas Wellig, Prinz-Albert-Str. 42, 4100 Duisburg 1, Tel. (0203) 342188; **Essen:** Christian Paulsen, Overbeckstr. 16, 4300 Essen 1, Tel. (0201) 743731; Norbert Andersch, Pollerbergstr. 22, Tel. 747131; Walter Popp, Sunderholz 32, 4311, Tel. 441630; **Flensburg:** Ralf Cüppers, Apennin Str. 3, 2390 Flensburg, Tel. (0461) 47263; **Frankfurt:** Klaus Pfister, Schloßstr. 96, 6000 Frankfurt 90, Tel. (069) 705448; **Gießen:** Claudia Göttmann, Bismarckstr. 6, 6300 Gießen, Tel. (0641) 75245; **Göttingen:** Barbara Wille, Ostlandweg 23, 3400 Göttingen, Tel. (0551) 33710; **Hamburg:** Robert Pfeiffer, Kurfürstenstr. 45, 2000 Hamburg 70, Tel. (040) 6564845; **Hannau/Maintal:** Hans See, Südring 12, 6457 Maintal 1, Tel. (06181) 47931; **Hannover:** Martin Walz, Tiestr. 19, 3000 Hannover 1, Tel. d. (05132) 906557 p.; (0511) 818868; **Hattingen:** Wolfgang Münster, Marxstr. 19, 4320 Hattingen, Tel. (02324) 67410; **Heidelberg:** Michael Gerslauer, Burgstr. 44, 6900 Heidelberg, Tel. (06221) 474101; **Karlsruhe:** Claudia Lohner, Schil-

lorstr. 54, 7500 Karlsruhe 1, Tel. (0721) 849948; **Kassel:** Matthias Dippel, Waltzstr. 2 d, 3500 Kassel, Tel. (0561) 54925; **Kleve:** Ulla Funke-Verhasselt, Steinbergen 33, 4182 Uedem, Tel. (02825) 8424; **Köln:** Peter Liebermann, Gartheistr. 16, 5000 Köln 80, Tel. (0221) 763844; Helmut Schaal, Berrenrather Str. 359, 5141, Tel. 443818; **Lübeck:** Angela Schürmann, Stadtweide 99, 2400 Lübeck, Tel. (0451) 503355; **Mannheim:** Werner Weindorf, Friedrichstr. 57, 6800 Mannheim, Tel. (0621) 855405; **Marburg:** Hanna Koch, Alter Ebsdorfer Weg 18, 3500 Marburg; **Mönchengladbach:** Eckhard Kleinölzum, Wilhelm-Strauß-Str. 127, 4050 Mönchengladbach 2, Tel. (02166) 44167; **Mühlacker:** Helmut Jäger, Hermann-Hesse-Str. 43, 7103 Mühlacker, Tel. (07041) 15399; **München:** Margret Lombardi, Billrothstr. 7, 8000 München 70, Tel. (089) 781504; **Mindelheim:** Thomas Molcher, Beethovenstr. 4, 8948 Mindelheim, Tel. (08261) 9733; **Münster:** Holmut Copak, Geiststr. 67 a, 4400 Münster, Tel. (0251) 794688; Barbara Holboisen-Lehnert, Hoyastr. 11, Tel. 287431; Uli Menges, Davensberger Str. 10 a, Tel. 788399; Ulli Raup, Peter Walger, Willi-Hölscher-Weg 7, Tel. 7801437; **Oldenburg:** Helmut Koch, Saarstr. 11, 2900 Oldenburg, Tel. (0441) 83856; **Recklinghausen:** Petra Voss, Am Lohtor 4, 4350 Recklinghausen, Tel. (02361) 15453; **Riedstadt:** Harald Skoblie, Freih.-v.-Stein-Str. 9, 6086 Riedstadt, Tel. (06158) 6161; **Siegburg:** Richard Beltzen, Hagebuttenweg 24, 5200 Siegburg-Kaldauen, Tel. (02241) 383590; **Siegen:** Michael Regus, Berleburger Str. 59, 5900 Siegen, Tel. (0271) 63847; **Sollingen:** Heinrich Recken, Basaltweg 15, 5850 Sollingen 1, Tel. (02121) 47885; **Tübingen:** Eiko Schön, Jacobgasse 19, 7400 Tübingen, Tel. (07071) 52798; **Ulm:** Wolf Schleinzer, Roschweg 12, 7900 Ulm-Lehr, Tel. (0731) 66088; **Viersen:** Sebastian Stier, Gladbacher Str. 94, 4056 Schwalmatal 1, Tel. (02183) 4191; **Wuppertal:** Michael Sünner, Nomenstr. 20, 5600 Wuppertal 2, Tel. (0202) 503845.

## 4. Bundesweite. ... vom 27. bis 31. Mai 1987 in Kassel

### Folgende Diskussionsforen finden statt:

#### 1. Wer verwaltet wen, wie, wohin?

Soziale Ausgrenzung / Selbstverwaltung:  
eine praktizierte Alternative oder Folge von Ko-  
stendämpfung und Strukturreform?

#### 2. Angriff auf die Gesundheit?

Gefahren der Großtechnologie (Atom- und  
Gentechnologie) – sowie deren Konsequenzen  
für die Dritte Welt.

#### 3. Menschlicher Alltag

Krank-Sein als Folge? / Arbeit, Umwelt und  
Gesundheit

#### 4. Der Widerspenstigen Zähmung

Patriarchale Strukturen innerhalb der Medizin /  
Feministische Konzepte als Gegenwehr

#### 5. Politik der Seele

Der Einzelne zwischen Psycho-Boom und The-  
rapiegesellschaft

#### 6. Revolten in Theorie und Tat

Der veränderte Wissenschaftsbegriff als Zei-  
chen von Widerstand



**Informationen, Programmbuchbestellung mit  
Eintrittskarte zu erhalten bei:**

**Verein Gesundheit und Ökologie  
Friedrich-Ebert-Str. 177  
3500 Kassel  
Tel. 0561 / 3 40 00**