

# dg

G 2961 E

Einzelheft 5 Mark

Abonnement 3,70 Mark

Demokratisches  
Gesundheitswesen

Nr. 6 · Juni 1987

Krankenschwestern:

## Mädchen für alles?

Und:

Aids im Krankenhaus

Tagung „Zivilschutz für Euroshima?“

Macht – Medizin – Mythos



## Vilmars Interview



**Walter Wuttke**  
ist Medizinhistoriker und lebt in Ulm

**N**un haben wir es also schriftlich: „Die Vergangenheit wird bewältigt.“ Wie diese Drohung zu verstehen ist, kann im Deutschen Ärzteblatt vom 18. April nachgelesen werden. Der Präsident der Bundesärztekammer hat dort in einem Interview vorgeführt, was er sich unter „Vergangenheitsbewältigung“ vorstellt. Anlaß seiner Initiative ist die englische Publikation des Vortrags von H. Hanauske-Abel auf dem Kölner IPPNW-Kongreß (The Lancet, 2. 8. 1986).

Wie immer, wenn Ärztefunktionäre die Geschichte bemühen, geht es um Großes. Diesmal geht es um die „deutsche Sicht“ der „deutschen Ärzteschaft“ gegenüber den Ansichten eines Arztes „namens“, der „bis vor kurzem in“, „danach offenbar im“ „und derzeit vermutlich in“ herumdoktoriert und in einer „weltweit verbreiteten englischen Medizin-Zeitschrift“ schreibt, wofür er sich „ausdrücklich bei deutschen und amerikanischen IPPNW-Repräsentanten“ bedanke. Es geht also um die Abwehr eines Komplotts, den die internationale ärztliche Friedensbewegung gegen die westdeutsche Ärzteschaft angezettelt hat.

Vilmar gehört nicht zu den Konservativen, die glauben, daß es in der Geschichte der

deutschen Medizin „Vergangenheit“ gibt, „die nicht vergehen will“. Es gibt „schuldhaftes Verhalten einer bestimmten Gruppe von Ärzten während des ‚Dritten Reiches‘, dessen sich die heutige Ärzteschaft schämt“, und die „gegen jeden Einblick von außen abgeschottet“ ihre Verbrechen begingen. Alles andere ist Geschichte, derer sich kein Arzt schämen muß und der sich Vilmar in der ganzen Pracht seiner Halbbelesenheit stellt. Und das sieht auszugswise so aus:

Was zu sagen ist, ist mit der Dokumentation „Medizin ohne Menschlichkeit“ gesagt, die A. Mitscherlich und F. Mielke 1949 im Auftrag der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern vorlegten und in konservativen Ärztekreisen trotz vieler Bedenken als kollektiver „Persilschein“ ein gewisses Ansehen genießt, so auch bei Vilmar. Daß dieses Buch von den Ärztekammern publiziert wurde, um aus dem Verkehr gezogen zu werden, sagt er aber nicht, weil Wichtigeres gesagt werden muß: Das „Gros der Ärzte“ blieb dem hippokratischen „Berufsethos“ verpflichtet, der „Antisemitismus“ richtete sich überhaupt „mehr gegen die Geschäftsleute als gegen die Ärzte“; „korrekterweise“ könne man auch nur davon sprechen, daß die Nazis lediglich die „jüdischen Teilhaber (...) der Elite“ vertrieben hätten, „denn auch unter den nichtjüdischen Ärzten waren große Geister, die das Prädikat ‚Elite‘ für sich in Anspruch nehmen durften oder dürfen“. Und französische Redakteure ei-

nes rassistischen Medizin-Programms... mit größter Sicherheit keine Ärzte, sondern Rassenhygieniker“ waren. Was bleibt ist ein kleiner Rest, und der ist „mit größter Sicherheit“ bewältigt: „höchstens 400“ von 90 000 Ärzten, macht 0,444444 usw. Prozent, wie gesagt, „höchstens“!

Eine absurde Rechnung, die etwa vergißt, daß die Mengele und Rascher nicht „abgeschottet“ von den „nichtjüdischen großen Geistern“ agierten, sondern unter und mit ihnen. Zu den Nazi-Ärzten gehörte eben auch ein Sauerbruch, ein Bürger-Prinz, ein von Weizsäcker, ein August Mayer, ein Richard Siebeck und ein Karl Haedenkamp oder die späteren Ärztekammerpräsidenten Severing und Kreienberg. Sie und die vielen anderen, die nicht Rascher oder Mengele hießen, standen deshalb nicht außerhalb der NS-Medizin, sondern waren wie sie Teil dieser Medizin, dessen Prinzip von Heilen und Vernichten sie ebenso bedienten, wenn auch aus unterschiedlichen Motiven, mit unterschiedlichen Interessen, mit unterschiedlichen persönlichen, materiellen und strukturellen Beziehungen zum NS-System, mit Unterschieden in Art, Umfang und Dauer des Mitmachens. Wer sich also aufs Zählen einläßt, müßte aus diesem Reservoir noch einmal mehrere zigtausend der Zahl der Nazi-Ärzte zurechnen. Aber auch das wäre ein absurdes Unterfangen, da Vergangenheitsbewältigung in der Analyse von Ursachen und Strukturen liegen sollte und nicht in der Niederschrift von Fahndungslisten.

Unerträglich ist aber nicht die Weißwäscherei, die Vilmar an der NS-Medizin vornimmt. Unerträglich ist das Interview, weil es nicht ohne Beleidigung der Opfer auskommt. Die Passage, die sich mit den Berufsverböten und dem Rassismus befaßt, steht unter der Überschrift „Tragische ‚Entjudung‘ des ganzen Volkes“. „Tragisch“, das meint, daß die Täter in jedem Fall, was auch immer sie getan hätten, schuldhaft gehandelt hätten, daß also beispielsweise diejenigen, die die Berufsverböten durchsetzten, auch schuldig geworden wären, wenn sie ihre jüdischen Kollegen nicht vertrieben hätten, daß die Opfer in die Schuld der Täter verwickelt waren. So ist diese Überschrift zu interpretieren. Möglich, daß Vilmar sich dieser Konsequenz nicht bewußt ist. Dann bleibt immer noch die Kritik an seinem hohlen Jargon der „Vergangenheitsbewältigung“, der von den Opfern nur in einer Form sprechen kann, die die Täter entlastet.

Für die IPPNW bleibt die Aufgabe, mit der Ärzteschaft der Bundesrepublik über die Frage zu diskutieren, ob sie aus dem Faschismus gelernt hat. Vilmar hat keine Antwort gegeben; er hat die Bedenken eher bestärkt. Es lohnt sich, die Diskussion noch einmal da zu beginnen, wo sie 1948 bereits war. Damals warnten die Westdeutschen Ärztekammern in ihrer Stellungnahme zum Nürnberger Ärzteprozeß vor einem Engagement in den Bereichen, die im „Widerspruch“ zur „unabhängigen inneren Freiheit“ der Ärzte stünden. „Insbesondere“ gelte „diese Forderung für jede Tätigkeit in militärischen Organisationen“.



## dg-Report

Krankenschwestern:  
Mädchen für alles? 10

## Internationales

„Niemals isoliert“  
dg-Interview mit Jorge Lopez Suazo,  
Universität Leon, Nicaragua 16

Mord von Staats wegen  
Todesstrafe in den USA 38

## Aktuelle Gesundheitspolitik

Kampfstoff HIV?  
Zum Ursprung des Aids-Virus 18

Aids und Gewalt. Eine Polemik 30

Auf den Zahn geföhlt 35

## Arbeitsmedizin

Handlungsbedarf  
Tagung  
„Arbeit darf nicht krank machen“ 27

## Umwelt

„Machen auf goodwill“  
Blutbildveränderungen bei  
Dortmunder Kindern 28

## Ethik

Macht – Medizin – Mythos 32

## Patientenversorgung

„Fotografiere doch keine alte Frau!“  
Fotos aus dem Altenheim 36

## Frieden

Katastrophenpläne offenlegen 40

## Rubriken

Sie über uns 4

Aktuelles 5

Termine 8

Kleinanzeigen 10

Buchkritik 41

Comic 42

Wir über uns 44

Dieser Ausgabe ist ein Faltblatt des Ver-  
eins demokratischer Ärztinnen und Ärzte  
beigeföhlet. Wir bitten um seine Beach-  
tung.

Foto: Linie 4 / Bauer / Jung



**Zu blöd, sich über den Kaffee schnorrenden Arzt aufzure-  
gen, denkt manche Schwester, während sie die Tassen  
abwäscht. Sind Krankenschwestern eigentlich Mädchen  
für alles? Der Report auf Seite 10**

Foto: Maus



**Kölner Medizinstudenten  
haben einen Partner-  
schaftsvertrag mit der  
Medizinischen Fakultät in  
Leon, Nicaragua, geschlos-  
sen. dg-Interview mit Jorge  
Lopez Suazo, Studentenver-  
treter in Leon.  
Seite 16**

Zeichnung: Paulsen



**Wie wird in den Krankenhäusern mit dem Aids-Pro-  
blem umgegangen, fragten wir Sie vor zwei Monaten.  
Antworten zum Thema HIV-Test und die Empfehlun-  
gen der Liste Soziales Gesundheitswesen in der Ärz-  
tekammer Nordrhein auf Seite 8 und Seite 26**



## Pingpong

dg 5/87: Leserbrief von W. Steinbrecher

Eigentlich habe ich keine Lust, mit W. Steinbrecher ein Pingpongspiel über die Probleme der Gesetzlichen Krankenversicherung zu eröffnen. Aber seine Replik auf meine Kritik an seinen Thesen bedarf eines Kommentars, da W. Steinbrecher nach der Methode der Ereignisschöpfung verfährt. Ich mach's kurz:

1. Die Behauptung, die Mortalität der AOK-Versicherten sei gestiegen, ist falsch. Weiß der Himmel, auf welche Zahlen sich W. Steinbrecher stützt. Laut AOK-Statistik ist jedenfalls die Sterblichkeit je 1000 Pflichtversicherte von 3,02 in 1976 auf 2,47 in 1984 gesunken. Dieser Rückgang betrifft alle Altersgruppen bis 65 Jahre.

2. Es stimmt, daß die Zahl der Krankenhaufälle gestiegen ist; auch hat sich die Zahl der Kran-

kenhaustage je Versicherten leicht erhöht – in der AOK wie in der GKV insgesamt. Daraus läßt sich jedoch keine Verschlechterung im Gesundheitszustand der Bevölkerung ableiten. Neben der Mortalitätsstruktur – in der es Umschichtungen, aber keine generelle Zunahme gibt – nehmen noch andere Faktoren Einfluß auf das Volumen der Krankenhausleistungen, als da sind Leistungsangebot und Struktur der Krankenhäuser, das Überweisungsverhalten der Ärzte oder das Fehlen von Versorgungseinrichtungen in der Pflege und der Rehabilitation.

3. W. Steinbrecher muß ganze Passagen meines Artikels überlesen haben, sonst könnte er die Zunahme von Krankheiten des Bewegungsapparates nicht als Widerlegung meiner Thesen verkaufen. Genau diese Entwicklung habe ich konkret angesprochen.

4. Wenn mich W. Steinbrecher mit Blüm in eine Ecke stellt, weil ich für eine Diskussion der Auswirkungen eines patientenorientierten Umbaus der Krankenversorgung in puncto Arbeitsplätze plädiere, dann ist das nicht nur mieser Stil (damit könnte ich freilich leben). Es zeugt vielmehr von einem gegen Null wandernden Problembewußtsein über die mit einem Reformprojekt verbundenen Strukturveränderungen, die nolens volens auch Arbeitsplätze betreffen. Schließlich werden die von den Ärzten verordneten Pillen – von denen nach Urteil kritischer Pharmakologen fast die Hälfte überflüssig oder gar schädlich sind – nicht in den Chefetagen der Pharmaindustrie gedreht. Und wenn ein soziales Netz häuslicher Pflege aufgebaut wird und dadurch Kapazitäten in den geriatrischen oder inneren Stationen der Krankenhäuser frei werden – was hat das mit Sozialabbau zu tun? Ein stures Festhalten am status quo ist perspektivlos – und damit für die Beschäftigten des Medizinsystems (incl. Pharmaindustrie) eine gefährliche Sache.

W. Steinbrechers eigenwillige Art, Statistiken zu lesen, mag mit seinem gußeisernen politischen Weltbild zusammenhängen, das er bestätigt sehen möchte. Nun gut, sein Problem. Mit der Realität haben seine Wunschbilder freilich nichts zu tun.

HARTMUT REINERS  
Köln

## Gegen Psychopharmaka für Kinder

Gegen die Verschreibung von Psychopharmaka für Kinder hat sich der Bundesverband Deutscher Psychologen (BDP) ausgesprochen. Werner Gross, Sprecher der Sektion klinische Psychologie beim BDP, machte auf eine Untersuchung von Reinhard Voß aufmerksam, laut der 1,4 Millionen mal pro Jahr Kindern unter 12 Jahren Psychopharmaka verschrieben wurden. Gross verwies

daneben auf eine Untersuchung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, die ergab, daß 36 Prozent der Eltern grundsätzlich bereit sei, Schulprobleme mit Medikamenten zu lösen. 12 Prozent der Schüler nahmen bereits 1979 Medikamente, um ihre Nervosität vor Klassenarbeiten zu bekämpfen. Die langfristigen Folgen des Medikamentenmissbrauchs bei Kindern hält Gross für verheerend, da neben Tablettenabhängigkeit und körperlichen Schäden auch die spätere Unfähigkeit drohe, mit Konflikten angemessen umzugehen.

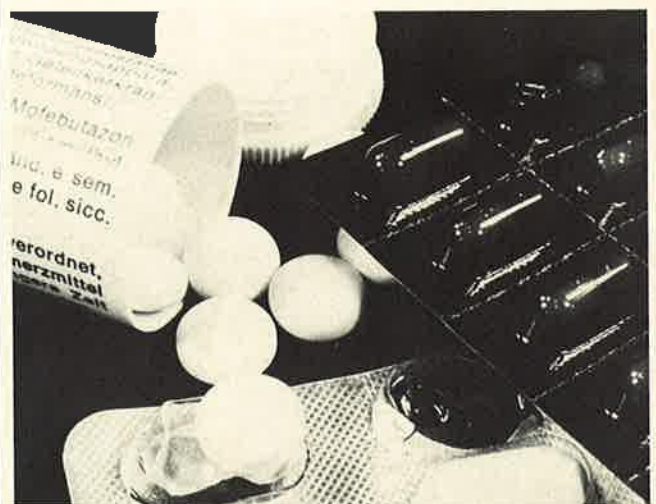


Foto: Dähm

## Weltgesundheitskonferenz

Vom 4. bis zum 16. Mai hat in Genf die 40. Jahreskonferenz der Weltgesundheitsorganisation (WHO) stattgefunden. Rund 1200 Delegierte aus 166 Mitgliedsstaaten der WHO nahmen an der Tagung teil. Im Zentrum der Diskussionen stand die Finanzkrise der WHO, die nach Aussagen des Generaldirektors der WHO, Dr. Halfdan Mahler, dazu führen wird, daß zehn Prozent der geplanten Programme nicht durchgeführt werden können. Bereits 1986 seien 27 Prozent der festgelegten Beiträge nicht gezahlt worden. Eine mangelhafte Zahlungsmoral habe vor allem der Hauptbeitragszahler USA. Mahler verwehrt sich in seiner Eröffnungsrede auch gegen den Versuch einiger Regierungen, politischen Druck auf die WHO auszuüben und den Verschuß bestimmter Informationen zu verlangen.

## IPPNW-Kongreß 1987

Vom 6. bis zum 8. November 1987 wird in Essen der 7. Medizi-

nische Kongreß zur Verhinderung eines Atomkrieges stattfinden. Dabei wird es unter anderem um die „schleichende Militarisation des Gesundheitswesens“ gehen, wie Dr. Walter Popp, einer der Organisatoren des Kongresses mitteilte. Das „Interesse der Aufrüster“ habe sich verstärkt auf landesgesetzliche und örtliche Regelungen konzentriert: So seien in einigen Bundesländern neue Katastrophenschutzgesetze erlassen worden, die Zwangsrekrutierung und -fortbildung vorsehen; mehr und mehr würden in den Krankenhäusern Alarmpläne verabschiedet; immer häufiger käme es auch ohne rechtliche Absicherung zum Datenaustausch zwischen Ärztekammern und Zivilschutzämtern bzw. kommunalen Verwaltungen.

Die IPPNW plant, zum Kongreß eine „Dokumentation über die schleichende Militarisation des Gesundheitswesens“ zu erstellen und bittet daher um Mitteilung, wenn Personen selbst von derartigen Maßnahmen betroffen sind oder um Hinweise auf ihnen bekannte Fälle. Nachfragen bei der IPPNW Essen, Postfach 10 18 43, 4300 Essen, oder bei Walter Popp, Tel. 02 01/44 16 30, und Petra Grüner, Tel. 02 31/14 77 92.





## Karsten Vilmar für Selbstbeteiligung

Auf der Eröffnungsveranstaltung des 90. Deutschen Ärztetages in Karlsruhe hat sich der Präsident der Bundesärztekammer, Karsten Vilmar, für die Einführung einer prozentualen Selbstbeteiligung ausgesprochen. Dies solle für Arzneimittel sowie für Heil- und Hilfsmittel gelten, bei denen die Krankenkassen nur noch feste Zuschüsse zahlen sollten; der Rest müsse von den Versicherten selbst getragen werden. Die Selbstbeteiligung im Krankenhaus, die zur Zeit in den ersten zwei Wochen des Krankenhausaufenthaltes 5 Mark pro Tag beträgt, könne abgeschafft und statt dessen zum Beispiel ein Verpflegungszuschuß von 9,40 Mark eingeführt werden.

Durch eine stärkere Selbstbeteiligung verspricht sich Vilmar eine Steuerung der Nachfrage ärztlicher und sonstiger Versicherungsleistungen. Selbstbeteiligungen stünden nicht im Widerspruch zum bestehenden System der sozialen Sicherheit in der Bundesrepublik. Sie seien unbedenklich, so der Präsident der Bundesärztekammer, wenn ärztliche Leistungen ausgenommen blieben. Das soziale Sicherungssystem müsse allerdings vor dem Zusammenbruch durch Überlastung und „Sozialmißbrauch“ bewahrt werden.



Foto: Menzen

Ferner sprach sich Vilmar erneut für die Abschaffung des Arbeitgeberanteils an der Krankenversicherung aus. Daneben sollte eine zweckgebundene Steuer für gesundheitsschädigendes Verhalten in Erwägung gezogen werden. Neben Alkohol- und Tabakmißbrauch nannte er in diesem Zusammenhang auch „riskantes Freizeitverhalten wie Motorrad- und Skifahren“.

## Gentec-Tiere patentiert

Die US-Regierung hat im April erstmals ein Patent auf gentechnisch manipulierte Tiere zugelassen. Damit sind die USA das erste Land, in dem Tiere patentiert werden können. In der Verlautbarung der US-Regierung hieß es, daß man ausdrücklich verhindern wolle, genetische Merkmale beim Menschen zum Patent zuzulassen. Ein Sprecher des Patentamtes räumte jedoch ein, daß der Regierungsentcheid ein Schritt dahin sein könne, auch Veränderungen menschlichen Erbguts kommerziell zu nutzen. Dem Patentamt wurden nach Bekanntgabe des Regierungsbeschlusses weitere 15 Anträge auf Patentierung gentechnisch erzeugter Tiere vorgelegt.

## Westfalen-Lippe Keine Delegierten zum Ärztetag

Die Liste demokratischer Ärzte in der Kammerversammlung Westfalen Lippe hat keine Delegierten auf den Deutschen Ärztetag nach Karlsruhe entsandt. Das Verwaltungsgericht Münster hatte kurz zuvor eine entsprechende Klage der demokratischen Ärzteliste abgelehnt. Sie hatte sich auf die Richtlinien der Ärztekammer Westfalen-Lippe für die Wahl der Delegierten zum Ärztetag gestützt, nach denen die Delegierten entsprechend der „Struktur der Ärzteschaft“ zusammengesetzt sein müssen. Da die Liste 16 Delegierte in der Ärztekammer stellt, entspräche die Zusammensetzung der Delegierten für den Ärztetag nicht der Struktur der Ärzteschaft Westfalen-Lippes.

Das Verwaltungsgericht Münster erklärte die Klage für unzulässig, da die Kammerersatzung keine gerichtliche Prüfung der Wahl vorsieht. In der mündlichen Begründung wurde ausgeführt, daß die Kammer das Recht habe, den Begriff „Struktur der Ärzteschaft“ durch einfachen Mehrheitsbeschluß zu füllen.

## Tschernobyl:



## Strahlend

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		Gesamt-Cs in Bq/kg
Datum	Herkunft	Meßwert Durchschnitt
<b>Joghurt</b>		
27.4.87	Fruchtj., Südmilch	6
29.4.87	Parmalat, Italien	21
3.5.87	Biobecher, Onken	unter 3
25.4.87	Fruchtj., Marpro	23
30.4.87	Fruchtzweige, Gervais	42
19.4.87	Fruchtj., Milsa	13
24.4.87	Fruchtj., Landliebe	6
9.4.87	Fruchtj., Igemo	40
<b>Frischkäse</b>		
(angegeben ist das Haltbarkeitsdatum (HD))		
6/87	Cheesy, Adler	11
14.4.87	Frischkäse, Italien	35
26.5.87	Almfrisch	18
7/87	Buko	5
27.4.87	Alpengold, Plus	21
13.5.87	Cortina	62
24.4.87	Valoval	26
25.4.87	Exquisa, Karwendel	56
6.5.87	Philadelphia	46
<b>Schmelzkäse</b>		
HD 8/87	Kräuter, Du darfst	84
HD 7/87	Kräuter, Karwendel	142
HD 9/87	Kräuter, Milkana	40
<b>Süßigkeiten</b>		
April 87	Duplo	20
April 87	Schokolinsen, Piasten	84
April 87	Toffifee, Storck	24
April 87	Joghurt-Jam, Haribo	17
<b>Fleisch</b>		
24.4.87	Rind, Oldenburg	52
24.4.87	Schwein, Oldenburg	4
23.4.87	Rind, Niedersachsen	85
14.4.87	Rind, Münster	143
13.4.87	Kalb, Norddeutschland	44
14.4.87	Schwein, Norddeutschland	36
April 87	Geflügel, Deutschland	unter 5
April 87	Rindfleischkonserven, Ungarn	57
April 87	Yano, Rindfleischkonserve	21
HD 8/87	Bi-Fi, Mini-Salami	22

Aktuelle Werte können angefordert werden bei:  
Die Verbraucherinitiative, Breitestraße 51, 5300 Bonn 1.

## Säuglingssterblichkeit

Die Sterblichkeit von Säuglingen, die zwischen einer Woche und einem Jahr alt sind, lag in Berlin (West) 1986 um 26 Prozent höher als ein Jahr zuvor. Dies berichteten nach Angaben des Berliner Strahlentelex die fünf von der Alternativen Liste Berlin gestellten Gesundheitsstadträte. Da auffällige Unterschiede zwischen verschiedenen Bezirken der Stadt bestehen, nannten die Gesundheitsstadträte die zunehmende Armut als Grund. Auf einen Zusammenhang mit der erhöhten Strahlenbelastung nach dem Reaktorunfall von Tschernobyl seien die Daten noch nicht untersucht worden.

## Kuren wertlos?

Der niedersächsische Sozialminister, Hermann Schnipkowitz, hat vor dem Arbeitgeberverband Eib-Weser-Dreieck die Ansicht vertreten, daß es in allen Bereichen des Gesundheitswesens erhebliche Einsparreserven gebe. Unter anderem hinterfragte Schnipkowitz den Wert von Kuren. Wie es in der Pressemitteilung seines Ministeriums hieß, „stellte (er) die Überlegung an, einen Teil des Jahresurlaubs für Kuraufenthalte zu verwenden“. Kritik übte der Minister auch daran, daß den 35 000 bundesweit abgebauten Krankenhausbetten 26 000 Betten gegenüberstünden, die seit 1973 in Kur- und Spezialeinrichtungen neu entstanden seien.



Hermann Schnipkowitz: „Viele ernähren sich so, als ob sie tagtäglich vor einem Hochofen oder in einem Bergwerk stehen.“

## Schwangerschaftsabbruch

Eine Tagesklinik für Schwangerschaftsabbrüche hat die Frauenbeauftragte der Stadt Stuttgart, Dr. Gabriele Stechmeister, gefordert. Zahlreiche Klagen von Frauen zeigten, daß es in Stuttgart fast unmöglich sei, eine Klinik zu finden, die Abtreibungen vornimmt. Dorothee Schiff, Sozialarbeiterin beim Gesundheitsamt der Stadt, bestätigte, daß bei einer sozialen Indikation in der Regel kein Abbruch zu bekommen sei. Nach Aussagen von Dr. Stechmeister werden selbst eindeutig medizinische Indikationen in Stuttgart nicht akzeptiert. Die Frauenbeauftragte berichtete von dem Fall einer Frau von etwa 45 Jahren, deren Hausarzt eine Indikation wegen des hohen gesundheitlichen Risikos gestellt hatte. In einer Klinik sei sie mit dem Argument abgewiesen worden, man könne Kinder auch vom Rollstuhl aus betreuen.

Dr. Stechmeister sieht in den Vorkommnissen eine Mißachtung der verfassungsrechtlich garantierten Grundlage, Abbrüche aufgrund verschiedener Indikationen vornehmen zu lassen. Es sei unzumutbar, wenn Frauen gezwungen seien, in ein anderes Bundesland zu fahren.

## VdÄÄ: Arbeitszeitverkürzung gefordert

Der Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte (VdÄÄ) hat sich hinter die Forderung der Gewerkschaften nach Verkürzung der Wochenarbeitszeit bei vollem Lohnausgleich gestellt. Die Arbeit sei erheblich intensiviert worden. Nacht- und Schichtarbeit seien ausgeweitet, Leistungslohnsysteme ausgebaut und die Kontrolle verstärkt worden. Gleichzeitig nehme die gesundheitliche Belastung der Arbeitnehmer durch neue chemische Stoffe im Arbeitsprozeß zu. Diese Belastungen schlugen sich, so der VdÄÄ, in der seit Jahren steigenden Frühinvalidität, von der vor allem die Arbeiter betroffen seien, nieder. In einem Aufruf, der von 312 Ärztinnen und Ärzten unterzeichnet wurde, hieß es, die Arbeitszeitverkürzung sei eine Maßnahme präventiver Gesundheitspolitik, mit der die Verhütung von Krankheiten angestrebt werde.



## Großbritannien: Mehr Geld für Krankenschwestern

Dem Pflegepersonal des staatlichen Gesundheitswesens ist jetzt, kurz vor der Wahl des britischen Unterhauses, eine Lohnerhöhung zugestanden worden. Auf dem Jahreskongreß der Gewerkschaft des britischen Pflegepersonals waren bessere Arbeitsbedingungen, bessere Bezahlung und das Streikrecht für Pflegepersonal gefordert worden, wie die Neu Isenburger Ärzte-Zeitung Anfang Mai meldete. Auf dem Kongreß sei berichtet worden, daß die schlechte Bezahlung jährlich 30 000 Krankenschwestern zum Verlassen staatlicher Kliniken treibe. Der Grundlohn von jährlich 18 600 Mark zwinge 80 Prozent des Pflegepersonals zum Zuverdienst, wie Trevor Clay, Generalsekretär der Gewerkschaft, festgestellt hätte. Nach einer Studie der Gewerkschaft arbeiten sie nebenbei zum Beispiel als Kellnerin oder Putzfrau. 3000 Schwestern und Pfleger seien auf Sozialhilfe angewiesen, und 40 Prozent lebten am Rande der Armutsgrenze. Auf dem fünftägigen Kongreß ist laut Ärzte-Zeitung mehrfach darauf hingewiesen worden, daß sich durch die Doppelbelastung Fehler des Pflegepersonals häuften.

Die Delegierten hatten sich fast einstimmig dafür ausgesprochen, auch einen Streik nicht auszuschließen, um Druck auf die Regierung auszuüben. Schon diese Drohung brachte offensichtlich Erfolg.

## Psychotherapeuten-Gesetz geplant

Die Bundesregierung plant, in dieser Legislaturperiode die klinisch-psychologische Tätigkeit durch ein Psychotherapeutengesetz zu regeln, bzw. deren Regelung in Angriff zu nehmen. Diese Zusage hat Bundesgesundheitsministerin Rita Süßmuth dem Präsidium des Berufsverbands Deutscher Psychologen (BDP) gegeben. Allerdings müsse zuvor geklärt werden, welche therapeutischen Verfahren als Krankenbehandlung und welche psychischen Störungen als Krankheit im Sinne der Reichsversicherungsordnung anzusehen seien. Vor allem aber müsse vor einer gesetzlichen Regelung Gewißheit über die Kosten gewonnen werden, die auf die Krankenversicherungen bei der Aufnahme psychotherapeutischer Behandlungen durch Diplom-Psychologen zukämen.

Nach Aussagen des BDP ist dabei allenfalls von einer Kostensteigerung von einem Prozent auszugehen, ohne daß die Entlastung durch die mittel- und langfristigen Erfolge psychotherapeutischer Behandlung dabei berücksichtigt wäre.



## Neue Psychiatriezeitzeitschrift

Im Mai dieses Jahres ist die erste Nummer der „Zeitschrift zur Antipsychiatrie“, ZAP, erschienen. ZAP versteht sich als Forum, in dem Alternativen zur Psychiatrie vorgestellt und diskutiert werden können. Es soll nach Aussagen der Herausgeber nicht gegen Diskriminierung und Aussonderung von Menschen, die sich nicht „normal“ verhalten, geschrieben werden, sondern „gegen jede therapeutische Gewalt, gegen Niederspritzen und Fixieren, gegen persönlichkeitsverändernde Medikamente, wie zum Beispiel hochpotente Neuroleptika, gegen E-Schocks, gegen stumpfsinnige Arbeits„therapie“, gegen die Drehtür-Psychiatrie, gegen das Abschieben „chronisch Kranker“ in Ghettos.

Probehefte und Abonnements bei ZAP c/o Selbsthilfe-Zentrum, Auenstr. 31, 8000 München 5.



Dr. Hartmut Krukemeyer

## Luxemburg: Keine Privatisierung

Dr. Hartmut Krukemeyer, der größte bundesdeutsche Klinikunternehmer und Besitzer der Paracelsus-Kette, wird nicht, wie geplant, das Princesse-Marie-Astrid-Hospital in Luxemburg erwerben können. Nach fast zweijähriger Diskussion bestätigte der luxemburgische Gesundheitsminister, Benny Berg, jetzt, daß das Krankenhaus in öffentlicher Hand bleibe. Sowohl die zuständige Gewerkschaft als auch das Personal hatten sich gegen die Privatisierung ausgesprochen.

## Türkei: Arbeit der IPPNW verboten

Schon kurz nach der Gründung einer türkischen Sektion der Internationalen Ärzte gegen den Atomkrieg (IPPNW) hat das Innenministerium der Türkei deren Arbeit am 28. April dieses Jahres einstellen lassen. Dies teilte Dr. Ugur Cilasun, Generalsekretär und Exekutivdirektor der türkischen Ärztekammer und Mitglied der IPPNW-Sektion, mit. In einem Schreiben begründet das Innenministerium diesen Schritt damit, daß die Bedrohung eines Nuklearkrieges für jedermann gelte. Daher dürfe sich eine kleine Gruppe von Menschen nicht allein dafür verantwortlich erklären. Es gäbe eine Atomkommission als staatliches Organ, was solche anderweitige Bemühungen Dritter überflüssig mache. Ferner befänden sich unter den Begründern der IPPNW-Sektion solche Personen, die verdächtig seien.

Es sei bemerkenswert, so Dr. Cilasun, daß die Tätigkeit der Sektion am selben Tag vom Innenministerium eingestellt wurde, an dem ein Militärgericht den Friedensverein der Türkei wegen illegaler Tätigkeit verboten habe. In der Verhandlung waren die führenden Mitglieder des Friedensvereins trotz internationalem Druck zu Haftstrafen verurteilt worden.

## Statistik

Von 1970 bis 1985 hat sich die Zahl der in Krankenhäusern stationär behandelten Patienten von 9,3 Millionen auf 12,2 Millionen erhöht, wie das Statistische Bundesamt in Wiesbaden jetzt mitteilte. Dies entspreche einer Zunahme von 30 Prozent. Noch stärker sei in diesem Zeitraum die Zahl der in Krankenhäusern Beschäftigten gestiegen: Sie nahmen von 547 300 Personen auf 807 500 Personen, dies waren 48 Prozent, zu. Während ein Krankenhausarzt 1970 im Durchschnitt für 200 Patienten zur Verfügung stand, kamen 1985 nur noch 146 Patienten auf einen Arzt. Auf eine Pflegekraft entfielen 1985 39 Patienten gegenüber 53 im Jahre 1970. Die Zahl des medizinisch-technischen Personals verdoppelte sich fast in dem genannten Zeitraum: Waren es 1970 nur 23 600 Personen, so stieg ihre Zahl auf 45 500 im Jahre 1985.



## AiP-Tarifvertrag: Billigärzte

Den Tarifvertrag für die zukünftigen Ärzte im Praktikum hat die VDS-Fachtagung Medizin scharf verurteilt. Auch das Mitwirken der ÖTV.

Am 2. und 3. Mai hat eine Fachschaftstagung der Fachkonferenz Medizin der Vereinigten Deutschen Studentenschaften (VDS) in Bonn stattgefunden. Die Fachkonferenz Medizin ist die Vertretung der über 50 000 Medizinstudentinnen und Studenten. An der Tagung beteiligten sich 21 der 29 Fachschaften und Fachschaftsinitiativen der Bundesrepublik.

Neben der Wahl des Fachsekretariats – die Fachschaft Frankfurt wurde bei einer Gegenstimme und zwei Enthaltungen bis Januar 1988 gewählt – wurden mehrere Resolutionen verabschiedet und eine Standortbestimmung der studentischen Politik versucht, die sich aus der veränderten Lage nach der Verabschiedung der 5. Approbationsordnung für Ärzte ergeben hat.

Die Fachkonferenz Medizin lehnte die neue Approbationsordnung und mit ihr die Regelung „Arzt im Praktikum“ entschieden ab, da sie eine unverantwortliche Verschlechterung der Patientenversorgung bedeuten würden und in erster Linie als ein Steuerungsinstrument gegen die angebliche Ärzteflut verstanden werden müßte.

Mit dem Tarifaabschluß sei der entscheidende Schritt zur Einführung von Billigärzten zweiter Klasse getan. Zwar hätten sich die Bundesregierung und die Krankenhausträger mit ihren Vorstellungen, den AiPern rund 700 Mark monatlich zu zahlen, nicht durchsetzen können, doch auch das jetzt beschlossene Gehalt von 1200 Mark netto im er-

sten Jahr überschreite den vom Studentenwerk errechneten Mindestbedarf an BAFöG für Studierende gerade um 200 Mark. Verurteilt wurde darüber hinaus, daß dieses Billiggehalt eine Sogwirkung auf andere Gehälter im Gesundheitswesen ausüben könne. Durch die Einführung einer viermonatigen Probezeit seien die AiPler der Willkür der Chefärzte ausgeliefert.

Die Tagung der Fachkonferenz Medizin lehnte auch die Zustimmung der Gewerkschaft ÖTV zu dem Tarifvertrag ab, wobei die drei studentischen Vertreter der ÖTV-Tarifkommission dies bereits vorab erklärt hatten. Auf das Schärfste verurteilten die Studenten jedoch den Marburger Bund, der die Einführung des AiP gemeinsam mit der Bundesregierung betrieben habe und jetzt für den Tarifaabschluß maßgeblich verantwortlich sei. Die VDS-Fachtagung forderte deshalb alle Studenten auf, aus dem Marburger Bund auszutreten. Gleichzeitig erkannte sie die Gewerkschaft ÖTV als Vertreterin in der tariflichen Auseinandersetzung an.

Christoph Seitz  
Fachsekretariat Medizin

**Aids im Krankenhaus:**

## Körperverletzung



**ud – In bundesdeutschen Kliniken wird, so scheint es, munter auf HIV getestet, ob mit Erlaubnis der Patienten oder ohne, wen interessiert das schon?**

HIV-Tests ohne Einwilligung der Patienten vorzunehmen, ist unzulässig. Dies erklärte Manfred Steinbach, Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium, so stand es in der Entschließung der Gesundheitsminister der Länder, so sieht es auch Bundesanwalt Manfred Bruns. Für einen routinemäßigen HIV-Test bestehe überhaupt keine Rechtsgrundlage, erklärte Bruns Ende März.

Bis dato wurde munter getestet. So in einer Klinik in Nordrhein-Westfalen, wo in der Akutpsychiatrie automatisch Angehörige sogenannter Risikogruppen – Homosexuelle, Prostituierte, Fixer und Strafgefangene – automatisch getestet werden. Da müssen wohl Hellsäher sitzen.

Heikel wird es vor allem dann, wenn ein Test positiv ausfällt, so wie im Fall eines jungen homosexuellen Psychotikers. In jener Klinik wurde dem Patienten das Testergebnis kurzerhand mitgeteilt, als man ihn in einen anderen

Bereich verlegte. Der junge Mann versuchte daraufhin, sich mit einer Überdosis Tabletten das Leben zu nehmen. Mit seinen beiden Krankheiten sehe er in seinem Leben keinen Sinn mehr.

Dies allerdings geschah, bevor die Haltung des Bundesgesundheitsamts und der Länderregierungen bekannt wurde. Nunmehr macht die Klinikleitung die Einwilligung der Patienten zur Voraussetzung für einen Test. Ein Mitarbeiter der Klinik allerdings befürchtet, daß sich das Personal damit nicht zufriedengeben werde. Administrativen Kontrollmechanismen messe man größere Chancen zur Eindämmung der Krankheit bei als der Aufklärung. So hätte es sogar die Forderung gegeben, den Kittel als Dienstkleidung wieder einzuführen. Gleichzeitig seien Teile des Personals aber nach wie vor nicht bereit, Handschuhe bei der Blutabnahme zu tragen.

In einem Rundschreiben der Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz an ihre Kliniken wurde sogar offen gefordert: „Untersuchungen auf HIV-Antikörper sind zur Diagnostik vermehrt einzusetzen; bei entsprechender Symptomatik, bei Risi-

kogruppen. Diese diagnostischen Maßnahmen können ohne Kenntnissgabe an die Patienten vorgenommen werden.“

Auch eine Umfrage von Ende März, die die Bundestagsabgeordnete Heike Wilms-Kegel (Die Grünen) unter rheinland-pfälzischen Kliniken durchführte, ergab, daß Patienten teilweise auch ohne Einverständniserklärung auf HIV getestet wurden. Von 84 Kliniken, die Wilms-Kegel angeschrieben hatte, antworteten 32. In fast der Hälfte dieser Krankenhäuser wird routinemäßig untersucht: Hinreichende Kriterien seien der Verdacht, daß der Patient einer Risikogruppe angehört, unklares Fieber, ein Auslandsaufenthalt. Drei Kliniken gaben an, daß die Betroffenen nie gefragt würden, fünf Kliniken machten nicht in jedem Fall die Erlaubnis zur Vorbedingung für den Test, und zwei Häuser entschieden je nach der besonderen Situation des Patienten.

Und das ist nicht nur juristisch fragwürdig, sondern auch medizinisch. Denn eine Sicherheit können, wegen der langen Inkubationszeit, auch negative Testergebnisse nicht gewähren. Als Schutz der Beschäftigten reicht aber eine konsequente Anwendung üblicher Hygienemaßnahmen wie bei Hepatitis-Kranken aus. Einige bedürfen da anscheinend der Nachhilfe durch einen Juristen: „Im Grunde“, so Bundesanwalt Bruns, „müssen Arzt und Patient sich heute immer so verhalten, als hätten beide Aids.“

**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.: (05 41) 6 08 42 34, 38, 43–45.

**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.: (0 57 66) 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.: (02 51) 5 91–36 79.

**27. 6.**

**Köln**

Veranstaltung: 10 Jahre Liste Soziales Gesundheitswesen

Kontakt: Erhard Knauer, Maria-Theresia-Allee 59, 5100 Aachen, Tel.: (02 41) 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.: (02 51) 5 91–36 79.



# kleinanzeigen

10. – 12. 7.

## Osnabrück

Seminar: Arbeitsrecht im Krankenhaus

Kontakt: Universität Osnabrück, Geschäftsstelle der Arbeitsgruppe LGW, An der Katharinenkirche 8b, 4500 Osnabrück, Tel.: (05 41) 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.: (02 01) 28 55 99.

16. – 18. 7.

## Osnabrück

Seminar: Gesellschaftliche Ursachen von Krankheit und Gesundheit I: Arbeit und Beruf.

Kontakt: Universität Osnabrück, Geschäftsstelle der Arbeitsgruppe LGW, An der Katharinenkirche 8b, 4500 Osnabrück, Tel.: (05 41) 6 08 34, 38, 43–45.

6. – 9. 10.

## Gütersloh

39. Gütersloher Fortbildungswoche: „Die unwürdigen Alten“ – Zwischen Familienidyll und geschlossener Gesellschaft

Kontakt: Prof. Dr. K. Dörner, Westfälisches Landeskrankenhaus, Hermann-Simon-Straße 7, 4830 Gütersloh 1, Tel.: (052 41) 50 201, 210, 211.

## Workcamps – Alternative zum Massentourismus.

Freiwilligenarbeit in Ökologie-, Friedens-, 3. Welt-Projekten. Unterkunft und Verpflegung frei. Mindestalter 16 (Inland) bzw. 18 (Ausland). Sinnvoller Urlaub in internationalen Gruppen.

Sommerprogramm und Informationen gegen 2 Mark in Briefmarken beim Service Civil International, Blücherstraße 14, 5300 Bonn 1, Tel.: (02 28) 21 20 86.

## Internist, 34 J., breite Internist. Ausbildung, Psychotherapeut. Weiterbildung, sucht

Mitarbeit in Allgemeinarzt-, bzw. Internist. Praxis im Raum Konstanz, Freiburg, Heidelberg. Tel.: (062 21) 47 07 67.

## Gemeinschaftspraxis in Bremen.

Angehender Allgemeinmediziner sucht für Neugründung oder Übernahme einer Allgemeinpraxis klinisch vorgebildete(n), naturheilkundlich aufgeschlossene(n) Partner/Partnerin (Allgemeinmediziner oder Internist) zur arbeitsteiligen Kooperation in Bremen für Anfang/Mitte 1988.

Tel.: (04 21) 70 22 32 (Alfred).

## Ärztin für Psychiatrie, Psychotherapie, Dipl.-Psych.

sucht ab September Teilzeitbeschäftigung (bis 30 Std.) im Team. Örtlich in Nähe von Weiterbildungsmöglichkeiten. Familientherapie/ev. Analyse.

Zuschriften unter Chiffre 010687 an: dg, Kölnstr. 198, 5300 Bonn 1.

## Suche Kolleginnen/Kollegen, Studentinnen/Studenten der Medizin, die Interesse haben, eine Landesgruppe Schleswig-Holstein des Vereins Demokratischer Ärztinnen und Ärzte beziehungsweise eine Liste Demokratischer Ärzte zu gründen; es sei denn, es gibt eine solche – unbekannterweise – schon.

Josef Diers, Brauerstraße 2, 2217 Kellinghusen, Tel.: (048 22) 23 96.

## Öffentlichkeitsarbeit für soziale Einrichtungen, Verbände und Kommunen

Konzeption, Fotografie, Gestaltung von Broschüren, Faltblättern, Plakaten, Ausstellungen, Tonbildschauen, Film- und Videoproduktionen

Theodor Oberheitmann

Diplom-Designer

Lange Horst 31 · 4300 Hattingen

Telefon (0 23 24) 6 24 52

An der staatlich anerkannten Lehranstalt für Altenpflege des Berufsfortbildungswerkes ist baldmöglichst die Stelle einer/eines

## Unterrichtsschwester/-pflegers

neu zu besetzen. Der Aufgabenbereich umfaßt Lehrgangsleitung, theoretischen Unterricht und praktische Anleitung von Altenpflegeschülern.

### Wir erwarten:

- abgeschlossene Weiterbildung zur Lehrkraft an Altenpflegeschulen,
- Bereitschaft zur selbständigen Arbeit innerhalb eines Teams,
- Interesse an konzeptionellen Weiterentwicklungen der Altenpflegeausbildung im theoretischen Bereich und in der praktischen Anleitung,
- Berufserfahrung in der Unterrichtstätigkeit. Bei gleicher Qualifikation werden Bewerber mit der Grundqualifikation „Altenpflege“ bevorzugt.

### Wir bieten:

- Bezahlung nach eigenem Tarifvertrag,
- überdurchschnittliche Sozialleistungen,
- einen eigenständigen Arbeitsbereich,
- kontinuierliche Fortbildungsmöglichkeiten,
- Mitarbeit in einem für Innovationen sehr aufgeschlossenem Team.

Schreiben Sie an Frau Hilde Steppe, unsere Schulleiterin.

## Berufsfortbildungswerk

Gemeinnützige Bildungseinrichtung des DGB GmbH

Gutleutstraße 169–171

6000 Frankfurt/Main

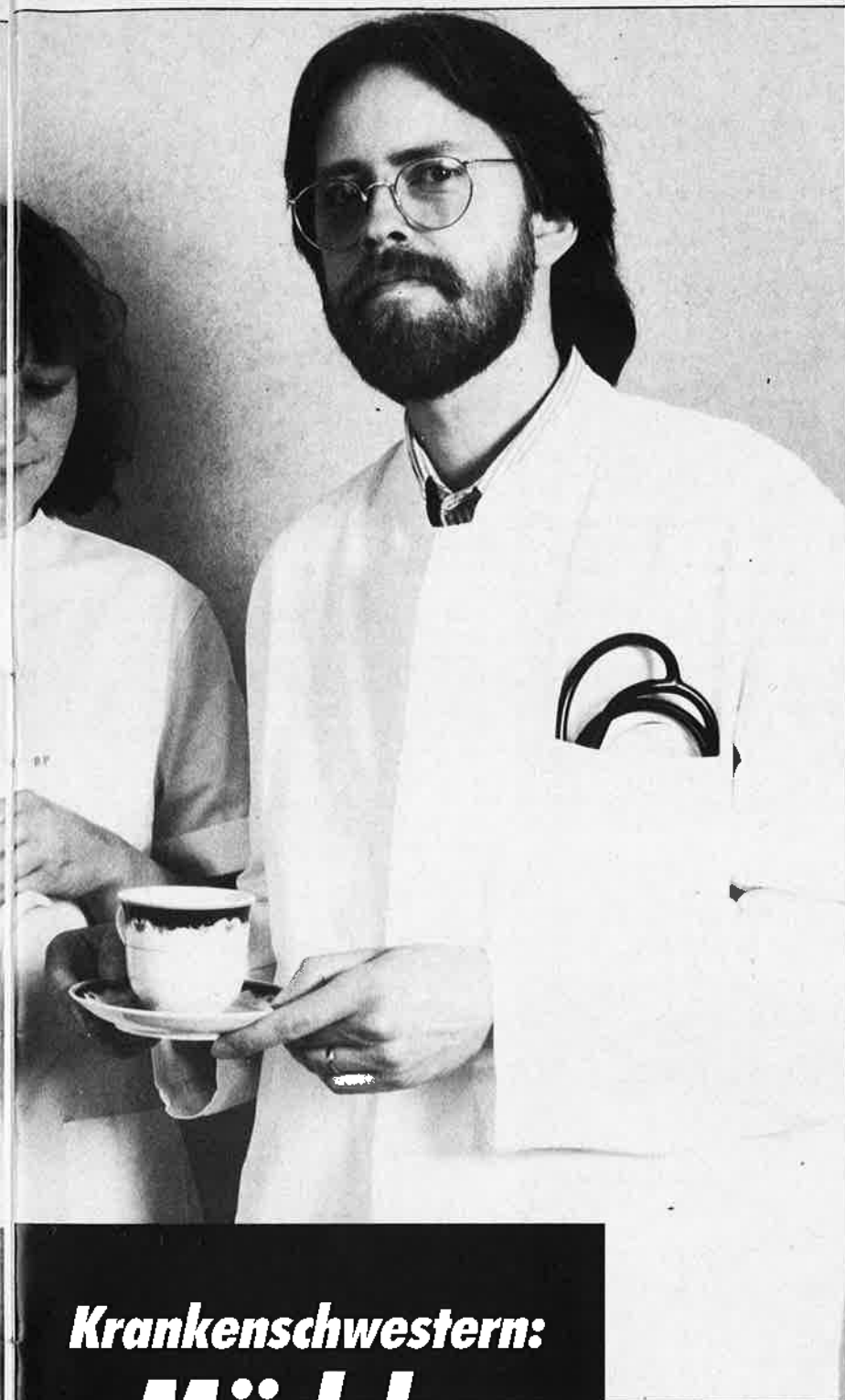
Telefon (0 69) 23 50 91–95

**bftw**



Foto: Linie 4/M. Jung, M. Bauer





**Krankenschwestern:  
Mädchen  
für  
alles?**

***Viele Ärzte benehmen sich im Krankenhaus wie zu Hause. Immer ist eine Frau da, die ihnen ihren Kram hinterherräumt. Dazu, die eigentlichen Aufgaben der Krankenpflege zu erledigen, kommen die „Mädchen für alles“ gar nicht mehr.***

***Und wer hat Schuld? Die bösen Männer oder die zu lieben Frauen, fragt dg-Redakteurin Kirsten Jung.***

**W**as tun, wenn der Doktor mal wieder seine Kaffeetasse ungespült stehen läßt? Zu peinlich, sich über so eine Kleinigkeit aufzuregen, denkt manche Krankenschwester, während sie das Geschirr zum Abwaschen zusammenstellt.

Doch die ungespülte Kaffeetasse ist nicht die einzige Banalität, die das Verhältnis zwischen Arzt und Krankenschwester trübt. „Es war im Nachtdienst. Wir saßen im Stationszimmer, als ein junger Assistenzarzt zur Tür reinkam und zu meiner Kollegin sagte, sie solle doch mal ihren zarten Hintern hochheben, er wolle sich nämlich an den Schreibtisch setzen. Ich war ziemlich erstaunt. Zehn Minuten später hatte er uns die Nußschokolade, die auf dem Tisch lag, weggefressen. Anschließend pulte er sich mit den Fingern in den Zähnen rum und meinte: „Das nächste Mal bitte ohne Nuß.“ Erboßt sagte ich zu ihm, das nächste Mal könne er ja eine Tafel mitbringen – ohne Nuß! Aber es ging noch weiter. Er hatte irgendetwas auf ein Stück Papier aufzuschreiben, knüllte es dann zusammen und suchte mit den Augen einen Papierkorb. Ich beobachtete das vom Tisch aus und war gespannt, weil der

Papierkorb ein Stück weiter weg stand. Statt sich selber zu bewegen, rief er meine Kollegin, die draußen arbeitete, gab ihr das Papier in die Hand und sagte, sie solle es in den Papierkorb werfen. Mir blieb fast der Mund offenstehen. Meine Kollegin lachte, sagte „Ach Sie“, so nach dem Motto „Sie alter Schwerenöter“ und warf das Papier in den Korb. . . Der Arzt hat mich übrigens für den Rest der Nacht nicht mehr angesprochen. Er hat wohl gemerkt, daß er bei mir auf Ablehnung stieß.“

So krass, wie die Krankenschwester Angela J. eine Situation im Krankenhaus schildert, geht es sicherlich nicht auf allen Stationen zu. Gespräche mit Krankenschwestern zeigen aber, daß es mit der vielzitierten und vielbeschworenen Teamarbeit zwischen Arzt und Krankenschwester nicht so weit her ist. Darin sind sie sich einig. Unklar ist jedoch, wie diese merkwürdige Mixtur aus fachlichem und nichtfachlichem Zuarbeiten der Schwester und das Verhalten des Arztes darauf zu benennen ist.

Für Angela J. ist es ein klarer Fall von Sexismus. „Wenn jemand von meinem zarten Hintern reden würde oder

mich herbeibestellt, damit ich ein Papier für ihn wegwerfe, dann empfinde ich das als herabwürdigend.“ Nein, es ist nicht nur eine Frage des Sexismus, das wäre zu einfach“, kontert die Unterrichtsschwester Uta S., weil „die Entwicklung der Berufsrolle und eine bestimmte Konsumentenhaltung eine Erklärung für das Verhalten vieler Krankenschwestern ist. Sie hinterfragen nicht, was sie selbst wollen.“ Die Krankenschwestern hätten das Bild von sich, „lieb sein, immer verfügbar sein zu müssen“.

Laut Duden ist Sexismus die Theorie, nach der Frauen und Männer auf Grund ihrer biologischen Unterschiede auch unterschiedliche geistige und seelische Eigenschaften besitzen. Nun, über die Biologie läßt sich streiten, aber manche Eigenschaften lassen in der Tat erst bestimmte Aufgabengebiete entstehen. Das Aufgabengebiet für die Krankenschwester mit der hervorstechenden Eigenschaft *ständig verfügbar* ist gerade wegen der vielfältigen Tätigkeiten – angefangen beim Putzen über das Versorgen von Patient und Arzt bis hin zu ärztlichen Tätigkeiten wie Blutabnehmen – eindeutig definiert: Sie ist Mädchen für alles.



**Zwischen tatsächlicher Aufforderung und eigener Bereitschaft, sich in einen dienstbaren Geist zu verwandeln, machen Krankenschwestern manches, was gar nicht von ihnen erwartet wird**



**D**aß angeblich typisch weibliche Eigenschaften wie Menschenliebe, Biegsamkeit, Geduld und Weichherzigkeit auf traditionelle und nicht auf biologische Unterschiede zwischen Männern und Frauen zurückzuführen sind, erklärt Claudia Bischoff in ihrem Buch „Frauen in der Krankenpflege“. Sie stellt einen historischen Zusammenhang zwischen der Frauenrolle in der bürgerlichen Gesellschaft und dem Frauenberuf Krankenpflege her. Im 19. Jahrhundert erfanden Männer die Bestimmung des Weibes zur Aufopferung und anderer hervorragender Eigenschaften für die Pflege, die es der Frau erlauben, „im rastlosen Tun für andere ihre müßige, untätige und wertlose weiblich-bürgerliche Existenz aufzugeben“.

Mit diesem plumpen Trick verwehrten die Männer der Frau den Zutritt zum Arztberuf, denn nur den Beruf Krankenpflege „kann die Frau ganz ausfüllen, im Beruf als Ärztin wird sie immer nur Halbes leisten“. Sie erklärten Pflegetätigkeiten zu Handlangerdiensten für ihre Zwecke und machten als Ärzte Karriere.

Von dem großartigen Coup ihrer Geschlechtsgenossen aus dem vorigen Jahrhundert – nämlich die Krankenschwester als Erfüllungsschilfin einzusetzen – profitieren die Ärzte noch heute. Das allerdings ist nur möglich, weil die Schwestern diese Rollenverteilung „blind übernehmen“, meint Uta K. Nicht nur gegenüber den Ärzten und anderen Berufsgruppen im Krankenhaus, sondern auch gegenüber Patienten. Es gibt Patienten, die kommen mit einer Anspruchshaltung ins Krankenhaus, als wären sie im Hotel. Schwester, ein schwarzer Tee, wenn der kommt, nein, lieber Kamillentee, dann, ach, lieber Milch. Und die Krankenschwestern machen das mit, ohne zu überlegen, ob er nun vielleicht mehr Aufmerksamkeit will oder sie nur schikanieren. Das ist ein Problem von Frauen, die einen Beruf ergreifen, in dem sie lieb sein wollen.“ Von Wollen kann bei Angela J. keine Rede sein. „Krankenschwestern müssen lieb sein“, beschreibt sie den Druck, den sie während ihres Schichtdienstes empfindet, und fügt hinzu: „Das ist für mich eine der größten Belastungen.“

In der Grauzone zwischen tatsächli-

**I**ch arbeite als Krankenschwester in einer großen Klinik, in der sowohl Schwestern- wie Ärztemangel herrscht. Die Chefarzte füllen diese Personallücke auf, indem sie ihren Assistenten Überstunden anordnen, die aus Zeitmangel schon gar nicht mehr in Freizeit abgegolten, und die „Spitzenverdienste“ aus demselben Grund nicht ausgegeben werden können. Außerdem delegieren die Ärzte einen Großteil ihrer Arbeit, da sie ansonsten das große OP-Programm gar nicht schaffen würden.

Diese Arbeiten fallen dann uns, dem Pflegepersonal, zu: Verbandswechsel, Anlegen von Transfusionen (wodurch wir uns strafbar machen), i.v.-Spritzen, Blutabnahmen, selbständige Medikation der Patienten etc. Erledigen wir das alles nicht, sind wir laut Aussage der Ärzte kein qualifiziertes Personal, und außerdem haben wir dann doch endlich einmal etwas Interessantes zu tun. Krankenpflege – so wie es sich in einer Dienstbesprechung mit Ärzten und Schwestern herausstellte – ist Rentnerarbeit, die jede ungelernte Kraft ausüben kann. Zugrundegelegt wurde für diese Aussage das zweimonatige Praktikum unseres Stationsarztes während seines Studiums.

Psychische Betreuung ist laut Aussage unseres Oberarztes nicht gefragt.

Zitat: „Glauben Sie allen Ernstes, daß Sie mit Ihrer moralischen Unterstützung bei diesen Patienten noch irgendetwas ausrichten können?“ Ich frage mich, wozu ich eigentlich Krankenschwester geworden bin, wenn ich doch nur immer als medizinisches Hilfspersonal angesehen werde?

Das Schlimme ist, daß es unter dem Krankenpflegepersonal auf Station keinerlei Solidarität gibt. Da freut sich Frau über den schweinischen Witz des Oberarztes, über das Lob des Stationsarztes, wie schön sie seine Arbeit erledigt hat, und über den warmen Händedruck aufs Knie. Und das alles in ständiger Konkurrenz zur nächsten Kollegin.

Krankenpflege ist nicht mehr gefragt, zumal dafür auch keine Zeit bleibt, Schwestern werden zu Fachdiotinnen und sind auch noch stolz darauf.

Andrea Wittenberg

Andrea Wittenberg ist Krankenschwester in Hannover

## Krankenpflege: Ein Rentnerjob?

cher Aufforderung und eigener Bereitschaft, sich in dienstbare Geister zu verwandeln, fühlen sich die Schwestern manchmal zu Gefälligkeiten veranlaßt, die gar nicht von ihnen erwartet werden. Der angehende Mediziner Manfred A. berichtet von so einer Situation: „Nach der Blutentnahme bei einem Patienten bemerkte ich, daß ich die Schere zum Pflasterabschneiden vergessen hatte. Ehe ich irgendeinen

Mucks machen konnte, rannte auch schon eine Schwester los und kam mit der Schere zurück.“ Er lacht: „Das ist natürlich bequem, und irgendwann erwartet man es auch.“

Erst die Schere, dann vielleicht das Blutabnehmen – die Schwester holt alles, macht alles, und die Ärzte lassen es sich gerne gefallen. Aber wehe, wenn die Schwester sich auf ihre eigene Ar-

beit besinnt und den Ärzten diesen Service nicht mehr bieten will. Kampflös geben sie die liebgeordnete Bequemlichkeit natürlich nicht auf.

Warum hassen sich die Krankenschwestern eigentlich freiwillig zusätzliche Arbeit auf? Auch eine Krankenschwester möchte Anerkennung haben. Und die erwirbt sie sich mit „dienenden Aufgaben, zum Beispiel, indem sie hinter den Ärzten aufräumt, Akten holt oder Kaffee kocht“, bemerkt die Krankenschwester Lucia M. trocken. Um dem Arzt ein freundliches Lächeln zu entlocken, das nur ihr gilt, begibt sie sich auf Röntgenbildersuche, läßt den Doktor Zigaretten schnorren und stellt ihm den Kuchen hin. „Das Lob eines Mannes ist mehr wert als das von einer Frau, ja, das ist ganz sicher so“, versichert Lucia M.

Um ärztliche Tätigkeiten reißen sich manche Krankenschwestern geradezu, weil es das Selbstwertgefühl aufmöbelt. Erstens tut man dem Doktor einen Gefallen und zweitens kann man endlich zeigen, was man kann. Uta S.: „Wenn eine Schülerin auf Station kommt, dann macht sie erst einmal Grundpflege, aber nach und nach mit dem Gefühl, etwas Minderwertiges zu tun, obwohl das gerade der eigenständige Bereich der Krankenpflege ist. Wenn sie sich gut angepaßt hat, darf sie auch einmal Spritzen geben, Medikamente verteilen oder mit zur Visite gehen. Anerkennung gibt es also über die Erlaubnis, ärztliche Tätigkeiten ausüben zu dürfen.“ Und Angela J. beklagt, daß selbst bei Zeitmangel ärztliche Anordnungen immer Vorrang vor pflegerischer Notwendigkeit haben. Die Krankenpflege als eigenständiges Berufsfeld

tritt in den Hintergrund, weil die Krankenschwestern in hohem Maße arztorientiert, wenn nicht gar arztfixiert arbeiten.

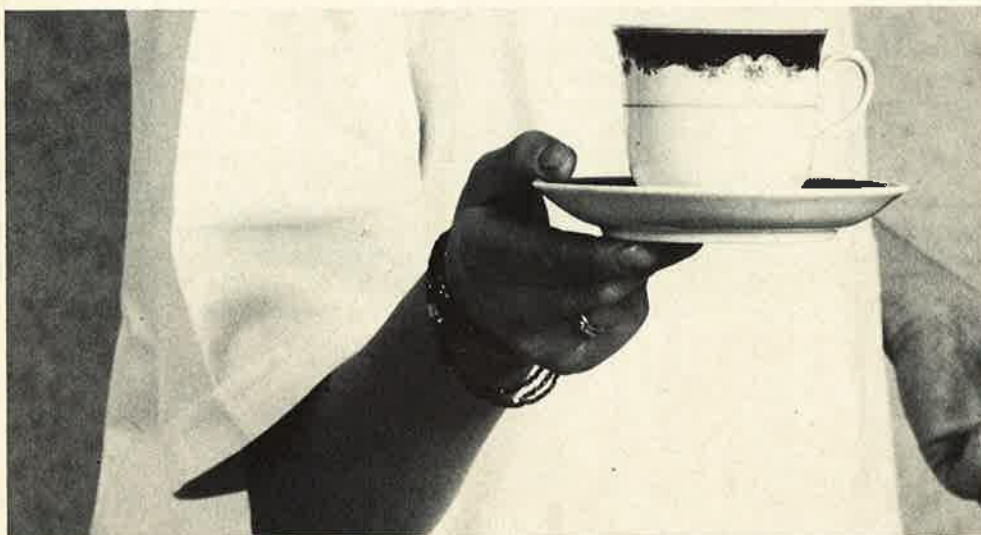
**A**ber so langsam regt sich der Widerstand in der Krankenpflege. Immer mehr Stimmen fordern eine deutliche Abgrenzung der pflegerischen von der ärztlichen Tätigkeit. Bei einer Überschneidung der Bereiche Medizin und Pflege soll den Schwestern mehr Mitspracherecht eingeräumt werden. Um diese Forderungen durchzusetzen, braucht es jedoch einen anderen Typ Schwester als er heute vorzufinden ist. Selbstbewußter, couragierter sollte sie sein. Den heutigen Krankenschwestern „mangelt es doch an Persönlichkeit“, kritisiert Lucia M. ihren Berufsstand. „Krankenschwestern sind ja nicht die Selbständigsten. Nicht umsonst gehen sie in einen Helferberuf – doch wohl um ihre eigene Unsicherheit zu verbergen.“ Schelte aus den eigenen Reihen.

Als einzelne gegen alte verkrustete Strukturen anzurennen, ist wie mit dem Kopf durch die Wand zu wollen. Die Krankenschwester muß damit rechnen, als unliebsame Querulantin sowohl von der Ärzteschaft als auch von den eigenen Kolleginnen angesehen zu werden. Es sich eventuell mit allen zu verderben, „das hält man nervlich einfach nicht durch“ (Angela J.). Meistens sind es nur kleine Sachen, an denen sich die Isolation der aufmüpfigen Schwester bemerkbar macht: Sie wird nicht mehr direkt angesprochen, oder es fügt sich, daß öfter eine Kollegin die Visite mitmacht.

Die Sterne müssen schon günstig stehen, damit sich Änderungen auf der Station durchsetzen können. Elke D. beschreibt in einem Gespräch, welche Faktoren sich auf ihren Stationsalltag glücklich auswirkten. Der Rückhalt in einem Schwesternteam, das wie Pech und Schwefel zusammenhält, wenn es zur Sache geht, und die Möglichkeit zur Supervision sorgen dafür, daß Mißstände zur Sprache kommen können. Das alljährliche Fortbildungswochenende, von den Schwestern ins Leben gerufen und gemeinsam mit den Ärzten gestaltet, trägt damit zur Wertschätzung der eigenen Arbeit bei. Kein Wunder, daß Elke D. von sich und ihren Kolleginnen behaupten kann, sie seien selbstbewußt. Und wo die Ärzte ihre Ohren trotzdem verschließen, obwohl die Jüngeren zu mehr Hoffnung berechtigen, da gibt es vielleicht noch einen Betriebsrat, der sich stimmungswahlgewaltig Gehör verschaffen kann.

Achim Teusch, Betriebsrat in einem Siegburger Krankenhaus, will jedoch nicht für die Krankenschwestern sprechen. „Wir können höchstens die Leute ermuntern, sich zu wehren, und praktische Möglichkeiten dazu diskutieren. Den Konflikt durchstehen müssen sie ja im Endeffekt.“ In einem Klima allerdings, so meint er, wo das Personal ohnehin den Mund aufmacht, hielten sich die Ärzte sowieso mit sexistischem Verhalten zurück.“

„Mit Widerständen umzugehen und sie zu überwinden, muß man lernen“, ermunterte die Unterrichtsschwester Uta S. ihre Krankenschwestern. Denn wer sonst setzt sich für die Krankenpflege ein, wenn nicht sie selber, die Schwestern. □



**Die Krankenpflege als eigenständiges Berufsfeld tritt in den Hintergrund, weil die Krankenschwestern in hohem Maße arztorientiert arbeiten**



# Paradiesisch

**dg:** Können Sie sich vorstellen, daß ein Arzt Sie aus dem Krankenzimmer ruft und sie auffordert, ein Stück Papier wegzuwerfen, wie es in der Situation, die ich Ihnen beschrieben habe, geschehen ist?

**Elke Dostert:** Bei uns wäre so etwas nicht drin. Der Arzt hätte das Stück Papier ins Gesicht geworfen bekommen. Oder es wäre ihm ein Vogel gezeigt worden. Die schwächste Reaktion, die ich mir denken kann, ist, daß man es einfach nicht gehört hätte.

**dg:** Und wie sieht es bei Ihnen mit dem leidigen Kaffeekochen und Frühstück machen aus?

**Elke Dostert:** Bis vor einiger Zeit hatten wir unser Zimmer direkt neben dem Frühstücksraum. Es gibt eine Verbindung zwischen beiden Räumen, so daß man alles mitbekommt, was im anderen Raum vor sich geht. Da kam es öfter vor, daß jemand von uns den Tisch deckte, die Ärzte ankamen und sich dann einfach hinsetzten und frühstückten. Damals haben wir auch noch Blut abgenommen, und ich kann mich an mehrere Situationen erinnern, wo wir den Tisch gedeckt hatten, die Herrschaften reinkamen, frühstückten und wir nebenan Blut abfüllten, also ärztliche Tätigkeiten verrichteten. Und die guckten dabei auch noch zu. Das muß man sich einmal vorstellen. Wir wollten das nicht mehr mitmachen. Ganz abgesehen davon hatten wir natürlich keine Lust, von dem schmutzigen Geschirr zu frühstücken. Jedenfalls haben wir dann gesagt, daß wir in Zukunft kein Blut mehr abnehmen werden und daß wir einen anderen Frühstücksraum haben wollen. Ja, das Blut haben wir dann einfach stehen lassen. Die wunderten sich und dachten bestimmt auch, daß wir das nicht durchhalten würden. Haben wir aber. Einen anderen Frühstücksraum gibt es jetzt auch, da traut sich von denen keiner mehr rein. Natürlich fragt schon einmal jemand, ob er einen Kaffee haben kann, aber es ist zumindest nicht mehr ganz selbstverständlich.

**dg:** Hat es denn größere Auseinandersetzungen darum gegeben?

**Elke Dostert:** Ja, es gab schon Spannungen, vor allem wegen der Blutabnahme. „Das ist doch jahrelang so gemacht worden“, kam da, und „Warum denn jetzt auf einmal?“ und so weiter.

**Krankenschwester hier, Krankenschwester da, von „Zusammenarbeit“ zwischen Ärzten und Krankenschwestern keine Spur. Es geht aber auch anders. dg sprach mit Elke Dostert, Krankenschwester aus Bonn**

Wir haben dann noch einmal unsere Argumente gebracht, vor allem deutlich gemacht, daß wir mit unserer eigenen Arbeit nicht fertig wurden. Es gab aber auch ein Zugeständnis von unserer Seite, nämlich den Patienten, die früh morgens zum Röntgen etwa aus dem Haus müssen, das Blut abzunehmen. Das sind in der Regel zwei oder drei.

**dg:** Wie würden Sie das Verhältnis zu den Ärzten auf Ihrer Station bezeichnen?

**Elke Dostert:** Unser Verhältnis ist eher sachlich, teilweise sogar freundschaftlich, wobei man sagen muß, daß wir zur Zeit zwei Ärztinnen haben. Es liegt aber nicht unbedingt am Geschlecht, sondern eher am Alter. Bei uns sind viele junge Ärzte, die erst ihre Erfahrungen sammeln und die uns akzeptieren, weil wir etwas wissen. Wenn es zum Beispiel Unklarheiten mit Medikamenten oder mit der Dosierung gibt, dann werden wir halt auch gefragt, nicht unbedingt ein anderer Arzt. Oder: wenn sie bei einer Entzündung eine bestimmte Salbe anordnen, dann kommt es auch vor, daß wir sagen, daß wir davon nichts halten. Wir haben das gelernt, und wir sind eben die, die es machen. Punkt. Ich halte das für normal, auch wenn es ungewöhnlich ist.

**dg:** Es ist eigentlich normal, aber wie erklären Sie sich, daß Sie das Normale als Normalzustand haben durchsetzen können, während es bei anderen nicht geht?

**Elke Dostert:** Wir sind fünf Schwestern und ein Pfleger. Wir sind alle ziemlich selbstbewußt, glaube ich. Wir halten gut zusammen, und wir machen unsere Klappe auf. Außerdem liegt es an unserer Stationsschwester, die immer sagt: „Gemeinsam sind wir stark.“ Auch unser Stationsarzt läßt mit sich reden. Was wäre, wenn wir einen Stationsarzt von der alten Garde bekommen würden, ... ich weiß nicht, wie es dann gehen würde.

**dg:** Das hört sich ja fast paradiesisch an. Gibt es denn keine Probleme mit den Ärzten?

**Elke Dostert:** Wir hatten Probleme mit einer unserer Ärztinnen. Das ganze Klima war nach einiger Zeit ziemlich aufgeheizt, und das lag nicht nur an ihr. Wir hatten in der Zeit eine Menge sehr komplizierter Patienten und standen alle stark unter Druck. Auf unserem gemeinsamen Fortbildungswochenende hat sie dann etwas dazu gesagt. Es hat da wohl auch eine Menge Mißverständnisse gegeben.

**dg:** Was ist das für ein Fortbildungswochenende, von dem Sie gerade gesprochen haben?

**Elke Dostert:** Wir machen seit dem letzten Jahr auf Anregung der Schwestern ein gemeinsames Fortbildungswochenende. Das ist damals auf allgemeine Begeisterung gestoßen. Ein Schwerpunkt war die psychologische Situation der verschiedenen Gruppen, der Ärzte, des Pflegepersonals und der Patienten. Außerdem haben wir, das war unser Beitrag, ein Faltblatt für unsere Leukämie-Patienten gemacht, wo drinsteht, was sie in den nächsten Wochen erwartet. Sie werden zwar auch mündlich von den Ärzten aufgeklärt, aber oft vergessen sie, was da gesagt wurde. So haben sie eine Art Leitfaden, der beim Fragestellen hilft.

**dg:** Fühlen Sie sich als Krankenschwester anerkannt, und wenn ja, von wem?

**Elke Dostert:** Ich fühle mich als Krankenschwester anerkannt – von meinen Kolleginnen und meinem Kollegen. Auch von den Ärzten, aber das ist nicht so wichtig, weil sie von unserer Arbeit nicht so viel verstehen. Sie können es nicht einschätzen, was es heißt, wenn auf Station kein Chaos ist. Sicher freut man sich, wenn sie mal etwas Nettes sagen. Neulich meinte einer zu einem Patienten, der seit zehn Wochen einen zentralen Zugang hat, wie toll der Zugang gepflegt wäre. Das hat sich der Patient angezogen, so nach dem Motto, wie toll es wäre, daß er seit zehn Wochen den Zugang hat. □



**Helmut Schaaf,  
Uschi Thaden,  
Jorge Lopez  
Suazo und  
Gustavo Garcia,  
der Übersetzer**

# „Niemals isoliert“

## dg-Gespräch mit Jorge Lopez Suazo

**Jorge Lopez Suazo ist der Vertreter der Medizinstudentinnen und -studenten an der Universität Leon in Nicaragua, die eine Partnerschaft mit der medizinischen Fakultät der Universität Köln geschlossen haben. Anlässlich der Vertragsunterzeichnung sprachen Helmut Schaaf und Uschi Thaden mit Jorge Lopez Suazo über die Arbeit der studentischen Vertretung in Leon.**

**dg:** Jorge, Sie sind Vertreter der Medizinstudenten und -studentinnen Leons. Wer kann bei Ihnen Fakultätspräsident werden, ganz allgemein, und wie wird die studentische Vertretung in Nicaragua gewählt?

**Lopez:** Die Wahlen für die UNEN, die Union nicaraguanischer Studenten, finden jährlich statt. Wichtig dabei ist, daß die Kandidaturen nicht an politische Bedingungen geknüpft sind. Im vorletzten Jahr kandidierten bei den Wahlen auf nationaler Ebene auch einige Organisationen, von denen man behaupten kann, daß sie politisch weder rechts noch links waren. Wir, die Juventud Sandinista, kandidieren auch dieses Jahr, wie in jedem Jahr bisher, für die UNEN, sowohl auf regionaler als auch auf nationaler Ebene. Es handelt sich um einen offenen Prozeß, in dem jede Partei oder Gruppierung ihre

Kandidaten zur Wahl stellen kann.

**dg:** Nehmen sie dieses Recht auch wahr?

**Lopez:** Ja. Natürlich starten sie auch ihre Wahlkampagnen, die finanziellen Aufwendungen übernimmt die UNEN.

Damit die Studentinnen und Studenten sich die für ihre Vertretung kompetenteste Person und die inhaltliche Schwerpunktsetzung aussuchen können, müssen die Wahlen diesen demokratischen Ablauf haben. Wir hoffen allerdings, daß erneut die Linke die Wahl gewinnen wird.

**dg:** Gibt es an der Medizinischen Fakultät auch jedes Jahr Wahlen?

**Lopez:** Wir sprechen in der UNEN von Gruppenvertretung, Fakultätsprä-

sident, Regional- und Nationalvertretung. Vom ersten bis zum fünften Jahr gibt es jeweils für einen Jahrgang einen Gruppenvertreter. Sie oder er sollte eine Gruppe mobilisieren können und aus der Gruppe Impulse und Ideen in die UNEN hineintragen. Für die Wahl dieser Vertretung schlagen die Studenten einen oder mehrere Companeras oder Companeros vor, oder es melden sich Interessenten. Die Wahl erfolgt schlicht und einfach durch Handheben.

**dg:** Wer wählt Fakultätspräsidenten und Vize? Die Gruppenvertreter oder alle Studierenden?

**Lopez:** Alle, und zwar per Urnenwahl. Zuerst wird zu den Wahlen aufgerufen, dann beginnen die Wahlkampagnen, wo die Kandidaten und Kandidatinnen ihre prinzipiellen Forderungen und Ziele artikulieren, ihr Programm. Das regionale Wahlkomitee führt die Wahlen organisatorisch durch und ist dafür verantwortlich, daß das Reglement eingehalten wird, daß es nicht zu Manipulationen und auch nicht zu persönlichen Diffamierungen kommt. Außerdem sorgt es für die Öffentlichkeit.

**dg:** Wieviele Organisationen gibt es an Ihrer Universität?

**Lopez:** Nach dem Sieg der Revolution gab es eine starke Präsenz der christlich-sozialen Partei, eine Gruppe Sozialdemokraten, eine kleine Gruppe der Kommunistischen Partei und die marxistisch-leninistische Partei. Aber bis jetzt hat keine dieser Gruppen irgendetwas auf die Beine gestellt. Nur im Fall der Unabhängigen Liberalen Partei ist das anders. Allerdings konnten auch sie ihre politische Richtung nicht durchsetzen, hatten keinen richtigen Arbeitsplan, keine Vorschläge, die



tatsächlich etwas bewegt hätten. Die Konsequenz war, daß die Juventud zu der Organisation an der Universität wurde. Die Juventud hat die notwendige Kraft, um sich den Aufgaben zu stellen und sie zu bewältigen. In ihr sehen die Studenten diejenigen, die sich einsetzen und die nötige Erfahrung mitbringen, um den Anforderungen der Arbeit, die die Revolution mit sich bringt, gerecht zu werden. Wir sehen die Universität ganz realistisch als akademische Institution, aber wir sehen auch deren besondere Stellung in einem revolutionären Prozeß. Viele aus der Juventud gehen für einige Zeit an die Kriegsfront oder arbeiten in den Ferien in einer Erntebrigade. Die Studentinnen und Studenten halten wegen dieses Einsatzes viel von der Juventud.

**dg:** Sind alle momentanen Vertreter Mitglieder der Sandinistischen Jugend?

**Lopez:** In Leon gibt es einige Gewählte, die nicht in der Juventud sind, einige unter ihnen sympathisieren sicherlich mit der Revolution, mehr nicht. Es sind Leute, die kandidiert haben und aufgrund ihrer Fähigkeiten und Ideen gewählt wurden. Aber die Jahrgangsgruppen neigen dazu, Personen zu wählen, die vom Militärdienst in den Bergen kommen.

**dg:** Wie arbeitet die UNEN?

**Lopez:** Nach dem Sieg der Revolution 1979 arbeitete die UNEN sehr langsam und schwerfällig. Diese Arbeitsweise wurde auf dem Kongreß 1984 diskutiert und reformiert. Seitdem versucht sie, ein Organ mit breiter Außenwirkung, mit offenen Arbeitsstrukturen, zu sein. Wir verstehen uns als basisdemokratische Massenorganisation, deren Politik von den Studentinnen und Studenten bestimmt wird und an ihren Bedürfnissen orientiert ist.

**dg:** Welchen Einfluß haben die Studenten auf Entscheidungsprozesse innerhalb der Universität? In der Bundesrepublik haben die Professoren in sämtlichen Gremien die Mehrheit, in Köln sitzen zwei studentische Vertreter rund 50 Professoren gegenüber. Wie ist das in Leon?

**Lopez:** Hier in Leon gibt es ein Regionalkomitee, in dem die Studenten vertreten sind. Da werden Forderungen eingebracht, Vorschläge gemacht, die dann beraten werden. Auf Fakultäts-ebene haben wir monatliche Versammlungen, ebenfalls nach den einzelnen Examen. Das erlaubt uns, mit den Professoren, den Dekanen, dem akademischen Sekretär, mit allen Instanzen, die etwas mit der Universität zu tun haben, zu diskutieren, Kritik zu üben, auf Fehler hinzuweisen oder Verbesserungen anzuregen. Das gleiche Recht haben natürlich auch die Professoren. Eine weitere Instanz ist die Versammlung der Gruppenvertreter auf regionaler Ebene. Auch hier geht es um die Kommunikation, um Informationsaustausch

und Diskussion. Auch Fragen wie die Weiterentwicklung im wissenschaftlichen Bereich gehören dazu. Die beiden Einrichtungen beraten sich übrigens auch untereinander.

**dg:** Wie werden Entscheidungen letztendlich getroffen?

**Lopez:** Ein Beispiel: Wenn Professoren aus Leon zur wissenschaftlichen Fortbildung in sozialistische oder kapitalistische Länder gehen, ist die Einschätzung der Studenten mehr als nur eine bestimmte Meinung, es wird gemeinsam im konkreten Fall abgewogen. Dabei wird sowohl die Personallage als auch die mögliche Effektivität des Aufenthaltes berücksichtigt. Die Kommunikation innerhalb dieser Gremien funktioniert sehr gut und umfassend.

**dg:** Und was macht Ihr, wenn es doch zu Konflikten kommt?

**Lopez:** Es treten eigentlich niemals Konflikte grundsätzlicher Natur auf, eher „häusliche“, nebensächliche. Natürlich müssen wir als studentische Vertreter fordern, daß die Professoren ihren Lehrverpflichtungen nachkommen, daß die Stipendienzahlungen eingehalten werden. Aber grundsätzlich, was unsere Perspektiven angeht, sehen wir die Universität als gemeinsames Projekt der höheren Bildung an.

**dg:** Vor dem Sieg der Revolution waren die Studentinnen und Studenten eine große Macht im Kampf gegen den Sozialismus. Welche politische Aufgabe haben sie heute?

**Lopez:** Heute dient dieselbe Kraft dazu, die Revolution zu stärken. Gerade in unserem Land waren die Studenten niemals isoliert von den Aufgaben der Revolution. Was jetzt ist? Neben einem möglichst intensiven Studium kümmern wir uns auch darum, die Minimalproduktion zu steigern, verstärkt eigentlich erst seit 1986. In den verschiedenen Regionen haben wir bei der Ernte von Baumwolle, Zuckerrohr und

schließlich auch von Kaffee geholfen. Hier konnten die Maschinen die Erntearbeit nicht bewältigen, und unser Einsatz war von großer Bedeutung. Bei der Baumwollernte gab es Brigaden, bei denen 1800 von 3250 Studenten mitgemacht haben.

Als weitere Aufgabe sehen wir die bewaffnete Verteidigung der Revolution an. Es gibt zum Beispiel das „Batallón de Mujeres Martina Alemán“, das sind Studentinnen, die bewaffnet sind und im Falle einer militärischen Intervention den Hörsaal verlassen, um das Land zu verteidigen. Ich denke, daß die Studenten und Studentinnen an vielen Aufgaben der Revolution teilhatten und teilhaben. Sie waren an den Kriegsfronten präsent, in den ländlichen Gebieten, in zivilen Brigaden, wie Impfkampagne, Alphabetisierung, in Brigaden der politischen Aufklärung. Wir waren niemals nur Zuschauer bei diesen Aufgaben. Wir waren niemals nur Zuschauer bei diesen Aufgaben. Aber an erster Stelle steht natürlich das Studium. Wir haben uns vorgenommen, in diesem Jahr einen 90prozentigen Leistungserfolg zu erzielen. Das ist eine Herausforderung für alle, weil es angesichts der Aggression schwierig ist, unser akademisches Ziel zu erreichen. Wir leben unter Bedingungen, die es oft kurzfristig erforderlich machen, bei der Ernte zu helfen oder eine Impfkampagne mitzutragen. Aber in erster Linie wollen wir erfolgreiche Studenten sein, denn Nicaragua braucht wissenschaftliche Fachkräfte, um eines Tages wirklich unabhängig von anderen Ländern zu sein.

**dg:** Gibt es irgendetwas, was Sie gerne den Studentinnen und Studenten in der Bundesrepublik mitteilen möchten?

**Lopez:** Das Wichtigste, das wir ihnen mitteilen möchten, ist, daß wir hier in Nicaragua alle unsere Kräfte einsetzen, um unser armes, überfallenes Land aufzubauen. Aber wir wissen, daß wir ohne die internationale Solidarität nicht überleben können. □



Foto (2): Maus



# Kampfstoff HIV?

**Seit geraumer Zeit wird darüber diskutiert, wie das HIV-Virus entstanden sein mag. Was ist dran an den Hypothesen?**

In der Diskussion über den Ursprung des Aids-Erregers herrscht Einigkeit lediglich darüber, daß es sich um ein neu aufgetretenes Virus handelt, gegen das der menschliche Organismus noch keine wirksamen Antikörper entwickeln konnte. Die ersten Aids-Fälle wurden zu Beginn des Jahres 1979 bei Homosexuellen in New York registriert. In Europa sind entsprechende Erkrankungen seit 1982 bekannt, wobei sich die Infektionskette bei vielen Patienten nach New York zurückverfolgen ließ. Die in bestimmten Kreisen gehegten Vorstellungen von einer mysteriösen Homosexuellen-Seuche wurden jedoch unhaltbar, nachdem die Krankheit mehr und mehr Menschen befiel, die ausschließlich heterosexuelle Kontakte hatten.

Im Frühjahr 1983 schließlich entdeckten Luc Montagnier und seine Mitarbeiter am Pasteur-Institut von Paris ein bis dahin unbekanntes Virus im Serum von Aids-Patienten. Es gehört

zur Gruppe der Retroviren und wird heute als HIV-Virus bezeichnet.

Im Sommer 1985 tauchte in den Schlagzeilen – nicht nur der Regenbogenpresse – eine neue Theorie über die Herkunft von Aids auf. Sie besagte, der Aids-Erreger sei in Zentralafrika entstanden und verbreite sich von dort aus über die Welt. Diese Theorie nährt sich im Prinzip aus zwei Quellen. Zunächst war da der amerikanische Virologe Professor Max Essex. Er hatte die Idee, das HIV-Virus sei durch Mutation (zufällige Umwandlung von Erbmateriale) aus einem ursprünglich harmlosen Virus entstanden, welches zuweilen bei den afrikanischen grünen Affen (Meerkatzen) anzutreffen ist. Eine Gruppe japanischer Forscher untersuchte daraufhin mit modernster Methodik die Erbanlagen beider Viren. Sie kamen zu dem Ergebnis, daß HIV-Virus und Affen-Virus sich so grundlegend unterscheiden, daß eine Umwandlung ausgeschlossen ist. Experten in der Weltgesundheitsorganisation (WHO) haben dieses Ergebnis bestätigt. Im Dezember 1986 nahm Professor Essex selbst von seiner These Abstand.

Auch das zweite Standbein der Afrika-Theorie erschien zunächst wissenschaftlich fundiert. In kältekonservierten Blutproben zentralafrikanischer Patienten fanden einige Forscher massenhaft HIV-Antikörper. Diese waren zum Teil über 20 Jahre alt. So wurde geschlossen, das Aids-Virus sei in Afrika schon seit Jahrzehnten verbreitet. Und da Aids-Fälle in der westlichen Welt erst sehr viel später auftraten, schien der Weg aufgedeckt, den das Virus genommen hatte. Allerdings vergaßen diese Experten, sich die Frage zu stellen, wieso denn in Afrika bis dato keine Patienten mit Aids-Symptomatik aufgetaucht waren. (Der erste hier registrierte Fall stammt aus dem

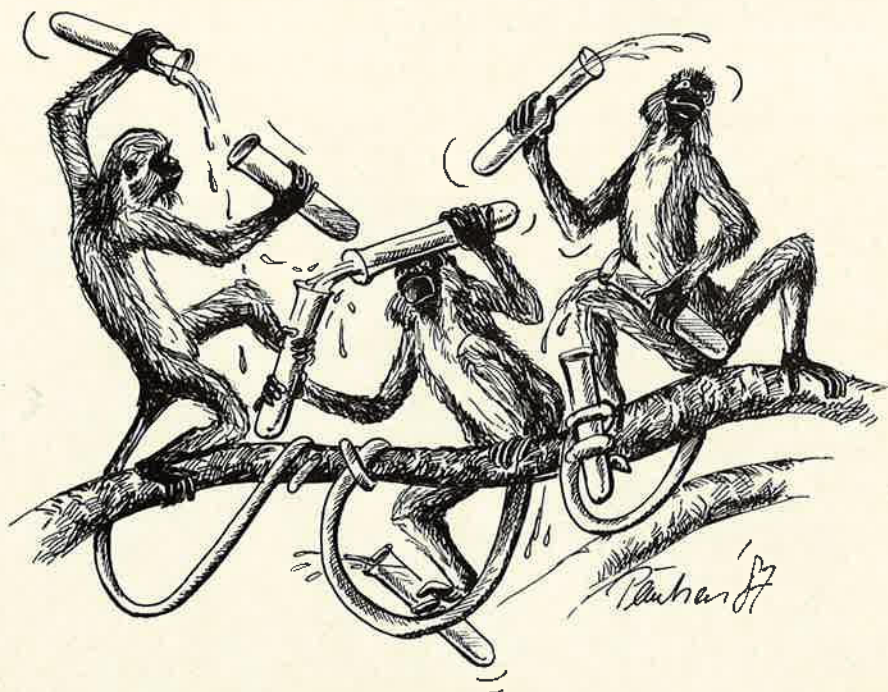
Dezember 1979.) Andere Wissenschaftler wollten es genauer wissen – und widerlegten auch diese Theorie. Verfeinerte Untersuchungsmethoden ergaben nämlich, daß in den alten Seren keine HIV-Antikörper nachweisbar waren. Vielmehr hatte eine unspezifische Kreuzreaktion stattgefunden.

Sollten die Vertreter eines ganz anderen Denkmodells der heißen Spur vielleicht näher sein? Jakob Segal, Emeritus des biologischen Instituts der Humboldt-Universität in Ost-Berlin, ist einer von ihnen. Nach seiner Meinung wurde das HIV-Virus durch gentechnologische Manipulationen aus zwei anderen Viren künstlich erzeugt. Arbeiten der US-amerikanischen Top-Virologen Gallo und Coffin bestätigten die Segal'sche Grundannahme: Es besteht eine sehr große Ähnlichkeit der Genstruktur des HIV-Virus mit Teilen aus HTLV-I- und Visna-Virus.

Kritikern dieser Theorie wie dem Westberliner Professor Koch sind die Übereinstimmungen nicht weitgehend genug. Doch nach Segals Berechnungen beträgt die Wahrscheinlichkeit, daß die Parallelen im Erbmateriale der genannten Viren durch Zufallsmutationen entstanden sind, eins zu zehn. Darauf aufbauend entwickelte Segal ein Szenario, an dessen Anfangspunkt ein Hochsicherheitslabor in Fort Detrick im US-Staat Maryland steht. Im Rahmen der biologischen Kampfstoffentwicklung experimentierte man dort mit Krankheitserregern, gegen die der Mensch keine Abwehrstoffe bilden kann. Bei Versuchen an Strafgefangenen sei die Wirksamkeit des HIV-Virus zunächst unerkannt geblieben, da die Inkubationszeit sehr lang ist. Die Versuchspersonen seien dann nach einiger Zeit freigelassen worden. Da viele Langzeitgefangene homosexuelle Beziehungen aufnahmen, wäre auch erklärt, wieso die Krankheit zuerst in diesen Kreisen auftrat.

Die Segalsche Theorie ist eine interessante Indizienkette, die aber für eine endgültige Beweisführung zu Lasten der Militärforscher nicht ausreicht. Immerhin: Es existieren amerikanische Kongreßberichte über Versuche an Menschen, nach denen neben radioaktivem Material auch Viren und andere Krankheitserreger an „freiwilligen“ Strafgefangenen ausprobiert werden. Es existieren Dokumente über einen Pentagon-Auftrag vom Jahre 1969, ein neues Virus gentechnologisch zu produzieren, gegen welches der menschliche Organismus keine Abwehr besitzt. Und im britischen „Observer“ vom 30. Juni 1968 wird aus einem Artikel des „Journal of General Microbiology“ zitiert: „Durch Veränderung der Genetik einzelner Arten wollen Mikrobiologen eine einzelne Art mit der tödlichsten Eigenschaftskombination schaffen.“ Einer der Autoren dieses Aufsatzes ist W. D. Lawton aus – Fort Detrick.

F. Makumbi-Kidza





## Krankenpflege gegen Krieg

### Grundlagenpapier

**Der Arbeitskreis „Krankenpflege gegen Krieg“ verabschiedete auf seinem bundesweiten Arbeitstreffen am 28. März 1987 das folgende Grundlagenpapier.**

Am 25./26. Januar 1986 schloß sich der bundesweite Arbeitskreis „Krankenpflege gegen Krieg“ zusammen. Dieses erschien uns notwendig, um die friedenspolitische Eigenverantwortung der im Gesundheitswesen Beschäftigten zu vertreten. Der Arbeitskreis ist weder parteilich noch konfessionell gebunden und steht allen friedenspolitisch Interessierten im Gesundheitswesen offen. Zur Zeit bestehen acht Regionalgruppen, die unter dem Dach der Bundesorganisation zusammenarbeiten.

Große Teile der organisierten Krankenpflege wurden in der Geschichte immer wieder für militärische Zwecke rekrutiert und waren ein wichtiger Faktor in der Kriegsführung. Die extremste Auswirkung war wohl der Mißbrauch von Pflegekräften im Nationalsozialismus, z. B. für medizinische Experimente an Menschen, sogenannte Selektion, und ähnliches. Dieses war nur möglich durch die sehr strenge hierarchische Ordnung, die in einigen Punkten an militärische Strukturen erinnerte.

Auch heute ist man wieder dabei, der Bevölkerung einen Krieg führbar erscheinen zu lassen. Das Gesundheitswesen hat dabei eine besondere Funktion. Dieses wird deutlich in dem Versuch zur Schaffung und Durchsetzung eines neuen Zivilschutzgesetzes. Der Entwurf sieht unter anderem vor:

- Registrierung aller Beschäftigten im Gesundheitswesen (wird bereits praktiziert)

- Zwangsverpflichtung im Kriegsfall
- Teilnahme an Zivilschutzübungen
- Einrichtung von Hilfskrankenhäusern

Durch diese Maßnahmen soll der Bevölkerung suggeriert werden, in einem möglichen Krieg überleben zu können. Wir dürfen uns nicht in diese Vorbereitungsmaßnahmen mit einbeziehen lassen, denn damit machen wir einen Krieg denkbar, planbar und wahrscheinlicher.

Die Ziele des bundesweiten Arbeitskreises sind:

- Die Beschäftigten im Gesundheitswesen und die Bevölkerung über kriegsvorbereitende Maßnahmen zu informieren.
- Darauf hinzuwirken, daß unseren Arbeitskreis betreffende Themen in den Berufsverbänden diskutiert werden.
- Wichtige, unsere berufliche Tätigkeit betreffende Themen zu Kriegsvorbereitung im Gesundheitswesen zu erarbeiten.
- Hierarchie- und Gehorsamsprinzipien in der Krankenpflege durchschaubar zu machen und aus der Geschichte der Krankenpflege zu lernen.
- Kolleginnen und Kollegen für die aktive Friedensarbeit zu gewinnen.
- Wir treten ein für eine selbstbewußte, menschliche Pflege und arbeiten darauf hin, das Berufsbild der Krankenpflege langfristig zu verändern.

#### **Raum Hamburg:**

Alwin Amdt-Hämer, Poggenreedweg 13 a, 2000 Hamburg.

#### **Raum Oldenburg:**

Hans Klein, Danziger Str. 4, 4507 Hasbergen.

#### **Nordrhein-Westfalen:**

Vera Saltik, Rahestr. 48, 4600 Dortmund 12.

#### **Hessen:**

Bernhard Stapel, Seehofstr. 8, 6000 Frankfurt.

#### **Unterfranken:**

Hubert Schmidt, Marktstr. 18, 8723 Gerolshofen.

#### **Baden-Württemberg:**

Bernhard Assenbaum, Habsburger Str. 13, 7800 Freiburg.

#### **Bayern:**

Irmgard Suppa, Gewatweg 15, 7972 Iznay/Allgäu.

#### **Berlin (West):**

Magdalene Rösch, Augsburger Str. 21, 1000 Berlin 30.

#### **Bundesweite Kontaktadresse:**

Sabine Druba, St.-Peter-Str. 11, 6900 Heidelberg, Tel.: 062 21/37 38 17.

## Zivilschutz und Katastrophenschutz in der Bundesrepublik

**In seinem Beitrag für die Fachtagung „Zivilschutz für Euroshima?“, die am 9. Mai in Köln stattfand, skizziert Dr. Wolfgang Send die Entwicklung des Zivil- und Katastrophenschutzes in der Bundesrepublik Deutschland seit 1949. dg druckt den Vortrag in leicht gekürzter Form ab.**

#### **I. 1950–1958: Zivilschutz als Begleiter der atomaren Ausrüstung der Bundeswehr**

Zivil- und Katastrophenschutz in der Bundesrepublik Deutschland beginnen sich bereits bald nach deren Gründung 1949 zu formieren. Mit dem „Erlaß über die Errichtung des Technischen Hilfswerkes (THW) als nichtrechtsfähige Bundesanstalt“ vom 25. August 1953 finden Überlegungen des ersten Kabinetts Adenauers ihren Niederschlag, die bereits im August 1950 – kurz nach Beginn des Korea-Krieges – vom damaligen Innenminister Gustav Heinemann auf den Weg gebracht worden sind. Heinemann erteilt den Auftrag, eine Freiwilligen-Organisation

für den technischen Katastrophenschutz aufzubauen. Ferner regt er die Bildung einer „Kommission zum Schutze der Bevölkerung gegen atomare, biologische und chemische Angriffe“ an, die heute noch als sogenannte „Schutzkommission“ beim Bundesminister des Innern existiert. Unterzeichnet hat den Errichtungs-Erlaß allerdings der Nachfolger Heinemanns, Innenminister Robert Lehr, der im Oktober 1950 anstelle Gustav Heinemanns von Konrad Adenauer ernannt wird. Bekanntlich äußert die Bundesregierung im August 1950 den Wunsch nach Verteidigungstruppen als Gegengewicht zur kasernierten Volkspolizei der DDR. Heinemann tritt gegen die sich anbahnende Aufrüstung der Bun-

desrepublik an und scheidet aus Adenauers Kabinett aus. Die Gewerkschaften argwöhnen damals, daß das Ziel des THW-Erlasses vornehmlich auf den Einsatz der Einheiten bei Streiks gerichtet sei. Aus der Geschichte der Vorläuferorganisation Technische Nothilfe (TN) seit deren Gründung nach dem Ersten Weltkrieg und angesichts der personellen Zusammensetzung der „Männer der ersten Stunde“ im THW ist diese Befürchtung durchaus gerechtfertigt, sie wird sich aber späterhin nicht bewahrheiten. Anlaß der Befürchtungen ist die Formulierung der Aufgabenstellungen des THW, wo es unter anderem heißt:

- Leistung technischer Hilfe bei Katastrophen und Unglücksfällen größeren Ausmaßes.
- Leistung technischer Hilfe im zivilen Luftschutz.
- Leistung technischer Hilfe bei der Beseitigung von öffentlichen Notständen, durch welche die lebenswichtige Versorgung der Bevölkerung, der öffentliche Gesundheitsdienst oder der lebensnotwendige Verkehr gefährdet werden, sofern alle anderen hierfür vorgesehenen Maßnahmen nicht ausreichen.

- Das Technische Hilfswerk wird an den Anlagen und in den Betrieben der öffentlichen Versorgung nur im Einvernehmen mit den nach dem Energie-notgesetz zuständigen Hauptlast- und Hauptgas-verteilern tätig.
- Das Technische Hilfswerk leistet erst dann Hilfe, wenn die Sozialpartner, die Gemeinden, die Landkreise oder das Land nicht in der Lage sind, die lebenswichtige Versorgung aufrecht zu erhalten.

Bereits mit der Unterzeichnung des Vertrages über die Beziehungen zwischen der Bundesrepublik Deutschland und den drei Westmächten, dem sogenannten „Deutschlandvertrag“ vom 26. Mai 1952, wird das Verbot der Unterhaltung von Luftschutzeinrichtungen durch die Rückgabe der Souveränitätsrechte aufgehoben. Die Grundgesetzänderung in Artikel 73 vom 26. März 1954 überträgt dem Bund in Absatz 1 dieses Artikels die ausschließliche Gesetzgebung über „die auswärtigen Angelegenheiten sowie die Verteidigung einschließlich des Schutzes der Zivilbevölkerung“. Damit nimmt auch die Gesetzgebung für den Zivil- und Katastrophenschutz in der Bundesrepublik ihren Anfang. Im Juli des gleichen Jahres nimmt die Bundesanstalt für zivilen Luftschutz (BzL) ihre Tätigkeit auf.

Ebenfalls in diesem Jahr, am 21. August 1954, wird das Gesetz über den „Beitritt der Bundesrepublik Deutschland zu den vier Genfer Rot-Kreuz-Abkommen vom 12. 8. 1949“ wirksam. Am 12. November 1955 überreicht der erste Verteidigungsminister der Bundesrepublik, Theodor Blank, in Andernach den ersten 101 Soldaten der Bundeswehr ihre Ernennungsurkunden. Die Bundesrepublik wird aufgerüstet. Zivile und militärische Verteidigung beginnen sich zu entwickeln und auszubreiten.

Eine herausragende Stellung nimmt das Bundesleistungsgesetz vom 19. Oktober 1956 ein, mit dem „Leistungen“ angefordert werden können:

1. zur Abwendung einer drohenden Gefahr für den Bestand oder die freiheitliche demokratische Grundordnung des Bundes oder eines Landes oder zur Abwendung oder Beseitigung einer die Sicherheit der Grenzen gefährdenden Störung der öffentlichen Ordnung im Grenzgebiet;
2. für Zwecke der Verteidigung, im besonderen zur Abwehr einer Gefahr, durch die von außen der Bestand des Bundes entweder unmittelbar oder mittelbar im Rahmen seiner Einordnung in ein System gegenseitiger kollektiver Sicherheit gefährdet wird;
3. zur Erfüllung der Verpflichtungen des Bundes aus zwischenstaatlichen Verträgen über die Stationierung und die Rechtsstellung von Streitkräften auswärtiger Staaten im Bundesgebiet;
4. zur Unterbringung von Personen oder Verlegung von Betrieben und öffentlichen Einrichtungen, die wegen einer Inanspruchnahme von Grundstücken für Zwecke der Nummern 1 bis 3 notwendig ist.

Ohne den Pflichtenkatalog im einzelnen durchgehen zu wollen, muß man feststellen, daß dieses Gesetz die „Überlassung“ von nahezu Allem und die „Duldung von Einwirkungen“ auf Alles verlangt, was dem einzelnen Bürger lieb und wert sein könnte: Hab und Gut, Haus und Grundstück, Auto, Fernmeldeeinrichtungen und was immer man sich denken kann. Diese Leistungsverpflichtung erstreckt sich natürlich auch auf Wirtschaftsunternehmen allgemein, wobei – wie es im Gesetzestext heißt – „die Leistungsfähigkeit der deutschen Wirtschaft angemessen berücksichtigt werden“ soll. Das Bundesleistungsgesetz besagt im Kern, daß die Zumutungen eines Krieges, soweit sie den Besitzstand des einzelnen Bürgers und privatrechtlich organisierter Unternehmen betreffen, rechtens sind und hingenommen werden müssen.

Nur vier Tage nach Inkrafttreten des Gesetzes beginnt in den Abendstunden des 23. Oktober 1956 der Volksaufstand in Ungarn. Seit Mitte Oktober ist

Franz-Josef Strauß neuer Verteidigungsminister, der bis dahin das Atomministerium geleitet hat. Die Diskussion um die atomare Bewaffnung der Bundeswehr nimmt ihren Anfang. Führende Atomwissenschaftler befürchten nunmehr die atomare Aufrüstung der Bundeswehr. Vergebliche Schriftwechsel mit Strauß um die Jahreswende 1956/57 führen schließlich zu der später als „Göttinger Erklärung“ bekanntgewordenen Warnung von 18 Atomwissenschaftlern vor den Wirkungen der Atomwaffen und der Weigerung, an ihrer Entwicklung mitzuarbeiten. Die Erklärung vom 12. April 1957 hat nichts von ihrer Aktualität eingebüßt.

Die große Anfrage der SPD vom 2. April 1957 zu den Gefahren der Atomwaffen, wobei die Ablehnung der atomaren Bewaffnung klar zum Ausdruck kommt, endet mit einer bemerkenswerten Frage: „Welche Maßnahmen hat die Bundesregierung getroffen, um die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland vor den möglichen Auswirkungen der Stationierung von Atomwaffen auf ihrem Gebiet zu schützen und ist die Bundesregierung bereit, die Bevölkerung über diese Maßnahmen aufzuklären?“

Die Antwort der Bundesregierung zu diesem Teil der Anfrage lautet: „Zum Schutz der Bevölkerung sind, unter Berücksichtigung des neuesten Standes der Technik, wirksame Maßnahmen geplant. Ihre Durchführung hat bereits begonnen und wird nach Verabschiedung des Gesetzes über den Schutz der Zivilbevölkerung in verstärktem Maße fortgesetzt werden. Zugleich mit dem Aufbau der Bundeswehr dienen auch diese Schutzmaßnahmen der Sicherheit des einzelnen und der Abwehrbereitschaft des Staates. Auch sie sind ein Beitrag zur Verhinderung des Krieges.“

Diese Debatte findet am 9./10. Mai 1957 statt, heute auf den Tag genau vor dreißig Jahren. Ein Jahr später in der folgenden Außen- und Wehrpolitischen Debatte des Deutschen Bundestages zwischen dem 20. und 25. Mai 1958 stellt die SPD unter anderem den Antrag: „Der Bundestag möge beschließen: Die Bundesregierung wird ersucht, mit der Regierung der Volksrepublik Polen und den anderen beteiligten Mächten in Verhandlungen über die Verwirklichung des Planes einer atomwaffenfreien Zone in Europa einzutreten.“

Nach tumultartigen Auseinandersetzungen im Bundestag am letzten Tag der Debatte beschließen CDU/CSU, daß „... die Streitkräfte der Bundesrepublik mit den modernsten Waffen so ausgerüstet werden, daß sie den von der Bundesrepublik übernommenen Verpflichtungen im Rahmen der NATO zu genügen vermögen und den notwendigen Beitrag zur Sicherung des Friedens wirksam leisten können“. Die gegensätzlichen Standpunkte haben sich sohier kaum geändert. Zwar hat es bislang keinen Atomkrieg gegeben, aber wir sind auch nicht einen Schritt der Gewißheit näher gekommen, daß es ihn nicht mehr geben wird.

## II. Die Notstandsgesetze von 1968 und ihre Auswirkungen

Damals wie heute hat das Menetekel eines atomaren Krieges nicht vermocht, Wahlen in der Bundesrepublik entscheidend zu beeinflussen. Wenige Monate nach der Debatte im Bundestag von 1957 über die Gefahren der atomaren Rüstung gewinnt die CDU/CSU die Wahlen zum dritten Deutschen Bundestag am 15. September 1957 mit 50,2 Prozent, dem besten bei Bundestagswahlen je erzielten Ergebnis.

Das „Erste Gesetz über Maßnahmen zum Schutz der Zivilbevölkerung“ tritt drei Wochen nach den Wahlen am 9. Oktober in Kraft. Ein Jahr später, am 5. Dezember 1958, wird das Gesetz zur Errichtung des Bundesamtes für zivilen Bevölkerungsschutz (BzB) verkündet. Eine Reihe weiterer Verordnungen und Verwaltungsvorschriften zum Zivilschutz folgen in den vier Jahren bis zur Kuba-Krise im Oktober

1962. Die Welt steht am Rande eines Dritten Weltkrieges.

Diese Ereignisse haben auch Einfluß auf das Gesetzgebungsverfahren für ein professionelles Zivilschutzkorps gehabt, für welches das Gesetz am 12. August 1965, wenige Wochen vor den Wahlen zum fünften Deutschen Bundestag, beschlossen wurde. Das von der neuen Koalitionsregierung aus CDU/CSU und FDP beschlossene Haushaltssicherungsgesetz verhindert die Aufstellung der Einheiten für die Jahre 1966/67. Der Rücktritt Bundeskanzler Erhards und die „Große Koalition“ von CDU/CSU und SPD ab Dezember 1966 lassen das Gesetz endgültig in der Versenkung verschwinden. Der von der Bundesregierung 1982 erstmalig vorgelegte Entwurf eines neuen Zivilschutzgesetzes sieht nunmehr die Aufhebung des Gesetzes über das Zivilschutzkorps vor.

Statt dessen verständigt sich die Große Koalition auf die Notstandsgesetze, für die seit März 1966 ein Entwurf des Rechtsausschusses des Deutschen Bundestages vorliegt. Die Notstandsgesetze umfassen die eigentliche Notstandsverfassung, die ein Paket von Grundgesetzänderungen vorsieht, sowie eine Reihe von Ausführungsgesetzen, von denen

- das Arbeitssicherstellungsgesetz,
- das Gesetz über die Erweiterung des Katastrophenschutzes,
- das Wirtschaftssicherstellungsgesetz,
- das Ernährungssicherstellungsgesetz und
- das Verkehrssicherstellungsgesetz

allesamt 1968 entweder neugefaßt oder verabschiedet werden. Weitere Gesetze und Verordnungen folgen in den kommenden Jahren, so die Durchführungsverordnung zum Wassersicherstellungsgesetz und das Gesetz über den Zivilschutz (ZSG), das ab 9. August 1976 das „Erste Gesetz über Maßnahmen zum Schutz der Zivilbevölkerung“ ablöst. Ohne auf die wechselvolle Entwicklung der Debatte um die Notstandsgesetzgebung eingehen zu wollen, muß man doch feststellen, daß das Gesetzgebungswerk im Hinblick auf den Katastrophenschutz im Frieden völlig unbefriedigend geblieben ist. Im Ergebnis taucht der Begriff der Katastrophe nur noch in Artikel 11 des Grundgesetzes auf, wo bei „Naturkatastrophen oder besonders schweren Unglücksfällen“ das Recht der Freizügigkeit aufgrund eines Gesetzes eingeschränkt werden kann.

Ein Sonderfall ist jedoch im Grundgesetz und auch schon vor 1968 geregelt: Der Schutz gegen Gefahren, die bei Freiwerden von Kernenergie oder durch ionisierende Strahlen entstehen, gehört seit 1959 zum Bereich der konkurrierenden Gesetzgebung. In diesem Bereich haben die Bundesländer die Befugnis zur Gesetzgebung nur, solange und soweit der Bund von seinem Gesetzgebungsrecht keinen Gebrauch macht (aktuelles Beispiel ist das Ende letzten Jahres verkündete Strahlenschutzvorsorgegesetz).

Der ursprüngliche Entwurf des Rechtsausschusses vom März 1965 sieht neben Artikel 91, der die „Abwehr von Gefahren für den Bestand des Bundes“ regelt, einen weiteren Artikel 91a vor, dessen Inhalt auszugsweise zitiert werden soll:

„(1) Sind Leib und Leben der Bevölkerung eines Landes durch eine Naturkatastrophe oder einen anderen besonders schweren Unglücksfall ernstlich und unmittelbar gefährdet, so kann das Land Polizeikräfte anderer Länder, Kräfte des Zivilschutzes und des Bundesgrenzschutzes sowie Streitkräfte als Polizeikräfte, ferner Kräfte und Einrichtungen anderer bundeseigener Verwaltungen zur Hilfe anfordern, soweit es zur Abwehr der drohenden Gefahr erforderlich ist...“

Dieser Artikel ist nicht zum Tragen gekommen; er hatte auch eine wenig wünschenswerte Stoßrichtung. Eine andere Lösung ist gleichwohl nicht ge-



funden worden. Der heute gültige Artikel 91a regelt in einem 1969 in das Grundgesetz neu eingefügten Abschnitt Mitwirkungsbereiche des Bundes bei Länderaufgaben. Hier bietet sich ein Anknüpfungspunkt an das damals Versäumte an.

Dem Katalog dieser Gemeinschaftsaufgaben, dies ist mein Vorschlag an die verantwortlichen Parlamentarier im Bundestag und Bundesrat, sollte durch eine Grundgesetzänderung die gemeinsame Verantwortung für den Katastrophenschutz hinzugefügt werden. Eine denkbare Möglichkeit wäre die Einfügung eines weiteren Artikels 91c in Abschnitt VIIIa „Gemeinschaftsaufgaben“. Meine Vorstellungen möchte ich in einem Formulierungsversuch konkretisieren:

#### Artikel 91c (Katastrophenschutz)

(1) Bund und Länder wirken bei der Planung und Vorbereitung von Maßnahmen zur Abwehr von Naturkatastrophen und besonders schweren Unglücksfällen zusammen.

(2) Durch Bundesgesetz mit Zustimmung des Bundesrates werden die gemeinschaftlichen Aufgaben näher bestimmt. Das Gesetz soll allgemeine Grundsätze für ihre Erfüllung enthalten.

(3) Der Bund trägt mindestens die Hälfte der Ausgaben in jedem Land; die Beteiligung ist für alle Länder einheitlich festzusetzen. Das Nähere regelt das Gesetz. Die Bereitstellung der Mittel bleibt der Feststellung in den Haushaltsplänen des Bundes und der Länder vorbehalten.

Eine in der Verfassung geregelte Verantwortung des Bundes für Katastrophen und schwere Unglücksfälle im Frieden gibt es derzeit nicht; damit liegt diese Aufgabe zwangsläufig bei den Ländern. Diese nehmen ihre Verantwortung aber nicht annähernd so wahr, wie dies zu geschehen hätte. Die Gründe hierfür sollen noch untersucht werden.

### III. Zivilschutz und Katastrophenschutz heute

Im Gesetz über den erweiterten Katastrophenschutz vom 9. Juli 1969 und den korrespondierenden länderrechtlichen Regelungen wird im Paragraph 1 in seinem ersten Absatz festgelegt: „(1) Die Einheiten und Einrichtungen des Katastrophenschutzes nehmen ihre Aufgaben auch hinsichtlich der besonderen Gefahren und Schäden wahr, die im Verteidigungsfall drohen. Sie werden zu diesem Zweck verstärkt, ergänzt sowie zusätzlich ausgerüstet und ausgebildet.“ Ein einschlägiger Kommentar von Thomsen und Merk sagt hierzu: „Die Vorschrift enthält die Grundnorm für die Erfüllung der erweiterten Aufgaben des Katastrophenschutzes, indem sie die Verpflichtung der Einheiten und Einrichtungen des Katastrophenschutzes zur Erfüllung ihrer Aufgaben auch hinsichtlich der besonderen Gefahren und Schäden ausdrücklich, die im Verteidigungsfall drohen. Sie setzt damit voraus, daß solche Einheiten und Einrichtungen vorhanden sind. Hierin besteht die Konzeption der Erweiterung des Katastrophenschutzes, die nur vorgenommen werden kann, wenn sie auf Vorhandenem aufbaut. Sie ist begrifflich an das Bestehen solcher – friedensmäßiger – Katastrophenschutzeinheiten und Einrichtungen gebunden.“

Wenn die politische Landschaft so wäre, wie es der Kommentar deutet, dann hätte ich wenig Veranlassung, auf dieser Tagung zu sprechen. Auch ich bin der Überzeugung, daß Rettungsmannschaften nicht der geringsten Komplizenschaft verdächtigt werden sollten mit denen, die eine Katastrophe auslösen. Im Hinblick auf die Menschen, denen geholfen oder deren Not zumindest gelindert werden soll, macht es für die einzuleitenden Hilfsmaßnahmen keinen Unterschied, ob das Unglück aus menschlichem Versagen, durch ein Verbrechen oder als Folge eines kalkulierten zivilen oder militärischen Risikos eintritt. Tatsächlich gleicht das Gesetz über den erweiterten Katastrophenschutz aber der Planung eines Gebäudes, für dessen zweites

Stockwerk das Mobiliar angeliefert wird, bevor die Mauern des Erdgeschosses hochgezogen sind. Folglich bleibt das Mobiliar auf der Straße stehen, verkommt und ist vor allem überhaupt nicht sachgerecht zu verwenden. Genau dies ist die Situation des Katastrophenschutzes in der Bundesrepublik.

In der Folge des Gesetzes haben zunächst einmal alle Bundesländer, zum großen Teil erstmalig, Katastrophenschutzgesetze verabschiedet, was einen aufmerken lassen sollte. Faktisch haben diese Gesetze zusammen mit dem Bundesgesetz zur Folge gehabt, daß Katastrophenschutz im Frieden wie im Krieg heute nach dem gleichen organisatorischen Muster, mit denselben administrativen Gremien, denselben Einheiten und nach gleichen einsatztaktischen Grundsätzen erfolgt. Neben den Katastrophenschutzgesetzen gibt es die Feuerschutzgesetze, in denen teilweise schon vor 1968 auch Regelungen für Katastrophenschutz enthalten waren; teilweise gab es auch Richtlinien hierfür. Es ist aber sicher keine Fehlbeurteilung, wenn man die Katastrophenschutzgesetze der Länder eher als Ergänzungsgesetze zum Gesetz über den erweiterten Katastrophenschutz ansieht, als daß man ihnen abnimmt, daß sie wirklich den Katastrophenschutz im landläufigen Sinne des Wortes primär im Auge haben.

Um es ganz klar zu sagen: Alle Bemühungen um eine angebliche Verbesserung des Katastrophenschutzes verdienen solange ihre Demaskierung als Trojanisches Pferd für flankierende Maßnahmen weiterer Aufrüstung, wie die begriffliche Robtäuscherei kein Ende nimmt. Ein neues Zivilschutzgesetz ist in der gegenwärtigen Situation so überflüssig wie ein Kropf. Wir benötigen dieses Gesetz nicht, weil wir die Waffen nicht wollen, deren politische Akzeptanz zu befördern das einzige und wahre Ziel dieses Gesetzes ist. Kennzeichnend für die heutige Situation seit 1968 ist, daß mit dem Begriff „Katastrophenschutz“ ein Vorwortspiel sondergleichen getrieben wird. In meiser Agit-Prop-Manier, leider muß dies einfach einmal so scharf formuliert werden, wird das berechtigte Bedürfnis des Bürgers nach Vorsorge vor der nächsten Naturkatastrophe oder dem schweren Unglücksfall dazu mißbraucht, ihn für ganz andere politische Zwecke über den Tisch zu ziehen. Nicht einmal die Katastrophenschutzschulen der Länder unterrichten ihre Lehrgangsteilnehmer auch nur eine Stunde über den Katastrophenschutz im Frieden. Nein – es geht einzig und allein um den Krieg. Die 244 ABC-Züge in der Bundesrepublik wissen zwar alle, daß sie ihren Einsatzauftrag baldmöglichst nach dem Lichtblitz einer Atombombe fortsetzen sollen, was sie bei einem kerntechnischen Unfall erwartet, das erfahren sie nirgends, weil das natürlich Geld kostet und weder vom Bund, noch von den Ländern finanziert werden kann – oder besser: finanziert werden will. Dabei hat das Atomprogramm Milliardenbeträge verschlungen, von unseren Ausgaben für die Rüstung ganz zu schweigen.

Kein Argument ist so dumme, als daß nicht von interessierten Kreisen zumindest der Versuch unternommen wird, es der Öffentlichkeit aufzuschwatzen. Jüngster Höhepunkt dieser immer wieder in Szene gesetzten Kampagnen ist die Argumentation, wir benötigen deshalb mehr Schutzraumbauten, weil wir uns nur so vor den Gefahren möglicher Kernkraftwerksunfälle wirksam und kurzfristig schützen können. Am 5. Juni 1986 gab Staatssekretär Spranger auf eine diesbezügliche Frage eine klare Antwort der Bundesregierung, die ich auszugswise zitieren möchte: „Die Bundesregierung tritt nachdrücklich für die Förderung des Schutzraumbaus ein... Solche Schutzräume können auch wirksam gegen radioaktive Niederschläge sowie gegen die gefährliche, jedoch rasch abklingende Anfangsstrahlung einer nuklearen Strahlenquelle schützen; sie helfen damit, schwere gesundheitliche Schäden zu vermeiden. Da öffentliche Großschutzräume nur eine verhältnismäßig kurze Zeit für die

Herstellung ihrer Betriebsbereitschaft benötigen, sind sie mit Rücksicht auf ihre „ABC-Sicherheit“ bei Katastrophen und besonders schweren Unglücksfällen (z. B. bei Großschadensfällen in Chemiewerken und bei Störfällen in Kernkraftwerken mit größerer Strahlenexposition) gut geeignet, der Bevölkerung raschen und effizienten Schutz zu bieten...“

Dies ist eine erstaunliche und „völlig neue“ Möglichkeit der Katastrophenabwehr, auf die bislang noch kein berufener Experte für Katastrophenschutzpläne gekommen ist. Alle bislang veröffentlichten Richtlinien des Bundes oder der Länder für den Katastrophenschutz in der Umgebung kerntechnischer Anlagen verschwanden auch nicht eine Zeile auf den Gedanken, daß man die Bevölkerung nach einem Unfall in nahegelegene Bunker stopfen könnte. Solange die Bundesregierung nicht willens ist einzusehen, daß erst einmal die Abschaffung aller Atomwaffen den mit Abstand größten Beitrag zum Schutz der Bevölkerung liefert, sind alle ihre Bemühungen um Katastrophenschutz nur eine dünne Tarnkappe, hinter der die Fratze des Krieges hervorlugt.

Der mögliche Einsatz von Kernwaffen, auch im Lichte der Schutzgarantien unserer Verfassung, ist keine staatliche Handlungsoption mehr im sogenannten Verteidigungsfall, sondern er wäre ein säkulares Verbrechen, dessen Planer und politisch Verantwortliche schon jetzt vor nationale und internationale Gerichtshöfe gehören. Aber wir dürfen nicht die Augen davor verschließen, daß diese harsche Einschätzung auch in unserem Land keine politischen Mehrheiten findet – bislang jedenfalls nicht. Ganz im Gegenteil sehen Recht und Gesetz vor, daß entschlossene Widersacher solchen Frevels an der Schöpfung der Strafe näher sind als dessen Planer.

Zusammenfassend schätze ich die Situation so ein, daß eine politische Frontstellung gegen jede Art von Zivilschutzplanung ein mühsames Unterfangen bleiben wird, dem auch auf Dauer der Erfolg versagt bleiben könnte. Selbst weitgehende Vorstellungen alternativer Verteidigungsstrategien oder struktureller Nichtangriffsfähigkeit beruhen auf militärischer Verteidigung, die ohne zivilen Bevölkerungsschutz schon konzeptionell und von der Verfassung her nicht denkbar wäre. Ebenso würde ein – heute kaum denkbarer – Vorzicht auf jede militärische Verteidigung (Stichwort: soziale Verteidigung) zumindest umfangreiche Hilfsplanungen für die möglichen Repressionen ausgesetzte Bevölkerung bedeuten.

Ich persönlich sehe daher auch nur eine Möglichkeit, das Grauen zu verhindern, das jeder mögliche Krieg mit sich bringen wird. Den Bemühungen, durch internationale Vereinbarungen bestimmte militärische Planungen zu verbieten, muß wesentlich mehr Beachtung geschenkt werden. Die Zusatzprotokolle von 1977 zur IV. Genfer Rotkreuz-Konvention von 1949 sind ein Meilenstein in der Entwicklung des Humanitären Völkerrechts. Der Wille zu ihrer Ratifizierung und auch Durchsetzung bei der militärischen Verteidigungsplanung muß Maßstab für jede Bundesregierung sein, welche Glaubwürdigkeit ihre Bemühung um den Schutz der Zivilbevölkerung bei bewaffneten Konflikten genießt, die sie vielleicht selbst glaubt, nicht in jeder denkbaren politischen Entwicklung aufhalten zu können. Diese Regeln des Humanitären Völkerrechts müssen aber die Grenzen rechtsstaatlichen Handelns in der Wahl der Verteidigungsmittel setzen. Nur ihre „strikte Einhaltung und volle Anwendung“ kann verhindern, daß militärische Verteidigungsplanung potentiell ein Verbrechen an uns und unseren Kindern ist. Letztlich muß es das Ziel sein, militärische Verteidigung als staatliche Handlungsoption überhaupt zu eliminieren.

Schriftliche Fassungen weiterer Reden des Kongresses können angefordert werden bei: Walter Popp, Sunderholz 32, 4300 Essen 1.

**Wolfgang Sand  
ist Leiter des  
Technischen  
Hilfswerks in  
Göttingen.**



# Aids im Krankenhaus

## Empfehlungen für Ärztinnen und Ärzte

**Die Liste Soziales Gesundheitswesen in der Ärztekammer Nordrhein hat in Zusammenarbeit mit der Gesundheitsinitiative Düsseldorf folgende Empfehlungen zum Umgang mit dem Suchtest auf HIV-Antikörper (ELISA) ausgesprochen.**

### 1. Die Aussagekraft des handelsüblichen Antikörper-Suchtests

Mit dem Test wird nicht das Virus selbst, sondern vom Körper gebildete Antikörper nachgewiesen. Mit dem Test kann das Vorliegen einer Infektion mit dem HIV wahrscheinlich gemacht werden.

Bei einem positiven Testergebnis müssen weitere Bestätigungstests durchgeführt werden (i. d. Regel automatisch durch das Labor), da falsch positive Ergebnisse vorkommen, z. B. nach vielfachen Transfusionen, nach mehreren Geburten etc. (vgl. hierzu: Ärtzl. Praxis, 22. November 1986).

*Bei einem einmalig negativen Testergebnis kann eine HIV-Infektion jedoch keinesfalls ausgeschlossen werden!*

Denn Antikörper gegen das HIV sind erst frühestens 6 Wochen, i. d. R. sicher 3 Monate nach der Infektion im ELISA-Test nachweisbar. Ausnahme: sog. NON-Responder (bis zu 1 %), die dauerhaft keine nachweisbaren Antikörper bilden.

Das Gesundheitsamt Düsseldorf weist darauf hin, daß bei einer unqualifizierten Testdurchführung, und das heißt, zu früh und nur einmalig, falsch negative Ergebnisse bis zu 5 % auftreten! (vgl. Schreiben vom 2. 2. 87 – Dr. W/Kr-2662).

Schließlich wird das neu entdeckte, genetisch andersartige HIV-2-Virus, das gleichfalls AIDS auslöst, durch den gängigen Suchtest nur unzureichend erfaßt.

*Konsequenz:* Der HIV-Antikörper-Test ist kein geeignetes Mittel, um über die Schutzmaßnahmen im Umgang mit prinzipiell infektiösem Material zu entscheiden. Vielmehr muß die Arbeitssituation im Krankenhaus testunabhängig so gestaltet werden, daß eine Infektion mit höchstmöglicher Sicherheit ausgeschlossen werden kann.

Der HIV-Antikörper-Test ist auch kein geeignetes Mittel, um davon eine Aufklärung des Patienten über die Infektionsmöglichkeiten mit dem HIV abhängig zu machen. Vielmehr muß prinzipiell jeder Patient über Möglichkeiten der Verringerung Übertragungsgefährlicher Situationen aufgeklärt werden (z. B. „safer sex“ – Kondome benutzen).

### 2. Wann sollte der HIV-Antikörper-Test gemacht werden.

Nach unserer Auffassung ist der Test nur in einem einzigen Fall im Krankenhaus angezeigt:

Der Test kann zur differentialdiagnostischen Abklärung einer ursächlich unklaren Symptomatik dienen (z. B. LK-Schwellungen, Diarrhöen, starke Gewichtsverluste, therapieresistente, orale Candidiasis, Herpes zoster bei jungen Männern, etc.). Das

Gesundheitsamt Düsseldorf weist allerdings darauf hin, daß alle Ärzte, die diese Untersuchung vornehmen, vorher die Patienten ausführlich zu beraten haben. Der Gesundheitsminister von Nordrhein-Westfalen, Hermann Heinemann, will „eine Anbindung der Tests an die AIDS-Beratungsstellen“. Eine Testung ohne Betreuung sei inhuman und leichtfertig.

In allen anderen, medizinisch nicht begründeten Fällen, ist der Test nicht angebracht. Bei einem ungezielten Screening besteht vielmehr die Gefahr, daß das Krankenhauspersonal bei einem negativen Testergebnis die auch dann notwendigen Schutzmaßnahmen (z. B. beim Umgang mit Patientenserum) vernachlässigt!

Darüber hinaus muß darauf hingewiesen werden, daß eine Testung ohne ausdrückliche Zustimmung des Patienten ggf. als Körperverletzung anzusehen ist, und der veranlassende Arzt für die möglichen Folgen eines unvermittelt mitgeteilten und vom Patienten nicht gewünschten Testergebnisses (z. B. Schäden im Rahmen eines Suizidversuchs) verantwortlich gemacht werden kann.

Wünscht der Patient selbst eine Testung, so ist zu überlegen, ihn an eine anonyme Beratungsstelle (z. B. AIDS-Hilfe Düsseldorf; Gesundheitsamt) zu verweisen, wo ihm sachkundig und ausführlich Auskunft über Vor- und Nachteile einer Testung gegeben werden kann. Alle Ärzte/innen sind dazu aufgerufen, das Beratungsangebot der Selbsthilfegruppen zu unterstützen. Moralische Wertungen und sexualfeindliche Haltungen haben im Aufklärungsgespräch keinen Platz.

### 3. Warum kein Screening – Schutz der Patientenrechte

Angesichts der erheblichen, manchmal erschreckenden sozialen, finanziellen und persönlichen Konsequenzen, die ein Bekanntwerden des positiven Testergebnisses an anderen Stellen für die Betroffenen haben kann (z. B. Arbeitsplatz, Wohnung, soziale Kontakte), sollte sehr genau abgewogen werden, ob die Tatsache, daß ein Test durchgeführt worden ist bzw. mit welchem Ergebnis, z. B. in Arztbriefen, Gutachten oder bei Einstellungsuntersuchungen weitergegeben bzw. dokumentiert werden sollte.

Angesichts der in Bayern beschlossenen Maßnahmen könnte auch rückwirkend ein Patient in die Liste der „Ansteckungsverdächtigen“ aufgenommen werden, weil bei ihm früher ein Test durchgeführt wurde. Eine Alternative wäre möglicherweise die Aushändigung des Testergebnisses an die Betroffenen, die dann selbst die Unterrichtung des behandelnden Arztes ihres Vertrauens vornehmen können. Schließlich ist auch zu überdenken, inwieweit die Patientenrechte gewahrt werden können, wenn im Krankenhaus neben dem behandelnden

Arzt möglicherweise auch Pflegepersonal, ggf. Labor bzw. Verwaltung (Kostenabrechnung) über die Tatsache einer Testung bzw. das Ergebnis des Tests informiert sind.

### 4. Fazit:

- Eine Indikation zur HIV-Antikörpertestung besteht bei Krankenhauspatienten nur in der differentialdiagnostischen Abklärung einer ursächlich unklaren Krankheitssymptomatik
- Kein Test an symptomlosen Patienten, es sei denn, auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten
- Vollständiger Schutz der Patientenrechte bei der Dokumentation des Testergebnisses, keine Weitergabe an wen auch immer
- Vor Durchführung des Tests Aufklärung und Beratung des Patienten. Kein Test ohne ausdrückliche Einwilligung. Hilfestellung und Beratung im Falle eines positiven Testergebnisses.

Liste Soziales Gesundheitswesen in der Ärztekammer Nordrhein  
Gesundheitsinitiative Düsseldorf e. V.  
III/87 – Empfehlung für Krankenhausärzte/innen

## VORSICHT



**Vorsicht Volkszählung!**

Das Handbuch für Zähler und Gezählte mit Tips zum Schutz der eigenen Daten:  
Vorsicht Volkszählung, hrsg. v. Roland Appel u. Dieter Hummel, 248 S., DM 15,—

KÖLNER VOLKSBLATT VERLAG



# Handlungsbedarf

## Tagung „Arbeit darf nicht krank machen“

**In dg 4/87 veröffentlichten wir einen Bericht Reinhard Bispincks vom Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Institut des DGB über dessen Tagung „Arbeit darf nicht krank machen“. Die folgenden Beobachtungen sollen den Bericht ergänzen, denn aus der Sicht von Teilnehmern sieht manches etwas anders aus, meint Eberhard Göbel.**

Betriebliche Gesundheitspolitik hatte in den vergangenen Jahren innerhalb des DGB wenig Chancen, sich gegenüber der betrieblichen Tarifpolitik zu behaupten, die immer noch Gesundheit gegen entsprechende „Zulagen“ verkauft. Zwar war es dem DGB unter der sozial-liberalen Koalition gelungen, viele Bereiche des Arbeitsschutzes gesetzlich zu regeln; eine befriedigende „Umsetzung“ auf betrieblicher Ebene ist jedoch ausgeblieben. Dementsprechend gibt es an vielen Arbeitsplätzen einen erheblichen Handlungsbedarf. Hinzu kommt, daß einige Schutzregelungen (zum Beispiel im Jugendarbeitsschutz und Frauenarbeitsschutz bezüglich der Nacharbeit) von der Wende-Koalition rückgängig gemacht werden konnten, ohne daß es nennenswerte Protestaktionen in den Betrieben gegeben hätte. Der Trend zu „instabilen Beschäftigungsverhältnissen“, von dem bereits ein Viertel der Erwerbstätigen betroffen ist, bedeutet darüber hinaus eine faktische Außerkraftsetzung des Arbeitssicherheitsgesetzes sowie sämtlicher sozialer Absicherungen der Arbeitnehmer.

Die politisch-ideologische Offensive der Konservativen, die mit den Schlagworten der „Selbstverschuldung“, „Eigenverantwortung“ von Gesundheitsschäden von der Verschleißpolitik der Unternehmen ablenken wollten, ist von den Gewerkschaften schlecht pariert worden. Die fehlende offensive Auseinandersetzung mit den von den Rechten ins Feld geführten Begriffen hat jedenfalls die gewerkschaftliche Glaubwürdigkeit nicht gerade erhöht.

Auf kommunaler- und Länderebene sind überdies Bestrebungen feststellbar, die dort für die Kontrolle des Arbeitsschutzes vorhandene Infrastruktur für Umweltschutzzwecke umzunutzen, weil von der Umweltbewegung ein stärkerer politischer Druck ausgeht.

Im Verlaufe der Tagung wurde deutlich, daß die gewerkschaftlich orientierte Arbeitswissenschaft in einem doppelten Dilemma steckt: Zum einen kürzen die zuständigen Ministerien ständig die Gelder für entsprechende Forschungsprojekte. Zum anderen werden

die von den Wissenschaftlern entwickelten Modelle, Konzepte und Vorstellungen von den Betrieben nicht übernommen beziehungsweise „umgesetzt“. Spektakuläre Erfolge kann sie daher nicht aufweisen, was sich wiederum negativ auf die Forschungsförderung auswirkt. Eine effektive betriebsnahe Forschung scheitert jedoch nicht nur am Geld, sondern auch an Ängsten auf Seiten der Unternehmen und oft genug auch an mangelndem Interesse der Betriebsräte und Belegschaften.

Die Diskussion im Plenum kreiste um die Frage, wie der von allen betonte „Handlungsbedarf“ umzusetzen sei. Reinhold Konstanty vom DGB-Bundesvorstand hatte hierzu die Idee, die steigende Zahl an Berufskrankheiten als „Hebel“ für präventive, gestaltende Maßnahmen einzusetzen. Dies sei um so wirksamer, wenn es zuvor gelänge, auch „neue Berufskrankheiten“ wie zum Beispiel Streß, rentenmäßig anerkannt zu bekommen. Einige Betriebsräte berichteten dagegen von ihren verblichenen Bemühungen, Arbeitsplatzgestaltende Maßnahmen durchzusetzen. Auch von der Unmöglichkeit, allein die Einhaltung vorhandener Rechte und Gesetze zu gewährleisten, war die Rede. Die ökonomischen und politischen Verhältnisse in den Betrieben seien so restriktiv wie nie zuvor und würden zudem immer schlimmer.

An den anwesenden Staatsvertreter wurden die Forderungen nach einer „Schutzpflicht des Arbeitgebers“, nach „menschengerechter Arbeitsplatzgestaltung“ und dem „Ausbau von Mitbestimmungsrechten der Betriebsräte in Fragen der Arbeitssicherheit“ gerichtet. Gewissermaßen als Ausdruck solidarischer Selbstvergewisserung fehlte in kaum einem Gewerkschaftsbeitrag die Erwähnung des Kampfes um die 35-Stunden-Woche. Nur die Vertreter der IG-Chemie behaupteten statt dessen, „flexible Arbeitszeiten“ kämen den Interessen der Arbeitnehmer und ihrer Gesundheit entgegen. An die Adresse des DGB und WSI wurde von den Betriebsräten die Forderung nach mehr Schulung in Gesundheitsfragen gerichtet. Von den Wissenschaftlern wurde verlangt, auf Fach-Chinesisch zu ver-



Foto: Oberheitmann

zichten und Klartext zu reden und zu schreiben. In den Betrieben gelte es vor allem gemeinsam mit den Kollegen zu untersuchen, warum in Gesundheitsfragen in den Betrieben so wenig läuft, forderte Rainer Müller, Arbeitsmediziner an der Universität Bremen.

Rolf Rosenbrock vom Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung wollte die Frage der „Umsetzung“ vorhandenen Wissens über krankmachende Faktoren vor allem durch eine neue Kompetenz und Arbeitsverteilung zwischen den beteiligten Berufsgruppen durchgesetzt wissen. Welche Experten aus welchen akademischen Disziplinen wie mit den Betroffenen und Beteiligten, mit welchen Kompetenzen ausgestattet, zusammenarbeiten sollten, sei die Denksportaufgabe, auf die es ankäme. Im Ergebnis der jüngsten Diskussion sei deutlich geworden, daß medizinische und technische Disziplinen in Fragen des betrieblichen Gesundheitsschutzes offenbar überfordert sind. Deshalb müßten Psychologen, Sozialwissenschaftler, Toxikologen und Politologen hinzugezogen werden, was nicht zuletzt auch Arbeitsplätze für diese Berufsgruppen schaffen würde.

Jürgen Rubarth, Sicherheitsfachkraft aus Berlin, warnte davor, einen „Verschiebehof von Kompetenzen und Arbeit“ zu inszenieren und damit zugleich die alte Stellvertreterpolitik zu stärken. Die Inanspruchnahme und Ausnutzung bestehender Rechte und Gesetze sei überhaupt keine Selbstverständlichkeit, vielmehr müsse darum immer wieder erneut gekämpft werden. Ebendies sei gar nicht beklagenswert, denn wer kämpft, sei bekanntlich gesünder.

Kritik wurde schließlich auch an der bisherigen gesundheitspolitischen Praxis der Gewerkschaften geäußert. Ein praktischer Arzt aus München fragte zum Beispiel, wessen Interessen eigentlich die DGB-Vertreter in den Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und anderen Gremien wahrnehmen, wenn letztere immer penetranter den Selbstverschuldungsvorwurf verbreiteten. Er schlug vor, daß Betriebe, die für hohe Krankenstände und Unfallzahlen bekannt seien, einen höheren Arbeitgeberanteil an die Krankenversicherung zahlen sollten als andere.

Die von vielen geforderte offensive Medienpolitik in Sachen Arbeit und Gesundheit kollidiere stets mit der Geheimhaltungspolitik der Betriebe, gab ein anderer Kollege zu bedenken. Wer jedoch als Gewerkschaftsfunktionär diese Frage problematisiere, der müsse um seinen Arbeitsplatz bangen, denn das sei bisher ein Tabu-Thema. Nicht zuletzt aus Gründen der Glaubwürdigkeit sollten die Gewerkschaften ihre an Staat und Unternehmer gerichteten Forderungen ruhig zunächst im eigenen Haus verwirklichen.

Eberhard Göbel

Eberhard Göbel arbeitet als wissenschaftlicher Angestellter am Institut für Geschichte der Medizin an der Freien Universität Berlin

## „Machen auf goodwill“

### Blutbildveränderung bei Dortmunder Kindern

**um – Seit Anfang des Jahres werden rätselhafte Blutbildveränderungen bei Kindern in Dortmund-Scharnhorst beobachtet. Jetzt soll ein Expertengremium den Ursachen auf die Spur kommen.**

Im Januar wurden erstmals Berichte über Blutbildveränderungen bei Schulkindern in Dortmund-Scharnhorst veröffentlicht. Professor Einbrodt vom Lehrstuhl für Arbeitsmedizin an der Technischen Hochschule Aachen hatte im Rahmen einer Vergleichsuntersuchung bei diesen Kindern Verminderungen der weißen Blutkörperchen (Leukopenie) festgestellt (dg berichtete). Betroffene und besorgte Eltern hatten daraufhin in einer Unterschriftensammlung von der Stadt Dortmund systematische Untersuchungen der Kinder im Stadtbezirk, Sammlung und Auswertung der Ursachen der Blutbildveränderungen sowie intensive Schadstoffuntersuchungen der Luft, auch nachts und am Wochenende gefordert.

Die Stadt Dortmund, vertreten durch den Amtsarzt Dr. Reinicke, lehnte es ab, diese Forderungen zu erfüllen, nachdem Nachkontrollen der Blutbilduntersuchungen eine Besserung der Befundwerte ergeben hatten. Die so amtlich verordnete Entwarnung ließ die Eltern und auch die im Stadtteil niedergelassenen Ärzte nicht ruhen. Ein Kinderarzt führte bei etwa 170 weiteren Kindern Blutbilduntersuchungen durch, wobei ungefähr die Hälfte pathologische Werte aufwies. Seit Jahren schon beobachten die Scharnhorster Ärzte eine relativ hohe Infektanfälligkeit der Kinder, insbesondere auch derer, die aus anderen Stadtteilen zugezogen sind und bis dahin nicht besonders infektanfällig gewesen waren.

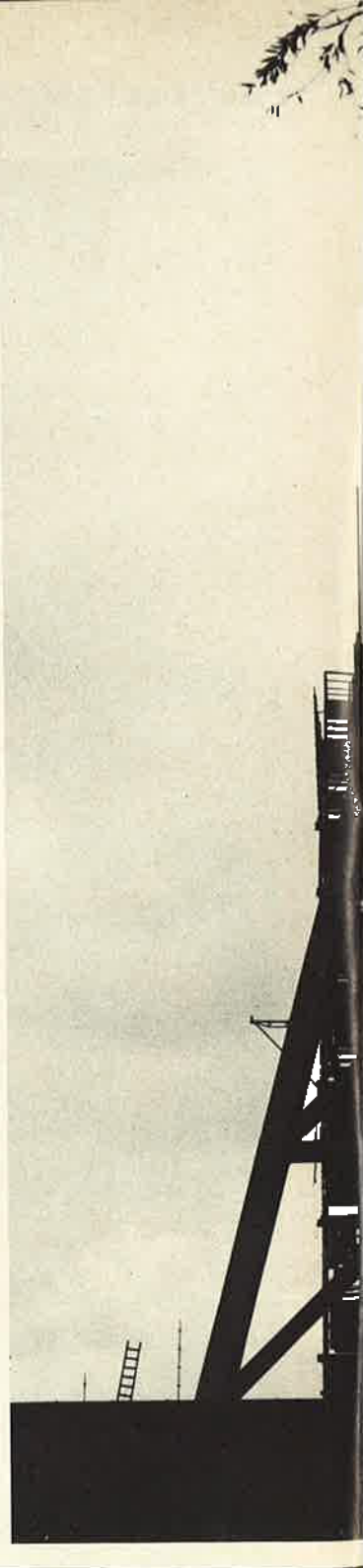






Foto: yn

Ursächlich für die Leukopenie angesehen werden in erster Linie Benzol-emissionen aus den umliegenden Kokereien. Unterstützt wird diese Annahme dadurch, daß bei einigen Kindern Phenol, ein Abbauprodukt des Benzols, in relativ hoher Konzentration im Urin nachgewiesen wurde.

Nachdem Professor Einbrodt nach den ersten Veröffentlichungen gegenüber der Presse noch meinte, es gebe keinen Grund zur Besorgnis und chronische Schäden seien nicht zu befürchten, relativierte er später in einem Brief an die Scharnhorster Bürgerinitiative diese Aussage und gestand zu, daß die von den Scharnhorster Ärzten erhobenen Befunde durchaus ernst zu nehmen

seien und weitere, umfangreichere Untersuchungen erforderten. Sein Institut sei dazu jedoch frühestens im Herbst in der Lage.

Einleuchtend, da eine solche epidemiologische Untersuchung einiger Vorarbeit bedarf.

Bei einem Pressegespräch forderten die Dortmunder Grünen, von einer allzu einfachen Ursache – Wirkung-Annahme abzurücken und mehrere, unter Umständen zusammenwirkende Ursachen nicht auszuschließen. Besonders wichtig seien dabei:

– Systematische Blutbild- und Urinuntersuchungen auf Phenol der gesamten Scharnhorster Bevölkerung, also auch

der Kleinkinder und Erwachsenen, etwa im Rahmen einer repräsentativen Stichprobe, mit Referenzuntersuchungen.

– Untersuchungen der Benzolemitten, also der Kokereien, bei verschiedenen Witterungslagen und Temperaturen, aber auch beispielsweise der Rolle des Kraftverkehrs und individueller Gegebenheiten, etwa der Rauchgewohnheiten.

Eine solche Untersuchung könnte – davon muß nach Auffassung der Grünen ausgegangen werden – bisher veröffentlichte Meßwerte der Stadt Dortmund und des Bergamtes ad absurdum führen: Im Januar hatte die Stadt bei Frosttemperaturen eine Benzolmessung in der Luft vorgenommen und dabei keine erhöhten Werte festgestellt. Tatsache ist aber, daß Benzol bei Lufttemperaturen von 15 Grad Celsius seine maximal meßbare Konzentration erreicht. Das Bergamt gab an, daß in den letzten Monaten in seinem Zuständigkeitsbereich keine Leckage in einer Kokerei aufgetreten sei. Jedoch darf jede Kokerei nach den geltenden Verordnungen völlig legal jährlich fünf Tonnen Benzol emittieren.

Eine Kokerei lud mittlerweile eine Abordnung der Scharnhorster Bürgerinitiative zu einer Besichtigung ein, damit diese sich an Ort und Stelle überzeugen könne, daß alles mit rechten Dingen zugehe. Dazu Bernd Urbanek von der Bürgerinitiative: „Die machen jetzt auf ‚goodwill‘, da eine Kokerei abgerissen werden soll, an de-

### **Jede Kokerei darf nach den geltenden Verordnungen völlig legal jährlich fünf Tonnen Benzol emittieren**

ren Stelle eine neue mit fünf Kokerei-Blöcken errichtet werden soll. Dazu sind Änderungen des Bebauungsplanes und einiges andere erforderlich.“

Eines hat die Scharnhorster Bürgerinitiative inzwischen erreicht, auch wenn die Stadt Dortmund sich in Schweigen hüllt: In Kürze soll eine Expertenkommission zusammentreten, initiiert vom (aus Dortmund stammenden) Gesundheitsminister Nordrhein-Westfalens, Hermann Heinemann. Ihr soll auch Professor Einbrodt angehören, und in ihre Beratungen eingehen sollen auch die Untersuchungsergebnisse der Scharnhorster Ärzte. Es bleibt zu hoffen, daß diese Kommission endlich Wesentliches zutage fördert. □



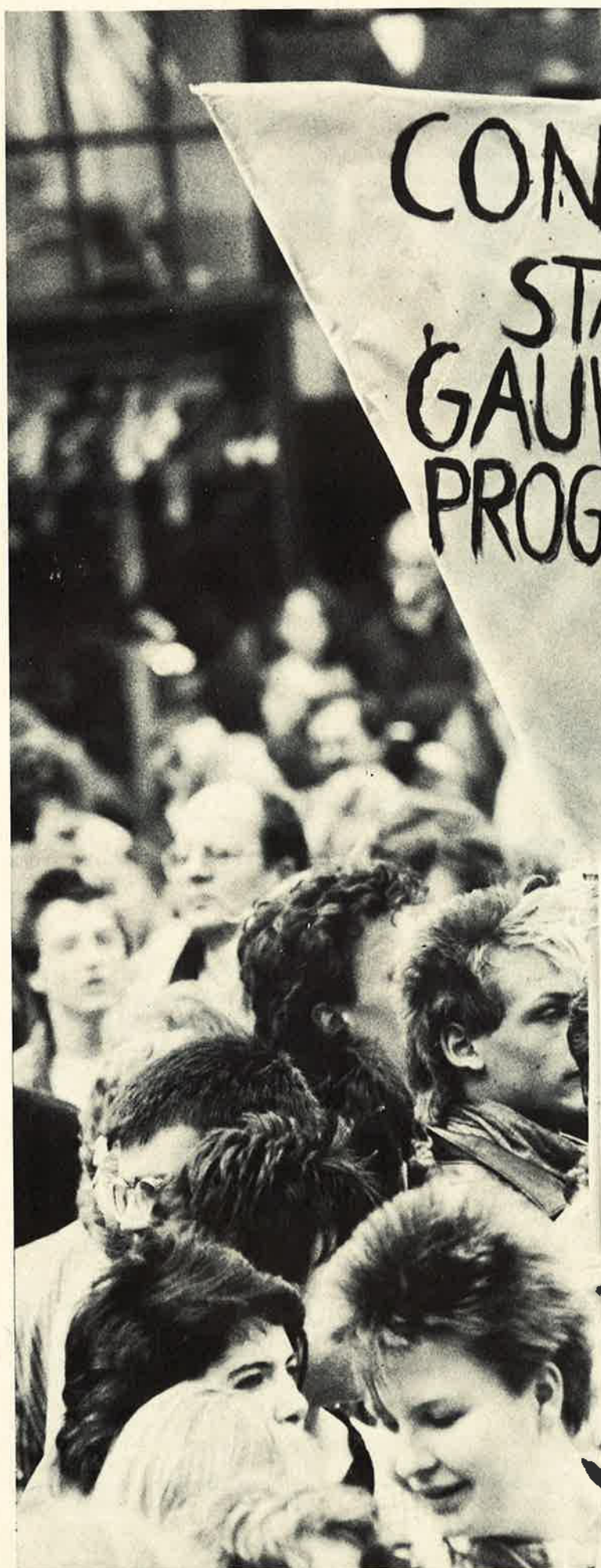


Foto: ap

**D**ie ursprüngliche Idee, Aids als überwiegend medizinisches Problem zu begreifen, ist angesichts der weiten gesellschaftlichen Dimension dieser Krankheit als kurzsichtig und naiv zu den Akten zu legen. Es gibt nahezu keinen gesellschaftlichen Bereich zwischen Individuum, Familie, Kirche, Schule, Politik und Recht, der inzwischen nicht von den immer solideren Ausläufern dieser Epidemie erreicht worden wäre. Offenbar reichen die Ängste, zielt das Gefühl der Hilflosigkeit auch wesentlich tiefer als die Nadel, mit der sich ein Medizinstudent, der gerade einem Aids-Patienten Blut abgenommen hat, in den Finger sticht. Ein tiefe Furcht freisetzendes, dennoch weitgehend ungefährliches Ereignis.

Wo liegen die Quellen von Aids, wer ist letztlich für die Krankheitsentstehung verantwortlich? Wer trägt die Nähe von Sexualität und Tod?

George Engel, Vater der amerikanischen Psychosomatik, hat in seinem biopsychosozialen Denkansatz in den sechziger- und siebziger Jahren erstmals im akademischen Umfeld amerikanischer Medizinwissenschaft die Verbindung von molekularen zellständigen Phänomenen zu gesellschaftlich relevanten, im engeren Sinn politischen Strömungen und Verhältnissen gezogen. Sein klinischer Zugang zum Patienten ist auf der Offenheit des Arztes dem aktuellen Symptom des Patienten gegenüber begründet, der frappierenden Idee, den Patienten selbst durch offene Fragen sich formulieren zu lassen, nicht darauf, das Raster diagnostischer Schubläden im Kopf, enge Ja-/Nein-Fragen zu stellen.



# Zellterrorismus

## Aids und Gewalt. Eine Polemik von Hans Jäger

Wie früher bei Krebs ähnelt die Aids-Begrifflichkeit auf erstaunliche Art und Weise dem Strategiejargon heutiger Kriegsführung: Aktivierete Zellen, Killerzellen, Eindringen, eigene Abwehr, Bekämpfung, Steuerzelle. Dieses Funktionsvokabular der offenbar notwendigen Arsenale kontrastiert scharf mit ideologischen Assoziationen, die auch dem neutralen Informationssuchenden zur Gänsehaut verhelten. Dann nämlich, wenn Aktivisten, oft vom rechten Spektrum, ihre Sprachlosigkeit in Worthülsen kleiden wie: Volksgesundheit, Ausdünnung der Randgruppen, Ausmerzen, europäischer Hygienekreis, Schutz der Gesunden, Ordnungspolitik, in den Griff kriegen, Zwangstests, Meldung.

Da ist es nicht eben beruhigend, wenn zunehmend Ärzte, meist fern ab von der täglichen Arbeit mit Aids-Patienten, dem politischen Kalkül mehr als ihrem kritischen Intellekt folgend, den Politikern sekundieren, mit Vorschlägen zur Zwangstestung, Isolierung oder seuchenhygienisch aberwitzigen Vorschlägen wie dem Ausstellen von Testzeugnissen. Der bisherige Gipfel medizinopportunistischer Willfährigkeit: „Die Meldepflicht ist nötig, um das Personal in Kliniken zu schützen und um des unverantwortlich andere mit HIV Infizierenden habhaft zu werden.“

Wider besseres Wissen – von zweitausend Ärzten, Schwestern und Pflegegern, die sich mit Aids-Blut versehentlich inokulierten, sind nicht mehr als drei oder fünf infiziert. Auf der ganzen Welt hat sich noch niemand bei beruflichem Kontakt im Krankenhaus Aids als Vollbilderkrankung zugezogen.

Dies mag eine Frage der Zeit sein, aber die Infektionsgefahr im Kranken-

haus ist um Dimensionen kleiner als ursprünglich vermutet.

Nun gibt es in der Tat – sehr selten – einzelne Menschen, die bewußt andere anstecken. Diese Einzelfälle, übrigens oft durch Gespräche positiv beeinflussbar, rechtfertigen das für andere Krankheiten durchaus sinnvolle Instrument der Meldepflicht nicht. Die Radikalisierung im politischen und teilweise ärztlichen Bereich ist wohl in erster Linie als Zeichen der Hilflosigkeit dem Phänomen Aids gegenüber zu verstehen. Fatal verdeutlicht wird die Parallele zum Terrorismus durch die geplanten restriktiven Maßnahmen, Ausdruck staatlicher Ohnmacht. Stammeheimer Hochsicherheitstrakte, die Terrorismusgesetz, Rasterfahndung, der Ausbau des Bundeskriminalamtes, sie blieben stumpfe Waffen gegen Willkürgewalt, deren Ursprung ebenso im

nur werden diese Zellen lahmgelegt, sie werden darüber hinaus umgedreht, werden selbst zu Brutkästen, Fabriken für die Virusverdopplung. Die biologische Homöostase wird an ihren empfindlichsten Stellen getroffen.

Mechanistische Vorstellungen vom Abschneiden (!) der Infektionsketten könnten in ihrer Holzhammernaivität belächelt werden, wenn sie nicht erstens plausibles Denkmodell weiter noch uninformerter Bevölkerungskreise wären und zweitens schlimmer noch, wenn sie nicht die gewachsene Vertrauensbasis zum Beispiel, um an wichtigen anonymen Langzeitstudien teilzunehmen, nachhaltig beeinträchtigen und dadurch den Forschungsfortschritt blockieren würden.

Der außerordentlich komplexen Krankheit Aids Patentrezepte zu ver-

---

**E**s ist nicht eben beruhigend, wenn zunehmend Ärzte dem politischen Kalkül mehr als ihrem kritischen Intellekt folgen

---

Dunkeln bleibt wie der Ursprung der Krankheit Aids.

Im Gegensatz zum Terrorismus hat die Aids-Forschung allerdings ungeahnt schnelle und relevante Erfolge zu verzeichnen. Sie belegt, daß der Angriff auf den menschlichen Organismus von keinem Science-fiction-Autor perfider und effektiver hätte ausgedacht werden können. Zielzellen der HIV-Viren sind die Zentralen der wichtigsten menschlichen Funktionskreise, des Immunsystems und des Gehirns. Nicht

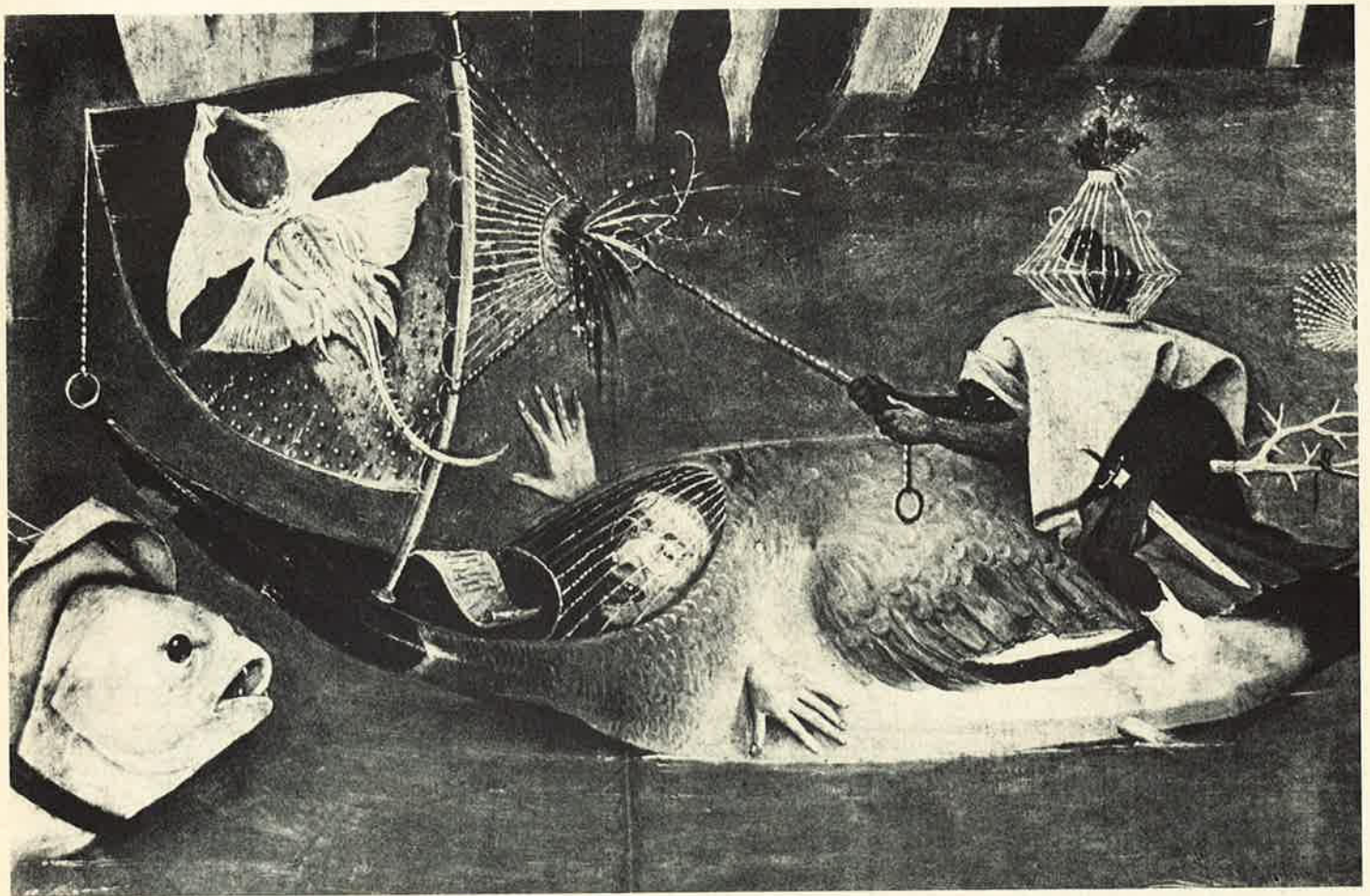
schreiben, die noch dazu die Ausbreitung eher fördern als verhindern, der bereits vorhandenen bodenlosen Diskriminierung weitere Modelle von Ausgrenzung hinzuzufügen, die miserablen Ergebnisse restriktiver Politik anderer Länder nicht zur Kenntnis zu nehmen, ist mindestens unmenschlich, eventuell strafbar, auf alle Fälle fatal.

Dazu als Arzt zu schweigen wohl auch.

Hans Jäger

Hans Jäger ist als Arzt in der Arbeitsgruppe Aids des Städtischen Krankenhauses München-Schwabing beschäftigt.

# Medizin – Macht – Mythos



**Die Medizin gibt sich gerne rational. In einer nüchternen naturwissenschaftlichen Basis glaubt sie, den Schlüssel ihres Erfolges zu finden. Gebhardt Theis sieht die wirkliche Grundlage medizinischer Attraktivität im Irrationalen.**

Medizin wird von Mythen durchdrungen. Sie steht für Humanität und Gewissenhaftigkeit, und in Fragen der Gesundheit genießt sie absolute Autorität. Das Verhältnis zwischen Arzt und Patient gleicht dem Verhältnis zwischen Priester und Gläubigem.

Glaube deutet stets auf die Schwäche des Glaubenden hin, die sich der Priester zunutze machen kann, auf Ohnmacht, die eines Allmächtigen bedarf. Glaube ist kaum zu erschüttern, solange keine alternative Lebensgrundlage greifbar scheint. Allen gegenläufigen Erfahrungen zum Trotz konnte sich deshalb auch die vermeintliche Glaubwürdigkeit der Medizin halten: Die Halbgötter in Weiß behielten bisher ihre Stellung. Die Erfahrung der Medizin ohne Menschlichkeit der Nazizeit etwa hat daran nichts ändern können. Allenfalls wird sie als klar abgegrenzte, historisch frei schwebende Unmedizin zur Betonung heutiger Menschlichkeit herangezogen, ihre inhaltliche und personelle Fortsetzung nach 1945 ist tabu. So sehr die Abscheulichkeit der „Vernichtung lebensunwerten Lebens“ auch betont wird, die moderne und feinere Methode der Verhinderung solchen Lebens, die „humangenetische Beratung“, gilt als besonders human.

Auch die uns immer deutlicher vor Augen geführte Erkenntnis, daß

Krankheit sich nicht allein im Körperlichen abspielt, sondern auch eine soziale und seelische Komponente hat, führt nicht zur Glaubenskrise, schränkt die Kompetenz der Mediziner keinesfalls ein: Ihre Zuständigkeit wird vielmehr auf die Behandlung psychischer Erkrankungen ausgedehnt. Unzählige weitere Beispiele ließen sich anführen.

Daß sich das Bild einer nur von Menschlichkeit geleiteten und ansonsten wertfreien, hyperpotenten Medizin nicht aufrechterhalten läßt, wird deutlich, wenn wir deren wirtschaftliche und politische Verstrickungen, die medizinische Forschung und Tätigkeit bestimmen, herausarbeiten. Diese Aufgabe soll an dieser Stelle nicht verfolgt werden. Hier wird vielmehr den Gründen für die kaum hinterfragte, gefährlich hohe Wertschätzung der Medizin durch die Gesellschaft nachgegangen: Was veranlaßt die Bevölkerung, an ihren Mythen festzuhalten? Was erhält sie für ihren Glauben zurück?

Wer über Krankheit redet, redet auch über Angst: über die Angst vor Schmerzen, die Angst vor Funktionsverlusten oder die Angst vor Isolation. Vermutlich steckt dahinter die grundlegende Angst vor Vergänglichkeit, vor dem Tod. Der Angst vor Krankheit können wir uns kaum entziehen. Ihr Ausmaß, ihre Erscheinungsformen und



der Umgang mit ihr hingegen werden erheblich durch soziale und gesellschaftliche Zustände bestimmt.

Eine Leistungsgesellschaft schafft eine Atmosphäre sozialer Verunsicherung. Der Mensch wird nicht als Mensch ohne Wenn und Aber angenommen, sein Wert mißt sich stattdessen an seiner Tüchtigkeit. Als homo socialis wird er davon tief und schwer, in seinem Wesen, getroffen, denn er kann ohne ehrlichen zwischenmenschlichen Kontakt kaum überleben. Wenigstens die Illusion sozialer Sicherheit kann jedoch gekauft werden. Der Preis ist die ruhelose, erfolgsorientierte Aktivität. Potente Jugendlichkeit und beruflicher Aufstieg werden zur Bestimmungsgröße für Menschenwürde.

Über denen, die sich diese Illusion mit ihrer Vitalität erkaufen können, schwebt die Möglichkeit, krank zu werden, wie ein Damoklesschwert. Ja, der Leistungsdruck ist so stark, daß sich schon der Krankheitsbegriff an ihm zu orientieren hat. Die Vorstellung von Gesundheit und Krankheit ist weitgehend die Vorstellung von Funktionsfähigkeit und -verminderung: Wir fühlen uns krank, wenn wir „nicht mehr so können, wie wir wollen“; die Krankschreibung durch den Arzt bescheinigt Arbeitsunfähigkeit; Behinderte sind prozentual behindert, prozentual erwerbsunfähig. Sogar die Diagnose seelischer Erkrankungen orientiert sich zunehmend nur sekundär am Wohlbefinden des Betroffenen, in erster Linie an seinen verbliebenen Leistungsmöglichkeiten. Krankheitskriterien werden damit in den außermenschlichen Bereich verlegt. Sie unterliegen letztlich wirtschaftlichen Interessen.

Doch damit nicht genug: Zu dieser grundsätzlichen Ignoranz gegenüber menschlichen Werten tritt im Krankheitsfall die Lösung zwischenmenschlicher Bindungen, die Wertlosen werden isoliert. Über die Mechanismen des Ausgrenzens und Eingrenzens werden spezielle Räume geschaffen, in die Kraftlosigkeit und Vergänglichkeit, mithin Schmerz aus dem Alltag verbannt werden können. Kranke, Behinderte, Alte, Sterbende bekommen das am eigenen Leibe zu spüren, sie werden, mit ihren „Defiziten“ zwangsweise verbunden, mit ausgegrenzt. Für sie verschwinden die anderen vor den Mauern. Aus dem erkrankten homo socialis wird so ein homo clausus.

Krankheit führt folgerichtig in hohem Maße zu sozialer Angst, denn sie bedroht den mühsam errichteten Wall gegen die tiefe soziale Unsicherheit. Wir fürchten uns davor, nicht mehr geliebt oder auch nur geachtet zu werden, lästig zu sein, wertlos hinter den Mauern von Kliniken oder Heimen auf das berufliche Engagement Fremder angewiesen zu sein. Anders formuliert: Der Kranke, der sich eben wegen seiner Krankheit auf eine besondere Fürsorge seiner Freunde verlassen kann,

findet die geeignete soziale Basis für die Überwindung seiner Krankheit. Eine Kultur sozialer Isolierung wie die unsrige hingegen trifft den Kranken doppelt schwer: als Kranken und als Menschen.

Vielen gelingt es nicht, sich ein Minimum sozialer Geborgenheit zu sichern. Leistungsschwache und alte Menschen etwa können ihrer Einsamkeit häufig nur schwer entfliehen. Gerade letztere müssen sich noch zusätzlich mit einer extremen Form des Alleinseins beschäftigen, mit dem nahenden Tod. Für sie hat Krankheit nicht mehr die Macht, soziale Angst aufbrechen zu lassen, denn diese ist zum festen Lebensbestandteil geworden.

Der Einsame, Isolierte kann häufig nicht angeben, wieso es ihm schlecht geht, denn Einsamkeit ist nur schwer eingrenzbar, objektlos, kaum faßbar, es ist sogar schwierig, über sie zu reden. Gerade dadurch, daß sie sich diffus hinter den Menschen stellt, lähmt und ängstigt sie. In dieser Lage bietet sich in einer meist somatischen Krankheit eine Chance: Die Krankheit lenkt ab, aus der sozialen Angst wird die Angst vor der Krankheit, die stellvertretende Angst, die Verschiebungsangst. Es spielt dabei keine Rolle, ob schon ursprünglich eine Erkrankung vorlag, ob Symptome erst geschaffen werden mußten oder auch nur phantasiert werden. In jedem Falle läßt sich nach der Verschiebung über die eigene Angst sprechen, weil über Krankheit gesprochen werden darf; ist aus einer

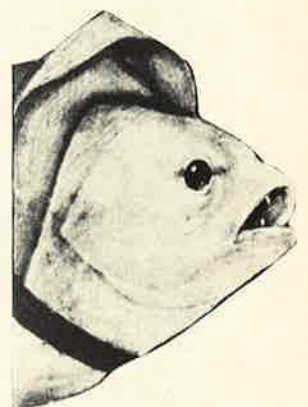
Die eine wie die andere Form der Flucht kann nie ein befriedigendes Ende finden. Der zwanghaft Erfolgreiche bleibt zum Erfolg, der zwanghaft Kranke zur Krankheit, beide bleiben zur mehr oder weniger großen und mehr oder weniger bewußten Einsamkeit verdammt.

Die Medizin ist wie jede gesellschaftliche Institution an den Bedürfnissen der Leistungsfähigen orientiert. Sie ordnet sich ein in eine spezifische Psychodynamik, mit der der Angst vor dem Kranksein auf der beschriebenen sozial unsicheren Basis begegnet werden soll. Um die diesbezügliche Funktion der Medizin zu verstehen, richten wir unseren Blick also wieder auf die, die nicht in die, sondern vor der Krankheit flüchten. Genauer: Wir blicken in sie hinein und ergründen ihre seelischen Abwehrstrategien.

Eine solche innere Abwehr bleibt deshalb nötig, weil wir Krankheit und Tod nicht entfliehen können, diese Phänomene aber – wie wir schon konnten – nicht als gegeben hinnehmen dürfen, um sie dann, von sozialer Sicherheit getragen, aktiv zu verarbeiten. Wir sind letztlich ohnmächtig, dürfen uns diese Ohnmacht aber sozial nicht leisten und folglich seelisch nicht eingestehen.

Die erste Abwehrstrategie sagt denn auch folgerichtig: „Ich bin gesund, mich wird es nicht treffen.“ Diese innere Verdrängung hat ein Pendant in der Außenwelt, das wir schon kennen: Es

**Wer über Krankheit redet, redet  
immer auch über Angst:  
vor Schmerzen, vor Funktions-  
verlusten, vor Isolation. Der Angst  
vor Krankheit können wir uns kaum  
entziehen**



nicht faßbaren Einsamkeit gebundenes Leid geworden. Ja, jetzt bieten sich sogar Institutionen und Menschen zur Unterstützung an. Das Problem – wenn auch nur das stellvertretende – wird endlich ernst genommen: von Ärzten, Bekannten, in Zeitschriften oder Fernschendungen. Es lohnt sich also, krank zu werden.

Doch wie bei der Wahl der Leistungsveräußerung als Reaktion auf zwischenmenschliche Verunsicherung wird auch hier bei der entgegengesetzten Wahl dem zugrundeliegenden Problem aus dem Weg gegangen. Dadurch wird natürlich dessen Lösung vereitelt.

ist dies die reale Verdrängung der Kranken selbst, ihre faktische Isolation. Die Kranken stören, weil sie uns an das erinnern, was wir nicht wissen wollen: „Ich bin krank oder kann es jederzeit werden.“

Die Verdrängung scheint für das gesellschaftliche Funktionieren derart wichtig zu sein, daß sie ständig in übersteigerter Form bestätigt werden muß. Hier kann eine Ursache für einen Kult ausgemacht werden, der uns als Jugend-, Sport- oder Schlankheitsanbetung täglich vor Augen tritt. Er suggeriert die gesunde Gesellschaft. ▶



Die dritte Form innerer Abwehr mit schmerzlich-brutalen Konsequenzen für Minderheiten wird uns momentan mit beispielhafter Klarheit aus Bayern vorgeführt: In der Phase, in der die Krankheit Aids auf die heterosexuelle Majorität überzuschwappen droht, wird sie scharf allein auf Schwule, Prostituierte, Fixer und Ausländer projiziert. Der Freier, der selbst ein größeres Risiko nicht nur für Prostituierte darstellt als die an Schutz interessierten Prostituierten, hält sich wenigstens dadurch seelisch die Krankheit vom Leib, indem er sie anderen zuschreibt. Gethoisierung, Zwangsuntersuchung und andere repressiv-faschistoide Maßnahmen, die bezeichnenderweise nicht – wie manche fürchteten – einsetzen, als Aids tatsächlich noch ein Minderheitenproblem darstellte, finden ihren

nimmt letztlich die Funktion eines Aufgabbeckens für soziale Ängste und Überlebenswünsche.

Hieraus ergibt sich sofort ein grundsätzliches Problem: Anspruch und Möglichkeiten stehen im Widerspruch zueinander. Die Medizin kann ihr Versprechen nicht einlösen, weil auch sie Krankheit, Schmerz und Vergänglichkeit nicht überwinden kann, ihnen letztlich ohnmächtig gegenübersteht. Nur deshalb, wegen der Unausweichlichkeit ihres Scheiterns, bleibt sie auch für die zweite, oben behandelte Gruppe, für die Krankheit eine Chance darstellt, attraktiv.

Die konstruktive Form des Umgangs mit Ohnmacht, nämlich die Realität von Krankheit und Tod als Grundbege-

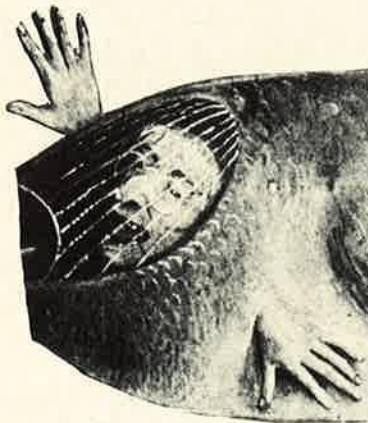
Krankheit erwächst die gesellschaftliche Macht der Medizin. Solange sie ihre Allmacht glaubwürdig demonstriert, bleibt der Handel stabil: Der Gesellschaft verschafft die Medizin die Illusion, alles sei in Ordnung. Die Medizin ihrerseits erhält im Gegenzug absolute Kompetenz und die Macht über die Körper.

Jedes Infragestellen der Medizin, ihrer Allmacht und ihrer Kompetenz, und sei es auch nur partiell, gefährdet die aufgebaute Illusion, und damit den Schutzwall gegen die in die Tiefe verbannten sozialen Ängsten, von denen wir ausgingen.

Illusionen aber sind nicht dazu geeignet, Probleme zu lösen. Sie stellen ein denkbar ungünstiges Verfahren des Angstumgangs dar. Soziale Verunsicherung und Krankheitsangst werden eingeschlossen und weggedrängt, nicht aber wirklich überwunden. Im gesellschaftlichen Unbewußten finden sie ein günstiges Nährmedium, sie erzeugen sich ständig neu. So entsteht ein Teufelskreis der Erzeugung sozialer Krankheit und lähmender Illusion. Am Ende stehen die illusions-, also medizinabhängigen Menschen, die sowohl gegenüber zwischenmenschlicher Verunsicherung als auch gegenüber drohender Krankheit zur Passivität verdammt sind.

Eine zweite Konsequenz gilt es abschließend zu bedenken. Verdrängung ist zu einem gesellschaftlichen und politisch eingesetzten Prinzip geworden, das sich als Reaktion auf existentielle Bedrohungen jeglicher Art schlechthin eignet. In allen betroffenen Bereichen kann die gleiche Folge beobachtet werden: Die bedrohenden Objekte – seien es Raketen oder Gifte – werden nach der Verdrängung mit dringlicher, ja süchtiger Penetranz im irgend möglichen Ausmaß produziert. Das gleiche gilt für körperliche Krankheiten und Verletzungen, deren selbstzerstörerischer Sinn erst in ihrem Zusammenhang einer Psychodynamik, in die die Medizin zentral eingebaut ist, entschlüsselbar ist.

Gebhardt Theis



**Der allmächtige Mediziner erhebt sich über die Krankheit und über den Körper. Das Eingrenzen der Krankheit, ihr Einsperren in den Käfig „Körper“, in Diagramme, Meßtabellen oder Definitionen sind Variationen des In-den-Griff-Bekommen**

Sinn eben nicht in der Krankheitsverhütung und -behandlung – in dieser Hinsicht wird Gegenteiliges erreicht –, sondern in der Krankheitsverdrängung.

Die bisher benannten seelischen Abwehrstrategien reichen zur Befreiung von der Angst nicht aus. Stellvertretend für den einzelnen soll die Medizin den Kampf gegen die Krankheit führen. Vonnöten ist die Gewißheit: „Der Arzt weiß schon, was gut für mich ist; wenn ich die vorgeschriebenen Medikamente nehme, kann mir nichts mehr passieren.“

Eine redliche Medizin müßte auf diesen Auftrag antworten: „Ich kann dir zwar bei der Überwindung der Krankheit helfen, den Hauptteil dieser Arbeit mußt du allerdings selbst leisten“ und „Von Krankheit und Tod werde ich Euch niemals befreien können“. Eine solche Haltung, die sowohl dem Individuum als auch der Gesellschaft als Ganzer das zurückgibt, was sie gerade loswerden zu müssen glaubt, kann sie sich nicht leisten. Die Antwort, die verlangt wird, heißt: „Wir haben alles im Griff und gegen alles ein Mittel.“ Und nur für diese Antwort wird gezahlt.

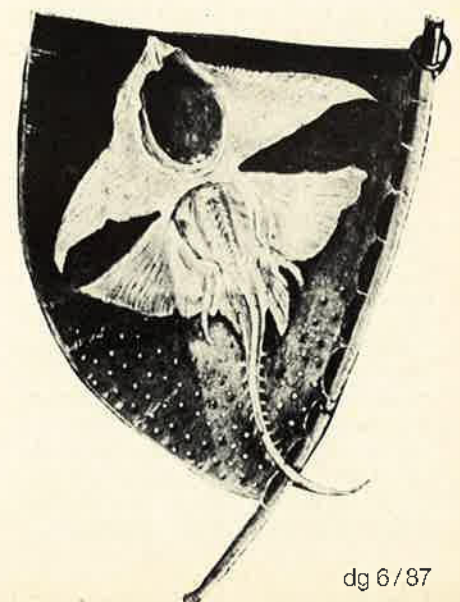
Gebhardt Theis studiert Sozialpädagogik an der Universität Köln. Der primäre Auftrag der Medizin ist also gar nicht der, im Verbund mit anderen für körperliche Gesundheit zu sorgen. Ihre fragwürdige vornehmliche Aufgabe ist eine psychische: Sie über-

benheiten des Lebendigen anzuerkennen, sich ihrem Sinn verstehend zu nähern und auf dieser Grundlage im Rahmen des für Menschen möglichen Krankheit zu verhindern und zu mildern, bleibt versperrt. Stattdessen wird die Krankheit zum Feind, der beherrscht und vernichtet werden muß, jeder Tod wird zur Niederlage. Aus Medizin wird Kampfmedizin.

Die seelische Phantasie, die diese Haltung ermöglicht, ist die der Allmacht. Der allmächtige Mediziner erhebt sich über die Krankheit und über den Körper. Das Eingrenzen der Krankheit, ihr Einsperren in den Käfig „Körper“, in Diagramme, Meßtabellen oder Definitionen sind Variationen des In-den-Griff-Bekommens. Sie sperren mit der Krankheit die eigenen Ängste ein und setzen sich in der ruhelosen Aktivität der Krankheitsvernichtung, der Therapie, fort. Der Allmächtige erhebt sich auch über den Patienten selbst, der in seiner Jämmerlichkeit die eigene Herrlichkeit betont.

Die allen geläufigen Rituale der Allmachtsdemonstration – bei Chefvisiten auf die Spitze getrieben – und das kühl anmutende technokratische Bezwingen körperlicher Phänomene ist also aus verunsichernder Ohnmacht geboren.

Es klingt paradox: Aus der gesellschaftlichen Ohnmacht gegenüber





# Auf den Zahn gefühlt



Foto: Dörr

**ma – Die Vorschläge des „Sachverständigenrates für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen“ zur Strukturreform, die dg in der letzten Ausgabe vorstellte, sind kaum mehr als ein wirres Sammelsurium. Einen bemerkenswerten Tupfer stellen die Empfehlungen zur zahnmedizinischen Versorgung dar.**

„Die Pro-Kopf-Ausgaben für die zahnmedizinische Versorgung sind im internationalen Vergleich am höchsten. Der Zustand der Mundgesundheit der Bevölkerung entspricht diesem hohen finanziellen Aufwand nicht. Insbesondere ist die Zahngesundheit der Kinder schlecht“, stellt der Sachverständigenrat einleitend fest. Die Gründe dafür sind schnell aufgezählt und eigentlich seit Jahren bekannt:

- „krasse Unterversorgung im Bereich der kindlichen Prophylaxe“,
- mangelhafte Organisation des schulzahnärztlichen Dienstes,
- Orientierung der berufstätigen Zahnärzte auf Zahnersatz, statt auf Prophylaxe und Zahnerhaltung.

Von Studentenzahlsteigerung und Diskussion über eine „Zahnärzteschwemme“ verschont, arbeiten etwa 30 000 Zahnärzte in eigener Praxis, etwa 4500 als Assistenten und etwa 300 als Zahnärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst. Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für die zahnärztliche Versorgung stiegen von 2,5 Milliarden Mark im Jahr 1970 auf 14,3 Milliarden Mark 1985, ihr Anteil an den Gesamtausgaben in diesem Zeitraum von 10,7 auf 13,1 Prozent.

Alle Empfehlungen des Sachverständigenrates gehen deshalb von der Grundüberzeugung aus, „daß die Aus-

gaben für zahnärztliche Behandlung und Zahnersatz gesenkt werden könnten“. Als Alternative zur bisherigen Praxis hat er einen Maßnahmenkatalog vorgelegt. Eingeführt werden soll eine flächendeckende und systematische Prophylaxe bei Kindern. Den Bundesländern kommt dabei die Aufgabe zu, die Prophylaxe in Kindergärten und für Schüler bis zum zehnten Lebensjahr auf eine gesetzliche Grundlage zu stellen. Doch die Sache hat einen Pferdefuß: Die bisher schon funktionslosen Landesarbeitsgemeinschaften für Jugendzahnpflege sollen für diese Vorbeugung zuständig sein. Weiter schlägt der Sachverständigenrat vor, daß Kinderärzte im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen zahngesundheitliche Beratungsaufgaben übernehmen sollen. Für Versicherte im Alter zwischen 15 und 35 Jahren soll eine Prophylaxe auf Scheckheft eingeführt werden.

Die Bewertung zahnärztlicher Behandlungsmaßnahmen in der Gebührenordnung will der Rat verändert wissen. Erstrebt wird von ihm eine Höherbewertung konservierender Maßnahmen und eine Absenkung im Bereich der prothetischen Versorgung. Letztere soll außerdem einer Wirtschaftlichkeitsüberprüfung unterworfen werden. Während bislang schon einzelne Krankenkassen prothetische Maßnahmen von eigenen Zahnärzten begutachten lassen, wird diese Aufgabe nach Vorstellungen des Sachverständigenrates zukünftig von „zahnärztlichen Beratungsstellen für Versicherte“ übernommen werden. Wie in der Prothetik wer-

den Einsparungsmöglichkeiten auch im Bereich der Kieferorthopädie gesehen.

Daß dazu eine Änderung der zahnärztlichen Gebührenordnung erforderlich ist, erscheint nur allzu klar. Deshalb sollen „für einen Übergangszeitraum pauschalisierte Gesamtvergütungen getrennt „für den prophylaktischen, den konservierenden, den kieferorthopädischen und den prothetischen Bereich vereinbart“ werden.

Inkonsequent bleiben die Empfehlungen jedoch auch im zahnärztlichen Bereich: So sollen die für die Prophylaxe notwendigen zahnmedizinischen Fachhelferinnen aufgrund von Vereinbarungen der Kassenverbände mit den Zahnärztekammern ausgebildet werden. Vielleicht sollten in diese Vereinbarungen auch die Hersteller von Zucker und Nutella aufgenommen werden.

Ende der zwanziger Jahre gab es im Deutschen Reich etwa 1000 Schulzahnpflegestätten sowie zahlreiche Zahnkliniken der Krankenkassen und einen funktionierenden öffentlichen Gesundheitsdienst. Alternativen müßten sich also auf die Prophylaxe unter Einbeziehung eines wieder lebensfähigen öffentlichen Gesundheitsdienstes konzentrieren. Doch von all dem ist im Sachverständigen-Gutachten nichts zu lesen.

# „Fotografiere doch keine alte Frau!“



„Mir hat der Esel im Galopp verloren“, sagt Frau Stalljohann auf die Frage, wann und wo sie geboren wurde. Tatsächlich war es am 21. März 1891 in Nickelwalde an der Ostsee. Von 1906 bis 1913 arbeitet sie in einem Haushalt und „im Geschäft“. 1913 geht sie mit ihrer Schwester, die einen Soldaten aus Essen/Ruhr geheiratet hat, ins Ruhrgebiet. Dort verdient sie sich ihren Lebensunterhalt in einer Wäscherei.

1914 heiratet sie einen Arbeiter. Kurz vor der Goldenen Hochzeit stirbt, 73jährig, ihr Mann. Seit dieser Zeit lebt sie auf der Pflegestation eines Altenheims. Sie ist durch einen Leistenbruch behindert.

Frau Stalljohann hat zwei Töchter und einen Sohn, die sie regelmäßig im Altenheim besuchen.

Das Heim, 1971/72 erbaut, liegt am Rande eines Industrieviertels. Direkt neben dem Haus geht eine Eisen-

bahnstrecke mit Güterverkehr vorbei. Davor endet eine Omnibuslinie, es gibt also eine gute Verbindung zur Stadtmitte. Auf jeder Etage, außer auf der Pflegestation, gibt es einen ungemütlichen Speiseraum mit einem Fernsehgerät. Im Erdgeschoß befindet sich ein größerer prunkvoller Aufenthaltsraum, der aber nur für Feierlichkeiten genutzt werden darf.

Frau Stalljohann ist eine schöne alte Frau und doch ganz und gar nicht die lachende Oma aus der Tschibo-Werbung. Die Kaffee-Omas trifft man nicht im Altenheim.







### Das Heim

Die Architektur: freundlicher, aufgelockerter Gefängnisstil. Alle Bewohner verfügen über ein 16 Quadratmeter großes Zimmer mit Balkon und Toilette. Es gibt in jedem Raum eine Wachgelegenheit, keine Dusche. Auf jeder Etage außerdem vier Doppelzimmer.



### Das Zimmer

Die Alten dürfen nur wenige persönliche Gegenstände mitbringen. In Ausnahmen werden gestattet: ein Sessel, ein kleiner Schrank oder ein Teppich.



### Die Nachbarin

Frau Stalljohann lebt auf einem Doppelzimmer mit dieser 60jährigen Frau zusammen, die noch hilfloser ist als sie selbst. Frau Stalljohann umsorgt ihre Zimmergenossin, als wäre sie ihre Tochter.

## Todesstrafe in den USA

# Mord von Staats wegen

**D**ie USA sind das einzige Land der westlichen Hemisphäre, außer der Türkei, in dem Menschen zum Tode verurteilt und hingerichtet werden. Dieser Mord von Staats wegen hat in den USA eine lange und blutige Tradition. Wurden von 1920 bis 1929 mehr als 1000 Menschen hingerichtet, so stieg die Zahl zwischen 1930 und 1967 auf insgesamt 3829 an. 1967 wurde der Vollzug von Todesurteilen wegen verfassungsrechtlicher Bedenken ausgesetzt, bis 1977 nach zehnjähriger Pause erstmals wieder ein Delinquent liquidiert wurde.

1972 entschied der oberste Gerichtshof mit fünf zu vier Richterstimmen, daß die willkürliche Anwendung der Todesstrafe eine „grausame und ungewöhnliche Bestrafung“ darstelle und damit die Verfassung der Vereinigten Staaten verletze. Mit einer sehr viel deutlicheren Mehrheit von sieben zu zwei Stimmen wurde die Todesstrafe aber 1976 wieder für verfassungsmäßig erklärt, und zwar auf dem Boden der Bundesstaatenverfassung von Texas, Florida und Georgia. Es ist sicher kein Zufall, daß in diesen drei Staaten immerhin 41 der insgesamt 66 seit der Wiederaufnahme im Jahre 1977 bis zum 1. Oktober 1986 erfolgten Hinrichtungen ausgeführt wurden. Zur Zeit sitzen in den Todestrakten der Spezialgefängnisse circa 1838 Gefangene, die auf ihre Hinrichtung warten, davon 32 Jugendliche.

Abgelehnt wird die Todesstrafe von vielen Einzelpersonlichkeiten und Organisationen, darunter auch von amnesty international. Es gibt mehrere Gründe:

- Das weithin anerkannte Prinzip der Rehabilitation von Straftätern wird mit der Todesstrafe bewußt unterlaufen. Auch die abschreckende Wirkung der Todesstrafe hat sich bis heute als Fiktion erwiesen, obwohl von ihren Befürwortern immer wieder das Gegenteil behauptet wird.

- Die Todesstrafe, d. h. ihr Vollzug, ist unwiderruflich und nicht rückgängig zu machen. In diesem Jahrhundert sollen allein in den USA mindestens 23 zu Unrecht für schuldig befundene Personen hingerichtet worden sein.

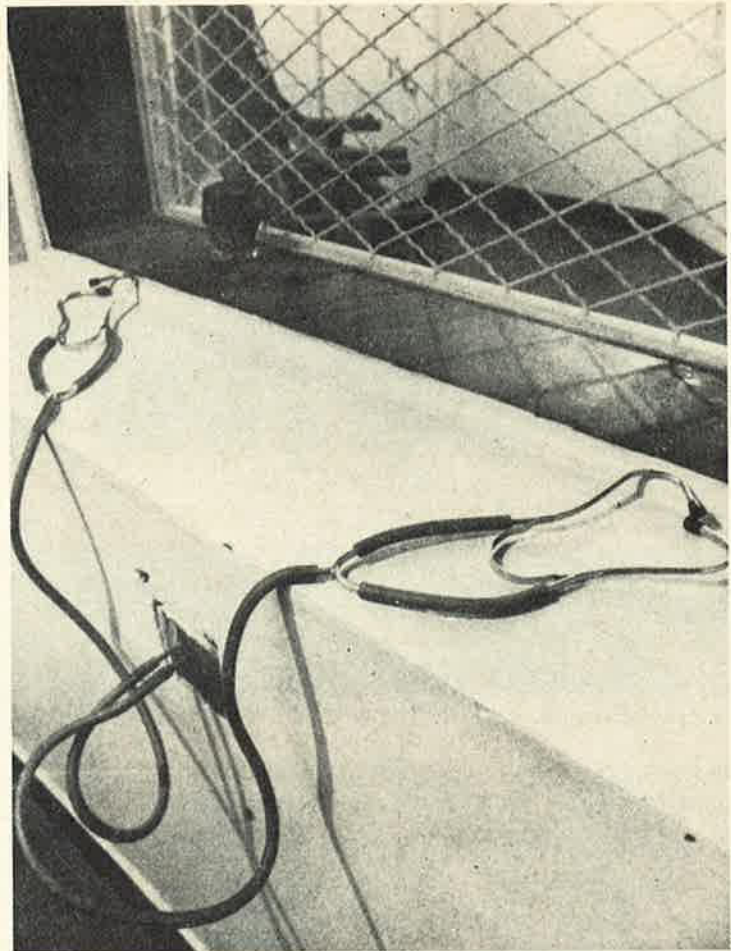


Foto: Hill

Nach zehnjähriger Unterbrechung finden seit 1977 in den USA wieder Hinrichtungen statt. Auch Mediziner sind daran beteiligt. Der Arbeitskreis Medizin-Psychologie von amnesty international beteiligte sich an einer weltweiten Kampagne zur Abschaffung der Todesstrafe.

Auch die direkten Umstände bei der Verhängung der Todesstrafe sind kritikwürdig. So soll sich zum Beispiel Roosevelt Green, ein Schwarzer, soll sich zum Zeitpunkt des Mordes, für den er angeklagt war, gar nicht am Tatort aufgehalten haben. Er war nach eigenen Angaben unterwegs, um Benzin zu kaufen, als sein Komplize das Opfer, das beim Raub eines Geschäftes als Geisel festgehalten wurde, vergewaltigte und ermordete. Der Oberste Gerichtshof Georgias bestätigte das Todesurteil mit der Begründung, Roosevelt Green hätte das Opfer nicht mit einem Mann allein lassen dürfen, dessen Gefährlichkeit ihm bekannt war. Green wurde im März 1985 hingerichtet, während sein ebenfalls zum Tode verurteilter Mitangeklagter im September 1986 noch immer auf seine Hinrichtung wartete.

Dieses Willkürverfahren wurde am 21. April 1987 in einer Abstimmung des Obersten Gerichtshofes der USA mit fünf zu vier Richterstimmen für

legal erklärt. Durch diesen Spruch des „Mitgegangen, mitgefangen, mitgehangen“ wird eine deutliche Zunahme der Todesurteile in den USA erwartet.

Ein zweiter Punkt, der Kritik ebenso herausfordert, ist die Rassendiskriminierung, durch die schwarze Straftäter signifikant benachteiligt werden. 1985 waren etwa 48 Prozent aller zum Tode Verurteilten Schwarze oder Angehörige rassistischer Minderheiten, obwohl ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung der USA nur zwölf Prozent beträgt. Hierbei ist ein deutliches Nord-Süd-Gefälle entsprechend den Anteilen der schwarzen Bevölkerung in den Südstaaten erkennbar. 59 der 66 zwischen 1977 und dem 1. Oktober 1986 hingerichteten Gefangenen (89 Prozent) waren wegen Mordes an einem Weißen angeklagt, ebenso 77 Prozent aller 1985 in USA-Gefängnissen einsitzenden Todeskandidaten.

Die Verfasser einer Studie kamen zu dem Ergebnis, daß zum Beispiel in Te-



xas und Florida Schwarze, die Weiße ermordet haben, mit fünf- bis sechsfacher Wahrscheinlichkeit zum Tode verurteilt werden als Weiße für die gleiche Tat. Auch eine Studie aus Georgia Anfang der 80er Jahre bestätigt diesen Sachverhalt.

Alpha Otis Stephens, wieder ein Schwarzer, wegen Mordes an einem

---

## Über die Verhängung der Todesstrafe entscheiden politische und finanzielle Zwänge, öffentlicher Druck und der Gerichtsort eher als die begangene Straftat selbst

---

Weißem zum Tode verurteilt, wurde im Dezember 1984 hingerichtet, noch während vor einem Bundesberufungsgericht zwei Verfahren anhängig waren, in denen es um den Vorwurf ging, die Todesstrafengesetze in Georgia seien rassistisch diskriminierend.

Auch mit der Verhängung von Todesurteilen gegen Jugendliche begeben sich die USA ins juristische Abschießen. Im Oktober 1986 befanden sich in 16 Bundesstaaten mindestens 32 zum Tode verurteilte jugendliche Straftäter in Haft, die das Verbrechen in einem Alter von 15 bis 17 Jahren verübt hatten. Charles Rambough, James Terry Roach und Jay Pinkston, alle drei zum Tatzeitpunkt 17 Jahre alt, wurden hingerichtet – 1985 und 1986.

Mit dieser Verfahrensweise verstößt die USA eindeutig gegen internationale und nationale Rechtsnormen. Im International Covenant for Civil and Political Rights steht im Artikel 6 (5): „Die Todesstrafe darf für strafbare Handlungen, die von Jugendlichen unter 18 Jahren begangen worden sind, nicht verhängt und an schwangeren Frauen nicht vollstreckt werden.“

Artikel 4 (5) der Amerikanischen Menschenrechtskonvention lautet: „Die Todesstrafe darf nicht gegen Personen verhängt werden, die zur Zeit der Begehung des Verbrechens unter 18 oder über 70 Jahre alt waren.“ Beide Konventionen wurden von der US-Regierung im Jahre 1977 zwar unterzeichnet, sind aber bislang nicht ratifiziert worden.

Die Widersprüche auch in den Urteilen des Obersten Gerichtshofs deckt auch der Fall Morris Mason auf. Nach einem Spruch des Obersten Gerichtshofes vom Februar 1985 muß ein psychiatrisches Gutachten eingeholt werden, wenn der Angeklagte „den Richter beweist, daß sein Geisteszustand zur Tatzeit im Verfahren eine wichtige Rolle spielen wird“.

Morris Mason aber wurde am 26. Juni 1985 in Virginia hingerichtet, nachdem er wegen Mordes an einer Frau, begangen im Alkoholrausch, im November 1978 zum Tode verurteilt worden war. Mason war im Lauf seines Lebens in drei verschiedenen psychiatrischen Einrichtungen untergebracht, nachdem bereits im Alter von acht Jahren eine paranoide Schizophrenie diagnostiziert worden war. Eine Woche vor dem Mord hatte er zweimal wegen unkontrollierten Alkoholkonsums und Drogenmißbrauchs um Hilfe gebeten. Noch am Tag vor dem Verbrechen bat er um Unterbringung in einem „half-way house“, einem unter Aufsicht stehenden Heim für Straftäter.

Gegen die Gutachten von drei Psychiatern, die bereits vor dem Verfahren 1978 gemeinschaftlich die Diagnose paranoide Schizophrenie, bestehend seit dem achten Lebensjahr, bestätigt hatten, lehnte das Gericht seine Bitte ab, seinen Geisteszustand von einem weiteren Psychiater untersuchen zu lassen. Da sein Verteidiger wegen Mittellosigkeit keinen privaten Psychiater mit dem Fall beauftragen konnte, wurde Mason für zurechnungsfähig erklärt. Aufgrund des Urteils vom Februar 1985 stellten seine Anwälte den Antrag, ihm eine kostenfreie psychiatrische Begutachtung zu ermöglichen, seinen Fall zu überprüfen und die Hinrichtung auszusetzen. Dieses wurde vom Obersten Gerichtshof abgelehnt.

Psychiater und Psychologen unterliegen mit ihrer eigentlichen Funktion der sehr rigiden Verfahrensweise bei der Zumessung von Todesurteilen, sie werden als Anwälte humaner und objektiver Denkweise selbst Opfer der widersprüchlichen Urteile oberster Instanzen. Letztlich bleibt ihnen die Aufgabe, die Delinquenten in einen psychischen Zustand zu versetzen, in dem diese fähig sind, das ausgesprochene Urteil in seiner Konsequenz bewußt wahrzunehmen. Ihr Einfluß auf die Abwendung eines einmal verhängten Todesurteils muß als äußerst gering bezeichnet werden.

Die Mediziner und mit ihnen medizinisches Personal wurden erstmals auf den Plan gerufen und meldeten sich zu Wort, als die Umstände der Hinrichtung von Charles Brooks am 7. Dezember 1982 bekannt wurden. Erstmals wurde hier ein bisher rein zu medizinischen Zwecken benutztes „Werkzeug“ zum staatlich verordneten Todesinstrument umfunktioniert. Charles Brooks starb durch die Injektion eines tödlich wirkenden Medikaments (Pentothal), die ihm der Arzt Dr. Ralph Gray verabreicht hatte. Hierdurch wurde in erheblichem Maß am Selbstverständnis der Mediziner gerüttelt. Ist doch eine Injektion und das dazu verwendete Instrument, die Spritze, in der Hand des Arztes eine Maßnahme, die das Befinden eines Patienten im allgemeinen verbessern soll. Der Gebrauch einer Spritze zum Töten eines Menschen

kann nur als äußerste Perversion ärztlichen Handelns betrachtet werden.

Diese in der Geschichte der Hinrichtung erstmals so evidente und unmittelbare Beteiligung eines Mediziners an staatlich verordnetem Mord rief in der Folge einen Sturm der Entrüstung hervor. In zahlreichen Deklarationen (Weltärztebund, American Medical Ass., World Medical Ass., American Psychiatric Ass., American Nurses Ass.) stellten nationale und internationale Ärztevereinigungen fest, daß eine Beteiligung von Medizinern und medizinischem Personal an Hinrichtungen aus ethischen Gründen verwerflich und mit ärztlichem Denken und Handeln unvereinbar sei. Die einzig denkbare Tätigkeit des Arztes hierbei sei die Feststellung des Todes.

Der Arbeitskreis Medizin-Psychologie der Deutschen Sektion von amnesty international hat seit der Hinrichtung von Charles Brooks gegen jede Vollstreckung eines Todesurteils, sei es im Vorfeld oder hinterher mit Nachdruck gegen die Todesstrafe selbst und die Beteiligung von Ärzten und medizinischem Personal protestiert. Adressaten dieser Proteste waren im allgemeinen die Gouverneure der betroffenen Bundesstaaten, aber auch die American Medical Association oder die bundesstaatlichen Ärztevereinigungen. Das

---

## Der Gebrauch einer Spritze zum Töten eines Menschen kann nur als äußerste Perversion ärztlichen Handelns betrachtet werden

---

Echo war gering, und es ist nicht bekannt, ob es gelang, auch nur einen Kandidaten vor der drohenden Hinrichtung endgültig zu bewahren, d. h. ob auch nur in einem einzigen Fall eine Begnadigung ausgesprochen wurde. Das herrschende „Auge-um-Auge – Zahn-um-Zahn-Prinzip“ konnten wir nicht durchbrechen.

Vielleicht gelingt es mit noch stärkerem Druck, der auch von Menschen ausgehen sollte, die den amnesty-Grundsätzen nicht ausdrücklich nahe stehen, ein Bewußtsein zu erzeugen, daß zum einen die Todesstrafe an sich, nicht nur in den USA, sondern überall dort, wo sie noch praktiziert wird, undenkbar wird und daß zum anderen alle in den Heilberufen Tätigen sich staatlicher Aufforderung verweigern, bei Hinrichtungen mitzuwirken und sich damit als Helfershelfer staatlich verordneten Mordes mißbrauchen zu lassen.

Johannes Bastian

Johannes Bastian ist Pressereferent des Arbeitskreises Medizin-Psychologie von amnesty international





## „Katastrophenpläne offenlegen“

**wp – Mit dem Entwurf eines neuen  
Zivilschutzgesetzes ist demnächst zu rechnen.  
100 Experten diskutierten in Köln.**

Über 100 Teilnehmer aus der Bundesrepublik trafen sich am 9. Mai in Köln zu einer Tagung „Zivilschutz für Euroshima?“ Anlaß zu der Veranstaltung, die bereits vor zwei Jahren eine Vorläuferin in Essen hatte: Man rechnet baldigst mit dem neuen Entwurf eines Zivilschutzgesetzes. Bunkerbau soll dann zur Pflicht gemacht werden, das Gesundheitswesen soll völlig erfasst werden, die gesamte Bevölkerung soll im Krieg dienstverpflichtet werden.

Auf hohem inhaltlichen Niveau lagen durchweg alle Vorträge. Wolfgang Send, Leiter des Technischen Hilfswerks in Göttingen, gab einen ausführlichen Überblick über die rechtlichen Regelungen im Katastrophenschutz und Zivilschutz (siehe Dokumente). Er forderte, das Grundgesetz zu ändern, damit neben den Ländern auch der Bund für den Katastrophenschutz zuständig sei. Nur so könne eine weitere Ausdehnung des Katastrophenschutzes verhindert werden und damit auch der Anteil des Zivilschutzes zurückgedrängt werden. Natürlich stieß dieser Vorschlag nicht auf Zustimmung aller Teilnehmer; der aufrüstungsfreudige Bund werde so den Katastrophenschutz nur noch weiter militarisieren, wurde Send entgegengehalten.

Einen beeindruckenden Diavortrag über die Zerstörung Kölns im Zweiten Weltkrieg zeigte die Stadtkonservatorin von Köln, Frau Dr. Kier. Eine Auszeichnung von Baudenkmälern mit Schutzplaketten entsprechend der Haager Konvention hält sie für sinnlos. So habe Köln 8000 Baudenkmäler, der Stadt ständen aber nur 150 Schutzplaketten zu. Direkt neben dem schutzwürdigen Kölner Dom und dem Hauptbahnhof läge die Hohenzollernbrücke,

die wichtigste Rheinbrücke Europas für Militärbelange. Sie werden also mit Sicherheit in einem Krieg bombardiert – nebenbei sei auch die Brücke ein Baudenkmal.

Der Rechtsanwalt Joachim Blau aus Hamburg ordnete die Zivilschutzgesetzgebung in den Zusammenhang der Notstandsgesetze ein. Er sah deutliche Möglichkeiten der Volkszählung auch für Zwecke der militärischen Verteidigung.

In Arbeitsgruppen wurden dann einzelne Fragen vertieft: die Erfassung von Frauen für den Krieg, die Wintex/Cimex-Übungen, psychologische Ausrüstung, die Erfassung der Bevölkerung, örtliche Zivilschutzplanungen waren einige Themen. Peter Eyckmann, Landesstellenleiter des Bundesverbandes für den Selbstschutz in Nordrhein-Westfalen, vertrat mit seiner Unterstützung des Zivilschutzkonzeptes auf der Tagung eine Minderheitenposition. Immerhin gestand auch er zu, daß auch bei modernen konventionellen Waffen heute nur begrenzte Hilfe möglich sei.

Die Tagung bestätigte grundsätzlich die Notwendigkeit des Katastrophenschutzes. Doch müsse er – auch rechtlich – vom Zivilschutz getrennt werden. Besonders wichtig sei auch die Arbeit auf kommunaler Ebene: so sollte der Katastrophenschutz aus den Zivilschutzausschüssen herausgenommen werden. Man müsse die Offenlegung von Planungen fordern, insbesondere müsse die Geheimhaltung der Katastrophenschutz- und Alarmpläne durchbrochen werden. In der Abschlusserklärung versprachen die Teilnehmer, weitere Aktionen zu unternehmen, wenn ein Gesetzentwurf bekanntwerde.

## buchkritik

**Elisabeth Redler-Hasford und  
Ingrid Schubert,  
Die Patientenstelle München  
– Eine unabhängige Informationsstelle für Patienten,  
München 1986.  
Bezug über AN-Stiftung e. V.,  
1986, Bräuhäusstr. 2, 8000  
München 2, 96 Seiten, 22  
Mark**

Seit 1981 werden im Gesundheitsladen München Patienten beraten, zunächst ehrenamtlich, von 1984 an professionell mit einer Stelle über Arbeitsbeschaffungs-Maßnahme (ABM) finanziert. Der vorliegende Bericht – gefördert und herausgegeben



von der „Forschungsgesellschaft zur Förderung von Eigeninitiative, wechselseitiger Hilfe und solidarischem Handeln e. V.“, kurz „ANStiftung“ – bezieht sich auf den Zeitraum Mai 1984 bis April 1985.

Nach einem kurzen Überblick über die Geschichte der Patientenstelle wird die Anlage der Studie beschrieben. Anhand vieler Fallbeispiele und guter, übersichtlicher Statistik wird die Arbeit der Stelle dokumentiert. Einen zweiten Schwerpunkt des Bandes nimmt die Evaluation – die Erfolgskontrolle – ein. Entwicklung der Arbeitsbedingungen, Zufriedenheit der Klienten und die Zielvorstellung „Patientenaktivierung“ sind hier wesentliche Kriterien.

Zu Ende des Bandes wird auf zehn Seiten ein Streifzug durch die Patientenorganisationen und Hilfestellen der Bundesrepublik unternommen – zum Teil sehr persönlich gehalten, kritisch, aber auch sehr aufschlußreich. Weiterführende Überlegungen und Perspektiven der Patientenschutzszene schließen sich an. Der Anhang besteht aus einer ziemlich unsystematischen An-



einanderreihung von Fragebögen, Rundbriefen und Zeitungs-ausschnitten von bzw. über die Patientenstelle und einem Satzungs-auszug des „Arbeitskreises Kunstfehler in der Geburtshilfe e. V.“ sowie einer mehr willkürlichen als vollständigen Liste von Patientenschutzorganisationen und -stellen.

Was den Forschungsbericht so ungemein lesenswert macht, ist zuallererst, daß es ihn gibt. So platt sich diese Aussage auch anhören mag: Noch keine offiziöse Beschwerdestelle einer Landesärztekammer und auch noch kein privater Patientenschutzverein hat es in zum Teil jahrzehntelanger Existenz geschafft – oder gewollt? –, seine Arbeit (selbst-)kritisch zu durchleuchten und sich der öffentlichen Diskussion zu stellen. Zudem haben die Autorinnen sich die Mühe gemacht, verständlich und interessant zu schreiben, und – allerdings immer gut gekennzeichnet – auch persönliche Bemerkungen einzubringen. Auch das ist für einen Forschungsbericht eher die Ausnahme, hat man doch oft den Eindruck, daß „Wissenschaftlichkeit“ gerne am fachchinesischen Kauderwelsch gemessen wird.

Ohne zuviel vorwegnehmen zu wollen, ein kurzer Blick auf einige Ergebnisse: 30 Prozent der Ratsuchenden sind arbeitslos, behindert, Sozialhilfeempfänger oder mehrere zugleich. Doppelt so viele Frauen wie Männer suchten die Patientenstelle. Fast die Hälfte der Klienten ist unter 35 Jahre. Von den 102 ausgewerteten persönlichen Beratungen (Besuche) wurden nur 29 wegen juristischer Probleme, sogar nur 10 wegen Verdachts auf einen Behandlungsfehler (leider wird das im Bericht immer noch

als „Kunst“-fehler umschrieben) durchgeführt. Nur selten war „Ärteschelte“ das Hauptanliegen des Besuchs; folgende Kritikpunkte an der ärztlichen Sprechstunde traten aber während der Gespräche häufig auf: keine Zeit für Gespräch, nimmt Patient nicht ernst, ungenügende Aufklärung, mit Fragen und Ängsten alleine gelassen. Besonders betroffen waren Patienten mit psychosomatischen Beschwerden.

Wenn dieses Schlaglicht auf ärztliches Fehlverhalten auch nicht als repräsentativ bezeichnet werden kann – was den Autorinnen auch fern liegt –, so wird doch auch durch diese Ergebnisse grundsätzliche Kritik an der gängigen ärztlichen Praxis laut. Mehr noch: die dargestellten Fälle veranschaulichen sehr eindringlich, wo im Vorfeld juristischer Auseinandersetzung zwischen Arzt und Patient dringender Handlungsbedarf besteht. Dies ist auch das Hervorragende und Einmalige an den Patientenstellen, daß sie eben dann schon zur Stelle sind, wenn im Mißklang zwischen Arzt und Patient der Rechtsweg noch nicht gefragt ist. Daß sie von standespolitischer und staatlicher/kommunaler Seite so spärlich Unterstützung finden, spricht für die Ignoranz und Hochnäsigkeit der offiziellen Positionen.

Selbstkritisch merkt der Bericht an, daß es nur in gut der Hälfte der Fälle gelang, Patienten dazu zu bringen, ihre Sache selbst in die Hand zu nehmen. Nur in geringerem Maße konnte der Selbsthilfegedanke etwas grundsätzlicher vermittelt werden, und das Ziel, gesundheitspolitische Mißstände auch über den konkreten Einzelfall hinaus zu problemati-

sieren und dafür zu interessieren, wurde fast gänzlich verfehlt.

Fazit: der Bericht liefert wesentliche Verbesserungsmöglichkeiten in seinen Perspektiven: „Die Patientenstelle hatte bisher eine eindeutige ‚Komm-Struktur‘, d. h., wer etwas von ihr will, muß herfinden... Stellen wir uns einmal vor, die Patientenstelle würde regelmäßig in einer vielgelesenen Zeitung Patientenschicksale vorstellen, Beschwerden veröffentlichen, Durchsetzungsstrategien aufzeigen... Sie würde mit Videofilmen und anderen Materialien Schulen, Kindergärten, Beratungsstellen und Initiativen besuchen, d. h. eine ‚Geh-Struktur‘ entwickeln...“

Erst kürzlich hat die Ignoranz gegenüber den Patienteninteressen wieder einmal gesiegt: Die Patientenstelle München ist wieder auf ausschließlich ehrenamtliche Tätigkeit angewiesen. Damit vielleicht doch einige mehr nachdenklich werden, sei dieser Forschungsband wärmstens empfohlen.

aussehen können. Auch die Musterreden für Betriebsräte sind Anregungen für die praktische Arbeit. Zugegeben, dieser Teil ist vielleicht etwas trocken und mühsam zu lesen. Aber was ist im Suchtbereich schon einfach und flüssig? Hier lohnt sich die Mühe des Dranbleibens.

Dies gilt auch für die Darstellung der schon praktizierten betrieblichen Suchtprogramme. Rußland und Plogstedt beschreiben, wie man beim ZDF, bei Siemens oder der Bundespost – um nur einige Beispiele zu nennen – an die Suchtproblematik herangeht. Leider fehlt eine Erfolgsbilanz dieser Projekte.

Den Abschluß des Buches bilden die überbetrieblichen Einrichtungen. Hier ist sicher das Koblenzer Beratungs- und Behandlungszentrum (bbz) die interessanteste Institution, die die Autorinnen aufführen. Dort wird den Betrieben das gesamte know how im Umgang mit betriebli-



**Rita Rußland, Sibylle Plogstedt, Sucht – Alkohol und Medikamente in der Arbeitswelt, Frankfurt/Main 1986. Fischer Taschenbuch Verlag, 9,80 Mark**

Das Buch von Rita Rußland und Sibylle Plogstedt ist für jeden, der an Suchtproblemen interessiert ist, eine Bereicherung und dies trotz der Vielfalt an Literatur, die es hier mittlerweile gibt. Der große Vorteil des Buches ist seine Fülle an konkretem Material.

Nach guten einleitenden Kapiteln zur Sozialgeschichte der Sucht, zum Alkoholismus, zur Medikamentensucht und zu dem etablierten System der Hilfsinstitutionen äußern sich die Autorinnen zur Sucht im Betrieb. Die Gewerkschafterin Rußland diskutiert dabei, wie Betriebsvereinbarungen über Alkohol konkret

chen Suchtproblemen zur Verfügung gestellt. Völlig neu ist dabei die Anwendung des Versicherungsprinzips.

Der einzelne Betrieb zahlt pro Mitarbeiter und Monat 2,50 Mark an das bbz und erhält damit das Programmangebot. Dies reicht von der Prävention über die Beratung und die Vermittlung in stationäre Behandlungen bis zur Nachsorge.

Insgesamt bietet dieses aus gewerkschaftlicher Perspektive geschriebene Buch eine Fülle von Informationen und damit eine gute Diskussionsgrundlage für ein auch in der Arbeiterbewegung oft ungeliebtes Thema.

Günther Mohr

# ANstiftung

Forschungsgesellschaft  
zur Förderung  
von Eigeninitiative, wechselseitiger Hilfe  
und solidarischem Handeln e.V.



Herausgeber

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

**Anschrift der Redaktion:** Demokratisches Gesundheitswesen, Kölnstr. 198, 5300 Bonn 1, Tel. bis 1.6.: 0228 / 46 82 08 (9.00 Uhr bis 17.00 Uhr).

**Anzeigenleitung:** Pahl-Rugenstein Verlag, Christina Steenbock, Gottesweg 54, 5000 Köln 51, Tel. (02 21) 38 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:** Ulli 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 Klesseyer (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. 0221/38 00 20, Konten: Postgiroamt Köln 6514-503, Stadtsparkasse Köln 10652238 (für Abo-Gebühren).

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

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

Redaktions- und Anzeigenschluß für das Juliheft: 9. Juni 1987

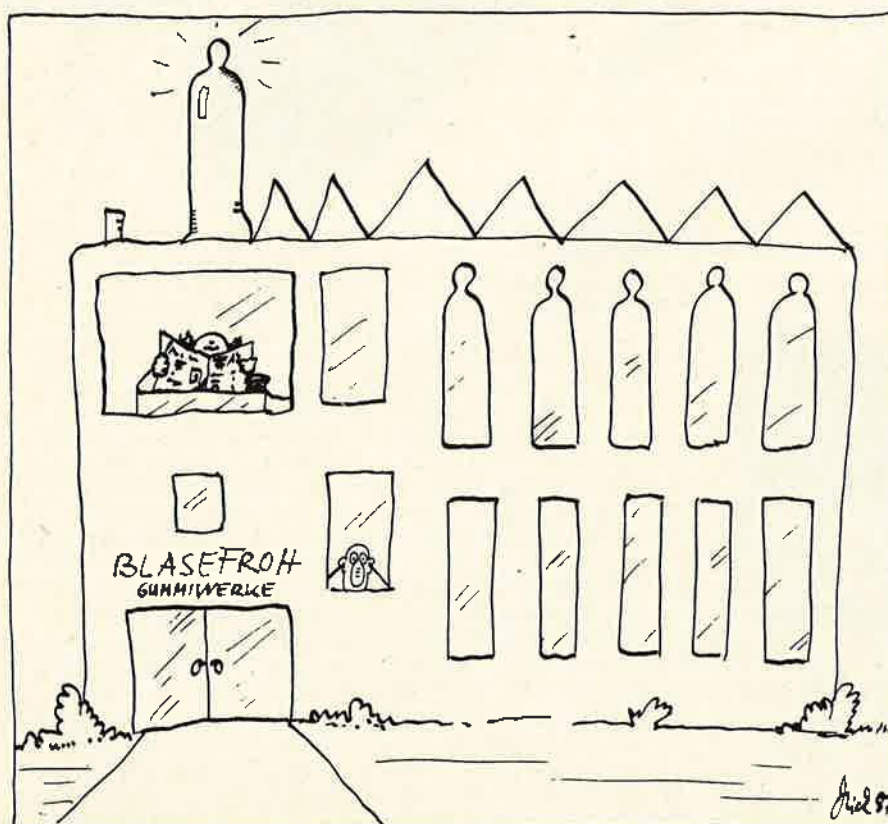
Graphik: Michael Westemeier, Christian Paulsen

Titelblatt: Linie 4 / Bauer / Jung

Layout: Ursula Daalman, Joachim Neuschäfer

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

**ISSN: 0172-7091**





# wir über uns

## Umzug

Wenn Sie dieses Heft in der Hand halten, dann ist das Bonner dg-Büro nicht mehr an seinem alten Standort. Wir ziehen nämlich um. Vier Jahre lang wurde in der Siegburger Straße, auf der schääl Sick (abwertend für die rechte Rheinseite) von Bonn die Redaktionsarbeit koordiniert, Artikel redigiert und umgeschrieben, Fotos gemacht und bestellt, der Umbruch erstellt. Alles in einem 16 Quadratmeter großen, finsternen, kalten Loch mit Aussicht auf einen Garten, der nach Messungen der Stadt Bonn die höchste Cadmium-Belastung in der Bundesrepublik hat. Degussa Marquardt grüßt jeden Tag mit einer Schwermetall-Wolke von gegenüber.

Am 1. Juni ist damit, zumindest für Joachim Neuschäfer, Ursula Daalman und Margit Fischer-Breihöfer von der „Vereinigung demokratische Zahnmedizin“, Schluß. Die alte Bürogemeinschaft zieht zusammen in ein helles, freundliches Büro in der

Kölstr. 198  
5300 Bonn 1.

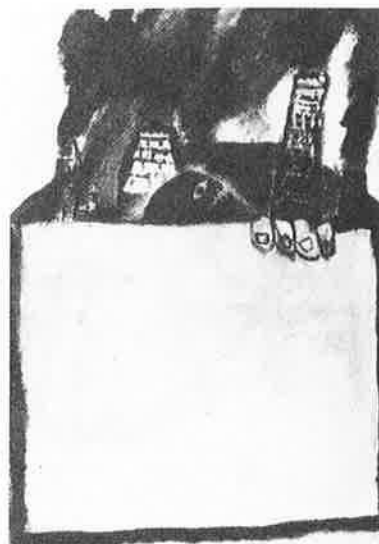
Eine neue Telefonnummer gab es bei Redaktionsschluß noch nicht, aber wir werden sie Ihnen im nächsten Heft mitteilen.

## Kunstwettbewerb

Erfreulich positive Reaktionen gab es auf die Ausstellung des dg-Kunstwettbewerbs zum

Thema „Krankheit und Umwelt“ beim Bundesverband der Innungskrankenkassen in Bergisch Gladbach.

In der Mitgliederzeitschrift der IKK, „zeit für dich“ hieß es: „Beeindruckend und engagiert, manchmal provozierend, haben Studenten der Fachhochschule Münster das Thema „Krankheit und Umwelt“ dargestellt.“ Die Bergische Landeszeitung schrieb unter der Überschrift „Die Kunstwerke klagen an und machen nachdenklich“: „Die Fachhochschüler gingen diese Herausforderung mit Prägnanz, Schärfe und technischer Brillanz an: Kunst, die vor allem den Rezipienten und seine Beurteilungsmöglichkeiten im Auge hat.“



Im Silling-Weserkurier hatte man erkannt, worauf die Ausstellung der IKK auch abzielte: „Um gesundheitliche Schäden zu vermeiden, müssen die verantwortlichen Stellen schneller und umfassender über die gesundheitsgefährdenden Belastungen informieren und für ihre Beseitigung sorgen. Die Krankenkassen spielen dabei eine wichtige Rolle.“ Wir hoffen, daß die Botschaft angekommen ist.

## dg-Kontakte

**Aachen:** Erhard Knauer, Maria-Theresia-Allee 59, 5100 Aachen, Tel. (0241) 75459; **Ansbach:** Brigitta Eschenbacher, Am Heimweg 17, 8800 Ansbach, Tel. (0931) 14444; **Berlin:** Hermann Dittrich, Grunewaldstr. 26, 1000 Berlin 41, Tel. (030) 8226328; **Bonn:** Edi Erken, Fekenerstr. 28, 5202 St. Augustin 2 (Hangolar), Tel. (02241) 29178; Stefan Schölzel, Borgstr. 8, 5300 Bonn 1, Tel. (0228) 233526; Kurt Straß, Reuterstr. 121, 5311, Tel. 212696; Gregor Weinrich, Schumannstr. 30, 5311 Tel. 219778; **Bremen:** Cornelia Setke, Clausewitzstr. 25, 2800 Bremen 1, Tel. (0421) 234371; **Bremerhaven:** Gunar Stempel, Vinchowstr. 34, 2850 Bremerhaven-Gestemünde, Tel. (0471) 200211; **Darmstadt:** Jürgen Frohner, Neutcher Weg 3, 6101 Modautal-Ernsthofen; **Dortmund:** Matthias Albrecht, Am Kühlenweg 22, 4600 Dortmund 50, Tel. (0231) 753880; Detlev Uhlenbrock, Droste-Hülshoff-Str. 1, 4611, Tel. 421768; **Düsseldorf:** Joachim Gill-Rode, Fruchtstr. 2, 4000 Düsseldorf, Tel. (0211) 343204; **Duisburg:** Thomas Wöttig, Prinz-Albert-Str. 42, 4100 Duisburg 1, Tel. (0203) 342188; **Essen:** Christian Paulsen, Overbockstr. 16, 4300 Essen 1, Tel. (0201) 743731; Norbert Andersch, Pollerbergstr. 22, Tel. 747131; Walter Popp, Sunderholz 32, 4311, Tel. 441630; **Flensburg:** Ralf Cüppers, Apenrader Str. 3, 2390 Flensburg, Tel. (0461) 47263; **Frankfurt:** Klaus Priester, Schloßstr. 98, 6000 Frankfurt 90, Tel. (069) 705449; **Gießen:** Claudia Göttemann, Bismarckstr. 6, 6300 Gießen, Tel. (0641) 75245; **Göttingen:** Barbara Wilke, Ostlandweg 23, 3400 Göttingen, Tel. (0551) 333710; **Hamburg:** Robert Pfeiffer, Kurfürstenstr. 45, 2000 Hamburg 70, Tel. (040) 6561845; **Hanau/Maintal:** Hans See, Südring 12, 6457 Maintal 1, Tel. (06181) 47231; **Hannover:** Martin Walz, Tieteststr. 19, 3000 Hannover 1, Tel. d: (05132) 906557; p: (0511) 818888; **Hattingen:** Wolfgang Münster, Marxstr. 19, 4320 Hattingen, Tel. (02324) 87410; **Heidelberg:** Michael Gerstner, Burgstr. 44, 6900 Heidelberg, Tel. (06221) 474101; **Karlsruhe:** Claudia Lehner,

Parkstr. 19, 7500 Karlsruhe 1, Tel. (0721) 849948; **Kassel:** Matthias Dippel, Waitzstr. 2 d, 3500 Kassel, Tel. (0561) 54925; Thomas Melcher, Tannengrund 33, 8350 Kaufbeuren 2, Tel. (08341) 2684; **Kleve:** Ulla Funko Verhasselt, Steinbergen 33, 4182 Uedem, Tel. (02825) 8424; **Köln:** Peter Lieberman, Garthstr. 16, 5000 Köln 60, Tel. (0221) 763844; Helmut Schaaf, Berrenrather Str. 359, 5141, Tel. 443818; **Lübeck:** Angela Schürmann, Stadtweide 99, 2400 Lübeck, Tel. (0451) 503355; **Mannheim:** Werner Weindorf, Friedrichstr. 57, 6800 Mannheim, Tel. (0621) 855405; **Marburg:** Hanna Koch, Alter Ebedorfer Weg 18, 3550 Marburg; **Mönchengladbach:** Eckhard Kleinütz, Wilhelm-Strauß-Str. 127, 4050 Mönchengladbach 2, Tel. (02166) 44157; **Mühlacker:** Helmut Jäger, Hermann-Hesse-Str. 43, 7103 Mühlacker, Tel. (07041) 15399; **München:** Margret Lambert, Allrothstr. 7, 8000 München 70, Tel. (089) 781504; **Münster:** Helmut Copsak, Geiststr. 87 a, 4400 Münster, Tel. (0251) 794688; Barbara Halbeisen-Lehnert, Hoyastr. 11, Tel. 287431; Uli Menges, Davonsberger Str. 10 a, Tel. 786399; Ulli Raupp, 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 Skobles, Freih.-v.-Stein-Str. 9, 6086 Riedstadt, Tel. (06158) 6161; **Siegburg:** Richard Beltzen, Hagebuttenweg 24, 5200 Siegburg-Kaldauen, Tel. (02241) 383500; **Siegen:** Michael Regus, Berleburger Str. 59, 5900 Siegen, Tel. (0271) 63847; **Solingen:** Heinrich Recken, Basaltweg 15, 5650 Solingen 1, Tel. (02121) 47885; **Tübingen:** Elke Schön, Jacobgasse 19, 7400 Tübingen, Tel. (07071) 52798; **Ulm:** Wolf Schleitzer, Reschweg 12, 7900 Ulm-Lehr, Tel. (0731) 66088; **Viersen:** Sebastian Stierl, Gladbacher Str. 94, 4056 Schwalmatal 1, Tel. (02163) 4191; **Wuppertal:** Michael Süner, Norrenstr. 20, 5600 Wuppertal 2, Tel. (0202) 503845.

# Wesson

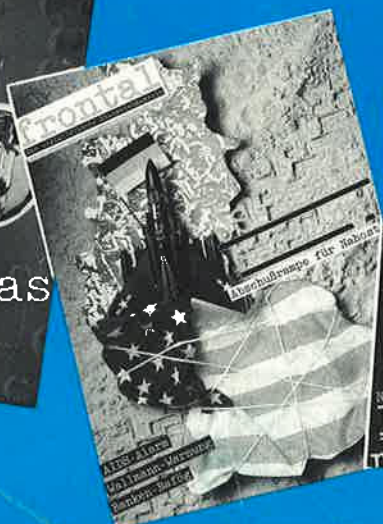
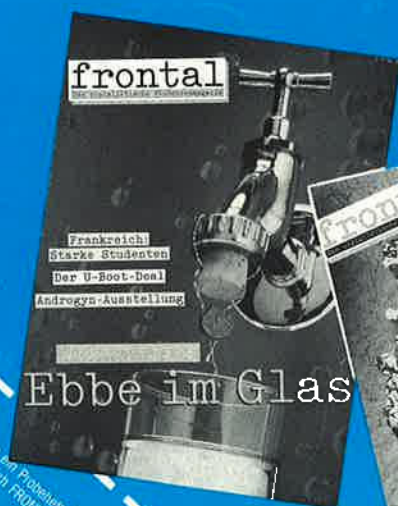
PAHL-RUG.GOTTESW.54 5000KOELN  
G 2961 E 394711 355

KARL BOEKER  
WERTHERSTR. 89

4800 BIELEFELD 1

# Herz schlägt noch nicht für Frontal?

**Frontal schlägt nicht auf die Gesundheit, Frontal stärkt Nerven, Herz und Kraft. Frontal, das Studentenmagazin nicht nur für Studenten, berichtet und informiert über alles, was die Widerstandskraft stärkt. Frontal sollte deshalb auf keinem Schreibtisch, Nachttisch und in keiner Praxis fehlen! Deshalb sofort ein Probeheft bestellen – weil's doch der Gesundheit nützt.**



**ABO**  
**15.-**

6 HEFTE / JAHR

80 Seiten, Einzelheft 2,80 DM

Scissors icon and dashed line indicating where to cut.

Ich möchte FRONTAL kostenlos kennenlernen und bitte um ein Probeheft. Wenn ich nach Erhalt nicht innerhalb von zwei Wochen absage, erhalte ich FRONTAL im Abo.

Name \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Datum Unterschrift \_\_\_\_\_

Ich weiß, daß ich diese Vereinbarung innerhalb von zwei Wochen widerrufen kann.

Unterschrift \_\_\_\_\_

OG