

Nr. 2/85 · Februar 1985 · Einzelheft 5 Mark · Im Abonnement 3,60 Mark · G 2961 E

dg

DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN

ZEITSCHRIFT FÜR GESUNDHEITS-
UND SOZIALBERUFE



Patientenschutz.
Formaldehyd-Opfer
Arzneimittelgesetz.

der kommentar

dg-Redakteur Norbert
Mappes ist gelernter
Krankenpfleger und ar-
beitet als einziger
hauptberuflich für dg.



Abschaffung oder Überwindung?

»Das ‚Psychiatrie-Modellprogramm‘ der Bundesregierung soll mit seinem Auslaufen Ende 1985 nicht fortgeführt werden.« Dieser Satz steht, unterstrichen und als eigener Unterpunkt unter der Ziffer IV (»Grüne Perspektiven«), in den siebenseitigen Thesen zur Abschaffung und Überwindung der Psychiatrie, die die Bundesarbeitsgemeinschaft »Soziales und Gesundheit« der Grünen Anfang Dezember mehrheitlich verabschiedet hat.

Mal ganz ohne Zorn und Eifer: dieser Satz hätte auch in einem CDU-Papier Platz — mit seiner Tendenz, nicht mit seiner Klarheit, denn die Rechten haben, anders als die Grünen, ein schlechtes Gewissen. Aber ich will nicht unfair werden. Die Grünen meinen es natürlich ganz anders. Sie sind keineswegs wie die CDU der Ansicht, psychisch Kranke seien den Preis nicht wert, den das Modellprogramm kostet. Für sie ist das Auslaufenlassen des Programms, das Keimformen gemeindenaher Psychiatrie ermöglicht hat, ein Schritt auf dem Weg zur Abschaffung der Psychiatrie, die gesellschaftliche Probleme zu individuellen erklärt, die ausgrenzt, zwangsbehandelt und interniert. Konsequenter fordern die Grünen Aufnahmestopp und, von 1995 an, das Ende der Finanzierung auch für die psychiatrischen Anstalten.

Sie haben sich auch Gedanken über Alternativen zur Psychiatrie gemacht: so fordern sie ein staatlich garantiertes Mindesteinkommen, Wohnungen, Arbeits- und Erwerbsmöglichkeiten für alle, »Weglaufhäuser«, Kommunikationszentren und »Krisenbetten« in den Stadtteilen. Man sieht: das Ende des zaghaften Reformprogramms der siebziger Jahre ist nicht die einzige Forderung der Grünen zum Thema psychisches Elend in der Bundesrepublik. Aber leider die einzige, die beim

Abbau der öffentlichen Haushalte und bei zweieinhalb Millionen Arbeitslosen beste Chancen hat, Wirklichkeit zu werden.

Es wäre nichts dagegen einzuwenden, wenn der Trend zur Streichung öffentlicher Mittel ausnahmsweise eine überflüssige oder sogar schädliche Staatsausgabe träfe. Aber ist eine Gesellschaft, die ohne Psychiatrie auskommt, wirklich eine realistische Alternative zu einem System ambulanter Versorgung, wie das Modellprogramm es zwar nicht geschaffen, aber begonnen hat? Sicher nicht. Wenn das Modellprogramm ausläuft, steht die Anstaltspsychiatrie gerüstet in der Reserve. Die Alternative zur Finanzierung der Modellprojekte ist die Rückkehr zu den Zuständen der sechziger Jahre: alle in die Anstalt, vierzig und mehr Patienten in einen Wachsaal und tief ins Arzneifläschchen gegriffen, damit keine Scheiben zu Bruch gehen.

Ein Schritt zur Überwindung der Psychiatrie? Dann wären auch diejenigen CDU/CSU-geführten Bundesländer, die sich am Modellprogramm von Anfang an nicht beteiligt haben, ein Stück weiter auf diesem Weg? Das können die Grünen im Ernst nicht glauben.

Sicher nicht zu Unrecht bezieht die bundesdeutsche Sozialpsychiatrie reichlich Prügel in den grünen Thesen. Aber wer ihr, wie die Grünen es tun, vorwirft, sie habe die Psychiatrie einfach nur »gestärkt«, indem sie ihr »eine dynamischere, kurz: modernere Façon verschafft« habe, hat den Unterschied zwischen dem Besuch durch einen psychosozialen Hilfsdienst und der Zwangsfixierung im Anstaltsbett kaum selbst erfahren. Je direkter und brutaler die psychiatrische Repression, desto schwächer, weil offensichtlicher, die Funktion des Apparats? Da ist der Weg nicht mehr weit zu einer Katastrophenstrategie auf dem Rücken der Betroffenen.

Die Streichungsforderung der Grünen wäre die Aufregung nicht wert, wenn sie irgendein Diskussionszirkel beschlossen hätte. Aber die Bundesarbeitsgemeinschaft »Soziales und Gesundheit«, die sich aus Vertretern der Landesverbände und sachkundigen Interessierten zusammensetzt, versteht sich als Beratungsorgan für die Bundestagsfraktion und leistet gleichzeitig wichtige programmatische Arbeit für die ganze Partei. Es steht zu erwarten, daß die mittlerweile recht zahlreichen grünen Mandatsträger in Kommunen und Landschaftsverbänden, die sich ja unmöglich zu jedem Problem gründlich kundig machen können, sich im Zweifelsfall an diesen Beschlüssen orientieren. Wenn sie es tun, werden sie in der Frage der Modellfinanzierung zu Mehrheitsbeschaffern von Leuten, die ganz anderes als die Überwindung der Psychiatrie im Sinn haben, und vielleicht erst nach Jahren merken, was sie angerichtet haben.

DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN

ZEITSCHRIFT FÜR GESUNDHEITS-
UND SOZIALBERUFE

Inhalt

2/85



Foto: Linie 4/M. Bauer

Wartet der Patientenanwalt schon am Krankenhausportal? »Amerikanische Verhältnisse bald auch bei uns? Ulli Raupp beleuchtet die Patientenschutz-Szene Seite 10



Genug Platz wäre da. Trotzdem soll die Kinder- und Jugendpsychiatrie in Bremen-Ost in die kinderfeindliche Umgebung der City umziehen Seite 30



Himmler wollte sie »ausziehen wie eine Brennessel«: Die homosexuellen Verfolgten der Nazizeit sind bis heute nicht rehabilitiert. Seite 32

dg-Report

- Ein Sumpf mit vielen Blüten
- Patientenschutz in der Bundesrepublik 10
- Patientenschutz? Gibt's nicht!
- Kommentar von Ulli Raupp 14

Umwelt

- »Auch möchte ich eine Warnung geben.«
- Ein Brief aus Köln 16
- Spiel ohne Grenzen
- AKW-Arbeiter krebgefährdet 19

Standespolitik

- »Dienstbeflissene Obrigkeit?«
- Ärger an der Kassenärzte-Basis 18
- Haltet den Dieb!
- Berufsgerichtsverfahren gegen W. Beck 23

Internationales

- Da stockt das Blut
- Dokumentarfilm »Bluterte« 21
- Ompongs Familie geht es schlecht
- »Medical Action Group«, Philippinen 28

Frieden

- Neunzehnhundertfünfundachtzig
- Erfassung geht weiter 20

Tierversuche

- Sünden-Böcke
- Tierversuche für Umweltgifte 22

Historisches

- »Ausziehen wie eine Brennessel«
- Homosexuellenverfolgung im Faschismus 24

Ernährung

- Bestens verzahnt
- Zucker und Zahnärzte 27

Pharma

- Es darf gelacht werden
- Arzneimittelgesetz-Novelle 31

Psychiatrie

- Die guten ins Töpfchen ...
- Kinder- und Jugendpsychiatrie Bremen 30
- Alltägliche Befreiung
- SIMs in Italien/
- Fotos von Gerlo Beernink 32

Dokumente

- Stellungnahme der BASG zu AIDS I
- Über den allgemeinen Umgang mit AIDS
- Stellungnahme der Dt. Ges. f. Sexualforschung II
- Auswirkungen des Arbeitsförderungsgesetzes auf die Weiterbildung in der Krankenpflege IV
- Gisela Heimbach: Gutachten- und Schlichtungsstellen der Landesärztekammern — eine Bereicherung für den Patientenschutz? V

Rubriken

- Leserbriefe 4
- Aktuelles 6
- Termine/Kleinanzeigen 9
- Buchkritik 34
- Wir über uns/Impressum 35

Leser- Briefe

An:
dg, Siegburger Str. 26,
5300 Bonn 3

Entsetzt

dg 1/85: »Für ein neues Marburg!« —
Kommentar von Peter Walger

Der Leitartikel, »Kommentar« genannt, des Peter Walger hat mich heil entsetzt! Ich war selbst Teilnehmer am Marburger Kongreß 1973 und habe anschließend von 1973 bis 1981 in Gießen gelebt, von 1975 bis 1979 war ich Assistent am Psychologischen Institut Marburg; ich habe hier wissenschaftlich gearbeitet und war mit allen Leuten persönlich befreundet, die in der DKP-Medizinszene in Marburg aktiv waren. Ich kenne Frigga Haug durch ein Seminar über Sozialmedizin und habe alles verschlungen, was W.F. Haug geschrieben hat! Auch Erich Wulff wird mich nicht vergessen haben. Ich will nur sagen: ich weiß, wovon ich rede; ich habe auf allen Kongressen, die in diesen Jahren in Gießen waren, und in Marburg aktiv mitdiskutiert, beliebt war ich nicht!

Aber es muß einmal klar gesagt werden: Die Uni Marburg als Hochburg der DKP und Kadenschmiede kommunistisch-marxistisch-leninistischer Ärzte ist in ganzer Linie vollkommen gescheitert, eine Reanimation dieses falschen Konzeptes ist reine Nostalgie oder auch heller Wahnsinn von Leuten, die aus ihrem Scheitern nichts lernen könne! Laßt es sein! Allerdings, wenn ihr es macht, komme ich und diskutiere mit als Marxist, für den die Dialektik nicht mehr und nicht weniger ist als ein heuristisches Prinzip.

P.S.: Marx war kein Marxist, ebenso wenig war Freud Freudianer! Aber — Lenin war immer Leninist!

HARTMUT BODE
Berlin

Ideologie

dg 1/85: »Brav aber kriegerisch« — Florence Nightingale

»Doch in Krankenpflegeschulen wird leider — 39 Jahre nach Hiroshima — immer noch im Zusammenhang mit der Vermittlung dieser Persönlichkeit das Ideal des

Dienens und Helfens ohne politische Stellungnahme gegen Kriegsplaner und eine innige Verbundenheit von Krankenpflege und Militär weitergegeben.« So endet der Artikel über die »brave, aber kriegerische« Florence Nightingale. Auch mit diesem »Ideal des Dienens und Helfens« hat Florence Nightingale der Krankenpflege einen Bären-dienst erwiesen.

Es sei ein ganz besonderer Beruf, Kranke zu pflegen, wird gelehrt, und dieser Beruf erfordere den ganzen persönlichen Einsatz, missionarischer Eifer ist gefragt. Diese Ideologie führt dazu, daß Krankenpflegepersonal in der Regel weit mehr arbeitet, als arbeitsrechtlich gefordert und tarifvertraglich festgelegt ist. Und dies wird von den Trägern im Gesundheitswesen zum Teil schamlos ausgenutzt.

In einer Stellungnahme zur Situation an der Uni-Klinik Freiburg schreibt der zuständige Minister Engler (CDU) ganz offen: »Nach Mitteilungen der Universität wurden vom Pflegepersonal des Klinikums im Jahr 1983 insgesamt 81 205 Überstunden geleistet«. Im ärztlichen Bereich seien es 77 391 gewesen. »Die Universität geht da-

sich ein Krankenhausträger um mehr Stellen bemühen, wenn er die gleiche Leistung vom vorhandenen Personal kostenlos geliefert bekommt? In der oben zitierten Stellungnahme wird so auch lapidar festgestellt, daß im Pflegebereich der Klinik »jedenfalls über 150, möglicherweise sogar über 200 Stellen« fehlen. Einige Seiten weiter wird dann erklärt, daß »in den Entwürfen der Wirtschaftspläne für die Jahre 1985 und 1986 keine zusätzlichen Stellen vorgesehen« sind.

Abgesehen davon dürfte es wohl kaum dem Anspruch einer menschengerechten Patientenversorgung gerecht werden, wenn überarbeitetes Pflegepersonal keine Zeit und Ruhe mehr findet für das Gespräch mit dem Patienten. Für eine Verbesserung der Krankenversorgung zu kämpfen, heißt also auch gegen den schleichenden Stellenabbau sich zu engagieren, anstatt die Misere mit Mehrarbeit bis zur Selbstaufgabe zuzukleiers-

KALLE JUNG
WOLFGANG HASEMANN
MONIKA FISCHER
Freiburg



Ganzheitlich

dg-Report 1/85: »Ick bün al dor«

Zunächst meine Zustimmung:

— Es ist richtig, daß gesetzliche Regelungen fehlen. Dies gilt nicht nur für die Weiterbildung, sondern auch für Fortbildungsmaßnahmen (z.B. Pflegeanamnese und -planung, neue Pflegeverfahren, psychosoziale Themen usw.).

— Es ist richtig, daß die sogenannte Förderung nach dem AFG eher abschreckt und keine notwendige Unterstützung darstellt.

— Es ist richtig, daß die zunehmende Spezialisierung (immer mehr »Fachkräfte«) dem Pflegeberuf insgesamt schadet.

— Es ist richtig, daß das Fehlen eines festumrissenen Tätigkeitsfel-

des (Berufsbild) dazu führt, daß immer mehr Aufgaben der Pflege von anderen Berufsgruppen übernommen werden.

Soweit Zustimmung. Nun zu den Fragen, auf die der Artikel unvollständig oder überhaupt nicht eingeht:

— Warum besteht bei den Pflegekräften nach Weiterbildung/Fortbildung eine solch rege Nachfrage? Die Antwort des Autors (Nachmachen, was die Ärzte vormachen) reicht nicht aus! Die dreijährige Ausbildung zur Krankenschwester/-pfleger deckt inhaltlich nicht die Anforderungen, welche später in der Praxis auf die Pflegekräfte zukommen, z.B. Leitung einer Station, psychosomatische Probleme, Anforderungen in Funktionsbereichen (Intensivpflege). Das neue (besser alte) Krankenpflegegesetz ändert hieran nichts. Deshalb braucht das Pflegepersonal Weiterbildung!

— Warum haben die Verantwortlichen (Krankenhausträger, Politiker) ein Interesse an dieser Art von Spezialisierung? Spiegelt sich hierin nicht eine industriehähnliche Arbeitsteilung — einzelne Funktionen/Tätigkeiten werden von einzelnen Berufsgruppen erledigt — wieder? Wie die Pflege selbst als sogenannte Funktionspflege organisiert ist, so soll aus dem gleichen Grund (rationeller = sparsamer) nun auch die gesamte Patientenversorgung funktionalisiert werden.

— Als »alter Intensivpfleger« kann ich die Aussage über die Aufgaben einer Intensivpflegekraft (S.12, letzter Abschnitt) natürlich nicht gelten lassen. Im Gegenteil, sinnvoll eingesetzt, kann die Medizintechnik das Pflegepersonal entlasten. Ich denke, der Autor weiß, welche Aufgabenbereiche zu den Tätigkeiten des Intensivpflegepersonals neben dem Vorbereiten und Überwachen der Infusionstherapie noch gehören.

Doch nun zum Hauptpunkt: Krankenpflege ohne Zukunft? Hier widerspreche ich. Meiner Meinung kann die Lösung des Problems in folgendem Ansatz liegen: Weg von der Funktionspflege, hin zur Ganzheitspflege. Unter Ganzheitspflege verstehe ich einmal die pflegerische medizintechnische und psychosoziale Betreuung des Patienten durch das Pflegepersonal und zum zweiten, daß die Versorgung der Patienten als sogenannte Gruppenpflege organisiert ist (eine Gruppe von Pflegepersonen versorgt eine bestimmte Anzahl von Patienten ganzheitlich).

Es darf keine weitere Spezialisierung, vor allem in technischen Bereichen, mehr geben, sondern wir müssen einen umfassenden Begriff von Pflege dagegensetzen. Hierzu bedarf es Einflußnahme bei Gewerkschaften und politischen

Parteien/Institutionen. In diesem Zusammenhang kann ich die Aussage des Kollegen Dielmann (mit schlechtem Gewissen ...) nur unterstützen.

RALF BIRKENFELD
Göttingen

Keine Dominanz

dg 12/84: »Richtig sauer«

Die Mönchengladbacher »Friedensinitiative der Beschäftigten im Gesundheitswesen« besteht mittlerweile mehr als drei Jahre — aus Ärzten, Psychologen, Krankenpflegern, Sozialarbeitern etc. Von einer Dominanz der Ärzte war — sollte ich sagen: leider? — während dieser Zeit nichts zu spüren. Im Gegenteil: als wir vor etwa zwei Jahren sämtliche niedergelassenen Ärzte und Zahnärzte Mönchengladbachs schriftlich einluden, kam lediglich von 4 (in Worten: vier) eine Antwort. Offensichtlich wird die Arbeit »vor Ort« gescheut, die Mitgliedschaft in der IPPNW, so erfreulich sie natürlich ist, erscheint manchem wohl als Alibi. Es ist daher nur folgerichtig und verständlich, daß die nicht-ärztlichen Gruppen sich auch in den Medien deutlicher zu artikulieren beginnen. Es wäre allerdings schade, wenn hier ein Fehler der ärztlichen Kollegen aufgegriffen würde und die starke Gruppe der Friedensinitiativen im Gesundheitswesen in viele kleine Untergruppen zerfiel.

STEPHAN FEGERS
Mönchengladbach

Fehler

dg 12/84: »Existenzangst«

In der Überschrift zu meinem Artikel zur Heilpraktiker-Zulassung habt Ihr einen Fehler gemacht, der, nachdem man den Artikel gelesen hat, eigentlich nicht passieren konnte: Es geht keineswegs um die Prüfungsordnung — eine einheitliche Prüfungsordnung existiert bisher nicht, also kann sie auch nicht geändert werden! Es geht um die Zulassung zum Heilpraktikerberuf bzw. um den Widerruf der Erlaubnis, nicht um Fragen der Ausbildung.

BRIGITTE FUCHS
Bonn

Umweltschutzpapier?

Ich lese Ihre Zeitschrift mit viel Interesse und möchte sie als eine der guten medizinischen Fachzeitschriften bezeichnen. Was ich jedoch sehr vermisse, ist die Benutzung von Umweltschutzpapier als Grundlage dieser Zeitschrift, gewissermaßen als kleine Abrundung Ihrer sonst so gelingenden Kritik.

DANIELA HÜTHER
Büttelborn

Austreten?

Leserbrief von Richard Beltzen in dg 1/85: »Doch verkehrt«

Lieber Richard Beltzen, ich verstehe Deine Wut und Empörung über den Tarifabschluß der ÖTV sehr gut. Dieser Abschluß ist ein Schlag ins Gesicht aller Kolleginnen und Kollegen, die sich aktiv für die 35-Stunden-Woche eingesetzt haben, aller streikenden und ausgesperrten Metaller und aller streikenden Drucker und vor allem aller Arbeitslosen, denn genau an denen ging dieser Abschluß glatt vorbei. Ich bin auch Deiner Meinung: Wenn Zimmermann so lacht, muß etwas schief gelaufen sein, kann nicht im Interesse der Arbeitnehmer abgeschlossen worden sein.

Völlig anderer Meinung aber bin ich über die Konsequenzen, die aus solch einem Abschluß gezogen werden müssen. Wem dient denn ein Austritt oder viele Austritte? Doch wohl am ehesten der Reaktion! Damit wird doch genau das getan, was die Arbeitgeber wollen: die Gewerkschaft wird ge-

nicht länger als Unmündige behandeln lassen!

SABINE SCHNEIDERHAN
Tübingen

Borniertheiten

dg 12/84: »Schizophrenie endlich erklärbar«

Der Kommentar »Schizophrenie jetzt endlich erklärbar« von S. Schölzel ist ein Paradebeispiel für die sich sozialpsychiatrisch gebenden Tiraden, die so schön links-stromlinienförmig klingen und dennoch nichts weiter sind als von satter Unkenntnis getragene »alternativ-alternaive« Borniertheiten. Da werden in einem Hau-Ruck-Verfahren Feindbilder aufgebaut, die einfach nicht stimmen; aber was soll's, es ist doch so schön und hat sich schon so oft bewährt!

Zunächst einmal: Der Titel des Kommentars ist schlichtweg falsch und auch nur von mäßigem satirischen Blö. Schizophrenie ist immer noch nicht erklärbar und es hat dies auch niemand behauptet. Auch die Dopamin-Rezeptortheorie



schwächt, die Arbeitnehmerschaft gespalten. Muß es nicht viel eher unsere Aufgabe jetzt sein, die Basis so zu stärken, daß die Spitze uns nicht mehr übergehen kann?

Haben wir eine andere Chance, unsere Interessen durchzusetzen als die, trotz oder wegen eines solchen Tarifabschlusses die Mitglieder zu aktivieren und zu versuchen, auf die Gewerkschaftsspitze von unten Druck auszuüben? Meine Meinung ist, wir müssen lauter werden, wir dürfen uns nicht mehr von Funktionären verbieten lassen, während der Verhandlungen auf die Straße zu gehen und zu demonstrieren, da dies »die Verhandlungen stören würde«.

Natürlich sind wir in die Organisation eingebunden, aber wir sollten uns innerhalb der Organisation

ist nur einer von mehreren konkurrierenden Ansätzen, die zu einer Theorie der Schizophrenieentstehung führen. Das Bemühen um die Erkennung des biologischen Fundaments der Schizophrenie, und nur dies findet seinen Ausdruck in den prämierten Untersuchungen, wird dennoch sogleich diffamiert als »Gewinn für die Somatiker«. Gleichzeitig wird unterstellt, damit sei verbunden, soziale und psychodynamische Ursachen der Schizophrenie würden als Folge in »unserer Psychiatrie« (»meine Psychiatrie, deine Psychiatrie, Psychiatrie ist für uns alle da!«) »noch weniger« berücksichtigt. Einmal so schön im Schwung, gehts gleich weiter: Die Psychiatrie (»unsere« oder die von S. Schölzel?) will reglementieren und »wegtun« (das muß man sich mal wegtun!); kennt-

Leser-Briefe

An:

dg, Siegburger Str. 26,
5300 Bonn 3

nisreich wird Schizophrenie auf »ausflippen« reduziert und schließlich werden natürlich auch noch »die« bemüht, die »alle normal« haben wollen. Daß auch Kurt Schneider einmal mehr erhalten muß, ist sonnenklar. Die billige Polemik läßt jedoch vermuten, daß Schölzel wirklich überhaupt nicht begriffen hat, worum es Kurt Schneider ging.

Solch ein Geschreibsel gehört in die »Bild« oder allenfalls in die sozialdemokratische »Zeitung am Sonntag«, nicht jedoch in ein linkes Blatt.

Vergessen ist die Dialektik von Individuum und Gesellschaft. Vergessen ist die Tatsache, daß die gesellschaftliche Natur, die »zweite« Natur des Menschen nur durch Bearbeitung des »ersten« Natur, des stammesgeschichtlichen und biologischen Erbes, entsteht. Vergessen ist, daß daher die Frage nach dem gesellschaftlichen Bedingungsgefüge der Schizophrenie immer auch die Frage nach den biologischen Grundlagen einschließen muß. Vergessen ist, daß jeder linke Psychiater für solche Ergebnisse dankbar sein muß, sind diese doch notwendige Bausteine und Fundament einer erst zu entwickelnden historisch-materialistischen Theorie. Eine solche Theorie mag dann ein Handeln ermöglichen, daß nicht zuletzt durch den medikamentösen Eingriff in die »erste Natur« diese in die Verfügbarkeit des Individuums zurückgibt und so tatsächlich emanzipatorisch wird.

Aber vielleicht geht es Schölzel gar nicht um Emanzipation. Vielleicht ist es ihm lieber, wenn die Ausflippenden weiter ausflippen, egal ob sie daran zerbrechen oder nicht.

Jedenfalls hat Genosse Schölzel dann seine Stellvertreter für den revolutionären Kampf gefunden, die willig den Kopf hinhalten, damit er auf ihrem Rücken seine Thesen verbraten kann. Es ist doch gar so wohltuend, wenn man weiter für die Befreiung der »armen Irren« kämpfen kann, große Worte im Munde führen und nicht von hier bis dort denken!

NORBERT HARTKAMP
Düsseldorf

Chile: Engagierte Ärztin verbannt

Die chilenische Jugendpsychiaterin Dr. Fanny Pollarolo wurde im Dezember vergangenen Jahres nach Maullin in Südküste verbannt. Die engagierte Ärztin stand seit Anfang 1984 wegen »Beleidigung der chilenischen Armee« vor Gericht. Die Verbannung wurde ausgesprochen, ohne daß der Ausgang des Prozesses abgewartet worden wäre.

Frau Pollarolo gehört dem »Consejo Nacional del Movimiento democrático popular«, einer der wichtigsten Organisationen chilenischer Dissidenten, an.

Als Mitglied der Nationalen Kommission gegen Folter und einer kirchlichen Stiftung für Sozialhilfe hatte die Ärztin seit Jahren Opfer der Militärregierung betreut.

Noch im Februar des vergangenen Jahres war Frau Pollarolo in der Bundesrepublik Deutschland gewesen, um über die Zustände in ihrem Heimatland zu berichten.

DRK für Genfer Abkommen

In einer Flugblattaktion will das Deutsche Rote Kreuz (DRK) die Bundesregierung auffordern, endlich die beiden Zusatzprotokolle zum Genfer Abkommen von 1949 zu ratifizieren. Die Zusatzprotokolle verbieten Waffen und Kriegsführungsmethoden, die geeignet sind, »überflüssige Verletzungen« oder »unnötige Leiden« zu verursachen. Weiter wird in den Protokollen untersagt, »langanhaltende und

schwere Schäden der natürlichen Umwelt« zu verursachen sowie »unterschiedslose Angriffe« zu führen, deren Auswirkungen nicht begrenzt werden können.

Alle diese Verbote treffen Atomwaffen. Die Bundesregierung hat die Ratifizierung bisher durch eine »Nuklear-Erklärung« zu umgehen versucht, in der festgehalten wird, die Verbote bezögen sich nur auf konventionelle Waffen.

BUKO über gefährliche Pharmaexporte

Die Pharmakampagne des Bundeskongresses entwicklungspolitischer Aktionsgruppen (BUKO) hat eine vierzigseitige Broschüre über ihre zweite Aktionswoche und die Reaktionen darauf vorgelegt. (dg berichtete.)



Die Broschüre ist zum Preis von 2,50 Mark plus Porto zu beziehen über: BUKO-Pharmakampagne, August-Bebel-Straße 62, 4800 Bielefeld 1.

Berlin: Kassen zahlen für therapeutische WGs

Berlins gesetzliche Krankenkassen werden in Zukunft zwischen 37 und 42 Mark pro Tag für die nichtärztliche Rehabilitation in therapeutischen Wohngemeinschaften zahlen. Das ist der Inhalt einer Vereinbarung, die jetzt vom Senat, der AOK und den Landesverbänden der Betriebs- und der Innungskrankenkassen geschlossen wurde. Damit wird die Rehabilitation in einer Wohngemeinschaft erstmals erstattungsfähig.

Der Tagessatz soll gezahlt werden, wenn dadurch eine stationäre Unterbringung vermieden werden kann. Entsprechend hat der Berliner Senat beschlossen, im Zeitraum von vier Jahren 500 psychiatrische Klinikbetten abzubauen. Gleichzeitig soll die Zahl der Plätze in Wohngemeinschaften und Übergangswohnheimen von derzeit 320 um weitere 500 erhöht werden.

Die Ersatzkassen wollen in den nächsten Wochen entscheiden, ob sie sich der Vereinbarung anschließen.

Jusos fordern Phosgen-Verbot

Vor dem Hintergrund der Chemiekatastrophe im indischen Bhopal fordern die Jungsozialisten, die Herstellung und Lagerung sowie den Transport des hochgiftigen Stoffes Phosgen zu verbieten. Wie der Bundesvorsitzende des SPD-Jugendverbandes, Ulf Skirke, in Bonn mitteilte, sei es ein Skandal, daß jährlich 30 000 Tonnen dieser gefährlichen Chemikalie auf Schienen quer durch die Bundesrepublik

transportiert würden. Die Sicherheitsvorschriften der »Gefahrgutverordnung für Schienentransporte« seien schiere Augenwischerei.

Achtung Freiburg!

Die Interessengemeinschaft der Holzschutzmittelgeschädigten (IHG) möchte mit Betroffenen aus dem Raum Freiburg Kontakt aufnehmen, die das Bauhaus »Holzwachs spezial« verwandt haben.

Kontakt: IHG, Helga und Volker Zapcke, Unterstaat 14, 5250 Engelskirchen, Tel. (0 22 63) 37 86.

EG für weniger Röntgenbelastung

Der EG-Ministerrat hat beschlossen, die Belastung von Patienten durch Röntgenstrahlen auf das nach medizinischen Gesichtspunkten erforderliche Mindestmaß zu beschränken. In einer EG-Richtlinie, die spätestens bis zum 1. Januar 1986 in nationales Recht umgesetzt werden muß, ist zugleich vorgeschrieben, daß von diesem Zeitpunkt an für die Bedienung von Röntgengeräten, Computer-Tomographen sowie von Anlagen der Nuklearmedizin und für Hochvolt-Therapie Fachkenntnisse im Strahlenschutz vorauszusetzen sind. Hilfskräfte müssen eine angemessene Ausbildung erhalten.

Die EG-Mitgliedsstaaten müssen außerdem sicherstellen, daß technisch nicht mehr einwandfreie Geräte stillgelegt werden. In einem Anhang der Richtlinie wird in praktischen Empfehlungen angeregt, daß alternative Untersuchungs- und Behandlungsverfahren entwickelt werden, die mindestens ebenso wirksam sind, aber die Gesundheit der Patienten weniger gefährden.

RVO- und Ersatzkassen: Schulterschuß

Die RVO-Kassen (AOKs, Betriebs-, Innungs- und Landwirtschaftskrankenkassen) und die Ersatzkassen haben erstmals wegen des erneuten Kostenanstiegs im Gesundheitswesen vier gemeinsame Kommissionen gebildet, die Verhandlungen mit den Zahnärzten und Ärzten, der Pharmaindustrie und den Krankenhäusern führen sollen. Bisher hatten vor allem die Ersatzkassenverbände gemeinsames Vorgehen mit den RVO-Kassen immer abgelehnt.

Auf Grund ihres besseren finanziellen Polsters und ihrer günstigeren Risikostruktur (mehr Ange-

stellte, weniger Rentner, geringere Morbidität) hatten sie vor allem im ambulanten Sektor stets separate — für die Kassenärztli-



chen Vereinigungen günstigere — Verträge abgeschlossen. Am 28. Januar verhandelte die Pharmakommission mit dem Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie, die Krankenhaus-Kommission wird am 7. März mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft verhandeln.

Beim Verband der Angestellten-Krankenkassen will man das — wie dg erfuhr — nicht »als politischen Kurswechsel« verstehen, vielmehr habe man schon immer mit den RVO-Verbänden zusammengearbeitet. Allerdings wolle man — wie bisher — »sehr sorgfältig auf Selbständigkeit achten«.

Hoffentlich bedeutet diese »Selbständigkeit« nicht weiterhin Eigenbrötelei zu Lasten der RVO-Kassen.



Experten gegen Zwangsernährung

Experten aus der Medizin und dem Strafvollzug lehnen einhellig die Zwangsernährung von hungerstreikenden Häftlingen ab. Das ergab eine Anhörung vor dem Rechtsausschuß des Bundestages.

Besonders deutlich fiel das Urteil der Mediziner aus. Friedrich Becker, Chefarzt im Vollzugskrankenhaus Hohenasperg, nannte die Umstände, unter denen gefangene Patienten zur Nahrungsaufnahme gezwungen würden, »bedrückend, abstoßend, ekelhaft, entwürdigend, erniedrigend und beschämend«. Man müsse auch bei einem Gefangenen von der freien Willensentscheidung ausgehen. Somit sei die Zwangsernährung nicht vereinbar mit der ärztlichen Ethik.

Der Berliner Medizinprofessor Walter Thimme nannte die Zwangsernährung wegen der Gefahr für Leib und Leben des Gefangenen »unzumutbar«. Die Maßnahme stüfte mehr Schaden als Nutzen.

In jüngster Zeit hatte der Ermittlungsrichter am Bundesgerichtshof Kuhn verfügt, daß der wegen Terrorismus inhaftierte Stefan Frey notfalls zwangszuernähren sei. Kuhn stützte sich mit seiner Verfügung auf ein Urteil des Bundesgerichtshofs.

»Früher Tod ist kostendämpfend«

Unter dieser Zwischenüberschrift erschien in der medizinischen Fachzeitschrift »Medical Tribune« (Sondernummer 34a vom 29.8.83, Seite 26) ein Bericht über einen

Vortrag von Professor H. Schaefer. Wir zitieren kommentarlos aus dem Bericht:

»Wenn die Menschen durch eigenverantwortliches Vermeiden von Risikofaktoren länger leben, werden die Kosten sogar noch mehr steigen! Die Forderung nach mehr »Eigenverantwortung« ist nämlich ein recht fragwürdiges Mittel, um Kosten im Gesundheitswesen einzusparen.«

»Es muß sich die Einsicht durchsetzen, daß niemand das Recht hat, um des geringen Vorteils sehr kurzer Lebensverlängerung hohe Opfer der Solidargemeinschaft zu verlangen. Zur Eigenverantwortung gehört auch die Bescheidenheit, die sich u.a. auch auf das freiwillige Opfer von Lebenszeit erstreckt.«

SPD will Gesetz zu Tierversuchen

Einen Entwurf für ein Gesetz über Tierversuche hat die SPD-Bundestagsfraktion Mitte Januar in Bonn vorgelegt. Nach der Vorstellung



SPD-MdB
Renate
Schmidt

der SPD sollen Tierversuche grundsätzlich verboten werden. Ausgenommen vom Verbot sind nur Versuche, die für die Gesundheit des Menschen erforderlich sind.

Demnach soll es also in Zukunft keine Versuche mehr zur Erprobung von Kosmetika, Tabak und Alkohol mehr geben. Gesetzlich erlaubte Versuche sollen anzeigepflichtig, bei Wirbeltieren genehmigungspflichtig sein. Per Gesetz oder Entscheidung der Landesbehörden soll über Ausnahmegenehmigungen entschieden werden.

Weiterhin schlägt die SPD einen Fonds für die Erforschung alternativer Verfahren vor. Die Bundesregierung soll zu regelmäßigen Berichten über die Situation der Tierversuche verpflichtet werden.

Ein ausnahmsloses Verbot aller Tierversuche, so die Obfrau der SPD-Fraktion im Gesundheitsausschuß, Renate Schmidt, sei derzeit nicht möglich.

Pseudo-Krupp-Forschung: Ergebnisse in zwei Jahren

Nach einem Beschluß des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer sollen in diesem und im nächsten Jahr umfangreiche Forschungen über den Zusammenhang von Pseudo-Krupp und Luftverschmutzung betrieben werden. Das Medizinische Institut für Umwelthygiene soll in Großstudien die Häufigkeit von Pseudo-Krupp-Anfällen in stark, mittelmäßig und schwach belasteten Gebieten untersuchen. Darüber hinaus ist in einzelnen Gebieten eine Totalerfassung aller Pseudo-Krupp-Fälle

Apotheken: Kinder werden »gut bedient«

Kinder im Alter von 12 bis 15 Jahren können problemlos und ohne lange Rückfragen Schlafmittel, schmerzstillende Präparate und Appetitzügler kaufen. Das ergaben Testkäufe des Deutschen Kinderschutzbundes in 37 Apotheken in der westfälischen Stadt Hamm. Nach Angaben des Kinderschutzbundes wurde den Jugendlichen nur in zwei Fällen die Abgabe der zwar rezeptfreien, aber apothekenpflichtigen Arzneimittel mit der Begründung verweigert, sie seien dafür zu jung.

durch Krankenhäuser, Kinderärzte und Elterninitiativen geplant. Hinzu kommen sollen Querschnittsuntersuchungen der Gesundheitsämter.

Mit ersten Ergebnissen wird in zwei bis drei Jahren zu rechnen sein.



Müssen noch
Jahre auf
Ergebnisse
warten:
Pseudo-Krupp-
Initiativen

Elektroschocks

»Gesundheitshilfe, Gesundheitsschutz«

Ob Patienten auch gegen ihren Willen mit Elektroschocks behandelt werden dürfen, wollte die grüne Bundestagsabgeordnete Waltraud Schoppe von der Bundesregierung wissen. Die schrieb: »Bei Patienten, die wegen ihrer Erkrankung nach landesgesetzlichen Regelungen untergebracht worden sind, wird die Zustimmung des Pflegers oder Vormunds eingeholt.« (Vgl. dg 1/85, S. 7)

Eine unsinnige Antwort. Patienten, die »nach landesgesetzlichen Regelungen untergebracht« sind, also nach den PsychKGs, haben keinen Vormund und keinen Pflger. Und wer einen Vor-



mund oder einen Pflger hat, ist nach bundesgesetzlichen Regelungen untergebracht: nämlich nach dem BGB.

Professor Franke, Ministerialdirigent und Unterabteilungsleiter (»Gesundheitshilfe, Gesundheitsschutz«) im Gesundheitsministerium, hat die Anfrage nach eigenem Bekunden höchstselbst formuliert. Von dg auf den Widerspruch aufmerksam gemacht: »Ich kenne da nicht alle juristischen Einzelheiten, ich bin Arzt.« Interessant wäre es aber doch immerhin zu wissen, wie denn nun wirklich bei PsychKG-Patienten verfahren wird — wenigstens für die Patienten selbst. Aber wie es sich genau damit verhält, ist Professor Franke, und damit der Bundesregierung, nicht recht klar. Der »Hausjurist« Mayen, von Franke als kompetenterer Gesprächspartner empfohlen, meint sogar, die PsychKG-Patienten würden sowieso meistens

entmündigt: »Das läßt sich relativ leicht wieder rückgängig machen.«

Klargemacht haben die Herrschaften damit erst einmal, daß sie nicht wissen, wovon sie reden — und daß es ihnen nicht so genau drauf ankommt. Es wäre übertrieben zu vermuten, die Bundesregierung habe eine gezielte Nebelkerze abgeschossen. Eher wird wohl das Bewußtsein Pate gestanden haben, daß eh schon alles seine Richtigkeit hat. Wenn schon an höchster Stelle so gedacht wird, ob die Psychiater in den Kliniken es so viel genauer nehmen?

Professor Franke schrieb: »Es ist nicht bekannt, daß diese Behandlung (E-Schocks) gegen den Willen von Patienten durchgeführt worden ist.« Warum sollte ihm, der auch leichter Herauszufindendes nicht weiß, ausgerechnet das bekannt sein?

AKG-Broschüre

Die neue Vorsorgebroschüre des »Arbeitskreises Kunstfehler in der Geburtshilfe« (AKG) (Kapitel: »Welche Gefahren drohen dem Kind bei der Geburt?«; »Wie können Hebammen und Arzt zu mehr Sicherheit beitragen?«; »Was können Sie persönlich tun?«) ist unter Vorauszahlung von 3 Mark in Briefmarken zu beziehen über:

AKG-Geschäftsstelle, Bremer Straße 19, 4600 Dortmund 1, Tel. (02 31) 52 58 72.

Hochschulverband bittet für Chefärzte

Der »Hochschulverband« in Bonn-Bad Godesberg, eine Landesorganisation für Hochschullehrer, plant, ein juristisches Gutachten zu der Frage erstellen zu lassen, ob zur Behandlung von Privatpatienten berechtigten Ärzten, wie in der neuen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vorgesehen, für die Benutzung von Einrichtungen, Personal und Material der Klinik ein Entgelt abverlangt werden darf. Die Änderung der Gebührenordnung hat es möglich gemacht, Chefärzten für die Nutzung öffentlicher Einrichtungen zu privaten Zwecken 20 bis 35 Prozent der Bruttovergütung abzunehmen.

Für die Erstellung des Gutachtens, das die Rücknahme der Änderung zum Ziel haben soll, gewann der Verband den Ex-Ministerialdirigenten und Dr. med. h. c. Walther Weissauer. Um das Honorar von 40 000 Mark, das Weissauer verlangt, zusammenzubekommen, forderte

der Hochschulverband jetzt seine Mitglieder auf, je 200 Mark zu spenden. Der Betrag könne steuerlich als »Betriebsausgabe« abgesetzt werden.

Videofilm: Militarisierung des Gesundheitswesens

»Militarisierung des Gesundheitswesens« heißt ein Videofilm, der sich mit der Zivilschutzgesetzgebung, der Einrichtung von »Hilfskrankenhäusern«, der Erfassung und Verplanung von Pflegepersonal, Wehrpsychiatrie und ähnlichen Themen befaßt. Er enthält unter anderem Interviews mit Krankenschwestern und Ärzten, informiert über die Initiative »Gesundheitswesen für den Frieden« in Bielefeld und ist damit eine Hilfe in der Öffentlichkeitsarbeit von Friedensinitiativen.

Der 45 Minuten dauernde Videofilm ist zu leihen (20 Mark) oder kaufen (40 Mark) bei Kai Kruse, Friedrichstraße 9, 4800 Bielefeld 1, Telefon (05 21) 12 13 19. Kontaktadresse für Filmabend und Diskussion: I. Glesow-Dadling, Halter Weg 36, 4800 Bielefeld 1, Telefon (05 21) 15 03 95.

Grüne: Begründung zum Pflegegesetz-Entwurf

Zum Entwurf über ein »Gesetz zur Finanzierung einer besseren Pflege« der Fraktion der Grünen im Bundestag (vgl. Dokumente in dg 1/85) liegt jetzt eine ausführliche poli-

tische Begründung vor, die zusammen mit dem leicht veränderten Text des Entwurfs mittlerweile als Bundestagsdrucksache 10-2609 (12. 12. 84) erschienen ist.

Text und Begründung sind zu beziehen über den Verlag Dr. Hans Hege, Postfach 20 08 21, 5300 Bonn 2.

Grüne gegen Bonner Schadstoffverordnung

Wenn die Bundesregierung, wie angekündigt, Grenzwerte für verschiedene Umweltgifte, unter ihnen Dioxin, erläßt, wird die Beeinträchtigung der Gesundheit der Bundesbürger dadurch nicht verringert werden. Diese Befürchtung äußerte der Umweltparte der Grünen im Bundestag, Ehmke, Anfang Januar in Bonn.



Grünen-MdB
Wolfgang
Ehmke

Es sei das Ziel der Regierung, durch nur wenige und zudem völlig unzureichende Grenzwerte die Industrie zu schonen. Einmal in Kraft getretene Verordnungen könnten dann später nur schwer revidiert werden. In solchen Fällen komme dann das Argument, die Industrie dürfe nicht verunsichert werden.

Im Falle des Dioxin seien, so der Umweltparte, besonders scharfe Grenzwerte nötig, da bisher nicht wissenschaftlich habe festgestellt werden können, wo die Grenze der Unschädlichkeit liege.

»Ohne Hilfe zur Selbsthilfe«

Über Erfahrungen einer Besucherin mit dem umstrittenen »Selbsthilfezentrum« SEKIS in Berlin (vgl. dg 1/85: Politiker helfen sich selbst) erschien im Berliner »Tagesspiegel« folgende Meldung:

Freitag abend, 18 Uhr 40. Eine Frau betritt das ehemalige Albrecht-Achilles-Krankenhaus: Sie will zu der Selbsthilfegruppe »Frauen mit Partner im Knast«. 18.30 bis 21.30 Uhr, 1. Stock, Raum 6, hat man sie am Telefon beschieden. Jetzt steht sie vor der Tür, aber der Raum ist verschlossen. Auf einem kleinen Zettel steht: »Bin in Raum 3, Anke.«

Aus Raum 3 dringt laute Musik, Männerstimmen. Wieherndes Gelächter auf die Frage, ob hier die Gruppe »Partner im Knast« tagt. Dann erklärt ein Tätowierter: »Nee, det is die Gruppe Entlassungshilfe.« Auf dem Korridor wird erst einmal tief Luft geholt. Aufgeben? Nein. In der Küche zuckt eine freundlich aussehende Frau die Achseln, empfiehlt, die Anschläge zu lesen. Dort steht aber auch nichts Neues. Eine Gruppe Frauen, die sich im Korridor unterhält, weiß ebenfalls keinen Rat. Jetzt sieht die Besucherin in jeden Raum. Wieder Fehl-anzeige.

Langsam verläßt sie der Mut. Eine halbe Stunde sucht sie jetzt schon vergebens. Eine Frau, die offensichtlich aus einem Büro kommt, weist sie unwirsch ab. »Keine Zeit!« Sie fragt noch einmal. »Das Büro ist geschlossen«, heißt es jetzt, »wenn Sie sich nicht zurechtfinden, müssen Sie eben während der Bürozeiten wiederkommen.« »Ja, aber ...«, wagt sie es noch einmal, bevor sie das Haus der Selbsthilfegruppen entmutigt verläßt.

Pflegeversicherung:

Private in den Startlöchern

Heimkosten zwischen 2000 und 3000 Mark monatlich sind für pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen selbst bei regelmäßigem Einkommen nicht zu finanzieren. Rund 2,5 Millionen Menschen sind bei uns nach Schätzungen durch Alter, Krankheit oder Unfall pflegebedürftig. Die laufende Diskussion um eine (gesetzliche?, staatliche? oder private?) Pflegeversicherung läßt die privaten Versicherungen nicht ruhen (vgl. dg 10/84). In den nächsten Monaten wollen sowohl die Lebensversicherer als auch die Privaten Krankenversicherungen (PKV) eigene »Angebote« auf den »Markt« bringen: die Le-

bensversicherer wollen eine Kombination aus »Pflegetagegeld, Leibrente und Sterbegeld« anbieten. Erreicht der Versicherte 80 Jahre, erhält er die Rente ausgezahlt. Stirbt er, erhalten die Angehörigen einen einmaligen Betrag in Höhe von zwei bis drei Jahresrenten.

Die PKV bietet eine Pflegetagegeldversicherung in Höhe von 50 Mark mit einem monatlichen Beitrag von 25 bis 35 Mark an, alternativ eine Pflegekrankenversicherung, die Pflegekosten von Heimen und Sozialstationen erstatten soll, mit zwanzigprozentiger Selbstbeteiligung.



Wie nun die Details der Angebote der PKV und Lebensversicherer schließlich aussehen und wie sie im »Markt« (Branchenjargon) ankommen werden: es bleibt doch der eigentliche Skandal, daß die gesetzlichen Krankenkassen und der Bundesgesetzgeber bisher keine Anstrengungen unternahmen, um den Pflegebedürftigen

einen Rechtsanspruch auf Finanzierung einer Pflege zugestehen, ohne daß wie bei der gegenwärtigen Finanzierung über die Sozialhilfe die Bedürftigkeit geprüft wird.

Preis: 5 Zeilen à 25 Anschläge
nur 5 DM. Jede Zeile mehr (25
Anschläge) 1 DM. Postkarte an:
'Demokratisches Gesundheits-
wesen', Siegburger Straße 26,
5300 Bonn 3

Suche **Vertreter** für 1-3 Mona-
te für kleine Allgemeinartzprax-
is am Bodensee. Praxisüber-
nahme nicht ausgeschlossen.
Bewerbungen unter Chiffre
030285 an dg, Siegburger Stra-
ße 26, 5300 Bonn 3

**Allgemeinartz/Psychothera-
pie** sucht Interessierte zum
Aufbau einer Gemeinschafts-
Gruppenpraxis ab Mitte 1985
oder Möglichkeit, in eine beste-
hende Praxis einzusteigen. Mi-
chael Cremer, Heckerstr. 5
6900 Heidelberg.

27. Februar — 1. März
DGVT-Workshop

Tübingen
Workshop der Deutschen Ge-
sellschaft für Verhaltenstherapie
Kontakt: DGVT, Postfach 1343,
7400 Tübingen, Tel. (070 71)
32697

1.—5. März
Symposium
Psychoanalyse

München
Internationales Symposium der
Deutschen Akademie für Psy-
choanalyse
Thema: Die Bedeutung von Arbeit
und Tätigkeit in der Psychiatrie
Kontakt: G. Ammon, Wielandstr.
27/28, 1000 Berlin 15

6.—8. März
Fortbildung
Sexualmedizin

Frankfurt am Main
9. Frankfurter Fortbildungskurs
für Sexualmedizin
Thema: Der Arzt, sein Patient und
das sexuelle Symptom
Kontakt: Prof. V. Sigusch, Abt. f.
Sexualwiss., Theodor-Stern-Kai 7,
6000 Frankfurt 70, Tel. (069)
63 01 7614

7.—9. März
Tagung Dialysepflege

Ulm
10. Internationale Dialysefacha-
gung für Krankenschwestern
und -pfleger
Kontakt: Prof. Franz, Sektion Ne-
phrologie, Steinhövelstr. 9, 7900
Ulm, Tel. (07 31) 179 23 27

Kleinanzeigen

Ich bin **Kinderkrankenschwe-
ster** mit Erfahrung in Kranken-
gymnastik und suche eine be-
rufliche Alternative zum Klinik-
betrieb in Gemeinschaftspraxis
oder bei Krankengymnast/in im
Bonn/Köln Raum.
Eva Malewski, Bonner Str. 93,
5300 Bonn 2, Tel. (02 28)
31 73 92

Suche **Kinderarzt/-ärztin** als
Partner/in in bestehender Allge-
meinpraxis mit ca. 50% Kinder-
anteil. Kontakt: Gunar Stempel,
Virchowstraße 34, 2850 Bre-
merhaven-G., Tel. (04 71) 2 72 72

9./10. März
Rettungssanitäter

Frankfurt
Notfallsymposium des Berufs-
verbandes der Rettungssanitäter
Kontakt: Hans Neukirchinger, Su-
detenring 14, 6072 Dreieich 1, Tel.
(061 03) 3 32 21

11.—14. März
Tagung Ergotherapie

Karlsruhe
Jahresfachtagung des Verban-
des der Beschäftigungs- und Ar-
beitstherapeuten
Kontakt: Verband der Beschäfti-
gungs- und Arbeitstherapeuten,
Postfach 12, 3134 Bergen/Dumme

23. März
Zivilschutz-Tagung

Essen
Zivilschutz für Euroshima?
Fachtagung gegen das geplante
Zivilschutzgesetz
Ort: ehem. Päd. Hochschule, Hen-
ri-Dunant-Straße, 4300 Essen 1
Anmeldung: Siehe Rückseite die-
ses Heftes

21.—23. März
Medizinsoziologie

Hannover
Medizinsoziologische For-
schung in der BRD — Versuch
einer Bilanz
Kontakt: Akademie für Sozialmedi-
zin, Konstanty-Gutschow-Str. 8,
3000 Hannover 1, Tel. (0511)
532 54 08

Gesundheitsbrigaden für Nicaragua

Wir suchen dringend

AB SOFORT

evtl. auch später für einen
mindestens 6 monatigen
Einsatz im Rahmen
unserer Projekte in
Nicaragua

— **ÄRZTE/INNEN**
— **KRANKENSCHWESTERN**
— **/-PFLEGER**

(möglichst m. Fachausbildung)

Kontakt: Gesundheitsladen Berlin, Greisenaustr. 2, 1000 Berlin 61 - Tel. 030/693 20 90

Nach über 5 Jahren Uni-Klinik
muß jetzt endgültig Schluß
sein. Suche deshalb dringend
ein neues Aufgabengebiet im
Bereich fortschrittlich-alternativer
Gesundheitspflege bzw. Prä-
ventivmedizin, wo ich als **Kran-
kenpfleger** mitarbeiten kann.
Bewerbungen unter Chiffre
010185 an dg, Siegburger Str.
26, 5300 Bonn 3.

Zahnmedizinisches Basisesundheitsprojekt

Für PHC-Projekt in Acoma-
yo/Peru (drei Stunden Autofahrt
von Cuzco entfernt) wird ab Juli/
August 85 Zahnarzt/in bzw.
Student/in (höheres klin. Seme-
ster gesucht. Tel. (040)
420 23 44 (Hans-Jürgen) nach
19.00 Uhr

Termine

13.—15. Mai
Tagung »Eßstörungen«

Malnz
Fachtagung: »Eßstörungen«.
Ambulante und stationäre Be-
handlungsmöglichkeiten.
Kontakt: Verband ambulanter Be-
handlungsstellen für Suchtkran-
ke/Drogenabhängige, Karlstr. 40,
7800 Freiburg, Tel. (07 61)
20 03 63/9

29.-31. März
Tagung AG SPAK

Göttingen
Tagung: Finanzierungsprobleme
therapeutischer Wohngemein-
schaften des Projektbereichs
psychisch Kranke der AG SPAK.
Kontakt: Karl-Ernst Brill, Petri-
kirchstr. 14, 3400 Göttingen

15.—27. April
Psychotherapiewochen

Lindau
35. Lindauer
Psychotherapiewochen
Kontakt: Sekretariat der Lindauer
Psychotherapiewochen, Orlan-
dostr. 8/IV, 8000 München 2, Tel.
(089) 29 25 22

14.—19. Mai
Mannheimer Kreis

Kaufbeuren/Allgäu
Mannheimer Kreis-Tagung 1985
Thema: Was heißt eigentlich Fort-
schritt?
Kontakt: Detlef Klotz, DGSP, Post-
fach 1406, 3000 Hannover 1, Tel.
(05 11) 80 01 85

8.—10. Mai

Bonn/Hennef
Arbeitssicherheit bei neuen
Technologien
Kolloquium zu Arbeitssicher-
heitsfragen bei Automatisierung
und neuen Techniken
Kontakt: Berufsgenossenschaftli-
ches Institut für Arbeitssicherheit,
Lindenstraße 80, 5205 St. Augu-
stin, Tel. (02 241) 2 31-0

20./21. Juni
Kongreß
Katastrophenmedizin

Frankfurt
3. Kongreß der Deutschen Ge-
sellschaft für Katastrophenme-
dizin, Alte Oper
Leitthema: Probleme beim Mas-
senanfall von Kranken und Verletz-
ten Auskunft u. Anmeldung: OA Dr.
E. März, Chir.-Klinik Kr.-hs. Nord-
west, Steibacher Hohl 2-26, 6 Fm
90, Tel. (069) 7 60 12 35.

Die Ware »Gesundheit« wird nicht selten fehlerhaft geliefert: schlampig verarbeitet, unpünktlich oder angeschimmelt.

Umtausch ist nicht möglich — auch nicht unter Vorlage des Kassenzettels. Die Verbraucherorganisationen sind schwach, oft untereinander und sogar in sich zerstritten. Die großen Einkaufsgesellschaften zeigen an effektivem Warentest wenig Interesse.

Ulli Raupp hat die vielen dunklen Ecken in der Patientenschutz-Szene beleuchtet.

Ein Sumpf mit

Patientenschutz in

Ein Schwindler sind Sie, wir werden uns vor Gericht wiedersehen! Sie nutzen uns ja nur aus!« schrie Frau H. ihr Gegenüber an. Der Arzt Christian Zimmermann blieb zunächst ganz ruhig. Als Frau H. aber weiter auf ihn ein-drang, verlor er auch die Fassung. »Halten Sie endlich Ihren Mund. Sie sind wohl hysterisch«, herrschte er sie an. Wie zwei Kampfhähne standen sie sich gegenüber.

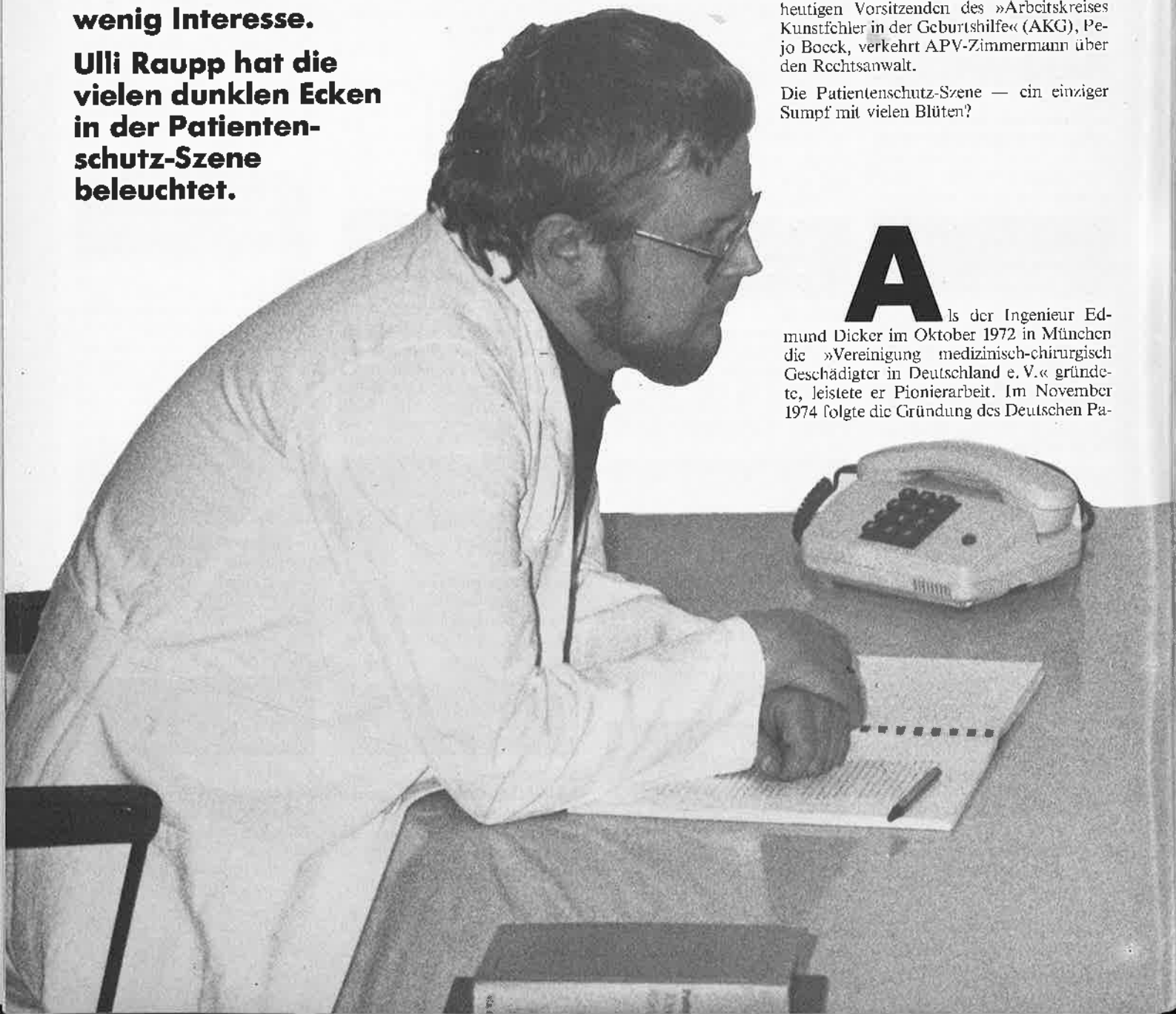
Die Szene ereignete sich am 18. November 1983 auf der Veranstaltung »Welche Rechte habe ich als Patient?« in der Uni Hamburg. Frau H. fühlte sich falsch behandelt — und betrogen. Zimmermann war allerdings keineswegs ihr behandelnder Arzt. Er ist Mitbegründer, Gutachter und Motor des »Allgemeinen Patientenverbandes« (APV).

»Wir haben bisher über 300 Kunstfehlerfälle bearbeitet und betreut, mit unterschiedlichem Erfolg«, erzählt Zimmermann nicht ohne Stolz und verweist auf die mitgebrachten Gutachten, die er zur Ansicht ausgelegt hat. Aber er hat auch Probleme. »Die meisten Leute wollen nur ein Consulting-Unternehmen. Solidarische Zusammenarbeit liegt denen fern. Kaum haben sie ihr Geld im Sack, treten sie bei uns wieder aus.«

Auch untereinander sind die Schutzbünde sich nicht immer grün. So bezeichnet der APV die »Deutsche Patientenschaft« mit Sitz in Kassel als ein »Schwindelunternehmen« und ihren Vorsitzenden Luitpold Graf Lusi als »Betrüger«. Die »Allgemeine Deutsche Patientenorganisation« (ADPO) will mit allen anderen nichts zu schaffen haben. Und mit dem ehemaligen APV-Mitglied und heutigen Vorsitzenden des »Arbeitskreises Kunstfehler in der Geburtshilfe« (AKG), Pejo Bock, verkehrt APV-Zimmermann über den Rechtsanwalt.

Die Patientenschutz-Szene — ein einziger Sumpf mit vielen Blüten?

Als der Ingenieur Edmund Dicker im Oktober 1972 in München die »Vereinigung medizinisch-chirurgisch Geschädigter in Deutschland e. V.« gründete, leistete er Pionierarbeit. Im November 1974 folgte die Gründung des Deutschen Pa-



vielen Blüten

der Bundesrepublik

tientenschutzbundes mit Sitz in Köln (heute in Bonn). Zu dieser Gründung merkte der Deutsche Verbraucherschutzbund an, daß der DPS »gleich mit so viel Vorschußlorbeeren an die Öffentlichkeit trat, daß wahrhaftig zu überlegen war, wie die Ärztekammern das Gutachterwesen in eigener Regie behalten könnten«.

Wenn die Ärztekammern heute die Einrichtung ihrer Gutachter- und Schlichtungsstellen als eigene Leistung feiern, die erforderlich war, um »das im Interesse aller Beteiligten notwendige vertrauensvolle Arzt-Patient-Verhältnis von falschen Emotionen zu befreien«, so legt eine historische Rückschau durchaus noch andere Begründungszusammenhänge nahe.

Knapp ein Jahr nach der Gründung der Münchner Vereinigung verbreitete der damalige Präsident der Bundesärztekammer H.J. Sewering im »Gesundheitsmagazin Praxis« des ZDF die Idee von der Errichtung der Schlichtungsstellen. Ganz zufällig war es wohl auch nicht, daß ausgerechnet die bayerische Landesärztekammer im April 1975 eine erste Gutachter- und Schlichtungsstelle gründete. Auch die zweite Stelle, die »Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein«, wurde nur kurze Zeit nach der Gründung des DPS in Köln aus der Taufe gehoben. Nach ihrem Muster wurden alle weiteren Stellen eingerichtet. Heute sind es insgesamt sieben.

Als Hauptmotiv für die Einrichtung der Schlichtungsstellen wird wachsendes kritisches Patientenverhalten angeführt — und nicht, Hilfe und Gerechtigkeit für Geschädigte zu institutionalisieren. Gisela Heimbach, Medizinsoziologin und Doktorandin an der Universität Marburg, die seit Jahren die Patientenschutzszene durchleuchtet, hat

die ärztlicherseits angeführten Gründe für die Entstehung des »kritischen Patientenverhaltens« gesammelt:

- »allgemein kritischere Haltung des Menschen«,
- »die Tatsache, daß die Menschen nicht mehr bereit sind, Schicksalsschläge — also auch Krankheiten — hinzunehmen«,
- »generelle Vorwürfe gegen Ärzte wie Profitgier und unpersönliche Behandlung«,
- »oft sensationell erörterte Behandlungsfehler«,
- »weitverbreitetes Anspruchsdenken« und ähnliches mehr.

Bei solchen Begründungen wundert es nicht, wenn als Konsequenz auch noch von einer »sich ausbreitenden krankhaften Prozeßsucht in der Bevölkerung« gesprochen wird.

Entsprechend kritisch ist das Verhältnis der Patientenschutzbünde zu den Kommissionen der Ärztekammern. DPS-Vorsitzender Dr. Voelkner zu dg: »Was haben die Schlichtungsstellen bisher erreicht? Das Entstehen der 'Krähentheorie' in der Bevölkerung, die besagt, daß der für die Schlichtungsstelle gutachtende Arzt dem beklagten Kollegen 'kein Auge auskratzt'.«

Tatsächlich sind in Aufbau und Arbeitsweise der fünf Gutachterkommissionen und zwei Schlichtungsstellen der Kammern einige »Krähentatzen« zu finden, die diesen Verdacht erhärten. Zwar geben sich die Kommissionen in ihrem Statut noch neutral. Aber in den Entscheidungsgremien sind die Ärzte mit großer Majorität vertreten. Nur in den beiden Schlichtungsstellen — Bayern und Norddeutschland — können sich die Betroffenen durch die Entsendung eines vertrauten Arztes oder Juristen vertreten lassen. Im

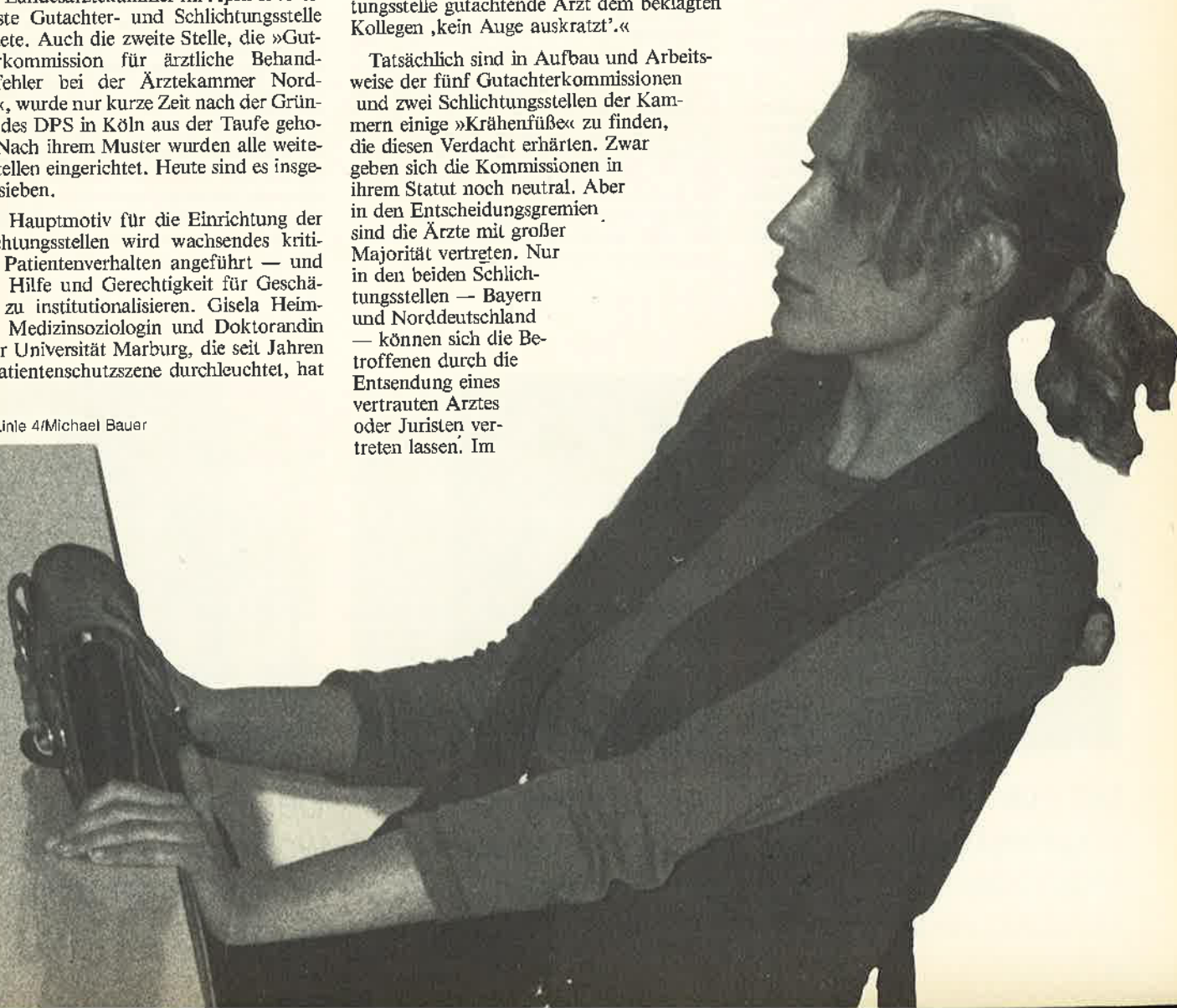
übrigen werden die Beteiligten von den Landesärztekammern bestimmt. Und — es besteht kein Anspruch auf Begutachtung oder Schlichtung. Kurz: die Stellen dürfen es sich aussuchen.

Auch die Verfahrensvoraussetzungen sind kritikwürdig: So darf allgemein kein Urteil oder Vergleich in derselben Sache vorliegen, noch darf ein gerichtliches oder staatsanwaltschaftliches Verfahren schweben — und die Ansprüche dürfen nicht länger als fünf Jahre zurückliegen.

Daß die Einschränkungen nicht durch die »krankhafte Prozeßsucht« provoziert sein können, belegen offizielle Zahlen der Bundesärztekammer, die Gisela Heimbach zusammengestellt hat: So sind im Jahre 1981 an alle Stellen zusammen 2258 Anträge neu gestellt worden. Von 2216 Fällen, die als »erledigt« bezeichnet werden, haben die sieben Stellen im gleichen Jahr aber nur 1283 zur Sachentscheidung angenommen. Davon wurde in 341 Fällen ein Behandlungsfehler bejaht, in 922 Fällen verneint und in 20 Fällen eine »Alternativentscheidung« gefällt.

So antworten denn auch maßgebende Vertreter der Gutachterkommission Nordrhein ganz unverhohlen auf die Frage, wer denn durch die Kommissionen hauptsächlich begünstigt sei: »Das ist doch der ange-

Foto: Linle 4/Michael Bauer



griffene Arzt. Nicht nur dann, wenn der Vorwurf, wie überwiegend, unbegründet ist, wird ihm mehr als nur Zeit und Kosten durch die Tätigkeit der Kommission erspart.«

Daß die Kommissionen eines ihrer verkündeten Ziele erreicht hätten, einem geschädigten Patienten möglichst unbürokratisch und kostenlos zu seinem Recht zu verhelfen, behaupten allenfalls die Ärzte und ihre Kammern selber. Wenn jährlich rund 6000 Haftpflichtfälle nach ärztlichen Behandlungsfehlern den Versicherungen gemeldet werden, wie der APV in seiner Verbandszeitung schreibt, und die Dunkelziffer um ein Vielfaches höher vermutet wird, dann bekommen die Kommissionen nur einen reichlich kleinen Ausschnitt serviert. Auch ein zweites Ziel, zwar nicht offiziell formuliert, aber vom DPS-Vorstand öffentlich vermutet, nämlich die »Neutralisierung der Gründungswelle« von Patientenorganisationen, konnte nicht erreicht werden.

Im Gegenteil. Der DPS beispielsweise verzeichnet zunehmende Fallzahlen: über 1500 im Jahr 1983. Neue regionale und überregionale Organisationen, Arbeitskreise und Patientenstellen bei Gesundheitsläden wurden gegründet, die Patientenschutzbewegung erlebte gerade Anfang der achtziger Jahre einen deutlichen Höhepunkt. Aber hat sie es geschafft, ihren Anspruch zu erfüllen?

Allein die Namen derer, die überregional Patienteninteressen zu vertreten vorgeben, klingen gewaltig: »Allgemeiner Patientenverband« (APV), »Deutscher Patientenschutzbund« (DPS), »Allgemeine Deutsche Patientenorganisation« (A.D.P.O.). Die Wirklichkeit unterscheidet sich erheblich. Die A.D.P.O., mit F.D.P.-

Wir wollen Sicherstellung und Schutz einer in ihrem therapeutisch-wirtschaftlichen Gefüge freiheitlich und selbständig arbeitenden Ärzteschaft.

Dr. Kaatz, Pressesprecherin der Allgemeinen Deutschen Patientenorganisation

bekannten Punkten versehen und Bundesadler mit Ärzteschlange im Vereinswappen, wirbt großspurig: »Millionen Bundesbürger haben darauf gewartet, viele sprechen darüber, endlich ist es so weit, die Landesorganisation der Patienten ist da!«

Dabei scheint sie dem ärztlichen Stand näherzustehen als Patienteninteressen. Auf die dg-Anfrage nach Satzung, Mitgliedern und aktuellen Patientenschutzaufgaben reagiert sie nicht, wohl aber gibt die Pressesprecherin des Verbandes, die Ärztin Dr. M. Kaatz, seitenlange Interviews in der »Ärztlichen Praxis« und wirbt auf Veranstaltungen der Ärzte-Lobby »Marburger Bund«. Sicherlich

einzigartig steht dieser Verband auch da mit seiner in der Satzung verankerten Forderung nach »Sicherstellung und Schutz einer in ihrem therapeutisch-wirtschaftlichen Gefüge freiheitlich und selbständig arbeitenden Ärzteschaft.«

Der DPS, ältester unter den überregionalen und fachübergreifenden Bündeln, hat sich nach forschem Blitzstart schnell sein eigenes Grab ausgehoben. Kommentar von Insidern: »Leider kam es bereits nach kurzer Tätigkeit zu schwerwiegenden Zerwürfnissen unter den Vorstandsmitgliedern, die zu endlosen Streitereien führten und zur Gaudi der ärztlichen Standesvertretung auch noch in aller Öffentlichkeit ausgetragen wurden.« Daß es dann doch nicht zur Beerdigung kam, ist dem selbstlosen Einsatz eines Mitglieds, des Bundesbeamten Dr. Voelkner, zu verdanken, der den Bund quasi an den eigenen Haaren aus dem Sumpf zog und seither als Präsident und Motor fungiert.

Erfolgsrezept des Bundes ist weder eine starke Mitgliederbasis (knapp 1000), noch eine krisenfeste Finanzsituation, sondern eine Liste renommierter Mediziner aus jedem Fach und spezialisierter Rechtsanwälte im Bundesgebiet, die, so Voelkner, »es sich leisten können, objektiv zu urteilen und nicht ärztfreundlich«. Aus dieser Liste wird dem ratsuchenden Patienten, nach Zahlung des Aufnahme- und des Mitgliedsbeitrags für ein Jahr (30 bzw. 60 Mark), der eine oder andere Spezialist benannt.

Doch die wichtige Gutachterliste ist zugleich auch die Achillesferse des Verbandes. Sie darf nicht öffentlich werden. Würde sie es, so Dr. Voelkner, »hätten wir am nächsten Tag keinen Gutachter mehr, der noch objektiv urteilen würde. Er wäre enttarnt.« So hat der DPS etwas Geheimbündlerisches, ein Umstand, der notwendig einer demokratischen und wirkungsvoll dezentralen Organisation im Wege steht. Die Ausrichtung auf den Bürositz Bonn und den Präsidenten Voelkner ist sicher mit eine Ursache dafür, daß gesundheitspolitische Überlegungen des



Christian Zimmermann, Vorstandsmitglied und Gutachter des Allgemeinen Deutschen Patientenverbandes (APV)

Mit Häme ungeliebte Mitglieder verabschiedet



Dr. M. Kaatz, Pressesprecherin der Allgemeinen Deutschen Patientenorganisation (ADPO)

Dem ärztlichen Stand näher als den Patienten



Nur ein unscheinbares Klingelschild verrät die Anschrift des Deutschen Patientenschutzbundes (DPS) — Im Haus des »Corps Rhenania« an der Bonner Adenauerallee

Der Präsident wollte sich nicht fotografieren lassen

Verbandes, etwa zur Ärztausbildung oder Pharmakotherapie, mangels motivierter Aktivisten kaum in die Öffentlichkeit gebracht werden.

Auch der APV mit Sitz in Marburg gilt nicht als leuchtender Stern am Demokratiehimmel. In dem ehemaligen Assistenzarzt der Marburger Uni-Anästhesie Christian Zimmermann hat er eine schillernde und umstrittene Galionsfigur. Ihm wird nachgesagt, er verstehe es, mit Häme, Sarkasmus und verbalen Tiefschlägen, bisweilen sogar mit juristischem Einsatz, ungeliebte Mitglieder oder gar Vorstandskollegen aus dem Verband zu verabschieden. Zimmermann, Vorstandsmitglied seit der Gründung und wissenschaftlicher Beirat sowie Kenner der Vereinskonten, gutachtet selbst und hat sich so dem Verdacht ausgesetzt, den Verein nur als Hülle für eine Erwerbstätigkeit zu brauchen. »Gute Literaturgutachten macht er«, bescheinigt ihm sein ehemaliger Vereinskollege Pejo Boeck.

Zimmermann formuliert auf Gesundheits- und Selbsthilfetagen auch weitergehende politische Ziele. Als diskussionswürdig gilt vor allem seine Idee von einem »Forschungszentrum für Behandlungsfehler und Medizin-schäden«, öffentlich finanziert und mit angestellten Ärzten und Juristen.

Diese Idee ist schon 1978 auf dem Juristentag in Wiesbaden und 1979 in einem Buch des Rechtsanwalts Dr. Bernhard Giese verbreitet worden. Giese, früher bei der Kunstfehler-Gutachterstelle von Professor Hackethal, betreibt mit einigem Erfolg das Institut für Kunstfehlerbegutachtung in Tübingen und erstellt dort Privatgutachten zu erträglichen Preisen (Vorgutachten: ca. 500 Mark, Gutachten: 1500 bis 4000 Mark). Für Zimmermanns APV, der zu ähnlichen Preisen gutachtet, scheint er eher zur ungeliebten Konkurrenz zu gehören: »Leider sind uns so viele Beschwerden über dieses Institut zugegangen, daß wir von weiteren Empfehlungen Abstand nehmen.«

“

Der Patient muß befähigt werden, seine Interessen selbst wahrzunehmen.

”

H. Kaplanek, Psychologin, Patientenstelle beim Gesundheitsladen München

W

ährend die großen, überregionalen und fachübergreifenden Patientenverbände durch politische, persönliche, arbeitsmäßige oder kommerzielle Schwierigkeiten blockiert sind, effizient und vor allem demokratisch strukturiert Patienteninteressen wahrzunehmen, gehen die Gesundheitsläden mit ihren Patientenstellen einen ganz anderen Weg. Die hier tätigen Sozialarbeiter, Psychologen, Ärzte, Pflegekräfte, Hebammen u. a. haben erkannt, daß die Vereinsmeierei mit beitragspflichtigem Mitgliederstatus für Ratsuchende und mehr oder weniger ehrenamtlichem Dienstleistungseinsatz weitgehend perspektivlos und politisch meist unsinnig ist.

Hanna Kaplanek, die als Psychologin den Full-time-Job in der Patientenstelle beim Gesundheitsladen München ausfüllt, stellt

klar, daß es ihr wesentlich darum geht, dem Ratsuchenden die Informationen, Hilfestellungen oder Adressen an die Hand zu geben, die ihn befähigen, dann selbst seine Rechte durchzusetzen. Und das fängt eben nicht erst beim Behandlungsfehler an, sondern dort, wo der Patient unzufrieden darüber ist, daß sein Hausarzt nicht die unerwünschten Wirkungen eines verordneten Medikaments mit ihm besprochen hat. Hier besprechen die Mitarbeiter der Patientenstelle dann nicht diese Wirkungen mit dem Patienten, sondern informieren ihn über sein Anrecht auf Aufklärung durch seinen Hausarzt und bestärken ihn darin, den Arzt noch einmal aufzusuchen.

Einen wesentlichen Teil ihrer Arbeit macht für die Patientenstelle auch ein eigener Kurs (»Der mündige Patient — krank, aber nicht ausgeliefert«) an der Münchner Volkshochschule aus, der im Herbst 1983 erstmals lief. Konsequenterweise sehen die Gesundheitsläden ihre Arbeit auch nicht als ehrenamtlichen Samariterdienst, sondern wollen für ihren bitter nötigen »kommunalen Gesundheitsdienst« auch öffentliche Finanzen. Mehr als das Zugeständnis einer Arbeitsbeschaffungsstelle durch das Arbeitsamt ist jedoch noch nicht erreicht.

Aber nur wenige Gesundheitsläden hatten bisher den notwendigen langen Atem für erfolgreiche Patientenarbeit.

Einen dritten, für die derzeitigen Bedingungen anscheinend erfolgreichen Weg, mit überregionalem Auftreten und mit politischem Anspruch, hat der »Arbeitskreis Kunstfehler in der Geburtshilfe« (AKG) beschritten. Der ehemalige Arbeitskreis im APV, von den selbst betroffenen Eltern Boeck und Schiermebeck ins Leben gerufen, wurde im November 1982 eingetragener Verein. Die Folge war der Ausschluß Boecks aus Zimmermanns APV. Das Erfolgsrezept des AKG ist so einfach wie bemerkenswert: eine transparente, demokratische Vereinsstruktur, die aktive Mitarbeit unterstützt und nicht geheimbündlerisch Informationen hor-

Foto: dpa



Prof. Hans Joachim Sewering, Präsident der Bayerischen Landesärztekammer



Pejo Boeck (mit Tochter), Vorsitzender des Arbeitskreises Kunstfehler in der Geburtshilfe (AKG)



Gisela Helmbach, Medizinsoziologin, Marburg

Patientenschutz-bünde neutralisiert

In kurzer Zeit bemerkenswerte Erfolge

Ärzte majorisieren Gutachterstellen

tet, konsequent begonnene Dezentralisierung und Regionalisierung des Angebots durch die Arbeit der Mitglieder; eine Programmatik, die auf dem Selbsthilfegedanken aufbaut und über den Tag des Fehlerprozesses hinausreicht; gut geplante und sehr effiziente Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, die nicht reißerisch am Einzelfall klebt, sondern systematisch Zusammenhänge aufzeigt.

So kann der AKG in seiner zweijährigen Vereinsgeschichte bereits einige Erfolge vorweisen: fast 500 Mitglieder — und nicht nur Karteileichen — trotz enger fachlicher Begrenzung; erhebliche Presseresonanz, besser als bei jeder anderen Patientenvereinigung, die etwa dazu geführt hat, daß eine verbreitete, aber gefährliche Betäubungsmethode unter der Geburt inzwischen auch vom Bundesgesundheitsamt und von der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe sehr eingeschränkt wurde.

Das Setzen auf die Karte Öffentlichkeit hat auch ein Stück Waffengleichheit in der Auseinandersetzung mit den Ärztekammerkommissionen hergestellt, meint Pejo Boeck nicht ohne Stolz und fügt hinzu: »Wenn sich heute Geschädigte auf den AKG berufen, bekommen sie sorgfältigere Gutachten und eine zügigere Bearbeitung.« Der AKG setzt auf den offiziellen Weg über die Gutachterstellen der Ärztekammern und gibt seinen Mitgliedern alle Informationen und Hilfen an die Hand, um den Weg durch den Bürokratiedschungel zu finden.

Einen Weg aus der Misere des Patientenschutzes weist ein Urteil des Bundessozialgerichts vom 22. Juni 1983 (Aktenzeichen 6 RKA 3/81), erstritten vom Landesverband der Betriebskrankenkassen Nordrhein-Westfalen. Hier wurde letztendlich für Recht befunden, daß die Ver-

treter der Krankenkassen, die paritätisch in den sogenannten Prüfungsausschüssen der Kas- senärztlichen Vereinigungen sitzen, im Rahmen ihrer Prüfungsaufgaben auch dem Behandlungsfehlerverdacht nachgehen können. Sie haben sogar ein nicht unerhebliches finanzielles Interesse, da der Nachweis eines Fehlers dem Arzt oder dem Krankenhaus die Folgekosten für verpfushtes Handwerk angelastet werden können. Auch müßte den Kassen prinzipiell daran gelegen sein, für ihre beitragszahlenden Klienten optimalen Schutz zu organisieren.

Beim Patientenschutz zeigen die Kassen die kalte Schulter.

P.-J. Boeck, Vorsitzender des Arbeitskreises Kunstfehler in der Geburtshilfe

»Wir haben das mit mehreren Eltern und bei verschiedenen Kassen versucht«, sagt Pejo Boeck. »Es läuft nicht, die Kassen zeigen die kalte Schulter.«

Nach telefonischem Rundruf bei verschiedenen Landes- und Bundesverbänden von Kassen verdichten sich vage gehaltene Vermutungen zum Verdacht: »Als Vertragspartner (gemeint sind Ärzte und Kassen) schlägt man sich doch in gemäßigter Form; »auf

den lokalen Ebenen bestehen, vorsichtig ausgedrückt, Verbindungen zwischen den Ärzten und den Kassen«; »unsere Vertreter in den Ausschüssen haben sicher viel Manschetten und fühlen sich nicht kompetent«.

Pressereferenten und Justitiare der übergeordneten Verbandshierarchie, sie alle kennen das Urteil, aber Beispiele für seine Anwendung haben Seltenheitswert. Es gibt sie immerhin. »Ich kann kein Verständnis dafür haben, wenn eine Kasse das Urteil nicht ausnutzt«, so Herr Karnin von der AOK Berlin. »Wenn Patienten Hinweise auf Behandlungsfehler geben, muß man von seiten der Kasse versuchen, das durchzuziehen.« Erfrischende Bemerkungen des Referenten beim Leiter der Prüfungsabteilung Ärzte.

Daß es keine leeren Behauptungen sind, erläutert er an der Tatsache, daß die Berliner Ortskrankenkasse etwa ein Dutzend einschlägige Prozesse führt. Schon vor dem Urteil haben die Berliner damit angefangen. »Das Urteil hat uns natürlich sehr gefreut und uns in unserer Arbeit bestätigt, aber trotzdem sind solche Sachen immer ein Glücksspiel«, schränkt Karnin ein. Noch ist kein Prozeß endgültig abgeschlossen.

Auch der Justizassessor Lücking, der als Beauftragter der NRW-Betriebskrankenkassen das Urteil beim Bundessozialgericht erfocht, kann keinen unbegrenzten Optimismus verbreiten: »Erst vor wenigen Tagen hat die zweite Verwaltungsinstanz nach dem Prüfungsausschuß, der Beschwerdeaus-schuß, entschieden, daß in der Sache, um die es damals ging, doch keine Behandlungsfehler vorgelegen haben sollen. Natürlich werden wir als Kasse nun durch alle gerichtlichen Instanzen gegen die Ausschlußentscheidung klagen, weil es ums Prinzipielle geht.«

Die Versicherte ist kürzlich verstorben, und der Arzt ist nun auch schon pensioniert. □

Patientenschutz? Gibt's nicht!

Kommentar von Ulli Raupp

Wenn du schuldhaft falsch behandelt oder nicht genügend aufgeklärt wirst, bist du nicht geschützt. Aber — wirst du einwenden — es gibt doch schließlich die Gutachter- und Schlichtungsstellen bei den Ärztekammern, Patientenschutzverbände, Patienten-hilfe, Krankenhausombudsmänner, engagierte Klinikseelsorger, Patientenstellen und und und ...?

Na, und? Was sind denn das für »Gutachterstellen«, bei denen weder Patientenvertreter mitentscheiden dürfen, noch der Geschädigte überhaupt einen Anspruch auf ein Gutachten hat? Wer weiß denn überhaupt, was ein Krankenhausombudsmann ist, hast du mal einen gesehen? Wieviele lokale Patientenstellen gibt es denn — nicht mehr als fünf in der ganzen Republik! Patientenschutzverbände, zumindest die meisten, geben sich redlich Mühe, aber auch sie sagen offen, wer den Weg zu ihnen findet: die Lehrer, der Psychologiestudent, die Krankenschwester, der Beam-

te ... kritische Mittelständler in der Mehrheit, die einmal überhaupt in der Lage sind, zu erkennen, daß da was falsch läuft, und dann auch noch die Vorbildung und den Mut haben, dagegen anzugehen. Wenn die ihr Recht bekommen und sie dabei bei denen, die sich im Patienteninteresse engagieren, Hilfen finden, freut es mich, aber das kann mein Maßstab nicht sein! »Waffengleichheit« fordern engagierte Patientenschützer. Aber was soll der Blinde mit dem Revolver gegen den ausgebildeten Scharfschützen erreichen? Ich will mehr. Ich will ein öffentlich gefördertes »Behandlungsfehlerinstitut«, personell unabhängig und gut ausgestattet, an das sich jedermann kostenlos wenden kann, und das sich durch Fehlerforschung und unabhängige Begutachtung in Kürze einen Namen macht, den jeder kennt. Ich will, daß die Krankenkassen endlich aufwachen, sich kompetent machen, und sich trauen, Patientenrechte wahrzunehmen. Daß sie, wie es ihnen zusteht, Hinweisen auf schuldhaft verursachte Fehler auch nachgehen. Ich

will kommunal organisierte und finanzierte Patientenstellen, an die sich jeder wenden kann, der irgendwie mit dem Medizinsystem nicht zurecht kommt.

Zuviel gefordert? Dann sieh dir doch mal an, wie die »Heiler und Helfer« organisiert sind. Und über die psychiatrischen Patienten habe ich noch kein Wort verloren. Dabei benötigen die sogar jemanden, der zu ihnen geht, weil sie noch nicht einmal den ersten Schritt tun können.

»Die Bundesregierung hat keine ausreichenden Anhaltspunkte dafür, daß Patienten bei schuldhaft verursachten Fehlern in der Diagnose und der Therapie auf dem Rechtsweg gerechtfertigte Ansprüche nicht durchsetzen können. (...) Ärzte, die ängstlich geworden sind und eingeklemmt sind zwischen Schadensersatzansprüchen und berufsrechtlichen Schwierigkeiten, werden möglicherweise aus dieser Ängstlichkeit heraus daran gehindert, etwas für den Patienten zu tun, was für ihn mit einem gewissen Restrisiko behaftet ist, was aber für ihn letztendlich auch von Vorteil sein könnte.«

So weit unser Gesundheitsminister Heiner Geißler, gegen den diese Forderungen durchgesetzt werden müssen!



Adressen

Patienten-Organisationen

überregional

Allgemeiner Patientenverband
(apv)
Postfach 1126
3550 Marburg 1

Arbeitskreis Kunstfehler
in der Geburtshilfe (AKG)
Bremerstraße 19
4600 Dortmund 1
Telefon (02 31) 52 58 72

Deutscher Patientenschutzbund
(dps)
Adenauerallee 94
5300 Bonn 1
Telefon (02 28) 21 88 01

Verein Medizinisch-Chirurgisch
Geschädigter
c/o Edmund Dicker
Landsbergerstraße 265
8000 München 21
Telefon (089) 5 80 37 83

Institut für
Medizinschaden-Begutachtung
Dr. B. Giese
Haaggasse 26
7400 Tübingen
Telefon (0 70 71) 2 29 00

lokal

Patientenstelle Berlin
c/o Helga Schmidt-Baldewin
Ruhrstraße 16a
1000 Berlin 31

Patientenstelle Hannover
Stärkestraße 15
3000 Hannover 91
Telefon (05 11) 44 59 96

Patientenstelle Lübeck
Kreuzweg 9
2400 Lübeck
Telefon (04 51) 8 53 89

Patientenstelle München
Reisingerstraße 13
8000 München 2
Telefon (089) 2 60 72 23

Gesellschaft für Patientenhilfe
Müggenkamp 77
2000 Hamburg 19
Telefon (040) 4 90 36 60

Gutachter- und Schlichtungs- stellen

Ärztekammer des Saarlandes
Faktorelstraße 4
6600 Saarbrücken 3
Telefon (06 81) 4 00 31

Landesärztekammer Baden-
Württemberg
Jahnstraße 40
7000 Stuttgart 70
Telefon (07 11) 76 50 24

Ärztekammer Westfalen-Lippe
Kaiser-Wilhelm-Ring 4-6
4400 Münster i.W.
Telefon (02 51) 37 50-0

Ärztekammer Nordrhein
Tersteegenstraße 31
4000 Düsseldorf 30
Telefon (02 11) 4 30 21

Landesärztekammer Hessen
Broßstraße 6
6000 Frankfurt am Main
Telefon (069) 79 48 01

Bayerische Landesärztekammer
Mühlbauerstraße 16
8000 München 80
Telefon (089) 41 47-1

Ärztekammer Niedersachsen
Berliner Allee 20
3000 Hannover 1
Telefon (05 11) 34 90-1
(für Niedersachsen, Berlin, Bre-
men, Hamburg, Schleswig-
Holstein)

»Auch möchte ich ein

Mit siebzehn Jahren begann ich im April 1976 meine Ausbildung in der Kinderklinik Köln, Amsterdamer Straße 59, 5000 Köln 60. Neben der ständigen Händedesinfektion mit Sterillium wurde zur Flächendesinfektion das Formalinpräparat »Korsolin« angewendet. Zu letzterem will ich genauere Ausführungen — so weit sie mir noch in Erinnerung sind — machen. Korsolin in konzentrierter Form stand in Kanistern auf den Stationen für den Gebrauch zur Verfügung. Das Mischungsverhältnis mit Wasser für die entsprechende Desinfektion von Böden, Einrichtungsgegenständen und medizinischen Geräten stand auf der am Kanister angebrachten Bedienungsanleitung.

Unsere Sorglosigkeit bei dem Umgang mit Korsolin zeigte, daß die Dosierung des Desinfektionsmittels nicht hinterfragt, nur in unzureichendem Maß der Anleitung entsprechend angewendet wurde und das Prinzip der Schußmethode vorherrschte.

Bereits nach einem dreiviertel Jahr zeigten sich bei mir die ersten Hautreaktionen an den Händen und Unterarmen. Vor der Ausbildung hatte ich keine derartigen Beschwerden. Als erste Reaktion zeigte sich eine trockene Haut mit stark juckender Rötung und Blasenbildung. Mit Fettsalben konnte ich den Juckreiz nicht beseitigen und bekam dicke und offene Stellen an Händen und Unterarmen. Diese Hautreaktionen stellten sich u. a. bei drei oder vier Kurskolleginnen ein. Von der Schulleitung und anderem Pflegepersonal wurden wir darauf hingewiesen, zukünftig bei der täglichen Flächendesinfektion schützende Handschuhe zu tragen.

Meine Haut war jedoch mittlerweile so empfindlich geworden, daß ich weder Gummihandschuhe noch darunter übergezogene Baumwollhandschuhe vertragen konnte. M. E. beschleunigte die ständig durchgeführte Handdesinfektion und der Umgang mit alkalischen Stoffen diesen Prozeß.

Um meine Ausbildung nicht abbrechen zu müssen, wendete

ich, nachdem eine Calciumtherapie fehlschlug, hochprozentige Cortisonsalbe zur lokalen Schmerzstillung und Entzündungshemmung an. Die entsprechenden Salben standen mir in der Klinik zur Verfügung. Ausfallzeiten durch Krankmeldung wollte ich wegen der Ausbildungsrichtlinien nicht in Anspruch nehmen.

Im Laufe des letzten Ausbildungsjahres verschlimmerte sich mein Gesundheitszustand, indem sich die Hautreaktion auf den gesamten Körper ausdehnte. Ich wurde übersensibel gegen viele Stoffe, besonders spürbar gegen Wollstoffe. Zeitweise konnte ich kein klares Wasser vertragen. Auch Ölzusätze im Wasser, nächtliches Einreiben mit Salben und Wickelverbände an den besonders betroffenen Stellen konnten die Entwicklung nicht aufhalten. Hautärzte stellten eine Überempfindlichkeit gegenüber alkalischen Stoffen fest und hielten den Abbruch der Ausbildung für dringend notwendig. Da ich meinen Beruf sehr liebte und mich nicht mit den Fakten abfinden wollte, versuchte ich meine Ausbildung unter diesen Bedingungen zu Ende zu bringen. Im letzten Ausbildungsjahr arbeitete ich auf einer Intensivstation und wurde noch extremer mit Korsolin konfrontiert.

Die Reinigungsfrauen putzten zweimal täglich die Böden mit Korsolin, dessen Dämpfe ständig zu riechen waren. Häufig stellte ich eine Reizung der Augenbindehaut fest. Eine Kurskollegin, die unter ähnlichen Bedingungen auf der Wachstation arbeitete, bekam eine chronische Nasenschleimhautentzündung. Eine Schülerin mußte wegen starker Hautreaktionen einige Wochen in eine Klinik. Anschließend bekam sie Schwierigkeiten bei der Zulassung zur Diplomprüfung.

Die sind nur wenige Beispiele, die ich noch konkret in Erinnerung habe. Allgemein gesagt, gab es nicht wenig Frauen des Pflegepersonals, die irgendwelche Reaktionen auf den ständigen Gebrauch von Korsolin zeigten. Demgegenüber schienen mehrere Schwestern keinerlei Beschwerden in dieser Rich-

Diesen Brief schrieb eine 25jährige Krankenschwester aus Köln an den Journalisten und Umweltexperten Uwe Lahl, der zusammen mit einer Kollegin ein Buch über Formaldehyd geschrieben hat. Die Krankenschwester, Iris Hannelore Becker, berichtete über allergische Reaktionen vieler Kolleginnen auf formaldehydhaltige Desinfektionsmittel, die in ihrer Klinik verwandt werden. Bei ihr selbst hatten sich nach einer starken Sensibilisierung gegenüber Formaldehyd auch

Der Brief ist Teil einer bisher nicht veröffentlichten Broschüre, die demnächst bei

ne Warnung geben.«

tung zu haben. Die Angelegenheit war ziemlich undurchsichtig.

Im nachhinein scheint es mir ein schwerer Fehler zu sein, daß wir Betroffenen die Angelegenheit zu persönlich sahen und uns nicht auch mit den Gefahren, die für die kranken Kinder entstehen konnten, auseinandersetzen.

Wie alle Gegenstände in den Zimmern wurden auch die Inkubatoren mit der Korsolinlösung ausgewaschen. Demzufolge wurden die kleinen Säuglinge durch die zirkulierende Luft ständig mit den Dämpfen belastet. Weitgehend schwerwiegender ist m.E. noch die Tatsache, daß die Beatmungsschläuche täglich für eine Stunde in einer Formalinlösung eingeweicht wurden. Zum Verständnis möchte ich dieses noch weiter ausführen. Vorwiegend liegen auf der Station frühgeborene Säuglinge, die ohne medizinische Hilfe lebensunfähig wären. Bei vielen dieser Kinder stellt sich schon wenige Stunden nach der Geburt eine Atemschwäche ein. Durch eine künstliche Beatmung wird versucht, die notwendige Sauerstoffaufnahme zu gewährleisten. Da sich häufig die Entwicklung einer hyalinen Membran einstellt (Beeinträchtigung des Sauerstoffaustausches, der bisher noch nicht medikamentös therapiert werden kann), wird das Beatmungsgerät auf eine höhere Sauerstoffkonzentration und einen höheren Druck eingestellt. Diese Therapieform kann sich über Wochen und Monate hinziehen.

Die Beatmungsschläuche wurden täglich in das Desinfektionsbad gelegt, anschließend mit klarem Wasser ausgespült und mit Überdruck getrocknet. In Plastiktüten wurden sie bis zum nächsten Tag gelagert.

Die eben aufgeführten Beobachtungen blieben bei unseren weiteren Überlegungen unberücksichtigt.

Nachdem mehrere Schülerinnen und Schwestern Beschwerden bekamen, versuchten einige von uns mit Unterstützung eines Arztes, über die ÖTV eine Änderung in der Desinfektions-

anwendung zu erreichen. Da jedoch eine zu geringe Lobbyvertretung des Berufsstandes vorhanden war, verliefen die Bemühungen negativ. Ich hatte ein persönliches Gespräch mit dem Oberarzt, der für die Richtlinien der Klinik zuständig war. Er gab zu verstehen, daß derzeit in der Bakterienbekämpfung neben Korsolin mit seinem großen Wirkungsspektrum kein gleichwertiges Präparat zur Verfügung stünde. Dies bedeutete für einige Betroffene wie auch für mich die Aufgabe des Berufs auf lange Sicht gesehen. Nachdem ich meine Ausbildung noch beendete, konnte ich aus Gesundheitsgründen meine geplante Fortbildung in der allgemeinen Krankenpflege (ein Ausbildungsplatz in der Holweider Klinik war mir bereits zugesichert worden) nicht mehr durchführen. Ich hatte vor, anschließend die Intensivpflege zu lernen, was mir nach meinen bisherigen Erfahrungen nun nicht mehr möglich schien. (...)

Hiermit will ich meine Ausführungen beenden und hoffe, dazu beitragen zu können, die Gefährlichkeit von Formaldehyd offensichtlicher zu machen und die notwendigen Konsequenzen voranzutreiben, auch ohne die von vielen geforderten wissenschaftlichen Studien. Auch möchte ich durch mein persönliches Schicksal eine Warnung an die z.Zt. laufenden Menschenversuche mit Formaldehyd geben und deren Zulässigkeit und Berechtigung in Frage stellen. Weiterhin fühle ich mich dazu verpflichtet, für meine ehemaligen Kolleginnen zu sprechen, die sich nicht an die Öffentlichkeit wenden, da sie vielleicht noch in der Klinik arbeiten und Angst haben, ihren Arbeitsplatz zu verlieren.

Falls Sie es für hilfreich halten, stelle ich diesen Bericht der Veröffentlichung zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Iris Hannelore Becker

heftige allergische Reaktion gegen viele andere Stoffe eingestellt

Ihre Proteste, die sie auch im Interesse der ihr anvertrauten Patienten, kleiner Kinder, an verschiedene Stellen richtete, stießen auf taube Ohren. Sie selbst konnte ihren Beruf schließlich nicht mehr ausüben.

In derselben Nacht, in der Iris Hannelore Becker diesen Brief schrieb, nahm sie sich selbst das Leben.

der Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen in Düsseldorf erscheinen wird.



»Dienstbeflissene Obrigkeit«?

Niedergelassene Ärzte rebellieren gegen KVen

du — Die Kassenärztlichen Vereinigungen liegen im Clinch mit der Basis. In der Pfalz wurde das gesamte KV-Establishment abgewählt. Vorwurf: zu schlapp.

Nahezu tagtäglich wird es ihnen eingehämmert, unseren niedergelassenen Ärzten und ihrem Nachwuchs: das soziale Elend droht. In spätestens fünf Jahren lebt der Kassenarzt vom Existenzminimum, und danach geht es weiter bergab. Schuld daran ist nur diese verfluchte Ärzteschwemme, Jahr für Jahr rollt sie über uns hinweg. Und jedes Jahr stehen wir erst am Anfang.

Langsam beginnt die Gesellschaft zu greifen. Die Kassenärzte werden nervös. Seitdem die Einkommen nicht mehr steigen und die Krankenkassenvertreter weitere Nullrunden bei den Honorarverhandlungen fordern, steht für die Niedergelassenen fest: es stimmt, was uns die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) immer wieder gesagt haben, wenn sie vor der drohenden Katastrophe gewarnt haben.

Die Kassenärzte tun etwas ganz Unerwartetes. Statt ihren KV-Verantwortlichen zu danken ob ihrer prophetischen Weisheit, denn sie haben ja alles so gut vorausgesehen, vergehen sie sich an ihnen.

Letztes Beispiel dieses schon seit Jahren gärenden Ärgers unter den Niedergelassenen ist die Wahl zur Vertreterversammlung in Rheinland-Pfalz. Schon vor den Wahlen entstand eine heftige Kampagne gegen den alten Vorstand, dem man Unfähigkeit vorwarf und dessen Abwahl man empfahl.

»Hinter dem Konflikt in der Ärzteschaft verbirgt sich eine tiefe, durch alle Ärzteskategorien gehende Unzufriedenheit mit der selbstgerechten, den Kassen gegenüber dienstbeflissenen Obrigkeit. Eben diese hat schon längst den Kontakt zur Ärztesbasis verloren und damit ihren eigentlichen Auftrag, Vertreter der niedergelassenen Ärzte zu sein, in ein gutbezahltes eigensüchtiges Funktionärstum umgewandelt.«

Die erfolgten Wahlen brachten dann das offensichtlich von der Mehrheit der niedergelassenen Ärzte gewünschte Ergebnis: der alte Vorstand der KV wurde nahezu komplett abgewählt, einschließlich des Vorsitzenden. In die KV-Vertreterversammlung zog eine fast vollständig neue Mannschaft ein, die es sich offensichtlich vorgenommen hat, den Krankenkassenvertretern mal die Zähne zu zeigen.

Die KV-Pfalz ist kein Einzelfall. Ärger gibt es in nahezu allen KV-Bezirken, und die Kritik geht immer in die gleiche Richtung: die Funktionäre sind zu

lasch gegenüber den Krankenkassen. Selbst dem alten Taktiker und Scharfmacher Sewering in Bayern ist solcher Vorwurf nicht erspart geblieben. Zur letzten KV-Vertreterversammlung in Bayern hatte sich eine Rekordzahl an Zuschauern angemeldet, als die eigentlich relativ unwichtigen Themen Honorarverteilungsmaßstab und Zentrales Notrufsystem zur Sprache kommen sollten. Und in Westfalen-Lippe wird es nicht wenige geben, die sich freuen, daß der verkappte Sozi Rusche endlich als KV-Vorsitzender abgewählt worden ist und einem jüngeren, hoffentlich energischeren Mann Platz machen mußte.

Kein Zweifel: die Basis drängt auf mehr Konfrontation zu den Krankenkassen. Ob die meist jungen Heißsporne hiermit Erfolg haben werden, bleibt abzuwarten. Man ist eher zur Skepsis geneigt, denn immerhin weht ihnen ein nicht geringer Wind ins Gesicht, der auch aus Bonn von der an sich so geliebten Koalition kommt. Die Krankenkassen wiederum sind nicht in der Lage, finanziell größere Zugeständnisse zu machen, angesichts einer Situation, wo die meisten Kassen für 1985 wieder einmal die Beiträge erhöhen mußten, um die Ausgaben zu decken.

Da nützt es nicht viel, wenn den Krankenkassen vorgerechnet wird, daß sich im Zeitraum 1977 bis 1983 die Zahl der niedergelassenen Ärzte im Bereich

der KV-Pfalz um 30 Prozent erhöht hat und die Gesamthonorarsumme im gleichen Zeitraum nur um 25 Prozent. Immerhin wird diese Diskussion vor dem Hintergrund eines immer noch recht hohen Gesamteinkommens geführt, das monatlich im Durchschnitt noch bei gut 10000 Mark nach Abzug der Praxiskosten liegt.

Aber nicht zu verkennen ist auch die Situation besonders der jüngeren niedergelassenen Ärzte. Viele von ihnen, die sich zum Aufbau ihrer Praxis hoch verschuldet haben, erleben jetzt, wie ihnen nicht mehr, wie im Krankenhaus, der Chef, sondern die Banken und Versicherungsgesellschaften wegen Abzahlung der Kredite im Nacken sitzen und dabei von dem scheinbar so vielen Geld nicht mehr viel bleibt nach Abzug aller Kosten. Der große Traum vom dicken Verdienst ist in den letzten Jahren nicht selten schnell ausgeträumt gewesen. Die Zahl der Konkurse oder besser Praxisschließungen hat ja nicht von ungefähr zugenommen.

Hinzu kommt die oft kleinliche und zum Teil ärgerliche Regreßpolitik der KVen und der Krankenkassen. Wer mit einigen Leistungen einen bestimmten Prozentsatz über dem Durchschnitt der Fachkollegen liegt, wird zum Regreß herangezogen, das heißt, er hat Honorarabzüge zu erdulden. Das betrifft so sinnvolle Dinge wie Hausbesuche oder Überweisungen zur Psychotherapie oder physikalische Behandlungen. Daß die Alternativen zu solchen Behandlungen eventuell noch teurer zu stehen kämen, macht sich dabei offensichtlich niemand klar. Statt Hausbesuche Krankenhauseinweisungen? Statt Psychotherapie Tranquilizer oder stationär auf einer psychiatrischen Abteilung? Statt physikalischer Therapie Operation?

Unmut gegenüber dem System der Einzelleistungsvergütung gibt es auch an anderer Front. Seit etlichen Jahren fordern die Gewerkschaften ein »Leistungskomplexsystem«: eine Mischform aus der heute durchgängig praktizierten Einzelvergütung für ärztliche Tätigkeiten und der »Fallpauschale«, die früher galt und nach der ein Arzt für jeden Patienten pauschal einen gewissen Betrag von der Kasse erhält. Reformforderungen kamen in jüngster Zeit auch von den oppositionellen Kammernvertretern in Hessen; die »Fraktion Gesundheit« in der Berliner Ärztekammer macht sich über ein anderes Abrechnungssystem Gedanken. □

DOKUMENTE

Stellungnahme der »Bundesarbeitsgemeinschaft Schwule im Gesundheitswesen« zur AIDS-Debatte

Das erworbene Immundefektsyndrom, besser bekannt als AIDS, stellt für uns schwule Ärzte und Therapeuten in besonderer Weise eine Herausforderung dar.

Als Schwule gehören wir einer gesellschaftlichen Gruppe an, die durch AIDS zur »Risikogruppe« wurde, in der Angst und Unsicherheit angesichts der realen Bedrohung durch die Krankheit zunehmen und deren Lebensstil und Sexualverhalten in zunehmendem Maße Gegenstand einer »gesundheitspolitischen« und »moralischen« Debatte wird.

Als Ärzte und Therapeuten sind wir Teil des medizinisch-wissenschaftlichen Apparates, dessen Aufgabe es ist, die Ursachen der Krankheit zu erforschen, wirksame Behandlungsmethoden zu entwickeln, die Erkrankten nach den Regeln der ärztlichen Kunst zu behandeln und zu betreuen sowie die Möglichkeiten zu einer Senkung des Erkrankungsrisikos darzulegen.

Als »mündige Bürger« leben wir in einer Gesellschaft, die uns zwar die allgemeinen Grundrechte verbürgt, es aber in ihrer Gesetzgebung bis heute nicht zur Gleichstellung von Homosexuellen und Heterosexuellen gebracht hat, deren Umgang mit der Homosexualität und den Homosexuellen nie frei war von Diskriminierung und Repression und für die AIDS zum Vehikel einer Rechtfertigung dieser Praxis zu werden droht.

AIDS ist mittlerweile mehr als nur eine ernsthafte Krankheit, deren Opfer in der Mehrzahl homosexuelle Männer sind. Sie ist für die Schwulen Anstoß, den eigenen Lebensstil und das Sexualverhalten zu reflektieren und zu verändern. Jenen im Lande, denen das Treiben der Homosexuellen immer schon anstößig war, erlaubt sie, alte Homosexuellenfeindschaften in der Tarnung scheinbarer Objektivität neu zu formulieren. In der Medizin ist AIDS Anlaß für ernsthafte Forschung ebenso wie für das Selbstmißverständnis mancher Ärzte, die sich aussersehen fühlen, einer »gesunden Moral« als Sprachrohr zu dienen. Vor diesem Hintergrund sehen wir unseren Beitrag darin, sachlich und kritisch über die medizinischen Aspekte von AIDS zu informieren, Stellung zu nehmen zum Umgang von Schwulen und Medizinern miteinander, Partei zu ergreifen gegen Versuche, im Schatten von AIDS Diskriminierungen zu rechtfertigen, und als Schwule mit Schwulen zu diskutieren, was AIDS für uns bedeutet.

In allen Diskussionen um AIDS stehen erwartungsgemäß die Ergebnisse der medizinischen Forschung im Mittelpunkt, erhofft man doch von ihnen Sicherheit für den Umgang mit der Angst vor der Erkrankung. Wichtig ist es in diesem Zusammenhang, immer wieder darauf hinzuweisen, wie begrenzt interpretierbar viele der bislang vorliegenden Ergebnisse noch sind. Dabei ist es nicht unser Anliegen, zur Verunsicherung beizutragen, vielmehr geht es darum, zu vermeiden, daß aus mehrdeutigen Forschungsergebnissen falsche Gewißheiten gezogen werden. Gewißheiten solcher Art nutzen niemandem, können aber leicht mißbraucht werden als Legitimation für repressive Maßnahmen.

Die Abwehrschwäche, die AIDS und ARC (= AIDS-related-complex) zugrunde liegt, ist nach dem gegenwärtigen Stand der Forschung Folge einer Infektion mit dem HTLV III-Virus, die beiden Erkrankungen zählen damit zu den Infektions- oder übertragbaren Krankheiten. Ob das Virus die alleinige Erkrankungssache ist, kann nicht als gesichert gelten. Für das HTLV III-Virus liegen Untersuchungen vor, die besagen, daß etwa 15 Prozent der Personen, bei denen eine Infektion nachgewiesen werden konnte, ARC oder AIDS entwickelten. Da der Zeitraum zwischen Infek-

tion und dem Auftreten erster Symptome allerdings mehrere Jahre betragen kann, sind diese Ergebnisse nicht als endgültig zu betrachten. Die Übertragung des Virus erfolgt mit großer Wahrscheinlichkeit durch Blut und Blutprodukte, ob es auch durch Sperma übertragen wird, ist nicht sicher. Bislang gilt als Voraussetzung einer Infektion das Zusammentreffen von virushaltigem mit nicht infiziertem Blut. Diese Bedingung ist erfüllt bei Bluttransfusionen oder der Gabe von Blutprodukten, beim Benutzen der gleichen Kanüle an mehreren Personen, z.B. bei Drogenabhängigen, beim Geschlechtsverkehr, wenn beide Partner blutende Mikroläsionen (mit dem Auge nicht sichtbare Verletzungen) aufweisen, was besonders häufig beim Analverkehr auftreten soll. Die geschilderten Übertragungswege erlauben lediglich zu erklären, wie sich das Virus, nachdem es einmal aufgetaucht war, ausgebreitet hat — warum also Bluter, Drogenabhängige, soweit sie spritzen, und homosexuelle Männer das größte Risiko tragen, an AIDS zu erkranken. Dies meint der Begriff der Risikogruppe, nicht, wie es gipft, scheint, daß von diesen Gruppen ein besonderes Risiko ausgeht.

Keineswegs ist es so, daß der Konsum von Drogen oder homosexuelles Verhalten ursächlich für eine AIDS-Erkrankung sind — die Forschung geht bislang, mangels besseren Wissens, davon aus, daß das Virus durch einen Zufall in das Kollektiv der Homosexuellen gelangt ist. Dringt ein Erreger in den Organismus ein, kommt es zu Reaktionen des Abwehrsystems, die sich speziell gegen diesen Erreger richten. Antikörper, Stoffe die geeignet sind, das Virus zu zerstören, werden gebildet. Ihr Nachweis im Blut ist ein sicherer Hinweis auf eine Infektion.

Der HTLV III-Antikörpertest, der zur Zeit in der Forschung angewandt wird, ist ein Verfahren, mit dem eine stattgehabte Infektion nachgewiesen werden kann. Dieser Test ist geeignet zur Kontrolle von Blutkonserven und damit geeignet, die Angst vor der Ansteckung durch Blutübertragungen zu beseitigen. Er ist ebenso geeignet für Studien, die die Verbreitung des Virus in den Risikogruppen und in der Bevölkerung insgesamt erfassen wollen, oder die Erkenntnisse darüber bringen sollen, in welcher Häufigkeit eine Infektion zur Erkrankung führt. In Deutschland wird dieser Test auch dazu angewandt, denen, die darum nachsuchen, ihr individuelles Ergebnis mitzuteilen. Diese Anwendungspraxis wirft einige wichtige Fragen auf, Was sagt dieser Test für den Einzelnen aus?

Ein negatives Testergebnis bedeutet, daß zum Zeitpunkt der Untersuchung keine Antikörper nachgewiesen werden konnten. Da nicht bekannt ist, wie groß die Zeitspanne zwischen der Infektion und dem ersten nachweisbaren Auftreten von Antikörpern ist, kann eine Infektion nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden. Dies könnte nur durch etliche über einen längeren Zeitraum verteilte Untersuchungen hinreichend gesichert werden.

Ein positives Testergebnis sagt aus, daß eine Infektion mit dem Virus stattgefunden hat. Es erlaubt keine sichere Aussage darüber, wann die Infektion stattgefunden hat, ob der Betroffene infektiös ist und ob er an ARC oder AIDS erkrankt wird.

Ein Test, der bei der Interpretation mehr Fragen aufwirft, als er beantwortet, ist normalerweise für den Arzt ohne Wert, außer bei Vorliegen bestimmter Indikationen. Dies wäre der Fall bei Patienten, die Symptome, die auf AIDS und insbesondere ARC hinweisen, zeigen. Bei Personen ohne solche Symptome ist der Test nicht interpretierbar und ohne jede medizinische Konsequenz.

Konsequenzen hat der Test allerdings für den Untersuchten, der ja den Arzt deshalb aufsucht, weil er Angst hat. Diese Angst kann ihm aber durch den Test nicht genommen werden. Die Ungewißheit bleibt auch bei negativem Testergebnis bestehen. Ist das Ergebnis positiv, bürdet es dem Betroffenen auf, sich einzurichten zwischen der Aussicht, bald an AIDS zu sterben, und einer jahrelangen Angst, ohne daß je ein Risiko für ihn und durch ihn bestand. Ärzte, die bereit sind, den Test an ihren Patienten vorzunehmen, sollten sich dieser möglichen Konsequenzen bewußt sein und sich vorab klar darüber werden, ob sie bereit und in der Lage sind, diese gegebenenfalls mitzutragen.

Aus dem Gesagten ergibt sich, daß der Test als Früherkennungsmethode für AIDS ungeeignet ist. (Die nationale Gesundheitsbehörde in den USA hat sich unter anderen wegen dieser Erwägungen gegen eine Durchführung des Testes am einzelnen Patienten ausgesprochen.) Der Preis, den die einzig intendierte Folge einer breiten Anwendung des Tests fordert, ist hoch, geht es doch letztlich nur darum, zumindest dem, der ein positives Testergebnis hat, nahezu legen, sein Sexualverhalten zu ändern, unter der Annahme, er sei für andere infektiös. Angst ist sicher auch ein Anstoß für Verhaltensveränderung und hat auch längst schon zu Veränderungen in der homosexuellen Subkultur geführt. Gerade als Ärzte und Therapeuten müssen wir es aber ablehnen, daß angesichts der ohnehin schon bestehenden Verunsicherung Angst als epidemiologisches Kalkül benutzt wird.

Seit bekannt ist, daß das Bundesministerium für Gesundheit im Jahre 1985 ein eigens auf AIDS zugeschnittenes Gesetz zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten durch Intimkontakte vorlegen will, gewinnt der Test eine weitere Dimension. Er könnte als Mittel und Legitimation einer Zwangskontrolle von Homosexuellen mißbraucht werden.

Durch AIDS sind die Schwulen und die Mediziner in besonderer Weise aufeinander verwiesen. Die Forschenden können nicht ohne die Mitarbeit der Homosexuellen arbeiten. Wir als Schwule und von AIDS am stärksten betroffene Gruppe sind auf die Ergebnisse der Forschung angewiesen. Die Erkrankten brauchen die Hilfe der Medizin, die anderen erwarten von ihr Hinweise, wie man sich vor der Ansteckung schützt. Diese ernste Situation darf aber nicht dazu führen, daß Ärzte und Forscher, versehen mit weißem Kittel und dem Nimbus der Wissenschaftlichkeit, ihre heimgestrickte Moral verbreiten. Manches von dem, was in der »öffentlichen« und »veröffentlichten« Meinung zu AIDS gedacht wird, ist nicht nur die Folge von sensationslüsternen Darstellungen in den Medien, sondern auch Ergebnis einer solchen Haltung. Wissenschaftliche Arbeitsergebnisse sind oft unspektakulär und verweigern sich griffigen Interpretationen und flüssigen Formulierungen. Dies verpflichtet zu Sorgfalt und Bescheidenheit gerade angesichts der gegenwärtigen öffentlichen Diskussion. Wir fordern kein Wohlwollen, sondern wissenschaftliche Redlichkeit bei der Darstellung und Interpretation von erhobenen Daten. Wer mit Homosexuellen in der AIDS-Forschung zusammenarbeitet, sollte die Augen vor der gesellschaftlichen Realität nicht verschließen. Glaubwürdiger Datenschutz ist von größter Bedeutung für alle, die bereit sind an Forschungsprojekten teilzunehmen bzw. in AIDS-Ambulanzen zu kommen. Auch der Schutz vor Daten, etwa vor dem Ergebnis eines HTLV-III-Tests, kann aus den bereits genannten Gründen geboten sein und gegebenenfalls eine anonyme Durchführung dieses Tests erfordern. In jedem Fall sollten diese Probleme mit den an Forschungsvorhaben beteiligten vorab besprochen und geklärt werden.

Der Gedanke, daß etwaige homosexuellenfeindliche gesetzliche oder administrative Maßnahmen sich die Ergebnisse der Zusammenarbeit von Medizinern und Schwulen zu nutze machen, ist uns unerträglich. Wir sind uns bewußt, daß auch verantwortungsbewußte wissenschaftliche Arbeit nicht sicher davor ist, mißbraucht zu werden. Wir hoffen jedoch, uns dann nicht alleine dagegen zur Wehr setzen zu müssen.

»Die Schwulen sollen endlich ihr Sexualverhalten ändern« — Die einen fordern es als Mediziner mit wissenschaftlich verbrämter Moral. Rosa von Praunheim macht einen Hofknicks vor dem Spiegel und verkündet lauthals seine Wandlung vom Saulus zum Paulus. Privatmoralen werden gehandelt wie der Ramsch im Winterschlußverkauf. — AIDS hat etwas mit uns gemacht, es wird aus unserem Denken nicht mehr zu verdrängen sein. Das was bis vor kurzem noch als unser Lebensstil galt, ist durch die Drohung der Krankheit in Frage gestellt. Einfache Formeln allerdings wie

»erst reden, dann ficken« oder »die Sexualkontakte auf einen kleinen Kreis von gleichgesinnten Partnern beschränken« helfen kaum weiter. Es nützt wenig, uns in gute und schlechte, monogame und promiske, einsichtige und todesmutige Schwule zu spalten oder spalten zu lassen. Das, was unseren Lebensstil ausmacht und was so viele Nichtschwule als anstößig empfinden, ist kein Kunstprodukt, sondern Ergebnis persönlicher Entwicklungen und Ausdruck von Bedürfnissen.

Viele erleben AIDS als Bedrohung dessen, was sie sich in ihrem Coming Out gegen die sie umgebenden gesellschaftlichen Verhältnisse erkämpft haben. Nur wer eine Ahnung davon hat, was das Coming Out für den einzelnen Homosexuellen bedeutet, wird auch ermessen können, welche Ängste, außer der zu erkranken, durch AIDS noch oder noch einmal mobilisiert werden. Wer darum nicht weiß, sollte erst einmal schweigen und zuhören.

Viele Schwule formulieren jetzt wieder deutlicher ihr Unbehagen an der Subkultur und dem bis dato gängigen Bild vom »richtigen Schwulen«. Die Angst und das Unbehagen sollten wir ernst nehmen, wenn wir darüber reden, welche Konsequenzen AIDS für uns hat. Dabei kann es nicht darum gehen, uns vorschnell an untaugliche Muster anzupassen, sondern Wege zu finden, die unseren Bedürfnissen entsprechen. Die Entscheidung kann durch kollektive Diskussionen dem Einzelnen nicht abgenommen werden, sie aber vielleicht erleichtern. Gefordert ist unsere Solidarität untereinander, indem wir denen, die bereits erkrankt sind und denen, die ihre Angst nicht alleine bewältigen können, Hilfe und Hilfe zur Selbsthilfe anbieten und indem wir uns gemeinsam gegen jede Art von Panikmache und gegen Repressionsversuche zur Wehr setzen. Dazu werden wir als Schwule und als Ärzte und Therapeuten unseren Beitrag leisten.

Es ist wichtig, im Kopf zu behalten, daß Schwule Opfer von AIDS sind und nicht die Verursacher.

Über den allgemeinen Umgang mit AIDS

Eine Erklärung der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung

In den vergangenen Wochen hat der gesellschaftliche Umgang mit dem als AIDS bezeichneten Krankheitsbild (erworbenes Immundefektsyndrom) einen Tiefpunkt erreicht, zu dem wir als Sexualforscher nicht schweigen können. Gefordert werden repressive Maßnahmen gegen die Angehörigen jener Gruppen, die ein erhöhtes Risiko haben, an AIDS zu erkranken, also gegen homosexuelle Männer sowie gegen drogenabhängige Frauen und Männer. Gekennzeichnet ist der Tiefpunkt durch eine beispiellose Angst und Hysterie. Wir sind tief besorgt über den Mangel an verantwortungsbewußter Besonnenheit angesichts einer besorgniserregenden Krankheit.

Ein neues Stadium der Ängstigung wurde durch das Anwenden von Bluttestverfahren erreicht, mit denen es gelingt, Antikörper gegen das seit einigen Monaten als AIDS-Erreger diskutierte HTLV-III-Virus nachzuweisen. Diese Tests wurden von führenden Medizinern als »in wissenschaftlicher, medizinischer und gesundheitspolitischer Hinsicht von sehr großem Wert« bezeichnet (1). Nach dem ersten Umgang mit diesen Tests, d.h. nach den ersten epidemiologischen Untersuchungen über die Verbreitung von Antikörpern gegen das HTLV-III-Virus und der spektakulären Veröffentlichung ihrer Ergebnisse, können wir diese Einschätzung nicht uneingeschränkt teilen. Diese Tests sind in wissenschaftlicher, ärztlicher und gesundheitspolitischer Hinsicht jedenfalls dann gefährlich, wenn mit ihnen selber und den durch sie gewonnenen Resultaten nicht sorgfältig umgegangen wird. In den vergangenen Wochen sind die Testergebnisse dazu benutzt worden, weite Kreise der Bevölkerung zu beunruhigen und zugleich deren Vorurteile gegenüber Minderheiten zu verstärken. Wir haben Grund zu der Befürchtung, daß das auch künftig nicht anders sein wird.

Die neuesten epidemiologischen Untersuchungen geben zwar eine hohe Verbreitung von Antikörpern gegen das HTLV-III-Virus bei homosexuellen Männern, Heroinsüchtigen und Bluterkranken an. Alle diese Untersuchungen sind jedoch methodisch so dürftig bis zweifelhaft, daß ihre Resultate als untauglich für allgemeine Schlußfolgerungen bezeichnet werden müssen. Sie basieren alle auf nichtrepräsentativen Stichproben. Die Stichproben kamen durchweg auf fragwürdige, methodisch unkontrollierte Weise zustande, beispielsweise dadurch, daß Angehörige der definierten Risikogruppen aufgefordert wurden, sich zu einer »AIDS-Untersuchung« zu melden. Auf diese Weise wählt man unverhältnismäßig viele Versuchspersonen aus, die eines oder mehrere der im Zusammen-

hang mit AIDS diskutierten Symptome aufweisen. Eine methodisch einwandfrei gewonnene Stichprobe aus jenen Gruppen, über die in jüngster Zeit aufsehenerregende Aussagen gemacht worden sind, ist bis heute nicht untersucht worden.

Keine der bisher publizierten Untersuchungen über die Verbreitung von HTLV-III-Antikörpern bei definierten Risikogruppen erfüllt die Ansprüche, die an seriöse epidemiologische Untersuchungen gestellt werden müssen. Andere als vorläufige und damit fragwürdige Daten konnten in der kurzen Zeit, die seit der Entwicklung der Tests vergangen ist, auch nicht gewonnen werden. Außerdem ist es prinzipiell schwierig, wenn nicht gar unmöglich, für die definierten Risikogruppen der homosexuellen Männer und der Drogenabhängigen repräsentative Stichproben zu gewinnen. Weil das aber so ist, sollte sich jeder Wissenschaftler davor hüten, auch nur den Anschein zu erwecken, seine Daten sagten etwas über die tatsächlichen Verhältnisse in der Gesamtheit der von ihm ins Auge gefaßten Gruppen aus. Werden solche selbstverständlichen Forschungsstandards nicht eingehalten und die methodischen Mängel der Untersuchungen verschwiegen, ist es angebracht, von wissenschaftlich verbrämter Scharlatanerie zu sprechen.

Beispielhaft für den fahrlässigen Umgang mit epidemiologischen Daten ist die von allen wissenschaftlichen Gepflogenheiten absehbare Veröffentlichung der Ergebnisse einer Untersuchung an Angehörigen definierter Risikogruppen, die die Abteilung für Virologie im Bundesgesundheitsamt vornahm. Noch bevor Wissenschaftler Gelegenheit hatten, die Methodik und die Ergebnisse dieser Untersuchung zu diskutieren, gab Professor Meinrad Koch dem Magazin »Der Spiegel« ein Interview. In diesem teilte er mit, daß rund 35 Prozent der homosexuellen Männer, rund 20 Prozent der Drogenabhängigen und nahezu zwei Drittel der mit Konzentraten von Gerinnungsfaktoren behandelten Hämophilen Antikörper gegen das HTLV-III-Virus aufwiesen²⁾. Diese Aussagen sind unhaltbar. Diese Resultate beruhen auf der Untersuchung von 444 homosexuellen Männern, 246 Drogenabhängigen und 41 Hämophilen. Über das Zustandekommen und die Zusammensetzung der Stichproben wurden bis heute keine Angaben gemacht. Im Fall der 444 homosexuellen Männer sind jedoch Differenzierungen möglich, die in der Öffentlichkeit bisher nicht vorgenommen wurden:

— 138 der untersuchten homosexuellen Männer wiesen mehrere Symptome eines Krankheitsbildes auf, das als mildere Form des erworbenen Immundefektsyndroms diskutiert wird. Dieses Krankheitsbild wird

als LAS (Lymphadenopathie-Syndrom) oder als ARC (AIDS Related Complex) bezeichnet. 72 Prozent dieser homosexuellen Männer mit mehreren Symptomen hatten HTLV-III-Antikörper.

— 116 homosexuelle Männer zeigten Einzelsymptome des ARC. Bei 47 Prozent konnten Antikörper gegen das HTLV-III-Virus nachgewiesen werden.

— 190 homosexuelle Männer waren frei von solchen klinischen Symptomen. Von dieser Gruppe gesunder homosexueller Männer hatten 3 Prozent Antikörper gegen das HTLV-III-Virus.

Die hohe Verbreitung von HTLV-III-Antikörpern bei solchen homosexuellen Männern, die klinische Symptome des ARC aufweisen, ist ganz ohne Frage ein ernstzunehmendes Resultat. Erst nehmen sollte man jedoch auch, daß nur bei 3 Prozent der homosexuellen Männer ohne klinische Symptome des ARC Antikörper nachgewiesen werden konnten. Dies umso mehr, als vermutet wird, auch diese Probanden gehörten zu den »promisken Homosexuellen«.

Mit Gewißheit kann aus den vom Bundesgesundheitsamt vorgelegten Ergebnissen nicht abgeleitet werden, die »deutsche Homosexuellen-Szene« hatte einen »Durchseuchungsgrad« mit dem AIDS-Erreger von 35 Prozent³⁾. Die Addition der drei oben aufgeführten Teilstichproben zu einer Gesamtstichprobe ist eine wissenschaftliche Fehlleistung, mit der unterstellt wird, faßt 60 Prozent der promisken Homosexuellen hätten eines oder mehrere Symptome des ARC.

Vom Bundesgesundheitsamt wurde nicht definiert, was unter »promisken Homosexuellen« verstanden werden soll. Meint man damit homosexuelle Männer, die im Jahr vor der Untersuchung mit mehr als 50 verschiedenen Partnern sexuelle Kontakte hatten, dann findet man in der internationalen Fachliteratur sehr unterschiedliche HTLV-III-Testergebnisse. In einer Studie aus den USA⁴⁾ werden in 72 Prozent positive HTLV-III-Resultate genannt. Eine Studie aus Dänemark⁵⁾ gibt für 16 Prozent dieser Gruppe positive Resultate an. Und eine französische Forschergruppe⁶⁾ teilt mit, daß in ihrer Stichprobe 25 Prozent der gesunden und wahrscheinlich promisken homosexuellen Männer HTLV-III-Antikörper aufwiesen. Wenn die vom Bundesgesundheitsamt untersuchten symptomlosen homosexuellen Männer sich tatsächlich promisk verhielten, wie angegeben wird, dann liegt das Untersuchungsergebnis nahe, daß bei gesunden, promisken homosexuellen Männern der »Durchseuchungsgrad« mit dem HTLV-III-Virus — verglichen mit anderen Ländern — gering ist.

Ferner wurde in der Öffentlichkeit der Eindruck erweckt, vor allem beim »Hochrechnen« der Infizierten, als ob sich die Gesamtheit der homosexuellen Männer in diesem Maß promisk verhielte. Das aber trifft nicht zu. Nach den Ergebnissen der umfangreichsten empirischen Untersuchung an homosexuellen Männern in der Bundesrepublik hatten nur 14 Prozent von 789 Befragten im Jahr vor der Erhebung mit mehr als 50 verschiedene Partner sexuelle Kontakte gehabt⁷⁾. 42 Prozent hatten nicht mehr als zehn verschiedene Partner gehabt. Homosexuelle mit solchen Partnerzahlen zeigen nach den Untersuchungsergebnissen aus anderen Ländern aber nur zu einem sehr geringen Teil HTLV-III-Antikörper.

Die Hysterie in der Öffentlichkeit und die tiefe Beunruhigung, ja Panik bei Angehörigen sogenannter Risikogruppen wurden noch dadurch verstärkt, daß in Massenmedien der Eindruck erweckt wurde, als sei dieser Nachwuchs von HTLV-III-Antikörpern gleichbedeutend mit einer Erkrankung an AIDS. Unter Einsatz demagogischer Tricks wurde suggeriert, bei all denjenigen, bei denen HTLV-III-Antikörper nachgewiesen werden können, entwickelten sich innerhalb eines nicht genau bestimmbar Zeitraumes das volle Krankheitsbild AIDS. Ein solcher Umgang mit einer Erkrankung, bei der eine Mortalitätsrate diskutiert wird, die nahe an 100 Prozent heranreicht, ist menschenfeindlich.

Demgegenüber ist in aller Deutlichkeit festzustellen: Der Nachweis von HTLV-III-Antikörpern ist nicht gleichbedeutend mit der Diagnose AIDS. Die Diagnose AIDS ist eine klinische Diagnose; sie basiert auf dem Nachweis schwerer, sogenannter opportunistischer Infektionen bzw. dem sogenannten Kaposi-Sarkom. Der Nachweis von HTLV-III-Antikörpern besagt auch nicht, daß eine Erkrankung an AIDS zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen wird. Die Schlüsse, die gegenwärtig aus dem Nachweis solcher Antikörper gezogen werden können, sind äußerst beschränkt. Weder ist klar, wie viele HTLV-III-positive Zustände in AIDS übergehen werden, noch ist es möglich, solche Patienten mit Sicherheit zu erkennen, die später an AIDS erkranken werden. Sicher ist jedoch: Ein HTLV-III-Antikörper-Test ist nicht dasselbe wie ein AIDS-Test; ein solcher Test existiert nicht⁸⁾. Auch wenn der Nachweis von HTLV-III-Antikörpern als eine Infektion mit dem HTLV-III-Virus betrachtet wird, ist es schwierig, auf dieser Basis den Risikogruppen Empfehlungen für ihr Verhalten zu geben. Es ist nicht geklärt, wie lange die virämische Phase dauert, d.h. der Erreger im Blut ist, oder wann und wie ein Erkrankter andere Menschen infiziert. Außerdem können nach Meinung des Präsidenten des Bundesamtes für Sera und Impfstoffe, Professor H. D. Brede, HTLV-Antikörper auch »ebensogut eine Fehlung bedeuten, wie eine Infektion«⁹⁾, d.h. auf einen erworbenen Schutz hinweisen und nicht auf einen bevorstehenden Ausbruch der Erkrankung. Vor allem aber verfügt die Medizin noch nicht über erfolgreiche vorbeugende und therapeutische Mittel.

Auf dieser »Basis« wird im Bundesgesundheitsministerium ein »Gesetz zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten durch Intimkontakte« erwogen. Der »Katalog für Erkrankte« soll umfassen: »1. Untersuchungspflicht für möglicherweise Infizierte; 2. Verhaltensmaßregeln der sicher Infizierten und Aufklärung darüber, daß Weiterverbreitung durch Intimkontakt strafbar ist; 3. Verbot zum Blutspenden.« Als »Maßnahmen für die Ärzte« sind vorgesehen: »1. nach der Infektionsquelle zu fahnden; 2. den infizierten in Beobachtung zu halten und über sein Verhalten aufzuklären; 3. anonyme Meldepflicht an das Gesundheitsamt, namentliche Meldepflicht, wenn die Behandlung verweigert oder abgebrochen wird«¹⁰⁾.

Angesichts solcher Überlegungen befürchten wir, daß mit AIDS ein neues Kapitel der Homosexuellenverfolgung aufgeschlagen wird. Gegen die Homosexuellen und gegen die Heroinabhängigen richten sich die geplanten repressiven Maßnahmen. Zwar zählen auch die Hämophilen zu den definierten Risikogruppen. Sie dürfen jedoch, da sie nicht gleichzeitig einer stigmatisierten gesellschaftlichen Minderheit angehören, auf eine bessere Behandlung hoffen. Den an AIDS erkrankten Hämophilen gilt das ungeteilte Mitleid der Gesellschaft. Ihnen wird nicht abgesprochen, Opfer einer schrecklichen und bislang nicht beherrschbaren Infektionskrankheit zu sein.

Demgegenüber sind die Reaktionen, die Homosexuelle und Drogenabhängige erleben, ambivalent, wenn nicht schon offen feindlich. Das ist abzulesen an der Unterstellung, Homosexuelle und Drogenabhängige produzierten das Virus durch ihren Lebensstil, gleichsam autochthon, ebenso am Gerede über AIDS als einer »Homosexuellen-Seuche«. Die an AIDS erkrankten Homosexuellen und Drogenabhängigen sind in der gleichen Weise Opfer wie die an AIDS erkrankten Angehörigen anderer sozialer Gruppen. Die Bedrohung geht nicht von den Homosexuellen oder von den Drogenabhängigen aus, sondern von dem mutmaßlichen Erreger der Infektionskrankheit AIDS. Bislang am stärksten bedroht von dieser Krankheit sind homosexuelle Männer. Eine Gesellschaft, die nicht auf eine andere Sexualität mit Schauer und Neid reagieren müßte, würde ihnen gegenüber Mitleid und Solidarität zeigen. Stattdessen wird vordem nur mühsam verdrängter Haß im Gefolge der AIDS-Hysterie wieder virulent.

Eine Gesellschaft ist auch daran zu messen, ob sie sich bei den Schritten, welche sie zur Eindämmung einer noch nicht beherrschbaren Infektionskrankheit vorschlägt, von humanen Überlegungen leiten läßt. Es ist ein alarmierendes Zeichen, wenn sich eine Gesellschaft von noch so verständlichen Ängsten überschwemmen läßt und Maßnahmen diskutiert, die an den Umgang mit Kranken in barbarischen Gesellschaften erinnern.

Von jenen, die gegenwärtig fordern, AIDS (bzw. das Lymphadenopathie-Syndrom bzw. die HTLV-Infektion) unter Aufhebung von Grundrechten zu einer meldepflichtigen Krankheit zu erklären, wird argumentiert, die homosexuellen Männer hätten ihr Sexualverhalten nicht geändert. Uns würde als Sexualforscher, die über solche Gewißheiten nicht verfügen, interessieren, woher diejenigen, die dergleichen behaupten, ihre Kenntnisse haben. Wir beobachten deutliche Hinweise darauf, daß sich das sexuelle Verhalten homosexueller Männer in jüngster Zeit verändert hat. Das steht nicht nur im Zusammenhang mit der AIDS-Debatte, sondern ist auch eine Reaktion auf die innere Leere, die das bunte sexuelle Treiben der vergangenen Jahre zurückgelassen hat. Die Veränderungen betreffen nach unseren Beobachtungen sowohl die Sexualpraktiken als auch die Wahl und Zahl der Sexualpartner. Derartige Hinweise liefert auch die Organmedizin. Beispielsweise zeigt eine Studie¹¹⁾, die unlängst aus einer Klinik für Geschlechtskranke in London veröffentlicht wurde, daß die Rate der Neuerkrankungen an Gonorrhoe unter homosexuellen und bisexuellen Männern im zweiten und dritten Quartal 1983 deutlich und signifikant gesunken ist.

Erfahrene Seuchenexperten und Virologen warnen davor, eine Meldepflicht für AIDS-Kranke einzuführen. Sie befürchten, die Risikogruppen würden sich unter solchen Bedingungen überhaupt nicht mehr untersuchen lassen. Mit Gewißheit kann gesagt werden, daß dann, wenn die Meldepflicht auch auf all jene ausgedehnt würde, bei denen Antikörper gegen das HTLV-III-Virus nachgewiesen werden können, von der Hauptrisikogruppe der homosexuellen Männer der größte Teil erst dann Ärzte aufsuchen würde, wenn sich das Krankheitsbild voll entwickelt hat. Das wäre eine Folge der nach wie vor lebendigen Diskriminierung der Homosexuellen. Immer noch sind viele Homosexuelle gezwungen, ihre sexuelle Orientierung zu verschweigen, weil sie fürchten müssen, bei deren Bekanntwerden diskriminiert zu werden. Angesichts der gegenwärtigen epidemiologischen Verteilung von HTLV-III-Antikörpern ist ein positiver HTLV-Test gleichbedeutend mit einer Offenbarung der Homosexualität bzw. der Drogenabhängigkeit. Ein positiver HTLV-Test stellt gleichsam objektiv fest, einer der beiden stigmatisierten Minderheiten anzugehören. Dadurch wird die Meldepflicht gleichbedeutend mit dem Auftrag an alle Ärzte, staatliche Behörden über die Homosexualität bzw. Drogenabhängigkeit eines Patienten zu unterrichten. Die Furcht davor, staatlich erfaßt zu werden, ist, wie wir alle wissen, kein Hirnspinnst. Unter solchen Bedingungen würde die Meldepflicht höchstwahrscheinlich die Verbreitung von AIDS begünstigen, keinesfalls eindämmen.

Nachdrücklich warnen wir vor dem Hantieren mit Bestrafungs- und Zwangsmaßnahmen. Wir fordern größere Forschungsanstrengungen mit dem Ziel der Behandlung. Einzurichten sind sozialmedizinische

und psychologische Hilfen für die Erkrankten. Aufzuhören ist mit der öffentlichen Ängstigung. Einzustellen ist der wissenschaftlich und ärztlich unhaltbare Umgang mit vorläufigen medizinischen Daten. Zu bekämpfen ist das Schüren des Hasses auf ohnehin verfolgte Minderheiten, die gegenwärtig von AIDS am stärksten bedroht sind.

Frankfurt am Main und Hamburg, 29. November 1984

Prof. Dr. med. Eberhard Schorsch, 1. Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung und Leiter der Abteilung für Sexualforschung des Universitätskrankenhauses Hamburg-Eppendorf

Dr. phil. Martin Dannecker, 2. Vorsitzender der Gesellschaft

Prof. Dr. phil. Gunter Schmidt, Abteilung für Sexualforschung des Universitätskrankenhauses Hamburg-Eppendorf

Prof. Dr. med. Volkmar Sigusch, Leiter der Abteilung für Sexualwissenschaft des Klinikums der Universität Frankfurt am Main

Zitierte Literatur:

- 1) Kurth, R. et al.: HTLV-III-Infektionen bei Patienten mit AIDS und Lymphadenopathie-Syndrom, *Münchner Medizinische Wochenschrift* 126, 1363—1368, 1984
- 2) SPIEGEL-Interview mit Prof. Meinrad Koch, *Der Spiegel*, Nr. 45 vom 5.11.1984, S. 104—105
- 3) Ebd.
- 4) Goedert, J.J. et al.: Determinants of retrovirus (HTLV-III) antibody and immunodeficiency conditions in homosexual men, *The Lancet* II, 711—716, 1984
- 5) Melbye, M. et al.: Seroepidemiology of HTLV-III antibody in Danish homosexual men: prevalence, transmission and disease outcome, *British Medical Journal* 289, 573—575, 1984
- 6) Mathez, D. et al.: Antibodies to HTLV-III associated antigens in populations exposed to AIDS virus in France, *The Lancet* II, 480, 1984
- 7) Dannecker, M. u. R. Reiche: Der gewöhnliche Homosexuelle. Eine soziologische Untersuchung über männliche Homosexuelle in der Bundesrepublik, Frankfurt a.M. 1974
- 8) Cheingsong-Popov, R. et al.: Prevalence of antibody to human T-lymphotropic virus type III in AIDS and AIDS-risk patients in Britain, *The Lancet* II, 477—481, 1984
- 9) Interview mit Prof. Dr. med. Hans-Dieter Brede: »HTLV-III-Infektion ist noch nicht AIDS«, *Ärzte-Zeitung*, Jg. 99, Nr. 203/4, 11.84, S. 22
- 10) Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit, Pressedienst vom 9.11.1984, S. 2
- 11) Weller, I.V.D. et al.: Gonorrhoea in homosexual men and media coverage of the acquired immune deficiency syndrome in London 1982—83, *Brit. Med. Journal* 289, 1041, 1984

**NEUERSCHENUNG
CHILE**



**Zwischen
Aufstand
und
Ausgangssperre**

• Aufzeichnungen aus Chile zur Unterdrückung und zum sozialen Widerstand.
90 Seiten, 5,- DM,
gegen Vorausüberweisung
zu bestellen bei

**medico
international**

Hanauer Landstraße 147-149
6000 Frankfurt am Main 1
Stadtparkasse Frankfurt
Konto Nr. 2402

Die Änderung des Arbeitsförderungsgesetzes zum 1.1.1984 und die Auswirkungen auf die Krankenpflege

Bericht der Arbeitsgruppe »Gesicherte Weiterbildung in der Krankenpflege«

Die Finanzierungsgrundlage der beruflichen Weiterbildung in der Krankenpflege ist seit 1969 das Arbeitsförderungsgesetz. Das Gesetz, das die finanzielle Unterstützung derjenigen sichern sollte, die sich für eine nicht berufsbegleitende Weiterbildung in der Krankenpflege entschieden hatten, wurde im Laufe der Jahre seines Bestehens immer mehr zum Nachteil der Betroffenen verändert.

Wir möchten hier auf die zwei einschneidendsten Änderungen des AFG (Arbeitsförderungsgesetzes) aufmerksam machen:

1. Im Januar '82 wurde im Zuge der »Konsolidierung« des AFG entschieden, das Unterhaltsgeld in Form eines Zuschusses von 68 Prozent des bisherigen Nettogehaltes durch ein zinsloses Darlehen von 58 Prozent zu ersetzen. Dies bedeutete und bedeutet heute noch, daß die Ausbildung zur Unterrichtskraft bzw. Pflegedienstleitung nur noch unter Inkaufnahme umfangreicher finanzieller Nachteile und langfristiger Verschuldung möglich ist. Zwar wurde 1983 durch intensive Bemühungen eine Wiedereinführung der alten Förderungsregelung (Zuschuß) erreicht, dies allerdings nur für wenige Arbeitsamtsbezirke und einmalig für 1983.

2. Zum 1.1.84 wurde das AFG in wichtigen Bereichen geändert. (Bundesgesetzblatt 53 vom 25.12.83, Gesetz über Maßnahmen zur Entlastung der öffentlichen Haushalte und ...) Es gelten vom o.g. Datum ab folgende Regelungen:

- Die Darlehensregelung wird von einer Mußleistung in eine Kannleistung umgewandelt, der Umfang der Leistung wird reduziert (§44 Abs. 2 AFG).
- Gleichzeitig wird der Finanzierungsrahmen der Arbeitsämter für diesen Bereich drastisch gekürzt.
- Ist die Teilnahme an einer Maßnahme der beruflichen Weiterbildung und Umschulung arbeitsmarktpolitisch nicht notwendig, sondern nur zweckmäßig, kann die Bundesanstalt für Arbeit Unterhaltsgeld als Darlehen nur noch nach Maßgabe der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel gewähren.

Dies bedeutet nach unseren Informationen durch das Arbeitsamt: Wer sich weiterbilden oder umschulen lassen will und weder arbeitslos noch von Arbeitslosigkeit bedroht ist, einen Beruf erlernt hat und nicht in einen Mangelberuf will, kann weiterhin 58 Prozent für die Berechnung maßgebenden Nettogehaltes als Darlehen erhalten, allerdings nur solange der Haushaltsansatz des Heimatsarbeitsamtes reicht, da dieses Unterhaltsgeld von einer Pflicht- auf die genannte Kannleistung umgestellt worden ist.

Alarmiert durch diese die Krankenpflege ganz besonders betreffende Änderung bildete sich am Berufsbildungswerk des DGB in Stuttgart eine Arbeitsgruppe aus Mitgliedern von Weiterbildungskursen. Wir überlegten uns die Konsequenzen, die die Gesetzesänderung zwangsläufig mit sich ziehen mußte: Die Weiterbildungsinstitute würden, um ihren Bestand wenigstens teilweise zu sichern, den Umfang und die Qualität ihrer Ausbildungsangebote drastisch reduzieren müssen, dies würde bedeuten:

- a) Reduzierung der Ausbildung von zwei auf ein Jahr.
- b) Versuch einer berufsbegleitenden Ausbildung, wobei sich sicher massive Probleme durch den Dreischichtbetrieb der Krankenhäuser und die überregionalen Einzugsbereiche der Weiterbildungsstätten ergeben würden.
- c) Reduzierung der Ausbildungsinhalte in wichtigen Fächern für die Entwicklung zur Lehrer- bzw. Führungspersonalität.

All dies bedeutet für die Krankenpflege, die Krankenhäuser und den Patienten:

- Der Nachschub an Führungskräften kommt ins Stocken.
- Die Weiterbildung wird dequalifiziert.
- Für die Krankenpflege werden die Möglichkeiten zur Erneuerung und Neuorganisation abgeschnitten, Entwicklung und Realisierung von Zukunftskonzepten, an denen es der Krankenpflege in der

BRD heute schon fehlt, werden kaum noch möglich sein.

- Im internationalen Vergleich wird die Pflege in der BRD weiter zurückfallen.
- Dequalifizierung des Berufes, was bedeutet, daß die Minimalforderung der »Sicheren Pflege« in den Krankenhäusern nicht mehr gewährleistet wird.
- Die Forderung nach einer Humanisierung des Krankenhauses ist damit zur Leerformel geworden.
- Durch schlechtere Personalführung und Ausbildung wird es zu einer noch größeren Unzufriedenheit des Pflegepersonals kommen, Fluktuation und Ausfallszeiten werden zunehmen.

Um diese vorgezeichnete Entwicklung nicht Wirklichkeit werden zu lassen, stellten wir die Forderung auf, die die Pflege betreffenden Veränderungen beim AFG sofort zurückzunehmen und eine Sonderregelung für die Krankenpflege zu schaffen, um die finanzielle Grundlage für die Weiterbildung langfristig zu sichern.

Wir machten uns also an die Arbeit und mobilisierten die Berufsverbände und die ÖTV, informierten die Öffentlichkeit durch einen Artikel in der Stuttgarter Zeitung und machten die Berufsmitglieder auf die Folgen der Gesetzesänderung aufmerksam, indem wir in den Fachzeitschriften Artikel veröffentlichten.

Wir sammelten Unterschriften für unsere Forderungen und sandten diese an den Petitionsausschuß im Bundestag und an die Parteivorsitzenden. Ein umfassendes Informationspapier zu dieser Problematik erhielten die Sozialausschüsse aller im Bundestag vertretenen Parteien auf Bundes- und auf Länderebene. Alle Weiterbildungsstätten für die Krankenpflege bekamen ein Informationspapier mit der Bitte, es an ihre Schülerinnen und Schüler weiterzuleiten.

Zu guter letzt schrieben wir eine große Anzahl von ehemaligen Teilnehmern an Weiterbildungskursen an und baten sie, ein von uns verfaßtes Schreiben mit ihrer Unterschrift an die Bundesanstalt für Arbeit nach Nürnberg zu schicken. Dieses Schreiben machte auf die Konsequenzen der AFG-Änderung aufmerksam und enthielt unsere o.g. Forderung.

Anscheinend kamen sehr viele der angeschriebenen Personen unserer Bitte nach, denn wir erhielten nicht lange danach ein Antwortschreiben des damaligen Präsidenten der Bundesanstalt für Arbeit, Stingl, mit folgendem Inhalt: »Leider hat es wegen der begrenzten Haushaltsmittel schon zu Beginn des Jahres Engpässe bei der Bewilligung dieser Leistung gegeben. Wegen der dadurch aufgetretenen Situation ist die Bundesanstalt für Arbeit bereits um zusätzliche Haushaltsmittel hierfür bemüht. Ob und inwieweit dies möglich sein wird, entscheidet sich in Kürze.« (Brief vom 2.3.84)

Schließlich wurde Ende März diesen Jahres der das AFG betreffende Nachtragshaushalt verabschiedet und beschlossen, daß im Rahmen dieses Nachtragshaushaltes wieder finanzielle Mittel in gleicher Höhe für Weiterbildungsmaßnahmen in der Krankenpflege zur Verfügung stehen. Zum einen freuten wir uns natürlich über diesen »kleinen Erfolg«. Zum anderen wurde unsere Freude dadurch getrübt, daß folgende Punkte noch sehr im Argen lagen und weiterhin liegen:

- 1. Es wurde nicht auf unsere Forderung eingegangen, die Änderung vom 1.1.84 zurückzunehmen, d.h. die Kann-Leistung wieder in eine Mußleistung umzuwandeln.
- 2. Der Nachtragshaushalt gilt nur für das Jahr 1984. Was in diesem Jahr wird, weiß keiner. Alle Bewerber für die kommenden Jahre wissen nicht, mit welcher finanziellen Unterstützung sie während ihrer Weiterbildung rechnen können.
- 3. Von Bewerbern und Antragstellern beim Arbeitsamt, die sich mit uns in Verbindung setzten, hörten wir, daß die Arbeitsämter sehr unterschiedlich entschieden. Ein endgültiger Bescheid, ob der Antragsteller Darlehen bekam oder nicht, wurde den Betroffenen oft erst sehr spät zugestellt. Auf einen Brief an die Bundesanstalt für Arbeit zu diesem Problem er-

hielten wir die Antwort, daß die Entscheidung des Arbeitsamtes über den Antrag eines Bewerbers eine individuelle Entscheidung sei. Es entscheidet sich nach den persönlichen und beruflichen Verhältnissen und Absichten des einzelnen Antragstellers. Maßgeblich sind dabei in erster Linie der für den einzelnen Arbeitnehmer erreichbare Arbeitsmarkt und die dort vorliegenden Verhältnisse, d.h., ob dort Unterrichtskräfte benötigt werden oder nicht.

4. Unsere Forderung nach Zuschuß anstatt Darlehen wurde in keiner Weise berücksichtigt, sondern mit dem Argument der Sparsamkeit vom Tisch gefegt.

5. Ein anderer Grund für die Ablehnung unserer Forderung nach Zuschuß ist die Behauptung, daß der Beruf der Unterrichtsschwester/des Unterrichtspflegers kein Mangelberuf sei. Im letzten Brief der Bundesanstalt für Arbeit vom 18. Juli heißt es: »Die Situation am Arbeitsmarkt hat sich im letzten Jahr jedoch entschieden gewandelt. Nach der mir vorliegenden letzten statistischen Erhebung Ende September 1983 waren zu diesem Zeitpunkt 1224 Unterrichtsschwester bzw. Unterrichtspfleger bei den Arbeitsämtern arbeitslos gemeldet. Gleichzeitig lagen für diesen Personenkreis lediglich 126 offene Stellen vor ... Eine kürzlich durchgeführte Anfrage bei den Landesarbeitsämtern zeigte, daß inzwischen in keinem Arbeitsamtsbezirk mehr ein Mangel an Unterrichtsschwester bzw. Unterrichtspflegern besteht. Damit können im Regelfall Teilnehmer an Weiterbildungsmaßnahmen in der Krankenpflege nur noch Unterhaltsgeld als Darlehen nach §44 Abs. 21 AFG erhalten.«

Ein Schreiben an die Abgeordnete der Grünen Christa Nickels (Krankenschwester) hatte zur Folge, daß sich diese als Berichterstatterin für unsere Petition an den Petitionsausschuß des Deutschen Bundestages einsetzte. Dieser holte eine Stellungnahme des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung ein. Der Bundesminister schrieb: »Die schwierige Finanzlage der Bundesanstalt für Arbeit und des Bundes machten es erforderlich, auch im Bereich der beruflichen Bildung Einsparungen vorzunehmen. Da sich der Deutsche Bundestag sogar gezwungen sah, selbst die Lohnersatzleistungen für Arbeitslose (...) herabzusetzen, ließ es sich nicht umgehen, insbesondere von den Teilnehmern an den sogenannten Aufstiegsmaßnahmen eine noch stärkere Eigenbeteiligung als bisher zu fordern.« (Schreiben des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung an den Petitionsausschuß vom 20. Juli 1984.)

Dies heißt mit anderen Worten, die Zurückzahlung des Darlehens kann Weiterbildungswilligen in der Krankenpflege zugemutet werden, da es sich bei ihrer Weiterbildung um einen beruflichen Aufstieg handelt. Den Politikern ist anscheinend nicht klar, daß das Gehalt einer Unterrichtskraft sich bei weitem nicht um die Summe erhöht, die für einen Weiterbildungskurs und das Zurückzahlen des Darlehens aufgebracht werden muß. Wer finanziell aufsteigen will, muß sich in der BRD für einen anderen Beruf entscheiden, nicht für den der Unterrichtsschwester bzw. des Unterrichtspflegers.

Aus den genannten Punkten ergibt sich für uns die Forderung, daß sich alle Betroffenen sowohl an die politischen Instanzen wenden, als auch an die Öffentlichkeit und diese über die Konsequenzen der »Wende« in der Sozialpolitik für die Krankenpflege (sprich auch für den Patienten) informieren. Auch unsere Berufsverbände und -Organisationen sind aufgerufen, den Politikern klarzumachen, daß die Forderung des Europäischen Übereinkommens nach einem Schüler-Lehrer-Verhältnis von 15:1 in den Krankenpflegeschoolen der BRD noch lange nicht erfüllt ist, obwohl die BRD sich mit dem Europäischen Übereinkommen einverstanden erklärt hat. Wenn alle Krankenpflegeschoolen der BRD so viele Planstellen hätten, daß das oben genannte Schüler-Lehrer-Verhältnis realisiert wäre, ermöglichte das erstens eine bessere praktische und theoretische Ausbildung der Schülerinnen und Schüler, und zweitens ließe sich ein sehr hoher Bedarf an Unterrichtskräften eindeutig nachweisen.

Gutachter- und Schlichtungsstellen der Landesärztekammern — eine Bereicherung für den Patientenschutz?

In der Zeit von 1975 bis 1977 sind sieben Gutachter- und Schlichtungsstellen von den Landesärztekammern bundesweit eingerichtet worden.¹⁾

»Über ihre Aufgabe und Arbeitsweise bestehen bei Patienten und Ärzten viele Unklarheiten. Oft ist gar nicht bekannt, daß eine Gutachterkommission oder eine Schlichtungsstelle besteht.«²⁾

Dies ist nicht zuletzt eine Folgeerscheinung von Begriffsunklarheiten verbunden mit einer gewissen Uninformiertheit über Zielsetzung, örtliche wie sachliche Zuständigkeit sowie Verfahrensregeln der einzelnen Stellen, die sich auf einer Palette nuancierter bis detaillierter Unterschiede in diesen Bereichen bewegen.

In der Literatur findet man vorwiegend die Bezeichnung »Gutachter- und Schlichtungsstellen«³⁾, wobei sich diese entsprechend ihrer Selbstdarstellung im Zeitraum Juli/August 1982 unterteilen in 4 Gutachterkommissionen:

1. Gutachterkommission für Fragen ärztlicher Haftpflicht bei der Ärztekammer des Saarlandes (seit 1977 mit Sitz in Saarbrücken)⁴⁾
 2. Gutachterkommission für Fragen ärztlicher Haftpflicht bei der Landesärztekammer Baden-Württemberg (seit 1977 mit Sitz in Stuttgart)
 3. Gutachterkommission für ärztliche Haftpflichtfragen bei der Ärztekammer Westfalen-Lippe (seit 1977 mit Sitz in Münster)
 4. Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein (seit 1975 mit Sitz in Düsseldorf)
- in die noch die integrative Bezeichnung führende⁵⁾
5. Gutachter- und Schlichtungsstelle bei den Landesärztekammern Hessen und Rheinland-Pfalz (seit 1977 mit Sitz in Frankfurt)
- und in die beiden Schlichtungsstellen
6. Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammern (zuständig für die Kammerbereiche Niedersachsen, Berlin, Bremen, Hamburg, Schleswig-Holstein) (seit 1976 mit Sitz in Hannover)
 7. Schlichtungsstelle für Haftpflichtstreitigkeiten der Bayerischen Landesärztekammer (seit 1975 mit Sitz in München)

Obwohl daher von 5 Gutachterstellen bzw. Gutachterkommissionen und 2 Schlichtungsstellen ausgegangen werden kann, spricht DOMS (1981)⁶⁾ von 5 Schlichtungsstellen und 3 Gutachterkommissionen, die er dann unter den Begriff »Vermittlungsstellen« subsumiert, sofern seine Darstellungen gleichermaßen Gutachterkommissionen als auch Schlichtungsstellen betreffen.

Selbst die Ärztekammer des Saarlandes ist »Opfer« dieses Verwirrspiels der Bezeichnungen geworden; so hat sie auf der Sitzung der Delegiertenversammlung vom 21. Oktober 1981 eine Änderung der bisherigen Bezeichnung »Gutachter- und Schlichtungsstelle« in »Gutachterkommission für Fragen ärztlicher Haftpflicht bei der Ärztekammer des Saarlandes« beschlossen, da aufgrund der bisherigen irreführenden Bezeichnung eine ganze Reihe von ausdrücklichen Anträgen auf Einleitung eines Schlichtungsverfahrens gestellt wurden. »Nach den Bestimmungen der Satzung kann diese Kommission jedoch nur ausnahmsweise in geeigneten Fällen und mit Zustimmung der Beteiligten einen Schlichtungsversuch unternehmen.«⁷⁾

Obwohl es sich — wie im Folgenden dargestellt — bei den Gutachter- und Schlichtungsstellen um zwei mit verschiedenen Zielsetzungen arbeitende Einrichtungen handelt, so schließen wir uns dennoch der allgemeinen Bezeichnung »Gutachter- und Schlichtungsstellen« an, sofern die Darstellung beider Institutionen betroffen ist.

Begründungszusammenhang für die Errichtung von Gutachter- und Schlichtungsstellen

Als Hauptmotiv für die Gründung der Gutachter- und

Von Gisela Heimbach

Schlichtungsstellen wird seitens der Ärztekammern das in den letzten Jahren kulminierende kritische Patientenverhalten angeführt, das die sukzessive Zerstörung des Arzt-Patienten-Vertrauensverhältnisses zur Folge habe und damit zu einer rechtlichen Verkrampfung dieses Verhältnisses beitrage, was sich in der häufigen haftungsrechtlichen Inanspruchnahme der Ärzte widerspiegele.⁸⁾

Epidemiologisches Vokabular veranschaulicht an dieser Stelle des subjektiven Begründungszusammenhangs die Emotionalität der Analyse, wenn von der »sich ausbreitenden krankhaften Prozeßsucht der Bevölkerung«⁹⁾ gesprochen wird.

Als additives Ursachenmoment wird die aus den USA »importierte« sehr kritische Einstellung gegenüber Ärzten genannt, die in den Vereinigten Staaten zu einem lawinenartigen Anstieg der Arzthaftungsprozesse geführt hat. Der Gefahr eines Übergreifens solcher Verhältnisse sollte nach überwiegender Ansicht der Ärzteschaft begegnet werden.¹⁰⁾

Beklagt wird die Tatsache, daß der Grundsatz des römischen Rechts, »daß, wer einen Schaden erleidet, ihn eben in erster Linie selbst zu tragen habe«, nicht mehr geltend zu machen sei, daß heute die reziproke Parole unter den Patienten umgehe: »Wenn du einen Schaden hast, dann suche so lange, bis du einen findest, dem du die Schuld daran geben kannst, und gib nicht nach, bis du ihn haftbar gemacht hast.«¹¹⁾

Dieses von seiten der Ärztekammern auf das Schärfste kritisierte Bild sowie die Angst vor »amerikanischen Verhältnissen« veranlaßt sie, diese Situation in eine Marktlücke¹²⁾ umzuformulieren, die man glaubte qua Einrichtung von Gutachter- und Schlichtungsstellen nutzen zu können, um »das im Interesse aller Beteiligten notwendige vertrauensvolle Arzt-Patienten-Verhältnis von falschen Emotionen zu befreien.«¹³⁾

Als Gründe für die Entstehung des kritischen Patientenverhaltens werden folgende Argumente ins Feld geführt:

- »allgemein kritischere Haltung der Menschen«¹⁴⁾;
- »Tatsache, daß die Menschen nicht mehr bereit sind, Schicksalsschläge — also auch Krankheiten — hinzunehmen.«¹⁵⁾
- »generelle Vorwürfe gegen Ärzte wie Profitgier«¹⁶⁾ und unpersönliche Behandlung¹⁷⁾
- »übertrieben negative Darstellungen in der Boulevardpresse und Verallgemeinerungen negativer ärztlicher Verhaltensweisen«¹⁸⁾;
- oft sensationell erörterte Behandlungsfehler¹⁹⁾;
- oft sensationell aufgemachte »Darstellungen über neue Erkenntnisse und angebliche Möglichkeiten moderner Medizin«²⁰⁾;
- weitverbreitetes überhöhtes Anspruchsdenken²¹⁾;
- »gelegentlich falsche Vorstellungen von der notwendigen Einstellung des Arztes zu den angeblichen Fehlern. Es wird erwartet, daß der Arzt bei einem Mißerfolg im Interesse einer Schadensregulierung durch die Versicherung in streitigen Fällen einen Haftungsgrund bestätigt.«²²⁾

Diese hypostasierte Situation der Bedeutsamkeit des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient einerseits und dessen sukzessive Unterlaufung durch das kritische Patientenverhalten andererseits, hat sich bereits in der Berufsordnung für die deutschen Ärzte von 1976 in einer klar formulierten Verhaltensregel für den Arzt niedergeschlagen. So heißt es in §1 Abs. 6: »Der Arzt kann die Behandlung ablehnen, wenn er glaubt, das notwendige Vertrauensverhältnis sei nicht gegeben.«²³⁾

Der vorstehend dargestellte Begründungszusammenhang für die Errichtung der Gutachter- und Schlichtungsstellen veranschaulicht die Prädominanz emotionaler Urteile über Ursachen und Wirkungen kritischen Patientenverhaltens, ohne diesen konstatieren Ursache-Wirkungs-Zusammenhang durch Heranziehung von Erklärungsfaktoren wie z.B. die Determinanten ärztlichen Verhaltens kritisch zu hinterfragen.

Der Begründungszusammenhang muß jedoch unter dem objektiven Aspekt ergänzt werden, daß die Gutachter- und Schlichtungsstellen erst eingerichtet wurden, nachdem im Oktober 1972 die erste Patientenschutzorganisation in der Bundesrepublik an die Öffentlichkeit trat. So besteht ein regionaler kausaler Zusammenhang zwischen der Entstehung der Schlichtungsstelle für Haftpflichtstreitigkeiten der Bayerischen Landesärztekammer im April 1975 als erste Einrichtung aller Gutachter- und Schlichtungsstellen und der Gründung der Vereinigung med.-chirurg. Geschädigter in Deutschland e.V. in München im Oktober 1972. Untermauert wird die Kausalität dieses Zusammenhangs durch die Tatsache, daß bereits im Herbst 1973 die Idee der Errichtung von Schlichtungsstellen in der Sendung »Gesundheitsmagazin Praxis« des Zweiten Deutschen Fernsehens durch den damaligen Präsidenten der Bundesärztekammer H.-J. Seewering und einem Vertreter des HUK-Verbandes verkündet wurde²⁴⁾

Auch die Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein, nach deren Muster alle nachfolgenden Gutachterkommissionen errichtet wurden, trat erst dann auf den Plan, nachdem im November 1974 der Deutsche Patientenschutzbund (dps) e.V. mit damaligem Sitz in Köln »gleich mit so viel Vorschubloberungen an die Öffentlichkeit trat, daß wahrhaftig zu überlegen war, wie die Ärztekammern das Gutachterwesen in eigener Regie behalten könnten«²⁵⁾

Zielsetzung der Gutachter- und Schlichtungsstellen

Hinsichtlich der Zielsetzungen besteht zwischen den einzelnen Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen insofern ein Unterschied, als die Gutachterkommissionen in Düsseldorf, Stuttgart, Münster und Saarbrücken sowie die Gutachter- und Schlichtungsstelle in Frankfurt in der Regel lediglich die Begutachtung ärztlichen Handelns vornehmen.

Die Zielsetzung der vorgenannten Stellen soll hier durch den §1 Abs. 1 des Status der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein exemplarisch dargestellt werden: »Die Ärztekammer verfolgt mit Errichtung dieser Gutachterkommission das Ziel, durch objektive Begutachtung ärztlichen Handelns dem durch einen Behandlungsfehler in seiner Gesundheit Geschädigten die Durchsetzung begründeter Ansprüche und dem Arzt die Zurückweisung unbegründeter Vorwürfe zu erleichtern.«

Mit dieser Begutachtung endet in den meisten Fällen die Tätigkeit der Gutachterkommissionen. Obwohl die Statuten die Möglichkeit eines Schlichtungsversuchs fakultativ einräumen, wird dies in aller Regel nicht praktiziert.

Von den Schlichtungsstellen in Hannover und München wird unter Mithräterschaft des Verbandes der Haftpflichtversicherer e.V. (HUK-Verband) gleichzeitig eine außergerichtliche Erledigung der Haftpflichtstreitigkeiten angestrebt.

Exemplarisch für die Zielsetzung dieser beiden Schlichtungsstellen wird der §3 der Geschäfts- und Verfahrensordnung der Schlichtungsstelle für Haftpflichtstreitigkeiten der Bayerischen Landesärztekammer genannt: »Ziel der Tätigkeit der Schlichtungsstelle ist es, möglichst rasch und eingehend den Sachverhalt aufzuklären und in einem Gutachten einen sachverständigen Vorschlag zur Behebung der Streitigkeiten festzulegen. Die Beteiligten sind verpflichtet, dabei mitzuwirken.«

Das bedeutet, bei Bestätigung eines ärztlichen Behandlungsfehlers wird dem Haftpflichtversicherer des Arztes ein Vorschlag zur Schadensregulierung unterbreitet.

Personelle Besetzung der Entscheidungsgremien der Gutachter- und Schlichtungsstellen

Wie anhand der nachstehenden Tabelle gezeigt, ist die personelle Zusammensetzung der Gutachter- und

Personelle Besetzung der Entscheidungsgremien der Gutachter- und Schlichtungsstellen

	Westfalen-Lippe	Saarland	Baden-Württemberg	Nordrhein	Hessen, Rheinland-Pfalz	Bayern	Norddeutschland
Anzahl der Mitglieder	3	3	3	5	5	4	5
Jurist, der die Befähigung zum Richteramt haben muß	1 (Vorsitz)	1 (Vorsitz)	1 (Vorsitz)	1 (Vorsitz)	1 (Vorsitz)		1 (Ständiges Mitglied)
niedergelassener Arzt für Allgemeinmedizin			1	1			
Arzt/Facharzt mit Anerkennung für das durch den konkreten Sachverhalt angesprochene Fachgebiet	2		1			1	1
Ärzte aus verschiedenen Gebieten		2			4		
Chirurg				1			
Internist				1			
Pathologe				1			
Arzt/Facharzt als ständiges Mitglied						1 (Vorsitz)	1 (Vorsitz)
Vertreter (Arzt/Facharzt oder Jurist mit der Befähigung zum Richteramt) d. beteil. Ärzte						1	1
Vertreter (Arzt/Facharzt oder Jurist mit der Befähigung zum Richteramt) d. beteil. Patienten						1	1

Quelle: Eigene Zusammenstellung aus den Statuten der Gutachter- und Schlichterstellen

Schlichtungsstellen bezüglich Anzahl und Struktur sehr unterschiedlich.

Grundsätzlich muß festgestellt werden, daß nahezu ausschließlich Ärzte die Verfahren bezüglich Begutachtung und Schlichtung beeinflussen.

Der Vorsitzende des Entscheidungsgremiums ist in den Gutachterkommissionen für Baden-Württemberg, Westfalen-Lippe, Nordrhein und Saarland sowie für die Gutachter- und Schlichtungsstelle für Hessen und Rheinland-Pfalz ein Jurist mit der Befähigung zum Richteramt; in der Praxis meist ein Richter oder Staatsanwalt im Ruhestand.²⁶⁾

In den beiden Schlichtungsstellen für Bayern und Norddeutschland führt jeweils ein Arzt den Vorsitz, wobei in der norddeutschen Schlichtungsstelle das Verfahren von einem Juristen als ständigem Mitglied vorbereitet wird.

Die am Verfahren unmittelbar Beteiligten — Arzt und Patient — sind ausschließlich bei diesen beiden Schlichtungsstellen repräsentiert. Nur dort können sich Patient und Arzt durch Entsendung eines Arztes oder Juristen mit der Befähigung zum Richteramt vertreten lassen.²⁷⁾

Eine Sonderregelung besagt ferner: »Betrifft eine Streitigkeit mit unterschiedlichen Vorwürfen (§2 Abs. 1) mehrere Ärzte, so beruft anstelle des beteiligten Arztes der HUK-Verband das Mitglied der Schlichtungsstelle.²⁸⁾«

Abgesehen von letztgenannten Sonderregelungen der Schlichtungsstellen, wird die personelle Besetzung der Entscheidungsgremien aller Gutachter- und Schlichtungsstellen von der jeweiligen Landesärztekammer bestimmt, wobei für jedes Mitglied ein Stellvertreter ernannt wird.

Wer einem Organ der Landesärztekammer oder ihrer Untergliederungen angehört oder Angestellter der Landesärztekammer oder ihrer Untergliederungen ist, darf weder zum Mitglied noch zum Stellvertreter ernannt werden.

Als Voraussetzung sollen alle Mitglieder und Stellvertreter langjährige Berufserfahrung mitbringen.

Verfahrensregeln der Gutachter- und Schlichtungsstellen

1. Beteiligungsberechtigte

Einen Anspruch auf Durchführung eines Schlichtungs- oder Begutachtungsverfahrens hat der

Patient grundsätzlich nicht. Die Beteiligung an den Verfahren ist freiwillig. Das Recht zur Beteiligung steht bei den Gutachterkommissionen und der Gutachter- und Schlichtungsstelle für Hessen und Rheinland-Pfalz dem Arzt und dem Patienten (auch Angehörigen und Rechtsbeiständen) zu.²⁹⁾

Ein Verfahren vor den beiden Schlichtungsstellen kann vom Patienten, dem Arzt, seinem Versicherer und vom Krankenhausträger angerufen werden. Allerdings macht BODENBURG (1980) die Einschränkung, daß nur die Krankenhausträger teilnehmen können, die »privat bei einer Versicherungsgesellschaft des HUK-Verbandes haftpflichtversichert sind³⁰⁾«. Krankenhäuser mit öffentlich-rechtlicher Trägerschaft können mit einigen Ausnahmen für Berlin an diesem Verfahren nicht teilnehmen.³¹⁾

2. Verfahrensvoraussetzungen

Die Verfahrensvoraussetzungen sind im einzelnen unterschiedlich; grundsätzlich kommt ein Verfahren auf schriftlichen Antrag eines Beteiligungsberechtigten in Gang. Meist ist dies ein Patient, der einen Behandlungsfehler vorwirft und diesbezüglich Schadensersatz beansprucht.

Voraussetzungen für die Einleitung eines Verfahrens bei den Gutachter- und Schlichtungsstellen sind allgemein:³²⁾

- daß kein gerichtliches Urteil und kein Vergleich in der Sache vorliegt
- daß kein gerichtliches oder staatsanwaltliches Verfahren in derselben Sache schwebt
- daß kein Beteiligungsberechtigter widerspricht.

Vereinzel wird die Zuständigkeit auch verneint bei »Aufklärungspflichtverletzungen, fehlerhaften Begutachtungen, mißlungenen Sterilisationen und fehlerhaften kosmetischen Operationen³³⁾«. So wird z.B. für die Gutachterkommission der Landesärztekammer Nordrhein als Verfahrensvoraussetzung die Einschränkung gemacht, daß die behauptete Aufklärungspflichtverletzung vom Tatsächlichen her unstreitig sein muß.

»Bestreitet der Arzt die vom Patienten vorgetragenen Tatsachen, wird die Gutachterkommission nicht tätig³⁴⁾«.

Ganz anders wird diese Situation des ärztlichen Widerspruchs gegen eine behauptete Aufklärungspflichtverletzung von der Gutachter- und Schlichtungsstelle für Hessen und Rheinland-Pfalz gehandhabt: »In diesem Fall wird dem Patienten ein Alternativbescheid erteilt, der sowohl den vom Patienten als auch den vom Arzt vorgetragenen Sachverhalt gutachtlich würdigt. Es ist dann Sache der Beteiligten,

aus dem Gutachten in beweiswürdiger Hinsicht die entsprechenden Schlüsse zu ziehen³⁵⁾«.

Eine weitere Voraussetzung für die Einleitung eines Verfahrens ist die örtliche Zuständigkeit der Gutachter- und Schlichtungsstellen; sie ist nach den Geschäfts- und Verfahrensordnungen dann gegeben, wenn der beschuldigte Arzt Mitglied der die jeweilige Gutachter- und Schlichtungsstelle betreibenden Ärztekammer ist.³⁶⁾

3. Durchführung der Verfahren

Die Durchführung der Verfahren wird von den Gutachter- und Schlichtungsstellen sehr unterschiedlich gehandhabt.

Auf den kleinsten gemeinsamen Nenner gebracht, kann das Procedere wie folgt umrissen werden:

Die Verfahren vor den Schlichtungsstellen sind grundsätzlich schriftlich, fakultativ kann jedoch die Anberaumung einer mündlichen Verhandlung und das persönliche Erscheinen der Beteiligten beschlossen werden.³⁷⁾

Die Schlichtungsstellen schließen ihre Tätigkeit mit einem Gutachten ab, das mit Stimmenmehrheit beschlossen wird.

Bei Stimmengleichheit entfällt ein Vorschlag; in diesem Falle werden die unterschiedlichen Meinungen gegenübergestellt.³⁸⁾

Diese Verfahrensweise gilt auch für die Gutachterkommissionen und die Gutachter- und Schlichtungsstelle für Hessen und Rheinland-Pfalz.

4. Kosten des Verfahrens

Für die Inanspruchnahme der Schlichtungsstelle werden keine Kosten erhoben; die Kosten der Schlichtungsstelle tragen die jeweiligen Ärztekammern.

Die Beteiligten tragen ihre eigenen Kosten, die ihrer Rechtsbeistände und die der von ihnen benannten Vertreter in der Schlichtungsstelle selbst.

Liegen die Voraussetzungen des §114 ZPO vor, tragen die Kosten für das vom Patienten berufene Mitglied im Entscheidungsgremium auf Antrag je zur Hälfte die jeweilige Landesärztekammer und der Versicherer des Arztes. Über den Antrag entscheiden bei der Schlichtungsstelle der bayerischen Landesärztekammer der Arzt als ständiges Mitglied, bei der Schlichtungsstelle der norddeutschen Ärztekammern Arzt und Jurist als ständige Mitglieder.

Die Kosten eines von der Schlichtungsstelle beigezogenen Gutachters trägt der Versicherer des Arztes.³⁹⁾

Die Gutachterkommissionen und die Gutachter- und Schlichtungsstelle für Hessen und Rheinland-Pfalz handhaben die Kostenregelung ähnlich. Auch hier trägt die jeweilige Landesärztekammer die Kosten der Gutachterkommission; das Verfahren ist somit für die Beteiligten kostenlos, sie tragen ausschließlich ihre Kosten inklusive die ihrer Vertretung.

Erfahrungsberichte und Statistik der Gutachter- und Schlichtungsstellen

Insgesamt betrachtet liegt über die bisherige Tätigkeit der Gutachter- und Schlichtungsstellen nur spärliches statistisches Material vor.

Mit Ausnahme der wenigen statistischen Daten der Patientenorganisation »Patientenhilfe München e.V.«, liegt überhaupt kein Zahlenmaterial darüber vor, wie viele Antragsteller mit dem endgültigen Bescheid der Gutachter- und Schlichtungsstellen unzufrieden waren und danach den Klageweg vor den Gerichten beschritten haben.⁴⁰⁾

Dieser Mangel führte unter anderen Issues zur Bildung einer »Ständigen Konferenz der Gutachter- und Schlichtungsstellen bei der Bundesärztekammer«, die seit 1979 primär die Aufgabe zu erfüllen hat, »einen Erfahrungsaustausch unter den bei den Ärztekammern gebildeten Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen durchzuführen⁴¹⁾«. Hierzu gehört die Erarbeitung einer einheitlichen Grundlage für die Erstellung einer Jahresstatistik, die bisher für die Jahre 1980 und 1981 vorliegt.

Von einem Erfolg — so die Schlichtungsstelle der bayerischen Landesärztekammer — kann nur dann gesprochen werden, wenn es gelingt, »entweder die Versicherung davon zu überzeugen, daß Schadenersatz geleistet werden muß oder den Patienten, daß kein Behandlungsfehler geltend gemacht werden kann, so daß ein Prozeß vermieden wird⁴²⁾«. In bezug auf die letztgenannte Bedingung muß eine hohe Erfolgsquote gemessen an den niedrigen Prozentzahlen

der Behandlungsfehler bejahenden Bescheide der Gutachter- und Schlichtungsstellen konstatiert werden.

Legt man die nachstehend aufgeführten, sehr fehler- und lückenhaften Statistiken für das Jahr 1980⁴³⁾ und das Jahr 1981⁴⁴⁾ der »Ständigen Konferenz der Gutachter- und Schlichtungsstellen bei der Bundesärztekammer« zugrunde, so ergeben sich auf Grundlage der angegebenen Zahlen der in den abgelaufenen Jahren 1980 und 1981 erledigten Gutachten bezüglich Behandlungsfehler bejahenden Bescheiden folgende Prozentzahlen:

	1980	1981
Baden-Württemberg	12,2%	19,6%
Bayern	9,7%	12,3%
Hessen/Rheinl.-Pf.	14,2%	21,9%
Nordrhein	11,4%	10,5%
Norddeutschland	15,4%	16,8%
Saarland	16,7%	6,3%
Westfalen-Lippe	8,2%	14,4%

Selbst wenn man die Zahl der Bescheide die Behandlungsfehler bestätigen, auf die Zahl der letztlich nach zahlreichen, meist formalen, Aussonderungskriterien zur Sachentscheidung angenommenen Fälle bezieht, so erhält man unter Bezugnahme auf die rechnerisch korrigierten Zahlen (siehe Anm. 43 und 44) relativ niedrige Prozentzahlen:

	1980	1981
Baden-Württemberg	21,3%	25,3%
Bayern	47,1%	52,6%
Hessen/Rheinl.-Pf.	33,6%	34,5%
Nordrhein	19,3%	15,5%
Norddeutschland	32,7%	33,9%
Saarland	33,3%	12,5%
Westfalen-Lippe	17,2%	24,1%

Ein Vergleich zwischen der in nachstehender Statistik für das Jahr 1980 angegebenen Zahl der Behandlungsfehler bejahenden Bescheide für Bayern und einer eigenen Jahresstatistik der Schlichtungsstelle der bayerischen Landesärztekammer für das Jahr 1980, die der Verfasserin vorliegt, unterstreicht die bereits bestehenden Zweifel an der Vollständigkeit und Wertbarkeit der Bundesstatistik. So weist die Statistik der Schlichtungsstelle für Bayern 4 Behandlungsfehler bejahende Bescheide und 12 Bescheide mit Schlichtungsvorschlag aus, die in der Bundesstatistik undifferenziert als 16 Behandlungsfehler bejahende Bescheide angegeben werden.

Von den Gutachter- und Schlichtungsstellen wird allgemein betont, daß ein falsches Bild entsteht, wenn nur von bejahenden oder verneinenden Bescheiden bzw. Gutachten gesprochen wird, »so als ob der Patient nur dann befriedet wäre, wenn ein Behandlungsfehler bejaht wird« — so die Gutachterkommission Nordrhein⁴⁴⁾.

Zugleich stellt dieselbe Gutachterkommission nach eigenen Berechnungen fest, daß die von Hans-Leo Weyers in seinem Gutachten zum 52. Deutschen Juristentag 1978 geschätzten Zahlen über die Häufigkeit von Behandlungsfehlern in der Bundesrepublik mit den für Nordrhein errechneten gut übereinstimmen. Demzufolge ist in Nordrhein mit etwa 500—600 anzuerkennenden ärztlichen Behandlungsfehlern im Jahr zu rechnen. Man geht dort allerdings davon aus, daß bereits 90 Prozent ohne Einschaltung der Gutachterkommission von den Versicherern — nach deren Angaben — anerkannt werden⁴⁵⁾.

In Anbetracht der ohnehin sehr lückenhaften Aufstellung der Beurteilungsthemen der Bescheide, die einen ärztlichen Behandlungsfehler bejahen, wäre es sehr wünschenswert gewesen, diese Beurteilungsthemen auf die einzelnen Fachgebiete der Medizin zu beziehen. Die Gutachter- und Schlichtungsstellen haben diesbezüglich vereinzelt Stellung bezogen: Zusammenfassend treten die meisten ärztlichen Behandlungsfehler in den operativen Gebieten auf, in erster Linie in der Chirurgie (insbesondere Unfallchirurgie), gefolgt von den Fachgebieten Orthopädie, Gynäkologie, Urologie und Anästhesie.⁴⁶⁾

Dies wird von WEYERS in seinem Gutachten bestätigt, indem er wie folgt ergänzt: »Mittelbares, aber nach allgemeiner Erfahrung zuverlässiges Indiz: Chirurgen, Orthopäden, Gynäkologen, Urologen, Anästhesisten zahlen die höchsten Haftpflichtversicherungsprämien, regelmäßig das Zehnfache und mehr der ambulant behandelnden Allgemeinpraktiker.⁴⁷⁾«.

Für weitere detaillierte Aussagen fehlen derzeit die Grundlagen. Abschließend bleibt festzustellen, daß die Aussagekraft der ersten beiden Jahresstatistiken der »Ständigen Konferenz« für eine stichhaltige Analyse der Tätigkeit der Gutachter- und Schlichtungsstellen nur wenige Anhaltspunkte liefern.

Zusammenfassende Bewertung

Die grundsätzliche Frage, wer der durch Einrichtung und Leistung der Gutachter- und Schlichtungsstellen hauptsächlich Begünstigte ist, beantworten maßgebende Vertreter der Gutachterkommission Nordrhein ganz eindeutig:

»Das ist doch der angegriffene Arzt. Nicht nur dann, wenn der Vorwurf, wie überwiegend, unbegründet ist, wird ihm mehr als nur Zeit und Kosten durch die Tätigkeit der Kommission erspart⁴⁸⁾.«

Eine solch offene und eindeutige parteiliche Bewertung wurde bisher selbst von Kritikern der Gutachter- und Schlichtungsstellen nicht vorgenommen; dort sprach man allgemein die Vermutung aus, daß die Gutachter- und Schlichtungsstellen den betroffenen Ärzten näher stünden als den betroffenen Patienten⁴⁹⁾.

Zusammenfassend lassen sich folgende Kritikpunkte anführen:

1. Uneinheitlichkeit der Verfahrensordnungen

Wie bereits deutlich wurde, werden die Verfahrensordnungen von Stelle zu Stelle unterschiedlich gehandhabt. Auf Anfrage bei der Bundesärztekammer wurde mitgeteilt, daß eine Vereinheitlichung der Verfahren zur Zeit auch nicht geplant sei; innerhalb der »Ständigen Konferenz« würden »jedoch alle aktuellen Probleme, die sich aus den unterschiedlichen Verfahrensstatuten ergeben, diskutiert und soweit die Statuten es erlauben, eine einvernehmliche Handhabung verabredet⁵⁰⁾.« Hinzu kommt, daß die Verfahrensordnungen den Mitgliedern der Entscheidungsgremien weiten Raum für die individuelle Ausgestaltung lassen. Dieser Freiraum birgt jedoch die Gefahr in sich, daß sich eine personelle Umbesetzung des Gremiums auf die Art der Durchführung der Verfahren auswirkt.

Für den ratsuchenden Patienten, der sich durch einen ärztlichen Behandlungsfehler geschädigt sieht, dürfte diese Situation entweder zur präventiven Resignation führen oder nach Anrufung einer Gutachter- oder Schlichtungsstelle einen abschlägigen Bescheid zur Folge haben, wie die Zahlen der Jahresstatistik der »Ständigen Konferenz« insbesondere unter der Rubrik »wegen Unzuständigkeit der angerufenen Stelle abschlägig beschieden« zeigen.

2. Zeitdauer der Verfahren

Die Verfahren der Gutachter- und Schlichtungsstellen dauern meist sehr lange, was selbst von Vertretern dieser Stellen bedauert wird⁵¹⁾.

Die Ursachenzuweisung erfolgt unterschiedlich: Zum einen wird von den zurückhaltenden Stellungnahmen der Haftpflichtversicherungen gesprochen, die den Gutachter- und Schlichtungsstellen gerne die Arbeit überlassen⁵²⁾, zum zweiten von dem Grundsatz, »daß Gründlichkeit vor Schnelligkeit geht und auch der Bescheid des geschäftsführenden Kommissionsmitgliedes nicht etwa auf einer oberflächlichen Sachprüfung beruhen darf⁵³⁾«, zum dritten gingen die der Errichtung der 1. Schlichtungsstelle für Bayern nachfolgenden Stellen in der Planung ihres Verwaltungsapparates von den erheblich geringeren bayerischen Eingangszahlen aus⁵⁴⁾. Welche Ursachen auch immer angeführt werden, die negative Konsequenz dieser langen Bearbeitungszeiten ist der Verlust wertvoller Zeit für die Durchsetzung der Ansprüche des Patienten, da durch Anrufung der Gutachter- und Schlichtungsstellen die Verjährung nicht unterbrochen wird. Selbst wenn der Patient vor der Schlichtungsstelle obsiegt, so kann entweder der betroffene Arzt die Aner-

kennung des Schiedsspruches verweigern oder — selbst, wenn der Arzt den für ihn negativen Spruch akzeptiert — die Versicherung des Arztes jede Zahlung ablehnen und erklären, sie zahle nur bei rechtskräftigem Urteil.

Das heißt in jedem Falle, ob der Patient verliert oder obsiegt, besteht für ihn die Gefahr, zum einen wertvolle Zeit zu verlieren und zum anderen dennoch in einem meist Jahre dauernden und entsprechend kostspieligen Prozeß seine Rechte erstreiten zu müssen.

Auch die Patientenorganisation »Patientenhilfe München« weiß aus ihrer Praxis zu berichten, daß 46,1% der ratsuchenden Patienten, die bereits Verfahren vor den Gutachter- und Schlichtungsstellen in Gang gesetzt haben (= 9,5% aller Ratsuchenden), »eine verspätete oder gar keine Bearbeitung ihrer Vorbringen, ausweichende oder hinhaltende Antworten und eine dadurch eingetretene Versäumnis von Rechtsfristen⁵⁵⁾« beklagen. Es wäre somit erstrebenswert, wenn entsprechend der Empfehlung des 52. Deutschen Juristentages 1978 die Verjährung durch Anrufung dieser Stellen unterbrochen würde.

3. Personelle Besetzung der Entscheidungsgremien Die Gutachter- und Schlichtungsstellen sind nahezu ausschließlich durch Ärzte besetzt, die durch ihre Entscheidungsbefugnis das Ergebnis des Verfahrens maßgeblich beeinflussen. Diese völlig unausgewogene Situation bezüglich Mitspracherecht und Interessenvertretung von Arzt und Patient reproduziert die realiter unausgewogene Arzt-Patient-Beziehung. Dies nährt den Verdacht, daß über die wirklichen Interessen des Patienten hinweg entschieden wird, daß die in der Presse viel diskutierte »Krähenmoral« immer noch Vorrang hat vor der Devise »Objektivität vor Kollegialität«.

Von den 9,5% der ratsuchenden Patienten, die bereits ein Verfahren bei den Gutachter- und Schlichtungsstellen in Gang gesetzt haben und sich daraufhin an die Patientenhilfe München wandten, führten 30,7% »Beschwerde über eine erkennbare Falsch- und Gefälligkeitsbegutachtung, 28,2% beschwerten sich über eine nicht begründete Leugnung jedes Fehlerverdachts trotz erkennbar eingetretener Schäden, 17,9% führen Klage über persönliche Angriffe der Mitglieder der Schlichtungsstellen gegen die Beschwerdeführer⁵⁶⁾«.

Bezüglich der — insbesondere durch Patientenschutzorganisationen — erhobenen Forderung, Vertreter der Patientenschutzorganisationen sowie Vertreter der Krankenkassen in die Entscheidungsgremien der Gutachter- und Schlichtungsstellen aufzunehmen, nimmt die Bundesärztekammer wie folgt Stellung:

»Eine über die jetzige Besetzung hinausgehende Beteiligung von Patientenvertretern bzw. Krankenkassenvertretern in den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen wird von seiten der Bundesärztekammer nicht für sinnvoll angesehen.

Das Verfahren vor den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen soll nicht als gerichtähnliches Verfahren ausgestaltet werden, sondern auf die Erstellung eines neutralen Sachverständigengutachtens bzw. Schlichtungsvorschlages begrenzt bleiben. Die Beteiligung von Krankenkassenvertretern ist mit dieser Aufgabenstellung nicht in Einklang zu bringen. Es bestünde im Gegenteil die Gefahr einer Verquickung medizinisch-fachlicher Entscheidungen mit wirtschaftlichen Interessen der Krankenkassen (Regreßhaftung). Die Beteiligung von Patientenschutzorganisationen über die Möglichkeit der anwaltlichen Vertretung des Patienten hinaus wäre ebenfalls eher geeignet, die Neutralität der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen zu gefährden, als sie zu sichern⁵⁷⁾.« Doch selbst in den eigenen Reihen der hessischen Ärzteschaft wurden Stimmen für eine patientenfreundlichere personelle Besetzung des Entscheidungsgremiums der Gutachter- und Schlichtungsstelle für Hessen und Rheinland-Pfalz laut. So lag im Rahmen der Beschlußfassung des Statuts der Gutachter- und Schlichtungsstelle durch die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 2. April 1977 ein Alternativkonzept der »Liste demokratischer Ärzte« vor, das folgende Besetzung des Entscheidungsgremiums forderte⁵⁸⁾:

ein juristischer Berater ohne Stimmrecht, der zum

Richteramt befähigt sein muß;
ein Chirurg;
ein Internist;
ein Allgemeinmediziner;
ein Vertreter einer gesetzlichen Krankenversicherung;
ein Vertreter des DGB;
ein Vertreter der Kirchen.

Die drei letztgenannten vorgeschlagenen Mitglieder sollten die Interessen des Patienten vertreten⁵⁹⁾.

»Sie werden von den Organisationen, denen sie angehören, gewählt und angemessen entschädigt. Die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer wählt die ärztlichen Mitglieder. Das Verhältnis stimmberechtigter Mitglieder, die von der Ständevertretung der Ärzteschaft in die Kommission entsandt werden und anderen Mitgliedern beträgt 3:3⁶⁰⁾.«

Neben weiteren Neuerungsvorschlägen, das Prozedere im einzelnen betreffend, sollten die Mitglieder des Gremiums den beteiligten Parteien einzeln zur Beratung zur Verfügung stehen, wobei auch die nicht-ärztlichen Mitglieder grundsätzlich der Schweigepflicht unterliegen.

Dieses Alternativkonzept schließt nach HENSCHEL (1980) mit der Forderung ab, daß der Ausschuß der Delegiertenversammlung einen Jahresbericht seiner Tätigkeit vorlegen und in diesem Zeitraum festgestellte ärztliche Behandlungsfehler dem Berufsgericht der Ärztekammer melden soll.

Dieser auszugsweise skizzierte Entwurf zur Konstituierung einer Gutachter- und Schlichtungsstelle durch die »Liste demokratischer Ärzte« wurde von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 2. April 1977 abgelehnt⁶¹⁾.

Begründet wird nach HENSCHEL diese Ablehnung mit der — u.a. von Vertretern der Gutachterkommission Nordrhein unterstützten — Auffassung, daß nicht einsehbar sei, warum Vertreter der Krankenversicherung, des DGB und der Kirchen befähigt sein sollten, die Interessen des Patienten zu vertreten⁶²⁾.

Diese ablehnende Haltung untermauert die Kritik an den Gutachter- und Schlichtungsstellen, da die Ärzteschaft hiermit eine ansatzweise Fremdkontrolle von vornherein ausschließen will, indem sie sich auf die Kammergesetze der Länder zurückzieht, nach welchen die Aufgabe, über die Berufs- und Standespflichten der Ärzte zu wachen, keine gesellschaftliche ist, also von Kirchen, Gewerkschaft, Krankenversicherung oder Patientenschutzorganisationen zu erfüllen bzw. zu ergänzen, sondern eine in Selbstverwaltung wahrzunehmende Aufgabe der öffentlich-rechtlichen Körperschaft Ärztekammer⁶³⁾.

Schlußwort

Obschon die Aussicht auf Vermeidung kostenträchtiger, langwieriger zivil- und strafrechtlicher Prozesse vor Gericht durch Verfahren der Schlichtungsstellen grundsätzlich verlockend ist, so verhindert Schlichtung Rechtsprechung und »wirkt der Forderung unserer Zeit nach der Entwicklung eines eigenständigen Patienten-Rechts entgegen«⁶⁴⁾.

Aufgrund der vorliegenden Informationen liegt der Verdacht nahe, daß es bei der Schlichtung nicht um einen Beitrag zur gleichberechtigten Partnerschaft von Arzt und Patient, sondern vielmehr um den Schutz des Arztes vor einem Gerichtsverfahren geht. Der Kanalisierungsversuch kritischen Patientenverhaltens kann in ersten Ansätzen als gelungen bezeichnet werden, wenn Vertreter der Gutachterkommission Nordrhein die Bilanz ihrer vierjährigen Tätigkeit mit den Worten abschließen, »daß die Selbstverwaltung der Ärzteschaft und das Ansehen der Ärzte mit diesen Einrichtungen der echten Selbstkontrolle bereits jetzt eine wesentliche Stärkung erfahren haben dürfte«⁶⁵⁾.

Anmerkungen

- ¹⁾ Die Einrichtung von Gutachter- und Schlichtungsstellen für zahnärztliche Behandlungsfehler ist bisher nicht erfolgt.
- ²⁾ Doms (1981) S. 2489.
- ³⁾ Vgl. u. a. Schell (1981) S. 58—61; Schriftenreihe des Deutschen Verbraucherschutzverbandes Heft 7 (1980) S. 17—19; Weyers (1978) A. 49—51; Presseerklärung (1982) der Gutachter- und Schlichtungsstelle für Hessen und Rheinland-Pfalz; Kleinewefers (1979).

- ⁴⁾ Die Delegiertenversammlung der Ärztekammer des Saarlandes beschloß zwar am 6. 7. 1977 die Errichtung und die Verfahrensordnung, die Gutachterkommission nahm jedoch erst Anfang 1978 ihre Tätigkeit auf.
- ⁵⁾ Das Statut der Gutachter- und Schlichtungsstelle bei den Landesärztekammern Hessen und Rheinland-Pfalz ist bis auf ganz wenige Worte identisch mit dem Statut der Gutachterkommission der Ärztekammer Nordrhein. Vgl. Henschel (1980) S. 55.
- ⁶⁾ Doms (1981) S. 2489; dies ist nur durch Falschinformation oder »einschätzung zu erklären. Auch in der 5teiligen Serie »Arzt und Patient« des Verbrauchermagazins DM Teil 1 (1982) S. 32 werden noch die folgenden irreführenden Bezeichnungen verwendet: »Gutachter- und Schlichtungsstelle bei der Ärztekammer des Saarlandes« und »Gutachterstelle für Fragen ärztlicher Haftpflicht bei der Landesärztekammer Baden-Württemberg«.
- ⁷⁾ Änderung der Satzung der Gutachter- und Schlichtungsstelle in: Saarländisches Ärzteblatt 12 (1981) S. 523.
- ⁸⁾ Kohnle (1982) S. 3; Presseerklärung (1982) S. 1.
- ⁹⁾ Kohnle (1982) S. 3.
- ¹⁰⁾ Behne/Grosse-Brockhoff (1980) S. 1. Hier liegt insofern eine Falschschätzung vor, als sich aufgrund des völlig unterschiedlichen Haftpflichtsystems und der anderen Beweislastverteilung die Entwicklung in den USA in der BRD nicht wiederholen kann: »Der Geschädigte hat grundsätzlich nicht das Verschulden des Arztes zur Überzeugung des Gerichts zu führen. Die Schadensersatzpflicht wird schon ausgelöst, wenn die Kausalität der ärztlichen Maßnahme und des Gesundheitsschadens nachgewiesen sind. »Malpractice« bedeutet nicht Falschbehandlung, sondern fehlerhafte Behandlung. Die Gerichte sprechen Schadensersatz auch dann zu, wenn die Regeln der ärztlichen Kunst beachtet wurden, sofern die Behandlung einen unerwünschten Erfolg herbeiführt hat. ... Das Erfolgshonorar der Rechtsanwälte und das fehlende Kostenrisiko der Kläger tragen ebenfalls zu der Prozeßweile bei.« (Henschel 1980 S. 39).
- ¹¹⁾ Kohnle (1982) S. 3.
- ¹²⁾ Kohnle (1982) S. 3.
- ¹³⁾ Presseerklärung vom 12. 2. 1982 der Gutachter- und Schlichtungsstelle bei den Landesärztekammern Hessen und Rheinland-Pfalz, S. 2.
- ¹⁴⁾ Presseerklärung (1982) S. 1.
- ¹⁵⁾ Presseerklärung (1982) S. 1.
- ¹⁶⁾ Presseerklärung (1982) S. 1, Hervorhebung im Original.
- ¹⁷⁾ Kleinewefers (1979) S. 364.
- ¹⁸⁾ Presseerklärung (1982) S. 1, Hervorhebung im Original.
- ¹⁹⁾ Kleinewefers (1979) S. 364.
- ²⁰⁾ Presseerklärung (1982) S. 2.
- ²¹⁾ Presseerklärung (1982) S. 2.
- ²²⁾ Presseerklärung (1982) S. 2.
- ²³⁾ Kleinewefers (1979) S. 364.
- ²⁴⁾ Henschel (1980) S. 50.
- ²⁵⁾ Schriftenreihe des Deutschen Verbraucherschutzverbandes (1980) S. 17/18.
- ²⁶⁾ Weyers (1978) A. 50; Selbstdarstellung der Gutachterkommission für ärztliche Haftpflichtfragen bei der Ärztekammer Westfalen-Lippe. In: Westfälisches Ärzteblatt 6 (1980) S. 564.
- ²⁷⁾ Weyers (1978) A. 50; Schell (1981) S. 60.
- ²⁸⁾ §10 Abs. 2 der Geschäfts- und Verfahrensordnung der Schlichtungsstelle der norddeutschen Ärztekammern; §9 Abs. 2 der Geschäfts- und Verfahrensordnung der Schlichtungsstelle der bayerischen Landesärztekammern.
- ²⁹⁾ Nach Anmerkung in der Statistik für das Jahr 1980 der Bundesärztekammer werden seit 1981 in der Gutachterkommission für Westfalen-Lippe auch öffentliche Krankenhäuser miteinbezogen.
- ³⁰⁾ Bodenburg (1980) S. 997.
- ³¹⁾ Bodenburg (1980) S. 997 und Anmerkung 19.
- ³²⁾ Weyers (1978) A. 50—51.
- ³³⁾ Schell (1981) S. 59; zur Aufklärungspflichtverletzung siehe Behne/Grosse-Brockhoff (1980).
- ³⁴⁾ Bodenburg (1980) S. 999.
- ³⁵⁾ Bodenburg (1980) S. 999; vgl. Presseerklärung (1982) S. 4.
- ³⁶⁾ Schell (1981) S. 59.
- ³⁷⁾ §5 Abs. 1 der Geschäfts- und Verfahrensordnungen der Schlichtungsstellen für Bayern und Norddeutschland.
- ³⁸⁾ §6 der Geschäfts- und Verfahrensordnungen der Schlichtungsstellen für Bayern und Norddeutschland.
- ³⁹⁾ §8 Abs. 4 der Geschäfts- und Verfahrensordnungen der Schlichtungsstellen für Bayern und Norddeutschland.
- ⁴⁰⁾ Bodenburg (1980) S. 998; Stützer (1979) S. 3.
- ⁴¹⁾ Schreiben der Bundesärztekammer vom 15. September 1982.
- ⁴²⁾ Schreiben der Schlichtungsstelle bei der Bayerischen Landesärztekammer vom 27. Juli 1982.
- ⁴³⁾ Unter Addition der unter I Zeile 1 und 2 aufgeführten Zahlen und anschließender Subtraktion der Beträge von Zeile 3 ergeben sich für Baden-Württemberg 200 statt 209, für Norddeutschland 314 statt 312 und für Saarland 13 statt 33. Anträge, die am Ende des Berichtsjahres noch unerledigt waren. Nach Addition der unter II Zeilen 1—11 aufgeführten Zahlen bezüglich der erfolgten Aussonderungskriterien verbleiben zur Sachentscheidung angenommene Fälle für Baden-Württemberg 310 statt 309, für Norddeutschland 260 statt 262 und für Westfalen-Lippe 145 statt 129. Unter der Rubrik IV »Beurteilungsthemen der Bescheide, mit denen ein Behandlungsfehler bejaht wurde«, bietet sich ein fehler- und lückenhaftes Bild. Für Westfalen-Lippe, Hessen und Rheinland-Pfalz sowie für Norddeutschland werden überhaupt keine Zahlen genannt. Bei den Gutachterkommissionen für Baden-Württemberg und Saarland liegt die Anzahl der Beurteilungsthemen unter der Zahl der einen Behandlungsfehler behandelnden Bescheide; bei der bayerischen Schlichtungsstelle liegt die Anzahl der Beurteilungsthemen mit 28 über der angegebenen Zahl der einen Behandlungsfehler behandelnden Bescheide von 16, was nur dadurch zu erklären ist, daß einzelne Fälle mehrere Beurteilungsthemen umfassen. Nur bei der Gutachterkommission Nordrhein ist die Anzahl der Behandlungsfehler bestätigenden Bescheide identisch mit der Zahl der Beurteilungsthemen.
- ⁴⁴⁾ Die Zahlen der Rubrik I, 4 der Statistik 1980 »Zahl der am Ende des Berichtsjahres noch offenen Anträge« sind trotz der rechnerisch falschen Angaben für Baden-Württemberg und Norddeutschland (siehe Anm. 43) unkorrigiert in der Rubrik »Zahl der noch nicht entschiedenen Anträge

aus den Vorjahren« in die Statistik 1981 übernommen worden. Bezüglich der Zahlen für das Saarland ist zu vermerken, daß in der Statistik 1980 für das Saarland fälschlicherweise 33 statt 13 noch offene Anträge am Ende des Berichtsjahres errechnet wurden (siehe Anm. 43), jedoch in der Statistik 1981 für das Saarland nur 7 noch nicht entschiedene Anträge aus den Vorjahren angegeben werden. Nach Addition der unter II, Zeilen 1—11 aufgeführten Zahlen bezüglich der erfolgten Aussonderungskriterien verbleiben zur Sachentscheidung angenommene Fälle für Westfalen-Lippe 220 statt 205.

- ⁴⁵⁾ Behne/Grosse-Brockhoff (1980) S. 6.
- ⁴⁶⁾ Behne/Grosse-Brockhoff (1980) S. 6.
- ⁴⁷⁾ Kohnle (1982) S. 4; Grosse-Brockhoff (1978) S. 1.
- ⁴⁸⁾ Weyers (1978) A. 11/12.
- ⁴⁹⁾ Behne/Grosse-Brockhoff (1980) S. 5.
- ⁵⁰⁾ Giese (1979) S. 13.
- ⁵¹⁾ Schreiben der Bundesärztekammer vom 15. September 1982.
- ⁵²⁾ Selbstdarstellung der Gutachterkommission ... (1980) S. 564.
- ⁵³⁾ Behne/Grosse-Brockhoff (1980) S. 4.
- ⁵⁴⁾ Behne/Grosse-Brockhoff (1980) S. 4.
- ⁵⁵⁾ Stützer (1979) S. 3.
- ⁵⁶⁾ Stützer (1979) S. 3.
- ⁵⁷⁾ Schreiben der Bundesärztekammer vom 15. September 1982.
- ⁵⁸⁾ Henschel (1980) S. 55/56; das Alternativkonzept ist unveröffentlicht.
- ⁵⁹⁾ Henschel (1980) S. 56.
- ⁶⁰⁾ Henschel (1980) S. 56.
- ⁶¹⁾ Henschel (1980) S. 56.
- ⁶²⁾ Henschel (1980) S. 56.
- ⁶³⁾ Henschel (1980) S. 56; Behne/Grosse-Brockhoff (1980) S. 5.
- ⁶⁴⁾ Giese (1979) S. 13.
- ⁶⁵⁾ Behne/Grosse-Brockhoff (1980) S. 7.

Literaturverzeichnis

- Behne, Heinrich/Grosse-Brockhoff, Franz (1980). Vier Jahre Gutachterkommission. Ein Rechenschaftsbericht vor der Kammerversammlung. Rheinisches Ärzteblatt 1 (1980) Sonderdruck Bodenburg, Reinhard (1980). Die zivilrechtliche Haftpflicht und die Tätigkeit der ärztlichen Gutachter- und Schlichtungsstellen. Versicherungsrecht 41 (A) 1980, 996—1000.
- Doms, Thomas (1981). Die ärztlichen Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen. Neue Juristische Wochenschrift 46 (1981) 2489—2536.
- Giese, Bernhard (1979). Rat und Recht für Patienten. München 1979.
- Grosse-Brockhoff, Franz (1978). Der Behandlungsfehler aus der Sicht des ärztlichen Gutachters. Eine Bilanz der zweijährigen Tätigkeit der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein. Rheinisches Ärzteblatt 2 (1978) Sonderdruck.
- Henschel, Volker (1980). Aufgabe und Tätigkeit der Schlichtungs- und Gutachterstellen für Arzt-Haftpflichtstreitigkeiten. Frankfurt 1980. Reihe Recht & Medizin Bd. 4.
- »Ihre Rechte gegen die da oben« Teil 1 der 5teiligen Serie des Verbrauchermagazins DM »Arzt und Patient« Mai 1982, 24—36.
- Kleinewefers, Herbert (1979). Gutachterstelle und ärztliche Fragen. Mitteilungsblatt des Berufsverbandes der Deutschen HNO-Ärzte 6 (1979) 364—403.
- Kohnle, E. (1982). Die Gutachterkommission für ärztliche Haftpflicht aus der Sicht des Juristen. Therapiewoche 32 (1982) 2333—2338.
- Presseerklärung der Gutachter- und Schlichtungsstelle für ärztliche Behandlungsfehler bei den Landesärztekammern Hessen und Rheinland-Pfalz (1982).
- Schell, Werner (1981). Arzt-Haftpflicht. Patientenrechte. Patientenschutzbewegung. Schlichtungs- und Gutachterstellen. Bonn-Bad Godesberg 1981.
- Schriftenreihe des Deutschen Verbraucherschutzverbandes (DVS) Heft 7 (1980) »Ärztepluch und Folgen«.
- Selbstdarstellung der Gutachterkommission für ärztliche Haftpflichtfragen bei der Ärztekammer Westfalen-Lippe (1980). Westfälisches Ärzteblatt 6 (1980) 564—566.
- Stützer, Dietmar (1979). Selbsthilfevereinigungen der Patienten-Schlichtungsstellen der Ärztekammern. München 1979. Vortrag, unveröffentlicht.
- Weyers, Hans-Leo (1978). Empfohlen es sich, im Interesse der Patienten und Ärzte ergänzende Regelungen für das ärztliche Vertrags(Standes-) und Haftungsrecht einzuführen? Verhandlungen des 52. Deutschen Juristentages. Wiesbaden 1978. Bd. 1 Gutachten.
- Geschäfts- und Verfahrensordnung einer Schlichtungsstelle für Arzt-Haftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammern Geschäfts- und Verfahrensordnung einer Schlichtungsstelle zur außergerichtlichen Erledigung von Haftpflichtstreitigkeiten zwischen Ärzten und Patienten.
- Statut der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein.
- Statut der Gutachterkommission für ärztliche Haftpflichtfragen bei der Ärztekammer Westfalen-Lippe.
- Statut der Gutachter- und Schlichtungsstelle für ärztliche Behandlungsfehler bei den Landesärztekammern Hessen und Rheinland-Pfalz.
- Statut der Gutachterkommission für Fragen ärztlicher Haftpflicht bei der Landesärztekammer Baden-Württemberg.
- Statut der Gutachterkommission für Fragen ärztlicher Haftpflicht bei der Ärztekammer des Saarlandes.
- Änderung der Satzung der Gutachter- und Schlichtungsstelle. In: Saarländisches Ärzteblatt 12 (1981) 523.

Spiel ohne Grenzen

AKW-Arbeiter besonders krebbsgefährdet

ee — Eine US-Studie belegt die Krebsgefährdung von AKW-Arbeitern. In der Bundesrepublik sollen unterdessen die Grenzwerte erhöht werden.

Im Dezember 1984 wurde ein Zwischenbericht einer offiziellen Studie in den USA bekannt, die vom dortigen Energieministerium seit 1964 durchgeführt wird und 146 000 Arbeiter aus verschiedenen Atombetrieben umfaßt. Danach läßt sich eindeutig belegen, daß eine überhöhte Zahl von Todesfällen durch Leukämie, Lungen- oder Gehirnkrebs, Krebs im Magen-Darm-Trakt und im lymphatischen Gewebe auftraten.

Als besonders wichtig hervorgehoben wird in dem Bericht, daß die ständige radioaktive Bestrahlung, denen die Arbeiter ausgesetzt waren, unter den zulässigen Grenzwerten lag, also die gesetzlichen Vorschriften und Sicherheitsbestimmungen bei den beobachteten Fällen eingehalten wurden. Folgen von Störfällen oder Unfällen werden gesondert ausgewertet. Die feststellbaren Schäden bei chronischer geringer Bestrahlung waren sogar erheblich höher als bei kurzzeitiger Bestrahlung mit der gleichen Gesamtdosis.

Damit belegt diese Studie das, was verantwortungsbewußte Wissenschaftler schon seit langem betonten: Es gibt keine Grenzwerte, unterhalb derer radioaktive Strahlung unschädlich ist, schon geringste Dosen können Krebs auslösen, genetische Schäden verursachen. Nur die Erfassung der Schäden ist schwierig, nur mit langfristigen statistischen Methoden möglich, denn der einzelne bestrahlte Mensch kann sehr wohl gesund bleiben, eine Krebserkrankung bei einem einzelnen läßt sich nie mit Sicherheit auf eine bestimmte Strahlenbelastung zurückführen. Betrachtet man jedoch eine große Zahl von Betroffenen über einen langen Zeitraum, läßt sich statistisch insgesamt eine Wirkung der Strahlung feststellen.

Zusätzliche Schwierigkeiten beim Nachweis der Schäden be-

stehen darin, daß die Erkrankungen erst nach langer Zeit — im Durchschnitt nach zwölf Jahren — auftreten. Viele Arbeiter waren und sind aber nur kurzzeitig in Atombetrieben beschäftigt, besonders Hilfs- und Reinigungspersonal. Besonders nach Störfällen werden viele Arbeiter nur für kurze Einsätze angeheuert und dann wieder entlassen.

Eine Langzeitbeobachtung wird damit fast unmöglich. Der einzelne Betroffene kann fast nie nachweisen, daß seine Krebserkrankung von seinem Einsatz im Betrieb vor vielleicht 20 Jahren verursacht wurde.



Aus medizinischer Sicht kann das Ergebnis der Studie noch aus einem anderen Grund nicht überraschen: Der Mensch kann kurzzeitig enorme Belastungen aushalten, enorme körperliche Anstrengungen, enorme Mengen Giftstoffe wie Alkohol, Nikotin oder auch etliche Umweltschadstoffe. Auf lange Zeit reichen jedoch schon viel kleinere Schädigungen aus, um schwere Erkrankungen auszulösen.

Die Ergebnisse der USA-Studie sollen deshalb auch Anlaß für eine weitere Senkung der zulässigen Grenzwerte in den US-Atomanlagen sein, falls dies politisch nicht noch verhindert wird. Denn die Festlegung der Grenzwerte überhaupt war immer eine politische Entscheidung nach dem, was wirtschaftlich noch möglich war, ohne die Existenz von Atomenergieanlagen zu gefährden, und nicht da-

nach, was aus medizinischer Sicht nötig gewesen wäre.

So ist es zum Beispiel wirtschaftlich nicht möglich, die aus einem Kernkraftwerk entweichenden radioaktiven Edelgase wie z. B. Krypton 85 zurückzuhalten, ein Betrieb würde dann nur noch enorme Verluste einfahren. Also wird von der Zulassungsbehörde das Ablassen über den Schornstein genehmigt. Das Gas kann man schließlich nicht sehen, die Politiker können Kernkraft weiterhin als »saubere und umweltfreundliche Energiequelle« verkaufen. So darf zum Beispiel der Reaktor Grundrem-

mengen in Bayern pro Tag 5 400 Curie durch den Schornstein »freisetzen« — mit Genehmigung des bayerischen Innenministeriums!

Pysikalisch bedeutet ein Curie die Menge einer radioaktiven Substanz, die $3,7 \times 10^{10}$ Teilchen/Sekunde ausstrahlt. Die Belastung für den Menschen wird in »rem« gemessen, wobei eine Bestrahlung mit 3 000 rem oder mehr den sofortigen Tod bedeutet, etwa 1 000 rem Tod innerhalb einer Woche, bei 400 rem etwa würde die Hälfte der Betroffenen getötet, 200 rem töten nur noch 2 Prozent. Die Hälfte aber würde schwere Verletzungen erleiden. Unterhalb 25 rem sind keine sofortigen, direkten Schäden erkennbar.

Zur Zeit noch sind für Kraftwerker 5 rem pro Jahr als Grenzwert zugelassen, die übr-

ge Bevölkerung soll 300 millirem oder, in der Nähe von AKWs, bis 150 millirem aushalten dürfen. Nach unseren Informationen plant die Bundesregierung zur Zeit, die bisherigen Grenzwerte zu erhöhen (ebenso wie einige andere Industrieländer), wogegen sogar die Atomenergie-Kontrollbehörde der USA protestiert hat!

Erklärbar wird ein solches Vorhaben der Bundesregierung nur dadurch, daß in älteren Reaktoranlagen durch unvermeidliche Undichtigkeiten die radioaktive Verschmutzung im Lauf des Betriebs unweigerlich zunimmt, damit auch die Belastung der Arbeiter, die dann nur noch zeitweise eingesetzt werden können. Damit verteuert sich der Betrieb immer mehr, weil mehr Personal kürzere Zeit im Betrieb eingesetzt werden muß, um den Grenzwert für den einzelnen nicht zu überschreiten. Die Produktion wird immer unwirtschaftlicher. Was liegt da näher, als den zulässigen Grenzwert zu erhöhen?

Die Gewerkschaften in den USA, die alles andere als kernenergiefeindlich eingestellt sind, haben schon verärgert reagiert, weil sie befürchten, daß in den USA die Grenzwerte nicht gesenkt werden, weil die Studie noch nicht voll veröffentlicht wurde.

In der Bundesrepublik bastelt die Regierung sehr geräuschlos an einer neuen Gefahrenstoffverordnung, die wahrscheinlich als umweltpolitisch großer Fortschritt verkauft wird, weil darin schärfere Vorschriften für Formaldehyd und Dioxin zu erwarten sind — Stoffe, um die in letzter Zeit viel veröffentlichte Diskussion laut wurde. Bei anderen Substanzen ist zu erwarten, daß die gesetzlichen Vorschriften zwar besser aussehen werden, in ihrer Einhaltung aber sehr »gelenkig« gehandhabt werden dürfen, ebenso wie bei Kraftwerken die Definition der »Altanlagen« noch über Jahre schlimme Dreckschleudern zuläßt.

Nur eine massive öffentliche Diskussion über die geplanten Änderungen der Gefahrenstoffverordnung wird ebenso wie bei Formaldehyd und Dioxin die Regierung so unter Druck setzen können, daß wirkliche Verbesserungen unserer Umwelt und unserer Arbeitsplätze möglich werden.

Wir werden so früh wie möglich Einzelheiten der geplanten Grenzwerterhöhungen für Kraftwerker und der übrigen Gefahrenstoffverordnung veröffentlichen. □

Neunzehnhundertfünfundachtzig

Erfassung: das Orwell-Jahr geht weiter

wp — Nach wie vor werden Gesundheitsarbeiter für den Kriegsfall registriert. Hessens Ärztekammer hilft eifrig mit.

Auch nach dem Orwell-Jahr geht die Erfassung von medizinischem Personal für den Krieg flott weiter. Immer häufiger werden Fälle bekannt, in denen Gesundheitsarbeiter auf ihren Gesundheitsämtern registriert sind — auf Grund des »Vereinheitlichungsgesetzes« aus der Nazi-Zeit (vgl. dg 11/84). Die Universitätsklinik Frankfurt schickte gleich die gesamte Personalliste an das Stadtgesundheitsamt.

Für die Ärzte wenigstens, die nicht so nah an der Startbahn West wohnen und deren Registrierung vielleicht bisher von ihrer Klinik verschusselt worden ist, hat die Landesärztekammer Hessen vorgesorgt. Fürsorglich meldet sie ihre Ärztinnen und Ärzte an die Gesundheitsämter. Aber nicht nur das; auch die Kreiswehrrersatzämter werden mit den Daten aller in Hessen ansässigen Ärzte bedacht. Dies hat jetzt eine Anfrage der Liste Demokratischer Ärzte in der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen zu Tage gefördert.

»Lediglich die sogenannten Grunddaten« würden weitergegeben, meint die Landesärztekammer. Aber immerhin umfassen diese »Grunddaten« Name und Anschrift, Geburtsort und Geburtsdatum, Bezeichnung nach der Weiterbildungsordnung sowie Arbeitgeber und Arbeitsort.

Die Landesärztekammer entschuldigt sich mit dem Paragraphen 49 des Wehrpflichtgesetzes. »Wehrpflichtige, die wegen ihrer beruflichen Ausbildung oder Tätigkeit im Verteidigungsfall für Aufgaben verwendet werden sollen, die der Herstellung der Einsatzfähigkeit . . . der Streitkräfte dienen, können . . . erfaßt und gemustert werden«, heißt es da recht allgemein. Das Nähere darf dann die Bundesregierung durch Rechtsverordnung regeln.

So existiert denn bereits seit 1961 die noch vom damaligen Verteidigungsminister Strauß mitunterzeichnete »Verordnung über die Erfassung von Wehrpflichtigen für bestimmte Aufgaben und über die Auskunftspflicht«. Männer, die nach dem



Wehrpflichtgesetz in Frage kommen, müssen damit rechnen, daß Angaben über sie an den Bundes-

verteidigungsminister wie auch die Wehrrersatzämter weitergeleitet werden. »Der Bundesminister

für Verteidigung und die Wehrrersatzbehörden wählen die für die Erfassung . . . in Betracht kommenden Wehrpflichtigen aus und benennen sie den Erfassungsbehörden zur Erfassung,« heißt es im Paragraphen 3 der Verordnung. Zum Mitmachen verpflichtet sind laut Paragraph 2 »alle natürlichen Personen und juristischen Personen des privaten und öffentlichen Rechts« — mithin auch die Ärztekammern, meint man zumindest in Hessen: »Die Bezirksärztekammern und die Landesärztekammern kommen dieser gesetzlichen Verpflichtung nach.«

Nicht gemeldet werden Ärztinnen und Ärzte, die den Kriegsdienst verweigert haben — allerdings müssen sie dies der Ärztekammer auch mitgeteilt haben. Da die meisten KDV-Ärzte von ihrer Erfassung nichts wissen und somit der Ärztekammer auch ihre Kriegsdienstverweigerung wohl kaum mitteilen, werden sie also bei den Kreiswehrrersatzämtern erfaßt sein. Und wahrscheinlich werden sie auch für Kriegs- und Katastrophenplanungen eingeteilt sein wie alle Ärzte, die den Grundwehrrdienst abgeleistet haben. »Die Unwirksamkeit jeglicher Verweigerungserklärungen« stellt denn auch die Liste Demokratischer Ärzte fest.

Eigenartigerweise meldet die hessische Ärztekammer entgegen der Verordnung nicht an das Verteidigungsministerium. Beschwer hat sich darüber bisher niemand. Es scheint also mit der »gesetzlichen Verpflichtung« der Verordnung nicht so weit her zu sein, wie die Hessen gern vermitteln wollen. Immerhin kümmern sich die Ärztekammern in Hamburg und Niedersachsen überhaupt nicht um die Verordnung: sie melden weder an das Verteidigungsministerium noch an die Kreiswehrrersatzämter.

Die kriegsplanerische Eilfertigkeit ihrer Kammer hat die Liste Demokratischer Ärzte in Hessen weiter aktiv werden lassen; gemeinsam mit der IPPNW fordert sie die Beendigung der Datenweitergabe durch die Kammer. Außerdem soll die Kammer das geplante Zivilschutzgesetz ablehnen, in dem nicht zuletzt die perfekte Erfassung der Gesundheitsarbeiter vorgeschrieben werden soll. Für beide Forderungen will man anlässlich der Präsidiumssitzung der Landesärztekammer Hessen (in weißen Kitteln) demonstrieren. □

Da stockt das Blut

Dokumentarfilm

»OPEC des Plasmas«

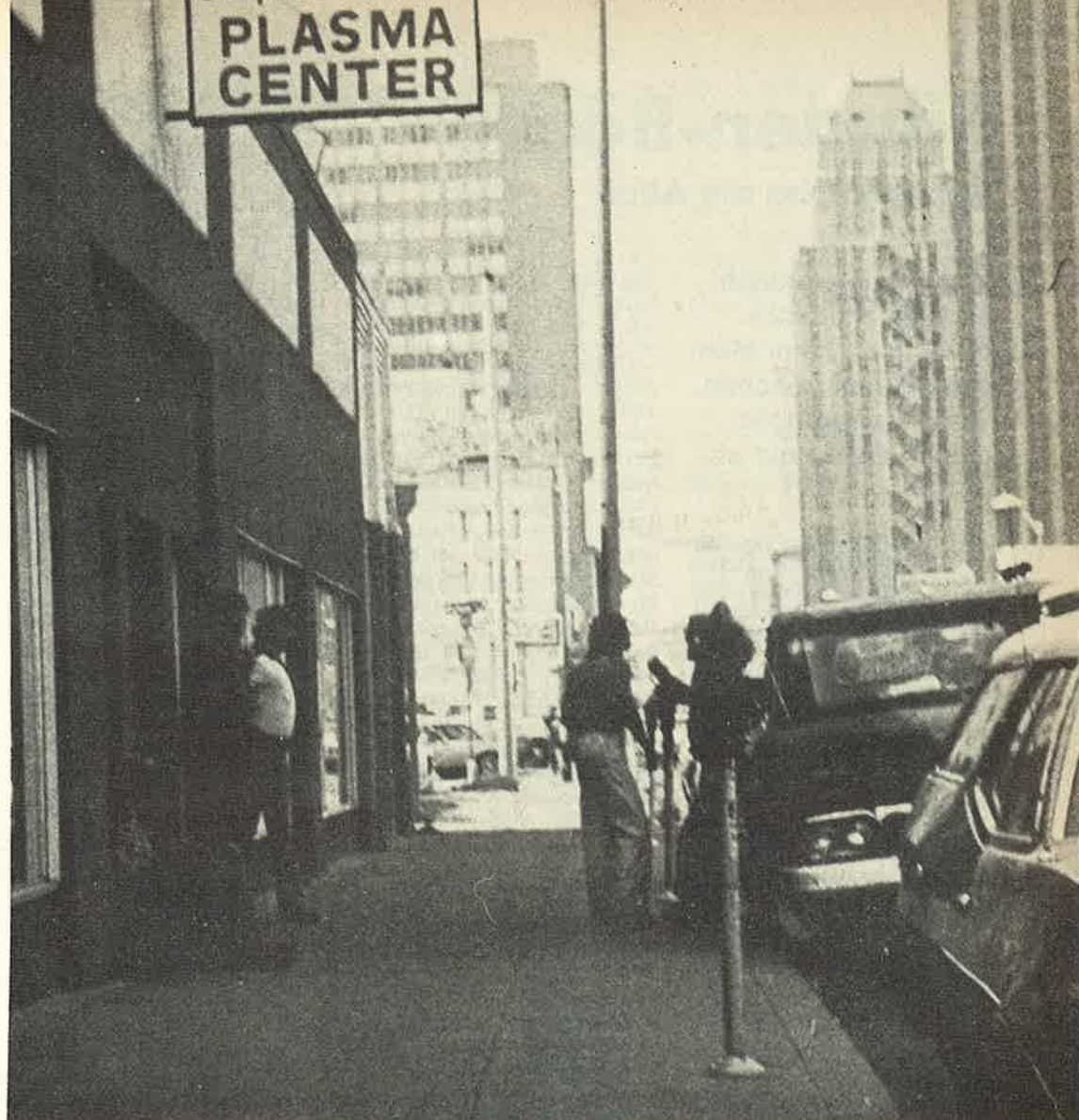
gs — Sachlich und ohne flammende Aufrufe dokumentiert »Bluternte« einen internationalen Skandal: die Ausbeutung bis aufs Blut — im wörtlichen Sinne.

»Wollen Sie wissen, wie Sie noch zusätzlich Geld verdienen können? Werden Sie doch einfach Plasmaspender!«, tönt es während einer Autofahrt über eine Rundfunkstation in Los Angeles aus dem Radio.

So und ähnlich werben sie, die Blutbanken. »Cash« — Bargeld auf die Hand ermöglicht den Mittellosen, durch den Verkauf ihres Lebenssaftes zu überleben.

Zur Ader gelassen werden die Armen, die Arbeitslosen. Die Statistik der Plasma-Konzerne gibt sie gerne als Studenten aus. Aber die rund 220 000 Dauerspender gehen nicht aufs College. Sie schlafen in den Missionen oder wohnen in den Vorstädten. Da, wo auch die 313 kommerziellen Plasma-Zentren liegen, zwischen Supermärkten, Tankstellen und Fast-Food-Restaurants. Viele vermarkten ihren Lebenssaft, um zu überleben, jahrelang.

Bluternte beginnt bei den »Produzenten«, um dann aufzurollen, wer auf wessen Kosten am großen Geschäft mit dem Blut verdient und wem der »Rohstoff« zugute kommt. Die Autoren des Film lassen Penner und Tramps zu Wort kommen, Angestellte in den Zentren und die Leute, die für ein paar Dollar Spender ranschaffen. Sie haben Manager interviewt und die



Mexikaner schlüpfen rüber in die USA — zur Bluternte

großen Broker (Zwischenhändler), die Vertreter des »freien Unternehmertums« (Drees). Die Kamera dokumentiert; sie ist hautnah am Geschehen. Ihre Bilder nehmen Partei, während eine Hintergrundstimme nüchterne Fakten aufzählt: Auch Bayer und Hoechst haben ihre Zentren in den USA. Der größte Teil wird in Europa verbraucht, vor allem auch in der Bundesrepublik. Werbung für Immunglobuline (gegen Hepatitis und Typhus): »Traumreisen brauchen Vorbereitung«.

Auch in Kolumbien blüht das Geschäft mit dem Blut der Armen. Illegal, denn der Export ist verboten. Also verlegt man sich aufs Schmuggeln. Plasma verläßt als Orangensaft das Land. »Bluternte« auch an der amerikanisch-mexikanischen Grenze. Die Mexikaner waten durch den Rio Grande, schlüpfen durch die Löcher im sonst hermetisch geschlossenen Grenzzaun und laufen über die Straße: direkt ins Plasma-Zentrum gegenüber. In Texas gibt es einen regelrechten Gürtel von Zentren entlang der Grenze. Ein Mexikaner erzählt,

daß »auch schon mal einer gestorben ist«.

Die andere Seite: Stolz spricht ein im Film interviewter Manager von der USA als der »OPEC des Plasmas«.

»Wir in der Blutindustrie sind überglücklich, weil wir zwei Superdinge auf einmal machen: Wir machen in der Regel einen sehr guten Schnitt und helfen dabei auch noch einzelnen in unserer Gesellschaft.« (Tom Asher, Serale Incl., USA)

Daß auf Blutplasma in der modernen Medizin und Krankenversorgung nicht mehr verzichtet werden kann, ist eine Annahme, deren Bedingungen gar nicht mehr hinterfragt werden. Zwanzig Millionen Mark Jahresumsatz läßt sich bei uns allein mit Immunglobulin erwirtschaften — nirgendwo blüht das Geschäft mit der Infektionsprophylaxe (unter anderem: Hepatitis A/B) besser; dem Plasma-Präparat Albumin zum Beispiel spricht das Volk der Deutschen achtzigmal stärker zu als das der Engländer — ist Großbritannien demnach unter-

versorgt? Hohe Zeit, daß die WHO der Internationale der Adern-Ausbeuter endlich den Zapfschlauch abklemmt!

Der Film von Hanns-Christoph Koch und Maurice Eberl-Rothe, zu dem es ein gleichbetitelter rororo-aktuell-Buch gibt (Besprechung dg 6/84) besteht aus einer Montage von Nachrichten, Fotomaterial, Filmausschnitten, Originalszenen von Vertretern der beteiligten Chemiekonzerne und betroffener Blutspender. Er verzichtet weitgehend auf Kommentare.

Doch wer ihn sieht, dem stockt das Blut in den Adern.

Gunar Stempel

»Bluternte«; BRD 1984; Regie und Buch: Hanns-Christoph Koch, Maurice Eberl-Rothe; Produktion: Atlantic Filmproduktion; Kamera: Gregor Zeckai; 90 Min., Farbe; 16-mm-Lichtton.

Ausgeliehen werden kann der Film für ca. 120 Mark bei: Matthias Film, Gänseheidstr. 67, 7000 Stuttgart 1, Tel. (07 11) 24 05 12. ModIA, Wielandstr. 59, 6000 Frankfurt 1, Tel. (069) 59 89 38.

Sünden-Böcke

Tierversuche als Alibi

Was im Tierversuch als »unschädlich« durchgeht, kann Menschen krank machen. Viele Tierversuche lenken davon nur ab.

Immer mehr Menschen werden umweltkrank und müssen zum Teil klinisch behandelt werden. Schon jeder zehnte Bürger, jede zehnte Bürgerin reagiert auf irgendeine Chemikalie allergisch. Chemiarbeiter erkranken besonders häufig, viele von ihnen starben bereits an Krebs. Wie schon oft verbreitete die Presse Ende 1978 eine Schreckensnachricht: Zwei weitverbreitete Chemiestoffe, Dibromäthan und Dichloräthan, erwiesen sich als starke Krebsgifte.

In den Durchführungsbestimmungen des neuen Chemikaliengesetzes, das am 1.1.1982 in Kraft trat, wird u.a. vorgeschrieben, daß alle neuen Chemiestoffe von einer bestimmten Produktionsmenge an vor der Vermarktung an lebenden Tieren getestet werden müssen. Auf diese Weise sollen gefährliche Substanzen als solche entlarvt und Menschen vor Umweltgiften geschützt werden, so jedenfalls der Gesetzgeber.

Sind diese Tierversuche wirklich sinnvoll?

Die Umweltchemikalien Dibromäthan (EDB) und Dichloräthan (EDC) wurden und werden noch immer dem Benzin zugesetzt, um Bleirückstände im Motor zu vermeiden. Hat man tatsächlich erst 1978 durch Tierversuche festgestellt, daß diese beiden Stoffe zumindest bei Tieren eine schädliche Wirkung zeigen? Irrtum! EDC war Hauptbestandteil des Rheumamittels »Maramant«, bis hierfür Ende 1978 ein Verkaufsstopp verfügt wurde. EDC war also schon vorher nach dem Arzneimittelgesetz an Tieren getestet worden und wurde damals als »ungefährlich« angepriesen.

Dieses Beispiel läßt erkennen, daß man durch Tierversuche sowohl die Gefährlichkeit als auch die Unschädlichkeit derselben Substanz »beweisen« kann, je nachdem, wie die Versuche angelegt und was für Tiere verwendet werden. Und die chemische Industrie wird sich befeißigen,

ihre Tierversuche stets so anzulegen, daß sie das »beweisen«, was sie von ihnen erwartet.

Diese These soll durch ein zweites Beispiel untermauert werden. Vinylchlorid (VC) ist ein weitverbreitetes Umweltgift. Es wird in Polymerisationsbetrieben zu dem Plastikmaterial PVC verarbeitet und tritt hier in der Atemluft der Arbeitshallen auf. Bereits 1938 wurde die Schädlichkeit des Vinylchlorids für Versuchstiere nachgewiesen. 1949 wurde von Leberschäden bei PVC-Arbeitern in der Sowjetunion berichtet. Ende der fünfziger Jahre häuften sich schließlich auch unter westlichen Arbeitsmedizinern Alarmmeldungen über die Giftigkeit des

gefährlichkeit von Chemikalien allenfalls dann berücksichtigt wird, wenn es bereits für viele längst zu spät ist.

Aber es kommt noch schlimmer: Bis 1972 wurde Vinylchlorid als Narkosegas eingesetzt und war als Treibgas in Spraydosen zugelassen. Sollten hier etwa die im Arzneimittelgesetz vorgeschriebenen Tierversuche seine Unschädlichkeit »beweisen« haben? Immerhin ist Vinylchlorid nunmehr in der Liste der 154 hochtoxischen Substanzen verzeichnet, die kurz nach der Seveso-Katastrophe 1976 vom Umweltbundesamt herausgegeben wurde.

Es ist zu erwarten, daß die chemische Industrie die vorgeschriebenen Tierversuche auch weiterhin dazu benutzen wird, die Ungefährlichkeit ihrer Produkte zu »beweisen« und auch weiterhin über Menschenleichen geht. Hauptsache, die Kasse stimmt.

mittelt, die nach vierstündiger Aufnahme über die Atemwege bei 50 Prozent aller Versuchstiere zum Tode führt. Um eine statistisch möglichst genaue Aussage zu erhalten, werden diese Versuche an einer sehr hohen Zahl von Labortieren durchgeführt.

Diese Versuche sind allein schon deshalb vollkommen überflüssig, weil wir es in unserer Umwelt mit einer schleichenden Verseuchung zu tun haben, bei der keine akuten Vergiftungen von Menschen zu erwarten sind (außer z.B. bei Störfällen in einem Chemiewerk oder beim Spielen von Kindern auf einer Giftmüllkippe) und außerdem zur Bestimmung der akuten Toxizität alternative In-vitro-Tests vorhanden sind.

Die Ermittlung der chronischen Toxizität bei Tieren ist sehr kostspielig und langwierig. So würde ein gründlicher Krebs-test nur einer chemischen Substanz eine knappe Million Mark



PVC-Ausgangsprodukts. Und da man immer noch nichts unternahm, starben Ende der sechziger und in den siebziger Jahren zahlreiche PVC-Arbeiter an einem Angiosarkom, einer seltenen Leberkrebsart.

Erst 1970 wurde in der BRD der MAK-Wert (MAK = maximale Arbeitsplatz-Konzentration) für VC von 500 ppm (parts per million, Raumteilchen pro Million) auf 100 ppm gesenkt, ab 1975 sind nur noch 5 ppm in der Atemluft in PVC-Werken zugelassen.

An diesem Beispiel wird deutlich, daß der wissenschaftliche Erkenntnisstand über die Ge-

Die vom Gesetzgeber vorgeschriebenen Tierversuche sind völlig unsinnig bzw. überflüssig. Zur Einteilung der Chemikalien in Giftklassen werden die selbst in Tierexperimentatorenkreisen heftig umstrittenen und äußerst grausamen LD-50- und LC-50-Tests (letale Dosis 50 Prozent bzw. letale Konzentration 50 Prozent) verlangt. Beim LD-50-Test wird die Dosis einer Substanz ermittelt, an der nach einmaliger Verabreichung 50 Prozent aller Versuchstiere nach Krämpfen und Qualen innerhalb von Stunden, Tagen oder gar Wochen verenden. Beim LC-50-Test wird die Konzentration eines Stoffes in der Atemluft er-

kosten und zwei Jahre dauern. Jährlich kommen über 500 neue chemische Stoffe auf den Markt, ein Unding, bei allen diesen aufwendigen Test durchzuführen. Ganz zu schweigen von den 63 000 Chemiestoffen, die sich bereits in unserer Umwelt befinden, und von denen kaum einer in einem solchen Langzeitversuch je getestet wurde. Dies nachzuholen, würde etwa 60 Milliarden Mark kosten, könnte aber selbst dann, wenn diese Summe tatsächlich zur Verfügung stünde, nicht realisiert werden, weil es für ein solches Mammutprogramm bei weitem nicht genügend Forschungsstätten gäbe. Deshalb werden derar-

tige Tests auch weder mit alten noch mit neuen Chemikalien verlangt. Der Gesetzgeber fordert nach »geeigneten Methoden« durchzuführende Tierversuche. Was dies im Klartext bedeutet, wurde uns vom Bundesgesundheitsamt nur ausweichend beantwortet. Die Grünen im Bundestag werden mit einer Anfrage nachhaken.

Als Alternative zu Tierversuchen zur Ermittlung der krebser-

zeugenden und erbschädigenden Wirkungen einer Chemikalie bieten sich der sog. Ames-Test (an Bakterienkulturen) und der Zelttransformationstest (an Gewebekulturen) an. Nach Aussage von kompetenten Wissenschaftlern können durch diese Tests immerhin 90 Prozent aller kanzerogenen und mutagenen Stoffe ermittelt werden, nicht ideal, aber relativ billig und nicht weniger aussagefähig als

Tierversuche. Zusätzlich zu den beiden angeführten Tests gibt es die Möglichkeit einer Reihe weiterer In-vitro-Prüfverfahren. Auch mißbildende Wirkungen können an Gewebekulturen festgestellt werden, Tierversuche sind hier nur irreführend (wie der Contergan-Skandal gezeigt hat).

Zu fordern ist daher das Verbot von Tierversuchen zum Testen von Chemikalien ebenso

wie die Einstellung der Produktion von umweltschädlichen Chemieerzeugnissen, die künftige Berücksichtigung wissenschaftlicher Erkenntnisse und ökologischer Notwendigkeiten, eine angemessene Kontrolle der Chemieproduzenten und die unverzügliche Sanierung der Umwelt.

Bernt Knöfel

Bernt Knöfel ist Mitarbeiter beim Arbeitskreis Mensch, Tier und Umwelt der Gruppe »Bürger gegen Tierversuche e.V.« im BBU.

Haltet den Dieb!

Berufsgerichtsverfahren gegen Winfried Beck

nm — Ein hessischer Ärztefunktionär gab die Namen von zwei Kollegen an eine militante Anti-Abtreibungs-Liga weiter. Verknackt werden sollte ein anderer Arzt: der, der den Vorgang öffentlich machte.

Winfried Beck, Orthopäde aus Offenbach am Main und überregional bekannt als Listenführer der »Demokratischen Ärzte« in der hessischen Ärztekammer, wunderte sich über einen Einschreibebrief: »Persönlich — vertraulich« teilte ihm seine Ärztekammer mit, daß ein berufsgerichtliches Ermittlungsverfahren gegen ihn im Gange sei — und zwar seit über vier Monaten. Ein Berufsgerichtsverfahren gegen einen Arzt hat durchaus keinen rein kabarettistischen Charakter: der Strafkatalog reicht von der »Rüge« über die Geldstrafe, Aberkennung des (aktiven und passiven) Wahlrechts bis hin zum Entzug der Approbation, zum Berufsverbot also.

Dem Vorgang, der zum Anlaß des Verfahrens wurde und der mittlerweile fast ein Jahr zurückliegt, sind strenge Maßnahmen auch angemessen. Irrwitzig ist nur, daß ausgerechnet Beck damit bedroht wurde. Ein anderer Delegierter — und Präsidiumsmitglied — der hessischen Ärztevertretung, der Gynäkologe Wolfgang Furch aus Bad Nauheim, hatte brieflich die Namen und bestimmte Daten von zwei Wiesbadener Frauenärzten, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen, an Unberufene

weitergeleitet: so an die »Europäische Ärzteaktion« in Uhm und die Bundesärztekammer, die das Schreiben wiederum weitergab; u.a. an die katholische Bischofskonferenz. Wohlgemerkt: Furch sandte Namen und Abbruchzahlen, von denen er in seiner Eigenschaft als Kammerpräsident Kenntnis bekommen hatte, an Gesinnungsgenossen. Da wurden nicht, etwa aus Schlamperei, irgendwelche Außenstehende zufällig mit geheimen Daten und Namen bekannt. Furch schrieb an Stellen, von denen er erwarten konnte, daß sie die Daten für ihre Anti-Abtreibungs-Propaganda nutzen.



Winfried Beck

Was auch prompt geschah: Die »Europäische Ärzteaktion«, militant-rechte »Lebensrettungsgesellschaft« des Ulmer Arztes Siegfried Ernst, druckte Furchs Brief in ihrem Organ »Medizin und Ideologie«, wo ansonsten Thesen zu lesen sind wie die, Abtreibung sei »echter Genozid« und »schlimmer als die Massenliquidationen des Dritten Reiches«. Ein Zufall war das nicht: auch Furch widmet seine Aktivitäten der Verschärfung des Abtreibungsparagraphen 218. Daß er selbst Mitglied des frauenfeindlichen Dokorenklubs ist, hat er bislang nicht demontiert.

Die denunziatorische Veröffentlichung der Namen in dem Ärzteblättchen tat Wirkung: die genannten Gynäkologen erhielten anonyme Schmähbriefe. In der Praxis des einen hinterließen Aktivisten die Sprühparole »Embryonenkiller«.

Furchs Mitteilbarkeit rief sogar den Datenschutzbeauftragten des Landes auf den Plan, der den Vorgang im Hessischen Rundfunk »unter Umständen strafrechtsrelevant« nannte und der Kammer »Konsequenzen u.U. standesrechtlicher Art« empfahl. Der Anregung kam der Vorstand der Ärztevertretung auf seine Weise nach: Er leitete ein Ermittlungsverfahren nicht gegen Furch, sondern gegen den Oppositionsführer in der Kammerversammlung, Beck, ein. Beck hatte sich vor der Kammer vor allem darüber aufgeregt, daß durch die gezielte Indiskretion Furchs der »Europäischen Ärzteaktion« Gelegenheit gegeben wurde, zur Hatz auf Kollegen zu blasen, die ungewollt schwangeren Frauen in Notlagen helfen. Wörtlich sagte Beck vor den Delegierten: »Mich erinnert das, bitte erlauben Sie mir diesen Vergleich, an ein Zeitungsblatt, das ich noch habe von meinen Eltern aus der Nazizeit, wo jüdische Ärzte veröffentlicht wurden, deren Namen, und aufgefordert wurde, nicht ...«

Die Kollegen erlaubten den Vergleich nicht; sie ließen Beck nicht einmal weitersprechen. Zwei Monate später kamen sie auf die Idee, gegen den ungeliebten Oppositionellen zu ermitteln: wegen »hcrabsetzender Äußerungen über die Person eines Kollegen«. Solches gilt nach §15 Abs. 1 der Berufsordnung als »berufsunwürdig«. Noch einmal vier Monate vergingen, bis die Berufsrichter sich bequemten, den Angeschuldigten

über das Verfahren in Kenntnis zu setzen.

Gegen Abtreibungs-Kreuzritter Furch dagegen ließ die Ständegerichtbarkeit Milde walten. In der Begründung zur Einstellung des Verfahrens, das Furch vorsorglich gegen sich selbst beantragt hatte, hielt ihm Präsidiumskollege Bechtoldt »unvermeidbaren Verbotsirrtum« zugute. Daß er rechtswidrig handelte, habe Furch gar nicht für möglich halten können; so sei auch nicht von ihm zu verlangen gewesen, sich über die einschlägigen Datenschutzbestimmungen zu informieren. Im übrigen sei die Schnüffelei von der Bundesregierung angeregt worden. Die nämlich hatte in der Vorbereitung für ihr Gesetz zur Stiftung »Mutter und Kind« (vgl. dg 3/84) um Mitteilung über nicht gemeldete Abtreibungen gebeten. Daß Furch dann seine radikale »Europäische Ärzteaktion« gleich mit ins Licht setzte, wurde für die Ständesrichter damit zur Unterrichtung von »Stellen, die am Gesetzgebungsverfahren beteiligt waren«. Die »Europäische Ärzteaktion« war nämlich zur Anhörung nach Bonn geladen worden.

Daß Furch von Datenschutz keine Ahnung hat, wie die Kollegen zu seinen Gunsten annehmen, ist indes reichlich unwahrscheinlich. Ausgeprägte Sensibilität gerade in diesem Bereich ließ Furch nämlich schon vor sechs Jahren erkennen, als er einem Antrag der »Demokratischen Ärzte« mit Datenschutzargumenten entgegentrat: da ging es freilich nicht um Schwangerschaftsabbrüche, sondern um eine epidemiologische Studie in der Umgebung des Atomkraftwerks Biblis.

Jetzt hat die Ärztekammer auch das Verfahren gegen Winfried Beck endlich eingestellt. Das muß nicht bessere Einsicht sein: die Hintergründe des Verfahrens sind für den Kammervorstand womöglich peinlicher als die Aussicht, den Oppositionsführer weiterhin auf Kammerversammlungen ertragen zu müssen. □



Heinrich Himmler,
»Reichsführer SS«
(links)

»Ausziehen wie eine Brennessel«

Homosexuellen-Verfolgung bei den Nazis

**Himmlers Ausrot-
tungsprogramm
gegen Homosexuelle
schloß sich an
jahrhundertlange
Verfolgung an. Bis
heute gelten die
Opfer als Kriminelle.**

Vierzig Jahre nach der Befreiung vom Nazi-Faschismus fordern Homosexuelle noch immer »die Rehabilitierung und Entschädigung aller KZ-Opfer, auch der Schwulen und Lesben«. Denn für die »vergesenen Opfer« der Nazi-Herrschaft hat es bis heute keine Wiedergutmachung gegeben. Noch heute gelten in der Bundesrepublik die während der Nazi-Zeit wegen ihrer Homosexualität Verfolgten als ehemalige Kriminelle, die von deutschen Gerichten rechtmäßig verurteilt worden seien.

Die Verfolgung der Homosexuellen durch die Nazis setzte ein, lange bevor die Faschisten in Deutschland die Macht hatten. Bereits in den frühen zwanziger Jahren bekämpften Nationalisten und Faschisten die Emanzipationsbestrebungen der Homosexuellenbewegung. So zog insbesondere Magnus

Hirschfeld, Berliner Arzt und berühmter Sexualforscher seiner Zeit, den Haß reaktionärer und faschistischer Kreise auf sich. Als er 1920 nach einem Vortrag von Nazi-Anhängern niedergeschlagen und schwer verletzt wurde, schrieb der »Völkische Beobachter«: »Die wenig freundliche Behandlung Hirschfelds galt nicht dem Juden, sondern dem fanatischen Vorkämpfer der widernatürlichen Geschlechtsverirrung.«

Diese Art der Gegnerschaft steigerte sich noch in den folgenden Jahren. Als Hirschfeld 1928 in einem Berliner Gymnasium über die Sexualprobleme Jugendlicher referierte, hetzte der »Völkische Beobachter«: »Homosexuelle als Vortragredner in Knabenschulen. Magnus Hirschfeld, der 'Vorkämpfer' für Aufhebung des §175, darf in deutschen Gymnasien sprechen. Die Zerstörung der Jugend! Deutsche Mütter, Arbeiterfrauen! Wollt Ihr Eure Kinder Homosexuellen ausliefern?«

Ein Jahr später stimmten die Nazis zusammen mit den Vertretern der Rechtsparteien im Strafrechtsausschuß des Reichstages gegen eine Reform des Paragraphen 175, wie sie von der SPD und der KPD gefordert wurde. Ihre Meinung zur Homosexualität hatte die Parteizentrale der NSDAP unmißverständlich klargemacht, als sie

1928 von der Homosexuellen-Zeitschrift »Der Eigene« um eine Stellungnahme zur Reform des §175 gebeten worden war:

»Wer gar an mann-männliche oder weibweibliche Liebe denkt, ist unser Feind. Alles was unser Volk entmannt, zum Spielball seiner Feinde macht, lehnen wir ab, denn wir wissen, daß Leben Kampf ist und Wahnsinn zu denken, die Menschen lägen sich

»Die Natur- geschichte lehrt: der Stärkere hat recht.«

einst brüderlich in den Armen. Die Naturgeschichte lehrt uns anderes. Der Stärkere hat recht. Und der Stärkere wird immer sich gegen den Schwächeren durchsetzen. Heute sind wir die Schwächeren. Schen wir zu, daß wir wieder die Stärkeren werden! Das können wir nur, wenn wir Zucht üben. Wir verwerfen darum jede Unzucht, vor allem die mann-männliche Liebe, weil die uns der letzten Möglichkeit beraubt, jemals unser Volk von den Sklavenketten zu befreien, unter denen es jetzt front.«

Mit der »Machtübernahme« der Nazis war es dann so weit: Für die Homosexuellen begann eine Zeit der Verfolgung und des Terrors. Bereits am 23.2.1933 wurde der »Bund für Menschen-

recht«, die größte Homosexuellenorganisation in der Weimarer Republik, verboten. Führende Mitglieder der Homosexuellenbewegung, wie der Redakteur der »Weltbühne« und Mitarbeiter des »Wissenschaftlich-humanitären Komitees«, Kurt Hiller, wurden verhaftet und von der Gestapo gefoltert. Andere, wie der homosexuelle Schriftsteller Bruno Vogel, konnten sich noch rechtzeitig ins Exil retten.

Einen weiteren Schritt in der Verfolgung der Homosexuellen bedeutete die Ermordung Röhm's und die Ausschaltung der SA am 30. Juni 1934. In einer Rede vor dem Reichstag rechtfertigte Hitler sein Vorgehen, bei dem etwa 1000 Menschen ermordet worden waren, indem er das Bild einer homosexuellen Verschwörung malte: »Das Schlimmste aber war, daß sich allmählich aus einer bestimmten gemeinsamen Veranlagung heraus in der SA eine Sekte zu bilden begann, die den Kern einer Verschwörung nicht nur gegen die normalen Auffassungen eines gesunden Volkes, sondern auch gegen die staatliche Sicherheit abgab.«

Mit der Einrichtung eines »Sonderdezernats« beim Staatspolizeiamt in Berlin wurden im Oktober 1934 die Voraussetzungen für eine systematische Verfolgung der Homosexuellen geschaffen. Auf Weisung Himmlers wurde eine »namentliche Liste sämtlicher Personen, die sich irgendwie homosexuell betätigt

»Wir müssen uns darüber klar sein, wenn wir dieses Laster weiter in Deutschland haben, ohne es bekämpfen zu können, dann ist das das Ende Deutschlands, das Ende der germanischen Welt.«

(Heinrich Himmler)

haben«, erstellt. Hilfreich hierbei waren der Gestapo die seit dem Kaiserreich geführten Homosexuellen-Karteien der Polizei, die sogenannten Rosa Listen.

Ein Jahr später, im Juni 1935, verschärften die Nazis den Paragraphen 175 — fast zur gleichen Zeit wie die Nürnberger »Rassengesetze«, die im September des gleichen Jahres in Kraft traten. Von nun an konnte schon das Küssen, Streicheln oder Zusehen zu einer Verurteilung nach § 175 führen. Außerdem wurde der neue Tatbestand der »schweren Unzucht zwischen Männern« als § 175a neu in das Strafgesetzbuch eingeführt. Mit der Verschärfung des § 175 nahm die Zahl der wegen »widernatürlicher Unzucht« Verhafteten und Verurteilten stark zu. Waren 1933 853 Personen nach § 175 verurteilt worden, so stieg ihre Zahl 1935 auf 2106 an und erreichte 1937 bereits die Zahl von 8271 Verurteilten.

Für die meisten Homosexuellen bedeutete die zunehmende Verfolgung, noch vorsichtiger zu sein, sich noch besser zu tarnen. Bloß nicht auffallen! Feste, längerdauernde Beziehungen waren unter diesen Bedingungen selten. Man beschränkte sich zu meist auf einmalige, anonyme Kontakte. Klappe (öffentliche Toilette), Park und Strich waren die Orte, wo man Sexualpartner unter großer Gefahr finden konnte. Aber auch in den Lokalen mußte man ständig mit Razzien rechnen. Gerüchte und Denunziation blühten. Die Reaktion der meisten Homosexuellen war eine noch perfektere Anpassung.

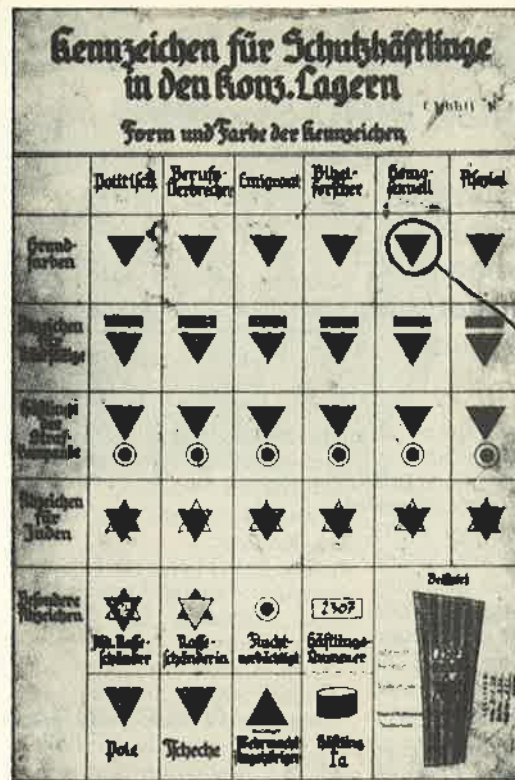
Daß es auch sie treffen könnte, daß es ein kollektives Schicksal war, das alle Homosexuellen betraf, wollten viele bis zuletzt nicht wahrhaben.

In einer programmatischen Rede vor Gruppenführern der SS entwickelte Himmler seine Gedanken zum »Auslöschen« der Homosexuellen: »Wir müssen uns darüber klar sein, wenn wir dieses Laster weiter in Deutschland haben, ohne es bekämpfen zu können, dann ist das das Ende Deutschlands, das Ende der germanischen Welt. Wir haben es leider nicht mehr

»Der ‚Urning‘ wurde einfach im Sumpf versenkt.«

so einfach wie unsere Vorfahren. Bei denen waren diese einigen Wenigen Einzelfälle so abnormer Art. Der Homosexuelle, den man Urning nannte, wurde im Sumpf versenkt ... Das war nicht eine Strafe, sondern das war einfach das Auslöschen dieses anomalen Lebens. Das mußte entfernt werden, wie wir Brennessel ausziehen, auf einen Haufen werfen und verbrennen. Das war kein Gefühl der Rache, sondern der Betreffende mußte weg.«

Für die Homosexuellen bedeutete dies, daß sie nach der Verbüßung ihrer Haftstrafe in sogenannte »Schutzhafte« genommen und ins KZ gebracht wurden. Dort waren die Homosexuellen, die auf ihrer Häftlingskleidung gut sichtbar einen



Rosa Winkel tragen mußten, relativ isoliert und bildeten mit die unterste Stufe der Gefangenen. Oft wurden die Rosa-Winkel-Häftlinge einer sogenannten »Sonderbehandlung« unterworfen. Besondere Umerziehungsmaßnahmen sollten die Homosexuellen von ihrem »Laster« abbringen. An ihrem Ende wurden sogenannte »Abkehr-Prüfungen« durchgeführt, von denen Rudolf Höss, Kommandant von Auschwitz, in seinen Aufzeichnungen berichtet: »Es wurden Homosexuelle, bei denen man nicht völlig von der Gesunderung überzeugt war, unauffällig mit Dirnen zusammengebracht und beobachtet. Die Dirnen hatten den Auftrag, sich den Homosexuellen unauffällig zu nähern und sie geschlechtlich zu reizen.«

Mit Genehmigung Himmlers wurden auch »medizinische« Menschenversuche an Homosexuellen im KZ durchgeführt. Im Konzentrationslager Buchenwald, über das Egon Kogon berichtet, begann ein gewisser Dr. Vaernet eine Versuchsreihe zur »Behebung der Homosexualität«: »Durch Einpflanzen synthetisch hergestellter Hormone in die rechte Leistenarterie sollte eine Triebumgestaltung erzielt werden.«

So kamen Tausende von Homosexuellen, Männer und auch Frauen, in den KZs um, wurden Opfer »medizinischer« Menschenversuche, starben an Entkräftung oder Seuchen, wurden hingerichtet oder »auf der Flucht« erschossen. Mit etwa 60 Prozent waren die Rosa-Winkel-Häftlinge die Häftlingsgruppe

mit der höchsten Todesrate. Wie viele es waren, läßt sich bis heute nicht genau sagen. Die wenigen, die überlebt hatten, schwiegen aus Scham und weil das erlittene Unrecht in der Bundesrepublik nicht anerkannt wurde. Denn die verschärfte Nazi-Fassung des Paragraphen 175 aus dem Jahre 1935 blieb nach der Befreiung vom Faschismus in der Bundesrepublik bis 1969 geltendes Recht. Erst die Strafrechtsreform hat 34 Jahre nach dem Ende der Nazi-Herrschaft ein erstes Ziel der Emanzipationsbestrebungen der Homosexuellenbewegung der Weimarer Zeit verwirklicht: die einvernehmliche Homosexualität zwischen Erwachsenen wurde entkriminalisiert.

Der Sonderparagraph für Schwule aber ist geblieben. Trotz der Erfolge der Schwulenbewegung in den siebziger Jahren hat sich an den Vorurteilen breiter Schichten der Bevölkerung gegenüber Homosexuellen kaum etwas geändert. Reaktionäre Familienpolitik, Überwachungsstaat und Neofaschismus bedrohen heute wieder besonders auch die Homosexuellen. Als Ablenkung von den realen Problemen in der Krise sind sie noch immer gut: die sogenannte Kießling-Affäre und die derzeitige Aids-Kampagne (vgl. dg 12/84 und 1/85) zeigen, daß Homosexuelle heute wieder als Sündenbocke gebraucht werden.

Dietrich Treber

Dietrich Treber ist Wissenschaftlicher Angestellter und Lehrbeauftragter für Sozialpädagogik an der Fachhochschule Hamburg

»Gesundsein 2000«

Grüne wollen WHO-Strategie umsetzen

sts — Nach kurzer Vorbereitungszeit erschien ein programmatischer Entwurf für eine grüne Gesundheitspolitik.

Ein erster Entwurf für ein alternatives sozialpolitisches Gesamtkonzept liegt seit Ende letzten Jahres vor. In Anlehnung an die Regionalstrategie der WHO für Europa wurde von Vertretern der Gesundheitsbewegung die Studie »Gesundsein 2000« vorgelegt, die die Vorstellungen der UNO-Organisation auf die Bundesrepublik überträgt und perspektivisch weiterentwickelt.

»Gesundheitspolitik findet in der Bundesrepublik nicht statt.« Diese Worte entstammen nicht etwa dem linken außer- und innerparlamentarischen Oppositionslager, sondern dem Munde Karsten Vilmar, des Präsidenten der Bundesärztekammer. Daß dies nicht so bleiben muß, beweisen nun nicht ärztliche Standesvertreter, sondern das Konzept, das von sechs der Gesundheitsbewegung entstammenden Autoren erarbeitet wurde — dem Soziologen Reinhard Fuß, den Ärzten Eberhard Geipel, Ellis Huber und Alf Trojan, der Apothekerin Ingrid Schubert sowie Michael Opielka, Mitarbeiter der Fraktion der Grünen im Bundestag. Es handelt sich hierbei weniger um ein Gesundheitsprogramm der Grünen als um eine programmatische Schrift, in der die Erkenntnisse und Vorschläge der WHO für den bundesrepublikanischen Bereich konkretisiert werden.

Zwar hatte sich die Bundesregierung 1980 verpflichtet, als Mitunterzeichnerin der Regionalstrategie »Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000« für den Aufbau einer nationalen Gesundheitsstrategie zu sorgen; bis heute ist in diese Richtung jedoch noch nichts unternommen worden. Auf eine parlamentarische Anfrage vom Mai des letzten Jahres an den Bundesminister für Gesundheit heißt es, daß eine öffentliche Diskussion der anstehenden Probleme einfach »utopisch« sei, obgleich diese in anderen europäischen Ländern stattfindet. Außerdem denke man auch nicht daran, »dem Gesundheitswesen wesentliche leitende und koordinierende Funktionen im Dienste der Gesundheit nach den Vorstellungen

der Gesundheitsorganisation zuzugestehen.«

Diese Antwort rief die Grünen dann auf den Plan. Im Auftrage ihrer Bundestagsfraktion entstand in nur knapp siebenmonatiger Vorbereitungszeit eine Studie, die zum ersten Male gemeinsame programmatische Standpunkte von Grünen und Gesundheitsbewegung schriftlich fixiert.

Zwei Leitlinien durchziehen das Konzept:

1. Die Mitwirkung der Bevölkerung an Planung, Organisation und Gestaltung der Gesundheitssicherung;
2. die Umkehr zu einem Gesundheitswesen, in dem statt medizinischer und psycho-sozialer Reparaturdienste eine Politik aktiver Gesundheitsförderung, gesundheitlichen Umweltschutzes und einer Neustrukturierung der Gesundheitsdienste Vorrang hat.

Die »Ärztezeitung« sieht denn auch als wichtiges Merkmal, daß »der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen aufgehoben werden soll.« Diese Besorgnis trägt der Feststellung der Studie Rechnung, daß die professionelle Dominanz der Ärzteschaft gegenüber den Krankenkassen nicht auf ewig festgeschrieben werden soll. Es wird ausdrücklich bedauert, daß die Kassen aufgrund politischer Entscheidungen der Ärzteschaft unterlegen sind. Die Schwächung der Kassen werde noch dadurch verstärkt, daß sie gegenseitig Konkurrenzkampf betreiben und von den Versicherten als bürokratische Institution zur Verwaltung von Geldern angesehen werden. Durch das Prinzip einer monatlichen

Beitragsbemessungsgrenze, die momentan bei 3600 Mark liegt, erscheint Wenigverdienern der Krankenkassenbeitrag als eine Art Sondersteuer, für Vielverdiener stellt er eine billige Risikoabsicherung dar.

Und somit wird dann das gesamte Prinzip unserer Sozialversicherung, das erwerbsarbeits- und produktionsbezogen ist, fragwürdig. Da die Kassen sich selbst jedoch zunehmend eher als Sparinstitution denn als Einrichtung zur Qualitätssicherung der Gesundheitsversorgung ihrer Mitglieder verstehen und da sich außerdem im Konfliktfall vieles nicht gegen die fünfzig Prozent Arbeitgebervertreter in den Selbstverwaltungsgremien durchsetzen läßt, schlägt die Studie die Einbeziehung gerade dieser zuletzt genannten Organe in die kommunale Selbstverwaltung vor.

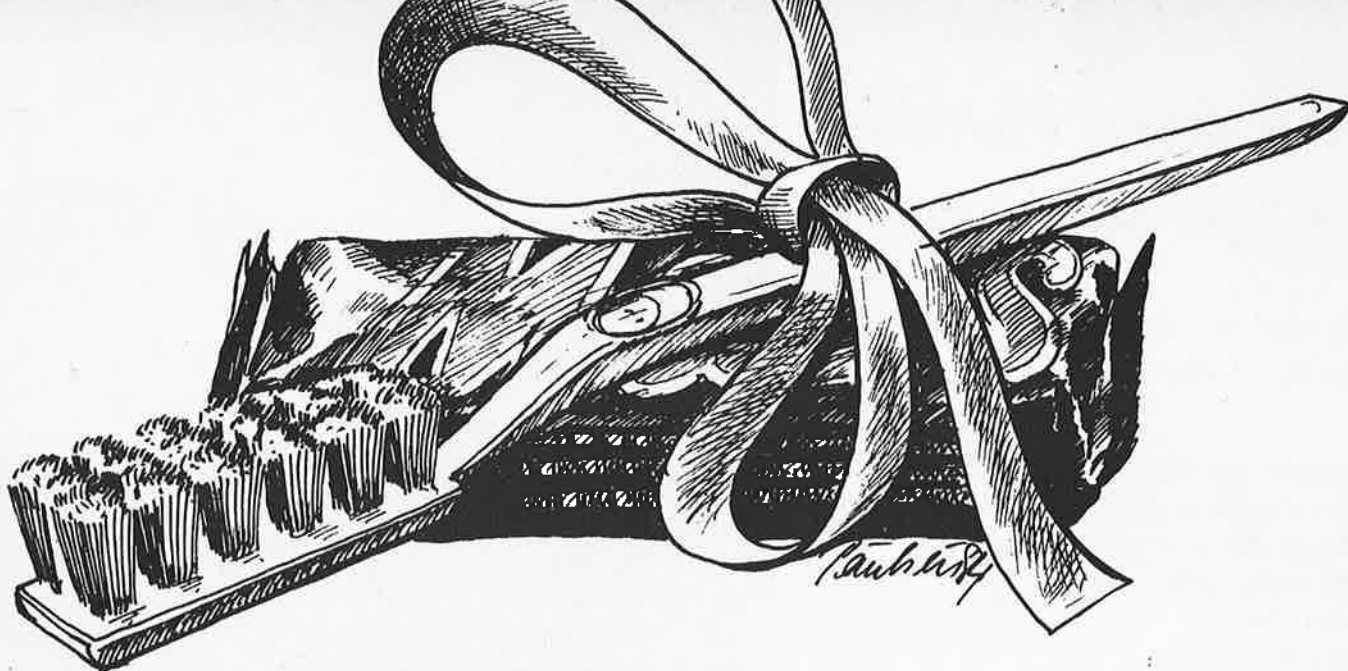
Eine staatliche Einheitsversicherung wird damit zwar nicht grundsätzlich befürwortet, die Autoren weisen jedoch ausdrücklich darauf hin, daß der angebliche Vorzug der Sozialversicherungslösung gegenüber der staatlichen Versorgungslösung »in vielfacher Hinsicht ein Mythos ist.« Finanztechnisch wird vorgeschlagen, stufenweise einen Pool auszubauen, der die Steuermittel von bestimmten Organen auf Kreis- und Gemeindeebene und die Beitragsmittel der Sozialversicherungen zusammenfließen läßt. Um eine sachgerechte und effektive Mittelverwendung zu garantieren, soll die Entscheidung über die Gelder in bestimmten gewählten Instanzen der kommunalen Parlamente oder in deren Gesundheits- und Sozialausschuß fallen.

Die Studie fordert zusätzlich die Einrichtung sozialer Gesundheitszentren, berufsgruppenübergreifender Gemeinschaftspraxen, Krankenpflegevereinen und Beratungsstellen. Auch der öffentliche Gesundheitsdienst soll kommunalisiert werden; Hauptaufgabenbereiche werden epidemiologische und umwelt-hygienische Probleme sein. Auch die staatliche oder kommunalen Festschreibung von Patientenstellen und Patientenanzahlen wird gefordert. Die Mitwirkung der »Betroffenen« in sogenannten Gesundheitsräten ermöglicht basisdemokratische Teilnahme an Entscheidungsprozessen.

Völlig neu ist der Vorschlag eines Innovationsfonds, der aus den Haushalten von Bund, Ländern, Kommunen, Sozialversicherungsträgern und Krankenkassen in Höhe von mindestens einem Prozent des Sozialbudgets (circa fünf bis sechs Milliarden Mark) den kommunalen Selbstverwaltungen zur Verfügung gestellt werden soll. Hierbei geht es vor allem darum, unbürokratisch und unter Beteiligung der Betroffenen neue Wege in der Gesundheitssicherung zu finanzieren und zu fördern.

»Gesundsein 2000« setzt auf das Bündnis selbstkritischer Gesundheitsexperten und selbstbewußter, »aufmüpfiger« Laien. Wenn es diesem Bündnis gelingt, in Zusammenarbeit mit Gewerkschaften, an Mitgliederinteressen orientierten Krankenkassen und den politischen Parteien zu einer Politik der aktiven Gesundheitsförderung zu gelangen, dann besteht die Chance, daß aus dieser begrüßenswerten Grundsatzprogrammatische konkrete Ansätze entwickelt werden. Diese könnten das Fundament für eine wirklich radikal veränderte Gesundheitspolitik in der Bundesrepublik Deutschland sein. □





Bestens verzahnt

Zuckerlobby macht Meinung unter Zahnärzten

nm — Süßigkeiten zerstören Zähne. Gegen die umsatzschmälernde Binsenweisheit kämpft die Zuckerindustrie mit Kampagnen — ausgerechnet gemeinsam mit Zahnärzten.

»Wie soll man gesund leben, wie soll man sich vernünftig ernähren?« fragt in großformatigen Tageszeitungsanzeigen die »Wirtschaftliche Vereinigung Zucker« (WVZ). Daß ihr Produkt nicht gerade zu den Lebensmitteln gehört, die im Zuge eines wachsenden Ernährungsbewußtseins als besonders wertvoll wiederentdeckt werden, scheint auch der Lobby der Zuckerindustrie schmerzlich aufgefallen zu sein. Im Gestus des zu Unrecht Geschmähten nehmen die Zuckerbosse — so scheint es — zu seriöser Verbraucheraufklärung Zuflucht.

Die Anzeigenserie, deretwegen sich die zur Aufklärung besser berufene Arbeitsgemeinschaft der Verbraucher (AgV) zu einem Antrag auf Abmahnung veranlaßt sah, ist ein schönes Beispiel für Werbung mit dem Touch der Seriosität: in der Aufmachung ist das Inserat von einem gewöhnlichen Tageszeitungsartikel nicht zu unterscheiden, ein Schaubild suggeriert dem kritischen Leser, er nehme eher wenig Zucker zu sich (Vergleich mit anderen Industrieländern), auf jede plakative Aufforderung wird verzichtet. Dafür erfahren wir, daß Zucker

»bei uns aus Zuckerrüben gewonnen« wird und »daher ein wertvolles Produkt natürlichen Ursprungs« ist. »Zucker«, so heißt es klar, deutlich und falsch, »ist heute ein unentbehrliches Grundnahrungsmittel«.

Gegen den Hauptvorwurf an die Adresse der Zuckerindustrie, sie begünstige mit aggressiver Süßigkeitenwerbung mit Blick vor allem auf Kinder die Volkskrankheit Karies (98 Prozent der Bevölkerung leiden an ihr), nimmt der Inserent erst gar nicht Stellung. Um diesen scheinbar unbestreitbaren Vorwurf zu widerlegen, sind andere Mittel nötig. Nicht an die Öffentlichkeit gerichtet, dafür aber umso deutlicher, wird im Jahresbericht des Zuckerverbands lobend die Zusammenarbeit mit der — staatlich finanzierten — »Centralen Marktingesellschaft der deutschen Agrarwirtschaft« (CMA) hervorgehoben: »Das organisatorische Instrument hierfür ist der Produktausschuß Zucker, dem sämtliche Mitglieder der Kommission zur Förderung des Zuckerverbrauchs der WVZ angehören.«

Wen mag es da wundern, daß die Zusammenarbeit tiptop funktioniert? Und tatsächlich vertreibt die CMA mit Bundesmitteln eine ebenso flockig wie seriös aufgemachte Broschüre, in der sich die Argumente aus der Zucker-Anzeigenserie beinahe wörtlich wiederfinden. Aber die CMA tut noch mehr: 10 000 Grundschulen bekamen je 100 Stundenpläne mit »Informationen über Zucker in kindgemäß illustrierter, leicht verständlicher Form«. Und wenn sauerstoffpfeife Gesundheitspädagogen an gleicher

Stelle noch so sehr gegen die Schokoladenriegel wettern: gegen die lustigen Stundenpläne oder gar gegen das CMA-Kettcar-Rennen unter dem Motto »Zucker schafft Kraft — komm in Schwung mit Zucker« werden sie kaum ankommen.

Im Umfeld der Werbeagentur Thompson (Frankfurt), die erfolgreich die Zucker- und Süßwarenindustrie vertritt, entstand der »Informationskreis Mundhygiene und Ernährungsverhalten« (an dem auch die CMA beteiligt ist) — ein unter Zahnärzten gut eingeführter Verein. Dessen Informationsbroschüren sind noch einen Zacken seriöser als die munteren CMA-Papiere. Da erfährt der Leser: »Kein Zahn wird kariös, nur weil er mit Zucker in Berührung kommt.« Ein »wissenschaftliches Experiment« habe ergeben, daß »ein völlig belagfreier Zahn durch Zucker nicht geschädigt werden kann«. Rolf Schlömer von der Vereinigung Demokratische Zahnmedizin (VDZM), die sich an der Zuckerverzahnung der Branche nicht beteiligt: »Daß »völlig belagfreie« Zähne nur in Reagenzgläsern und nicht in Mundhöhlen existieren, wird natürlich verschwiegen.«

Aber die VDZM steht — zusammen mit einigen kämpferischen Einzelpersonlichkeiten — ziemlich allein da, wenn es darum geht, zahnmedizinische Binsenweisheiten auch öffentlich zu vertreten. Die Kassenzahnärztliche Vereinigung Nordrhein trat gar mit des Teufels Großmutter, der Wirtschaftlichen Vereinigung Zucker, in vertragliche Bande. Vereinbart wurden jährliche Treffen zum »Gedankenaus-

tausch über die beiderseitigen Werbe- und PR-Maßnahmen«. Bisheriger Höhepunkt der Verzahnung ist die »klebrige Karriere« (VDZM) des Friedrich Römer, der vom langjährigen Mitarbeiter der Zucker-Werbeagentur Thompson zum Vorsitzenden eines »Vereins für Zahnhygiene« avancierte, einen Ausschuß zur »Koordinierung der Zahngesundheitserziehung« gemeinsam mit Zahnärzte-Fürsten anregte und schließlich sogar als persönlicher Berater des Zahnärzte-Präsidenten Sebastian gehandelt wurde.

Kein Wunder, daß die organisierte Zahnärzteschaft (die übrigens auch ein Bürohaus in Frankfurt an den Süßigkeiten-Konzern Ferrero vermietet) im Kampf gegen Karies lieber die Trinkwasserfluoridierung favorisiert, damit auch weiterhin frohen Herzens die »Milchschnitte« (»wertvolle Kohlehydrate«), der »Mars«-Riegel (»bringt verbrauchte Energie sofort zurück«) und das »Milky way« (»verdirbt nicht den Appetit«) genossen werden können. Da braucht dann beim herzhaften Reinbeißen in die klebrigen Zahnkiller nicht einmal ans lästige Zähneputzen gedacht werden. Wann kommt wohl einer von ihnen auf die Idee, das zahnerhaltende Fluorid gleich in die Schokolade zu mischen? Dann könnten die Zahnärzte endlich guten Gewissens bei den Zucker-Werbekampagnen mitmachen, ohne sich Kritik anhören zu müssen.

Denn die ist ihnen gewiß: Für das kommende Frühjahr planen die Grünen im Bundestag ein Hearing zum Thema Zucker. Dafür, daß die Eckzähne der deutschen Zahnärzteschaft demnächst ins Wackeln geraten, könnte bis dahin auch eine Anfrage der Bundestagsabgeordneten Antje Vollmer sorgen. Inhalt: Zuckerindustrie und Werbepraktiken der CMA. □

Ompongs Familie geht es schlecht

»Medical Action Group«
auf den Philippinen

Regimegegner werden in dem Inselstaat des Diktators Marcos gnadenlos verfolgt. Für sie und ihre Angehörigen will eine medizinische Hilfsorganisation sorgen.

Jorge Benosa ist ein vier Jahre alter Junge. Im Dezember 1982 wurde er von seiner Mutter mit einer Lungenentzündung in die Klinik der Medical Action Group (MAG) gebracht. Seine Mutter Cecilia leidet selbst an einer Magenerkrankung und an Angstreaktionen. Sie ist Hausfrau und arbeitet gelegentlich zur Aufbesserung des Haushaltsgeldes als Maniküre. Jorge hat noch drei ältere Geschwister.

Sie alle leben in einem kleinen Einfamilienhaus im Armenviertel Novaliches, das zu Quezon City gehört, der zweitgrößten Stadt auf den Philippinen. Ein Wasserhahn soll für ungezählte Familien reichen. Viele Haushalte müssen sich eine gemeinsame Toilette und ein Badezimmer teilen. Während der Regenzeit ist ihr Haus oft überflutet, da das Dach leckt und der Fußboden unterhalb des Wassergrundspiegels liegt.

Die ganze Familie leidet an Krankheiten, aber Jorge ist am ärgsten betroffen. Er hat oft Atembeschwerden, Hautinfektionen und ist stark unterernährt. Darüber hinaus machen ihm ständige Darminfektionen mit krampfartigen Schmerzen zu schaffen. Besonders leidet er aber unter der oftmals langen Abwesenheit seines Vaters. Jorges Vater ist politischer Häftling.

Rudolfo Benosa, 33 Jahre, war vierzehn Jahre lang als Arbeiter in der Century Container Corporation beschäftigt, bevor er am 27. Februar 1982 verhaftet wurde. Er war Mitglied der Gewerkschaft der Fabrik, der Century-Arbeiterorganisation.

Was war geschehen? Ompong, wie Rudolfo vertrauensvoll von den Fabrikarbeitern ge-

In diesem »Haus« in Quezon City wohnt Jorge mit seiner Mutter und seinen drei Geschwistern. Der Vater sitzt wegen »Subversion« im Gefängnis.

nannt wird, hatte beantragt, einen Gelegenheitsarbeiter fest anzustellen. Als das Management daraufhin aus Vergeltung einen der Leiter der Gelegenheitsarbeiter entließ, verließen Ompong und sechs weitere Arbeiter das Gebäude und hielten vor den Fabrikanten die Nacht über Wache. Am folgenden Morgen marschierten sie mit 28 Kollegen zum Arbeitsministerium und überreichten einen Beschwerdebrief über unfaire Arbeitspraktiken. Nach neun Tagen Arbeitskampf bekamen alle Gelegenheitsarbeiter feste Anstellungen; der bereits entlassene Arbeiter wurde wieder eingestellt.

Am 27. Februar wurde Ompongs Haus von Militär durchsucht. Hierbei wurden Kopien eines Buches des Arbeitsministeriums, des Arbeitsgesetzes und der Arbeitszeitung Bagwis beschlagnahmt. Ompong wurde ohne Rechtsgrundlage verhaftet und war bis zum 7. März 1983 schweren Folterungen ausgesetzt. Während der Haftzeit waren Ompong und seine Kameraden in Einzelzellen untergebracht. Jeglicher Kontakt untereinander wurde unterbunden, Besuche durch Verwandte und

Rechtsberater waren nicht zugelassen. Erst nachdem Ompongs Verwandte und weitere 22 Personen, die mit ihm verhaftet worden waren, eine gemeinsame Petition zur Haftprüfung vorlegten, wurden die Häftlinge am 16. März 1982 vor das Oberste Gericht gebracht. Doch bis zum 23. März wurde Ompong in Nichols festgehalten. Nach hartnäckigem Druck und Forderungen von Verwandten und Freun-

Arbeiter wegen »Subversion« seit zwei Jahren in Haft

den kam er dann ins Bicutan-Rehabilitationszentrum.

Erst neun Monate nach seiner Verhaftung wurde Ompong zur formalen Anklageverlesung vor Gericht gebracht, wo er als »ordentliches Mitglied einer subversiven Organisation« angeklagt wurde. Ompong bekennt sich als nicht schuldig. Sollte das Urteil jedoch »schuldig« lauten, müßte er mit einer sechsmonatigen Gefängnisstrafe rechnen. Bis jetzt sitzt er bereits über zwei Jahre in Haft.

Seit seiner Verhaftung und der dadurch erzwungenen Arbeitslosigkeit leidet Ompongs Familie unter starken wirtschaftlichen und sozialen Schwierigkeiten. Seine Frau und seine Kinder sind angewiesen auf das kleine Einkommen, das Ompong durch Handarbeit im Gefängnis verdient, und hoffen zudem auf die Unterstützung von Verwandten und Freunden.

Seit einigen Monaten wird Ompongs Sohn Jorge nun in der MAG-Klinik behandelt. Damit ist die gesundheitliche Versorgung für ihn und die übrigen Familienmitglieder sichergestellt. Sein Gesundheits- und Ernährungszustand haben sich gebessert, es muß jedoch noch viel getan werden, nicht nur auf medizinischem Gebiet, sondern vor allem auf der politischen Ebene, die diese Willkürmaßnahmen erst ermöglichte.

Eines der von der philippinischen Regierung vernachlässigten, ja mit Füßen getretenen Grundrechte ist das Recht auf ein funktionierendes, den Bedürfnissen der Bevölkerung Rechnung tragende Gesundheitssystem. Weder das korrupte



staatliche Gesundheitswesen noch die Ausbildung medizinischer Fachkräfte berücksichtigen das eigentliche Gesundheitsproblem der Bevölkerungsmehrheit: die Armut.

Achtzig Prozent der Gesamtbevölkerung von über 50 Millionen sind unterernährt und chronisch krank, aber ohne ausreichende Gesundheitsbetreuung sowohl im präventiven als auch im kurativen Bereich. 85 von 1000 Babies sterben im ersten Lebensjahr. Sieben von zehn Filipinos haben bis zu ihrem Tode noch nie einen Arzt gesehen.

Vor diesem Hintergrund hat sich die Medical Action Group (MAG) mit dem Ziel gegründet, Familien von politischen Gefangenen, von streikenden Arbeitern und jenen Slumbewohnern, die zwangsweise in Gebiete außerhalb der Stadt übersiedelt werden, medizinisch zu helfen. Es handelt sich hier also um Menschen, die in besonderem Maße von Menschenrechtsverletzungen durch den Staat betroffen sind und die den Mut aufgebracht haben, gegen die staatlichen Menschenrechtsverletzungen offen vorzugehen.

Die MAG wurde am 19. November 1982 in Manila, der Hauptstadt der Philippinen, von 32 Ärzten, Rechtsanwälten und Sozialpädagogen gegründet. Die Mitglieder sind zum größten Teil Ärzte, die aus christlichen und sozialen Motiven aufs Land gezogen sind und hier mit der politischen Wirklichkeit und ihren Grenzen konfrontiert worden sind. So ist die Generalsekretärin von MAG die Ärztin Sylvia de la Paz, die Witwe des im Mai 1982 auf der Insel Samar von Soldaten ermordeten Arztes Bobby de la Paz. Zum anderen sind es Anwälte wie der ehemalige Senator José Diokno, die in der politischen Opposition gegen das Marcos-Regime aktiv sind.

Ein Arzt und ein Büroangestellter nahmen zunächst mit einer Übergangslösung ihre Arbeit auf. Schon bald suchten mehr und mehr Patienten die MAG auf. Im Januar 1983 konnte die MAG dann in eine kleine eigene Klinik mit eigenem Büro ziehen. Im folgenden Jahr betreute die MAG ca. 200 Patienten in der Klinik, ein Drittel davon waren Kinder. 32 politische Häftlinge wurden in verschiedenen Haftlagern auf Luzon, der Hauptinsel, betreut und behandelt. Wegen der eingeschränkten finanziellen und personellen Möglichkeiten konnte die Klinik zunächst nur an drei Tagen von neun bis zwölf Uhr geöffnet gehalten werden. Neben dem Gesund-

Die Ärztin Sylvia de la Paz ist Generalsekretärin der »Medical Action Group« (MAG)

Familie Benosa: der kleine Jorge mit seinen Geschwistern



heitsdienst gab es viele andere Dinge zu erledigen.

Dazu gehörten neben dem Einrichten der kleinen Klinik der Aufbau eines mobilen Ärzteteams für die medizinische, besonders benachteiligten Umsiedlungsgebiete außerhalb der Stadt Manila, die Förderung der Kommunikation und Koordination zwischen sozial engagierten Ärzten, Untersuchungen über die Gesundheitslage der Menschen in extrem vernachlässigten Gebieten und nicht zuletzt der Aufbau von ähnlichen Gruppen in anderen Städten des Landes. In Manila hat die MAG nun 87 Mitglieder, gleichartige Gruppen

sind in acht Provinzen aufgebaut worden.

Im Dezember 1983 konnte die Arbeit der Klinik endlich erweitert werden, als zwei Ärzte hinzukamen und später noch ein Buchhalter, so daß die Aufga-

In der Klinik fehlt es an vielem

ben auf die verschiedenen Personen verteilt werden konnten. So ist die Klinik jetzt wochentags täglich von neun bis zwölf Uhr geöffnet.



In der Klinik fehlt es an Instrumenten, Laborgeräten, Ausstattungsgegenständen für die Geburtshilfe und Gynäkologie, HNO-Erkrankungen und andere Bereiche. MAG-Mitglieder spenden Medikamentenmuster, die den Bedürftigen zunächst einmal helfen, aber die längerfristigen Bedürfnisse können so nicht gestillt werden.

Terre des hommes-Deutschland hat dieses Projekt seit 1983 finanziell unterstützt. Seit 1984 unterstützt auch Terre des hommes-Frankreich die MAG, die sich von 1986 an dann selber tragen soll.

In einem Land, wo durch ein autoritäres Regime und eine wachsende Militarisierung die Menschenrechte so offensichtlich und erschreckend verletzt werden, kann es über die Wichtigkeit der MAG-Arbeit keine Zweifel geben, selbst wenn man weiß, daß Militarisierung und Menschenrechtsverletzungen Symptome eines tiefer sitzenden Übels sind. Angesichts einer Bevölkerung, die in weiten Kreisen noch von einer kolonialen Mentalität und einer starken Autoritätsglaubigkeit geprägt ist, bedeutet das Anprangern von Menschenrechtsverletzungen oft den ersten Ansatz zu einer kritischen Einstellung und bildet dabei die Basis für eine weitergehende Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Gruppierungen, Schichten und Sektoren der Gesellschaft. Wo dem wachsenden organisierten Widerstand mit ebenso zunehmender Repression begegnet wird, ist der Einsatz für die Einhaltung der Menschenrechte oft die einzig verbliebene, wenn auch schwieriger werdende Form, Opposition zu den gegenwärtig herrschenden Verhältnissen zu formulieren.

Theodoric L. Dom

Menschenkinder, helft doch!

In Allahabad, im Norden Indiens, schuften tausende Kinder in Weberhäusern. Sie weben Teppiche – meist für den Export nach Deutschland. Der Lohn: bestenfalls eine Mahlzeit am Tag. In anderen Gegenden Indiens müssen Kinder buchstäblich Sklavenarbeit verrichten – als Leibeigene von Händlern, Grundbesitzern oder Geldverleihern. Doch auch in Indien kämpfen Menschen gegen die Ausbeutung von Kindern – und auch in Indien hilft ihnen das deutsche Kinderhilfswerk terre des hommes beim Aufbau von Kinderschutzzentren. Diese bieten Gesundheitsfürsorge, gewähren Rechtshilfe, richten Vorschulklassen ein und organisieren Widerstand gegen unmenschliche Arbeitsbedingungen. Helfen Sie mit!



terre des hommes

Postfach 4126 · 4500 Osnabrück · Spendenkonto 700
bei der Bank für Gemeinwirtschaft und allen anderen Banken und Sparkassen

Theodoric L. Dom ist Südostasien-Referent von Terre des hommes.

Die guten ins Töpfchen ...

Bremen: Trennung von Kinder- und Jugendpsychiatrie?

Endlich soll die Kinder- und Jugendpsychiatrie in Bremen-Ost aus dem Hochhaus ausziehen. Dafür droht eine neue Zwei-Klassen-Psychiatrie.

Der Neubau des Zentralkrankenhauses Bremen-Ost hat große runde Bettentürme — typisch für die Klinikarchitektur der siebziger Jahre, die immer kritischer beurteilt wird. Steht die Funktionalität der Gesundheitsburgen ohnehin in Frage, so gilt ein besonderer Umstand in Bremen nicht nur Experten als widersinnig: im dritten und vierten Stock des Hochhauses ist — ausgerechnet — die Kinder- und Jugendpsychiatrie untergebracht. Komplizierte Gebäudeanordnungen, die für ständig bettlägerige Kranke entworfen wurden, bringen Kindern und Jugendlichen nun wirklich nur Nachteile.

So alt wie der Neubau, sieben Jahre nämlich, ist die Klage der Mitarbeiter über den ungünstigen Standort, der den Spielplatzbesuch zur Expedition macht, Kindern zum Labyrinth wird, Schwestern und Pfleger ständig zu irgendwelchen Verboten zwingt und auch die Mitarbeiter anderer Abteilungen nervt: so, wenn immer wieder Kinder aus der Chirurgie gefischt werden müssen, wo sie sich verlaufen haben. Was den Unsinn komplett macht: gleich nebenan stehen schöne, übersichtliche Altbauten leer, die auch noch zur Klinik gehören, in einem Park und mit einem Spielplatz direkt daneben. Sie müssten freilich renoviert werden; und dafür ist, so der Gesundheitssenator, kein Geld da.

Jetzt ist den Beschäftigten der Kinder- und Jugendpsychiatrie, die seit Jahren auf Umzug drängen, unvermutet ein weit mächtigerer Bundesgenosse erwachsen: die Wirtschaftsprüfungsgesellschaft Ernst und Whinney, auf deren ausführlichem Gut-

achten über die Wirtschaftlichkeit der Bremer Kliniken ein neuer Krankenhausbedarfsplan erarbeitet wird. Sie konnte sich mit ihren ökonomischen Argumenten beim Senator besser Gehör verschaffen als die Mitarbeiter mit ihren therapeutischen. Die Wirtschaftsprüfer rechneten vor: wo 70 Kinder und Jugendliche mit ihren Schlafzimmern, Aufenthalts-, Spiel- und Therapieräumen Platz haben, ließen sich gut und gerne 180 somatische Betten unterbringen. Neue Bewohner für die beiden Stockwerke im Hochhaus lieferten die Sparspezialisten gleich mit: die Patienten einer Lungenklinik in Holdheim, die nach den Plänen der Wirtschaftsprüfer aufgelöst werden soll. Damit sollen jährlich zwei bis drei Millionen Mark gespart werden. Als Alternative für die Kinder und Jugendlichen kommen in dem Gutachten die Altbauten neben dem Hochhaus wieder zu Ehren.

So weit, so gut. Aber die Pläne von Ernst und Whinney haben einen Haken: Nur die Jugendlichen sollen in den Altbau; die Kinder dagegen müssen nach ihrer Vorstellung, die sich auch der Gesundheitssenator zu eigen macht, ins Zentralkrankenhaus in der St.-Jürgen-Straße umziehen.

Das wiederum produziert einen neuen Widersinn, meinen die Mitarbeiter. So einig sich alle, einschließlich der Krankenhausdirektion, darüber waren, daß man aus dem Hochhaus rauswolle, so klar ist allen, daß es so auch nicht geht. Die Personalversammlung der Kinder- und Jugendpsychiatrie sprach sich einstimmig gegen die Teilung aus, die Personalräte beider Kliniken, des Ostkrankenhauses und der St.-Jürgen-Straße, gleichfalls.

Die Teilung in eine Kinder- und eine Jugendpsychiatrie, so der Leitende Arzt der Klinik, Dr. Richard, »bedeutet eine Trennung nach dem Alter, aber auch nach den Symptomen; eine Halbierung würde eine Zwei-Klassen-Psychiatrie bedeuten.« Die Ruhigen und Angepaßten, so die Befürchtung, kämen,



Oben: Altbau im Krankenhaus Bremen-Ost. Spielplatz vor dem Haus



Zentralkrankenhaus St.-Jürgen-Straße: Spielplatz zwischen Blech und Beton

auch wenn sie über 14 sind, in die St.-Jürgen-Straße, wo die Kinderpsychiatrie an die Pädiatrie angeschlossen werden soll; die Unruhigen und Aggressiven blieben bei den Jugendlichen im Ostkrankenhaus. Von der Ausgrenzung wären vor allem psychotische und autistische Kinder betroffen. Zwar wurde auch bisher differenziert: so achtete man darauf, daß aggressive Kinder möglichst nicht mit sensiblen, gehemmten und depressiven zusammen auf eine der sechs Stationen kamen. Aber Verlegungen waren oft nötig und möglich.

Die wichtigen Einrichtungen im Ostkrankenhaus: eine gut ausgebaute Schule, Beschäftigungs- und Arbeitstherapie (mit »lebenspraktischem Training«). Tages- und Nachtambulanz, physikalische Therapie, Musik-, Unterhaltungstherapie, müßten in der St.-Jürgen-Straße zum Teil erst noch geschaffen werden. Das ginge nicht ohne einen erheblichen Mehrbedarf an Personal. Und daß der in der gegenwärtigen Situation auch gedeckt würde, mag niemand glauben.

Obendrein gilt die Klinik in der St.-Jürgen-Straße als für Kinder völlig ungeeignet: Autoverkehr, dichte Bebauung, nirgends ein Gelände für einen großzügig angelegten Spielplatz, kein Park, keine Wiesen, kein Sportplatz. Zudem liegt das Krankenhaus nahe bei der City und beim Ostertorviertel, wo auch noch reichlich Drogen umgeschlagen werden. Nicht einmal das Wirtschaftlichkeitsargument zieht: die Gebäude, die in der St.-Jürgen-Straße vorgesehen sind, müßten umgebaut werden.

Mitte des Jahres sollen in Bremen Entscheidungen fallen. »Die Bedenken der Mitarbeiter werden wir dabei in unsere Überlegungen einbeziehen«, versicherte der Sprecher von Gesundheitssenator Brückner, Habel, gegenüber dg.

Hoffen wir's.

Reinhard Dietrich

Reinhard Dietrich, Sozialpädagoge, ist im Kreisvorstand der ÖTV Bremen.

Es darf gelacht werden

Arzneimittelgesetz wird novelliert

nm — Zur anstehenden Novelle des Arzneimittelgesetzes hat sich die Regierung ein paar kosmetische Korrekturen ausgedacht. Die SPD-Opposition bereitet sich auf einen Eier-tanz vor.

Mit einigem Zeitverzug hat sich das Bundesgesundheitsministerium jetzt an die Pläne zur Novellierung des Arzneimittelgesetzes (AMG) von 1978 gemacht. Eine große Wende wird es, wenn die jetzt bekannt gewordenen Vorstellungen des Leiters der Abteilung Gesundheit im Geißler-Ministerium, Professor Manfred Steinbach, Wirklichkeit werden, sicher nicht geben.

Was wohl daran liegt, daß das von den Sozialliberalen erarbeitete Gesetz in weiten Teilen schon Züge trägt, die eine »Wende« im Sinne der neuen Regierung überflüssig machen. 1976 bei der Verabschiedung wurde noch beschlossen, nach vier Jahren die Erfahrungen mit der Neuregelungen zu sammeln und gegebenenfalls eine entsprechende Novelle zu formulieren. Die Erfahrungsberichte der Verbände lagen Ende 1982 pünktlich vor. Konsequenzen wurden bisher nicht gezogen.

Die Änderungen, die Steinbach Anfang Januar in Aussicht stellte, sind auch keine große Eile wert. So hätte das Ministerium gern ein Verfalldatum auf den Packungen, eine Trennung von Patienten- und Fachinformationen und eine gesetzliche Beschränkung der Abgabe von Ärztemustern. So marginal diese Änderungen angesichts der Tatsache, daß es in der Bundesrepublik immer noch keine industrieunabhängige Prüfung und Kontrolle von Arzneimitteln gibt, auch sein mögen — sie erlauben noch nicht einmal ein aufmunterndes »Wenigstens etwas!«.

Die Angabe eines Verfalldatums ist zwar grundsätzlich ein Schritt in die richtige Richtung. Zu fragen ist aber, ob nicht die

Angabe des Herstellerdatums sinnvoller wäre. Verfallsdaten wirken, wenn sie nicht abgelaufen sind, beruhigend — gelegentlich durchaus zu Unrecht: denn bei unsachgemäßer Lagerung oder bei angebrochenen Packungen können Medikamente auch vor dem aufgedruckten Stichtag schlecht werden.

Wenn es nach den Vorstellungen der pharmazeutischen Industrie und nach der CDU geht, wird auch die Idee mit den getrennten Beipackzetteln eher ein Rückschritt: sicher dann, wenn auf den Laienzetteln zur Beruhi-

Packungen von gleich welchem Mittel an einen Arzt abgeben dürfen. Da lägen die Grenzen dann eher im Tempolimit, das, wenn es kommt, den Pharmareferenten das Jetten von Arzt zu Arzt erschwert, als im Arzneimittelgesetz. Die Kontrolle der gesetzlichen Regelung solle im übrigen »Vertrauenssache« bleiben, meint Steinbach.

Nicht ganz so begeistert wie die Regierung ist die SPD-Opposition von dem jetzt geltenden Gesetz — obwohl es schließlich unter ihrer Regierungsverantwortung in Kraft trat. In der zweiten Januarwoche legten die Bundtagsfraktion und SPDgeführte Länder einen »Diskus-



gung der Benutzer seltener Nebenwirkungen gar nicht mehr erwähnt werden — so könnte sich auch die Pharmaindustrie mit dem Vorschlag anfreunden. Sinnvoll kann die Trennung nur sein, wenn wirklich alle Informationen über mögliche Nebenwirkungen, die der Arzt erhält, auch dem Patienten zugänglich gemacht werden; nur eben nicht im Fachchinesisch und mit konkreten Hinweisen, was bei Unverträglichkeiten zu tun ist.

Was mit einer »gesetzlichen Abgabebeschränkung für Ärztemuster« erreicht wird, hängt davon ab, wie sie konkret aussehen wird. Die CDU hat jüngst vorgeschlagen, jeder Pharmareferent solle pro Jahr zwei mal vier

sionsentwurf« zur Novellierung vor.

Zu den Arzneimittelmustern haben sich die Sozialdemokraten eine umständliche Regelung ausgedacht: Nur neue Präparate sollen abgegeben werden dürfen — bis drei Jahre nach der Zulassung —, nicht mehr als sechs Packungen und nicht von Pharmareferenten, sondern nur auf schriftliche Anforderung durch den Arzt. Die Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokraten im Gesundheitswesen hatte vor einiger Zeit schon einmal vorgeschlagen, den Ärzten eine exakte Buchführung über die Muster aufzuerlegen und ihnen so deren Bezug madig zu machen. Am einfachsten wäre es sicher gewe-

sen, die SPD hätte einfach den Vorschlag von DGB und Ortskrankenkassen aufgegriffen, Ärztemuster gleich ganz zu verbieten. Anderen Zwecken als dem der Werbung nämlich dienen sie nicht.

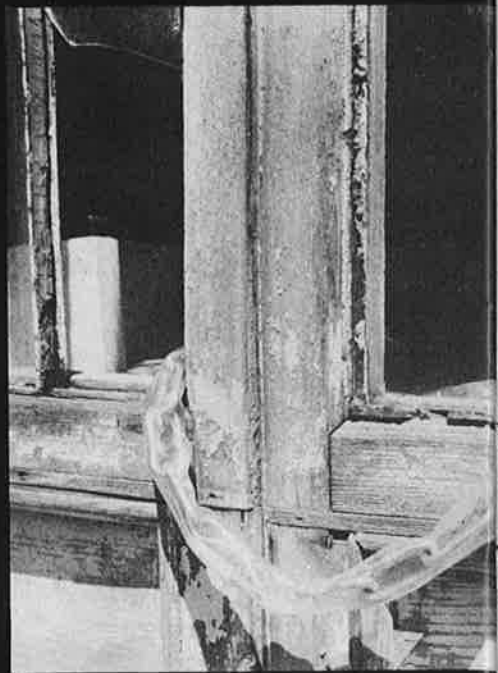
Die umstrittenen Kombinationspräparate mit mehr als einem Wirkstoff sollen nach den Vorstellungen der Sozialdemokraten dann abgelehnt werden können, wenn bei einem Bestandteil die therapeutische Wirkung fehlt. Pharmaexperten fordern dagegen seit langem, Kombinationspräparate überhaupt nur dann noch zuzulassen, wenn in der Kombination selbst ein therapeutischer Fortschritt liegt. Nicht umsonst hat die WHO nur ganz wenige Kombinationspräparate überhaupt in ihre Liste aufgenommen; so etwa die Anti-Baby-Pille mit zwei verschiedenen Hormonen.

Auch die Forderung, neue Medikamente nur dann zuzulassen, wenn sie wirklich einen therapeutischen Fortschritt darstellen, hat nur in verwässerter Form in das SPD-Papier Eingang gefunden: neue Arzneimittel sollen mindestens dem Nutzen/Risiko-Verhältnis schon zugelasener Präparate entsprechen.

Der SPD-Vorschlag für ein Werbeverbot für rezeptfreie Schmerz- und Schlankheitsmittel ist das mindeste, was sich auf diesem Sektor anstreben läßt. Der DGB will jede Publikumswerbung verbieten; die ÖTV ist sogar noch einen Schritt weitergegangen mit ihrer Forderung nach generellem Verbot der Arzneimittelwerbung.

Wichtig ist auch die von der SPD vorgesehene Genehmigungspflicht für die Prüfung von Medikamenten am Menschen und die Anmeldepflicht für Feldstudien. Bisher nämlich such sich die Pharmaindustrie nach ihrem Gusto einen Kliniker, den sie zum therapeutischen Leiter des Versuchs ernannt, und forscht weitgehend unkontrolliert drauf los.

Allem Anschein haben aber auch die ohne Not so moderat formulierten Vorschläge der SPD wenig Chancen, Wirklichkeit zu werden. Im Gesundheitsministerium hofft man, die wenigen kosmetischen Änderungen im nächsten halben Jahr durchs Kabinett bringen zu können. Ministerialdirektor Steinbach macht wenig Anstalten, der Pharmaindustrie selbst bei größeren Erpressungsversuchen Einhalt zu bieten. Von einer Meldspflicht für Nebenwirkungen, wie die SPD sie fordert, will er absehen. □



Alltägliche Befreiung

In einem italienischen
»Servizio d'Igiene Mentale«

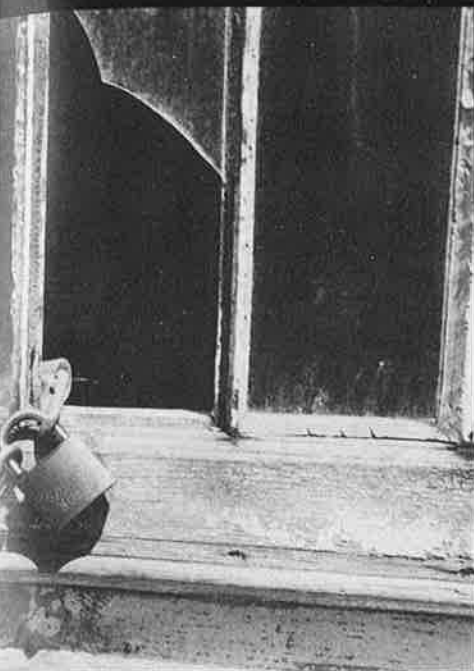
Fotos von Gerlo Beernink/NFK

In einem italienischen Servizio d'Igiene Mentale (SIM) arbeiten Ärzte, meistens Psychiater, Psychologen, Schwestern, Pfleger und Sozialarbeiter zusammen im Auf- und Begleiten psychiatrischer Patienten. Daneben gilt als

wichtige Aufgabe die Rückführung von Langzeitpatienten in die Gesellschaft. Was ein SIM tut, hängt ab von den Personalzahlen und der staatlichen Unterstützung, die es bekommt. Sie ist von Region zu Region unterschiedlich und hängt

u. a. von der politischen Situation ab. Allerdings geht man überall davon aus, daß ein Patient weiter in der Gesellschaft funktionieren soll und daß in Wechselwirkung mit seiner Umgebung gehandelt werden muß.





In der Praxis läuft es darauf hinaus, daß Patienten während der Arbeitszeit zum SIM kommen, dort mit essen können, Medikamente bekommen und eventuell sogar einige Nächte dort schlafen können. Außerdem gibt es viele Hausbesuche, wird der Arbeitsplatz besucht, werden praktische Dinge erledigt. In einigen Orten wurden »case famiglia« errichtet, Häuser, in denen Menschen selbständig

wohnen können, zum Teil mit Begleitung. Um solchen, die nicht selbständig arbeiten können, ihre Beschäftigung zu geben und ihnen ein eigenes Einkommen zu garantieren, wurden Arbeitskooperativen gegründet, wo handwerkliche und künstlerische Produkte hergestellt werden. Die »case famiglia« und diese Kooperativen bieten chronischen Patienten die Möglichkeit, die Einrichtung zu verlassen. Wenn

jemand nicht in seiner häuslichen Umgebung bleiben kann, wird im äußersten Fall die Aufnahme in ein Allgemeinkrankenhaus beschlossen. Die SIM-Mitarbeiter bleiben für die Versorgung verantwortlich. Diese Unterbringungen dauern maximal sieben Tage und können unter Umständen unter Zwang geschehen.

Debbie Liebrand



Gerhard Müller-Werthmann, Konzern der Menschlichkeit, Die Geschäfte des Deutschen Roten Kreuzes, Hohenheim Verlag, Hamburg 1984, 253 Seiten

Da ist eine Menge zusammengetragen, was es an Üblern über das Deutsche Rote Kreuz zu berichten gibt: die verschwiegene braune Vergangenheit, die penetrant-samaritanerhafte Imagepflege, hinter der sich knallhartes Management sorgsam bedeckt hält, die Verzahnung mit militärischen Interessen in der Vergangenheit und heute bei der Ausbildung von Schwesternhelferinnen, der Skandal des Ret-



tungswesens, der Bluthandel, und und und... Dabei fördert Müller-Werthmann einige hübsche Details zu Tage: so etwa, daß die professionellen DRK-Bettler und -Werber an der Haustür von einer Vertreteragentur gestellt, in Rotkreuz-Uniformen gesteckt und auf die Reise geschickt werden, ohne daß sie je auch nur mit Erster Hilfe zu tun gehabt hätten.

Ansonsten hat der Autor sich mit der Recherche nicht allzuviel Mühe gemacht. Vieles ist längst bekannt. Das wäre kein Nachteil, wenn in dem Buch vorhandene Informationen, in geschlossener Argumentation gruppiert, zu einem Gesamtbild zusammengefügt würden. Das geschieht aber nicht; das Buch bleibt eine mehr oder weniger zufällige Anelanderreihung von Details.

Welche Interessen hinter dem Geschäft mit der Wohlfahrt wohl stecken mögen, läßt sich nach der Lektüre nur dumpf ahnen. Am nächsten liegt noch die Vermutung, dort hätten sich besonders skrupellose Geschäftsleute zusammengefunden — was ja stimmen mag, aber unerklärt bleibt. Die Ansätze zur Analyse bleiben in Sprüchen stecken: daß die »Wohlfahrt« zu einem »bürokratischen Apparat« verkommen sei, die Wohlfahrtsverbände zu »Selbstbedienungsläden des Sozialstaats« geworden seien. »Profitsucht« mag Müller-Werthmann nicht unterstellen; was er nun eigentlich kritisieren soll, weiß er auch nicht so recht, wie das abschließende »Plädoyer« deutlich macht. Mehr als die Erkenntnis, daß für das Rotkreuz-Management nicht nur »Menschlichkeit« und

»Idealismus«, sondern auch »Geschäftstüchtigkeit« nötig ist, springt nicht heraus — ein mäßig sensationelles Ergebnis.

Richtig ärgerlich ist der aufgeregte Ton, in dem das ganze Buch gehalten ist: immer wartet man auf den großen Clou, aber dann war es nur wieder eine poppige Formulierung. So sind Quick-Reportagen geschrieben. Die mag man ja beim Friseur noch interessiert anlesen — zum Buch ausgewalzt sind sie vollends unerträglich. Hinzu kommen die vielen sachlichen Fehler. »Subsidiarität« wird so definiert: »Das schreckliche Wort bedeutet nicht mehr und nicht weniger, als daß in der Bundesrepublik Deutschland die privaten Wohlfahrtsverbände einen Anspruch haben, bei ihren Aufgaben vom Staat unterstützt, d.h. finanziert zu werden.« Wer sowas schreibt, dem mag man auch die Details nicht recht glauben.

Schade um das schöne Thema. nm

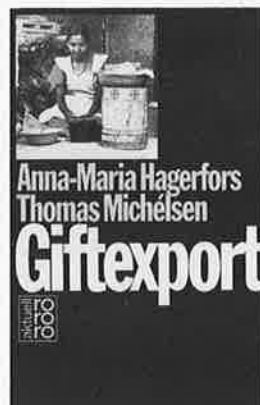
Anna-Maria Hagerfors/Thomas Michélsen Giftexport. Pharmaka und Pestizide für die Dritte Welt, rororo aktuell, Reinbek, 1984, 157 Seiten, 8,80 Mark

Kaum etwas hat die alternative Szene in der letzten Zeit in ihrem innersten weichen Kern mehr getroffen als die Untersuchungen der Zeitschrift »Natur« über ihr liebstes Getränk: den DD Tee. Handelt der »Natur«-Artikel vom Re-Import von Pestiziden in kleinen Raten, so beschreibt das Buch der beiden schwedischen Journalisten den Export von Medikamenten und Pflanzenschutzmitteln in großem Stile.

Dieser »Handel« ist lebensgefährlich, zumindest für die Menschen in den Entwicklungsländern. »Die WHO hat ausgerechnet, daß in den Entwicklungsländern in jeder Minute ein Mensch an den Folgen einer Vergiftung durch Pflanzenschutzmittel stirbt. Allein im kleinen Sri Lanka gibt es im Jahr 25000 Vergiftungsfälle. 1500 bis 2000 Menschen sterben, ein Drittel durch Unfälle, etwa 70 Prozent durch bewußte Vergiftung — eine in der Dritten Welt inzwischen verbreitete Art des Selbstmordes«, heißt es im Buch. Damit wären wir wieder beim Tee angelangt, insbesondere dem Türken-Tee aus eben diesem Sri Lanka, der in diesem »Natur«-Heft eine Spitzenposition in der Schadstoffkonzentration einnimmt. Die Reportage der beiden Journalisten zeigt allerdings mehr den Einsatz von Pestiziden in den Kaffeeplantagen und Baumwollfeldern der Länder Kenia und Sudan, wo sie die Kanister mit dem Aufdruck »Nur für den Export« aufgespürt haben mit Giften, deren Anwendung in den Industrienationen

seit langer Zeit verboten ist, die aber dort mit Hilfe härtester Marketing-Methoden verkauft werden.

Zwar hat Ciba-Geigy die Schlacht um die ehemals besten Baumwollfelder des Sudans verloren, welche einst stolz als »Ciba-Geigy-Territorium« bezeichnet wurden, weil der Konzern das Monopol auf jede Art von Insektenbekämpfung in diesem Gebiet hatte. Zurück blieb nur eine Konkursmasse mit resistenten Baumwollschädlingen. Aber der Konzern ist ja nicht nur einer der größten Pestizidhersteller, er ist auch noch einer der größten Arzneimittelhersteller, der den Entwicklungsländern diktiert, was an Arzneimitteln gut für sie ist. Obwohl Ciba-Geigy 1977 gezwungen wurde, 150 Millionen Dollar Schadensersatz an die japanischen Opfer der Nervenkrankheit SMON zu zahlen, die durch die unwirksamen Durchfallmittel Mexaform und Entero-Vioform hervorgerufen wurde, stellte Ciba-Geigy erst 1982 die Produktion ein, wobei diese Mittel noch bis zu fünf Jahre auf dem Markt zu finden sein werden. Grund genug für schwedische und



norwegische Ärzte, Präparate von Ciba-Geigy zu boykottieren.

Das Buch gibt einen ausgezeichneten Einstieg in beide Themenbereiche und ist aufgrund des Reportagencharakters leichter zu schlucken als mancher DD Tee. Also etwas für Leute, die nicht abwarten und Tee trinken.

Rina Nissim, Naturheilkunde in der Gynäkologie, Ein Handbuch für Frauen, sub rosa Frauenverlag, 1984, 237 Seiten

Frauen mit gynäkologischen Erkrankungen werden in der Regel konventionell behandelt. Der Arzt — seltener die Ärztin, da es sehr wenige Gynäkologinnen gibt — verschreibt bei Menstruations- und Klimakteriumsstörungen, Pilzerkrankungen, Blasenentzündungen etc. Medikamente mit meist hormonellen Inhaltsstoffen, deren Wirkung letztlich nicht geklärt ist, von den reichlichen Nebenwirkungen einmal abgesehen.

Als Reaktion auf den pharmazeutischen Wildwuchs läßt sich in den letzten Jahren eine Renaissance traditioneller Heilverfahren beobachten.

Zur Naturheilkunde empfiehlt sich eine Neuerscheinung aus dem sub rosa Frauenverlag »Naturheilkunde« in der Gynäkologie. Rina Nissim, eine aus Jerusalem stammende gelernte Krankenschwester und Mitbegründerin des Feministischen Frauengesundheitszentrums in Genf, hat sich durch französische Pflanzenheilkundler und Schweizer Kräuterheilkundler anregen lassen, sich dieses Themas in Theorie und Praxis anzunehmen.

Die fünf Kapitel: Menstruation; Störungen, Entzündungen und Infektionen; Gutartige Geschwülste; Krebs; Ernährung, des Büchleins sind jeweils gegliedert in Symptomatik, Diagnose und Behandlung.

Die jeweiligen Symptome und ihre möglichen Ursachen werden erklärt und im Anschluß daran die schulmedizinischen — und im Vergleich dazu alternative Heilmethoden aus dem Pflanzenbereich vorgestellt. Im Anhang findet sich schließlich u.a. ein Verzeichnis der Pflanzennamen in Deutsch und in Latein, das Stichwortverzeichnis, Literaturhinweise und Adressen von Frauengesundheitszentren.

Als Laiin in puncto alternative Heilmethoden war es für mich zunächst verwirrend, in die Vielzahl der Kräuter und Pflanzen einzusteigen. Dabei wurde mir klar, daß Naturheilkunde in der Gynäkologie keine Alternative zu den herkömmlichen Behandlungsmethoden ist. Sie erfordert mehr als die Entscheidung zwischen zwei Möglichkeiten. Die Frau muß sich nicht nur gründlich mit ihrem Körper und ihren Symptomen auseinandersetzen, sie muß auch über profunde biologische Kenntnisse verfügen. Das Kapitel zur Ernährung macht überdies deutlich, daß auch eine Umstellung der Ernährungserfolge muß. Für mich folgt daraus, daß die Naturheilkunde »erarbeitet« werden muß. Es genügt nicht, bei Zyklusstörungen unter dem Stichwort nachzuschauen und lustig herumzudoktern.

Die Komplexität des Gebietes ist für mich auch der Grund, davon abzusehen, dieses Buch als Nachschlagewerk zu empfehlen. Wohl bemerkt, ich schätze es als Alternative zur männerbeherrschten Gynäkologie, aber Rina Nissim macht auch deutlich, daß Pflanzen und Kräuter hochwirksame Substanzen sind, die falsch angewendet, eher schaden als nutzen. Ich stelle mir daher einen sinnvollen Einsatz des Buches unter fachlicher Anleitung, z.B. in einem Frauengesundheitszentrum vor.

Ulla Dick

IMPRESSUM

Herausgeber

Heinz-Harald Abholz (West-Berlin), Hans-Ulrich Deppe (Frankfurt), Heiner Keupp (München), Brigitte Kluihe (Riedstadt), Hans Mausbach (Frankfurt), Wolfgang Münster (Hattlingen), Christina Pötter (Gießen), Michael Regus (Siegen), Annette Schwarzenau (Hamburg), Hans See (Frankfurt), Harald Skrobles (Riedstadt), Peter Stössel (München), Alf Trojan (Hamburg), Erich Wulff (Hannover).

Koordinierende Redaktion und Anzeigenverwaltung: Demokratisches Gesundheitswesen, Siegburger Str. 28, 5300 Bonn 3, Tel. 02 28 / 46 82 08 (8.30 Uhr bis 12.30 Uhr, montags 19.00 Uhr bis 21.00 Uhr)

Redaktion

Chefredakteur: Norbert Mappes (nm)

Aktuelle Gesundheitspolitik: Detlev Uhlenbrock (du), Walter Popp (wp); **Gesundheitsversorgung:** Gregor Weinrich (gw), Uli Menges (um), Joachim Gill (jg); **Arbeits- und Lebensverhältnisse:** Norbert Andersch (na), Kurt Straß (ks); **Pharmazie und Geräteindustrie:** Ulli Raupp (urp); **Umwelt:** Peter Walger (pw); **Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen:** Matthias Albrecht (ma), Edi Erken (ee); **Ausbildung:** Eckard Müller (em), Peter Liebermann (pl); **Internationales:** Gunar Stempel (gst), Felix Richter-Hebel (frh), Stephan Schölzel (sts); **Frauenprobleme:** Ulla Funke-Verhasselt (ulv); **Pflegeberufe:** Thomas Wettig (tw); **Historisches:** Helmut Koch (hk); **Kultur und Subkultur:** Helmut Copak (hc)

Dor 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
Postgironr. Essen Nr. 15420-430

Die Zeitschrift „DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN“ erscheint monatlich bei:

Pahl-Rugenstein Verlag GmbH, Gottesweg 54, 5000 Köln 51, Tel. 02 21/36 40 51, Konten: Postgironr. Köln 65 14-503, Stadtparkasse Köln 106 522 38 (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 Nichterscheln durch höhere Gewalt kein Entschädigungsanspruch.

Redaktions- und Anzeigenschluß für das Februarheft: 2. 1. 85.

Graphik: Christian Paulsen

Titelfoto: Avinash Pandey

Layout: Gregor Weinrich, Uli Menges, Uli Raupp, Norbert Mappes

Satz und Druck: Farbo Druck + Grafik Team GmbH Köln, Bischofsweg 48-50, 5000 Köln 51

JSSN: Nr. 0172-7091

dg-Kontakte

Aachen: Erhard Knauer, Maria-Theresia-Allee 59, 5100 Aachen, Tel. (02 41) 754 59; **Ansbach:** Birgitta Eschenbacher, Am Heimweg 17, 8800 Ansbach, Tel. (09 81) 144 44; **Berlin:** Hermann Ditttrich, Grunewaldstr. 28, 1000 Berlin 41, Tel. (0 30) 8 22 63 28; **Bonn:** Edi Erken, Eckenstr. 28, 5205 St. Augustin 2 (Hangelar), Tel. (0 22 41) 2 91 78; **Siege:** Stefan Schölzel, Bergstr. 8, 5300 Bonn 1, Tel. (02 28) 23 35 26; **Kurt Straß:** Reulerstr. 121, 53/1, Tel. 21 26 86; **Gregor Weinrich:** Schumannstr. 30, 53/1, Tel. 21 97 78; **Bremen:** Cornelia Selke, Clausewitzstr. 25, 2800 Bremen 1, Tel. (04 21) 23 43 71; **Bremerhaven:** Gunar Stempel, Virchowstr. 34, 2850 Bremerhaven-Geestemünde, Tel. (04 71) 2 72 72; **Darmstadt:** Jürgen Frohner, Neutischer Weg 3, 6101 Madautal-Ernsthofen; **Dortmund:** Matthias Albrecht, Am Kühlenweg 22, 4600 Dortmund 50, Tel. (02 31) 75 38 80; **Detlev Uhlenbrock:** Droste-Hülshoff-Str. 1, 46/1, Tel. 42 17 68; **Düsseldorf:** Joachim Gill, Fruchtstr. 2, 4000 Düsseldorf, Tel. (02 11) 34 92 04; **Duisburg:** Thomas Wettig, Prinz-Albert-Str. 42, 4100 Duisburg 1, Tel. (02 03) 34 21 88; **Essen:** Christian Paulsen, Overbeckstr. 16, 4300 Essen 1, Tel. (02 01) 74 37 31; **Walter Popp:** Kottbusch 5, 43/16, Tel. 40 68 13; **Frankfurt:** Klaus Priester, Schloßstr. 96, 6000 Frankfurt 90, Tel. (06 9) 70 54 49; **Gießen:** Claudia Göttmann, Bismarckstr. 6, 6300 Gießen, Tel. (06 41) 7 52 45; **Göttingen:** Barbara Wille, Ostlandweg 23, 3400 Göttingen, Tel. (05 51) 3 37 10; **Hamburg:** Robert Pfoiffer, Kurfürstenstr. 45, 2000 Hamburg 70, Tel. (0 40) 6 56 48 45; **Hannover/Maintal:** Hans See, Südring 12, 6457 Maintal 1, Tel. (06 181) 4 72 31; **Hattlingen:** Wolfgang Münster, Marxstr. 19, 4320 Hattlingen, Tel. (02 32 4) 6 74 10; **Heidelberg:** Michael Gerstner, Burgstr. 44, 6900 Heidelberg, Tel. (06 221) 4 74 01; **Karlsruhe:** Claudia Lehner, Schillerstr. 54, 7600 Karlsruhe 1, Tel. (07 21) 84 99 48; **Kassel:** Matthias Dippel, Wallstr. 2d, 3500 Kassel, Tel. (05 61) 5 49 25; **Kiel:** Ralf Cüppers, Saarbrückenstr. 176b, 2300 Kiel 1, Tel. (04 31) 68 63 97; **Kleve:** Ulla Funke-Verhasselt, Steinbergen 33, 4182 Uedem, Tel. (02 82 5) 84 24; **Köln:** Peter Liebermann, Garthestr. 16, 5000 Köln 60, Tel. (02 21) 76 38 44; **Eckard Müller:** Säckinger Str. 4, 5/1, Tel. 43 29 19; **Helmut Schaaf:** Rhöndorfer Str. 16, 5/41, Tel. 42 87 26; **Lengerich:** Jan Hendrik Herdtlass, Niederringel 3, 4540 Lengerich; **Lübeck:** Angela Schürmann, Stadtweide 99, 2400 Lübeck, Tel. (04 51) 50 33 55; **Mannheim:** Werner Weindorf, Friedrichstr. 57, 6800 Mannheim, Tel. (06 21) 85 54 05; **Marburg:** Hanna Koch, Altor Ebsdorfer Weg 18, 3550 Marburg; **Minden:** Volker Hoppmann, Bäckersstr. 41, 4950 Minden; **Mülheim/Ruhr:** Norbert Andersch, Muhrenkamp 38, 4330 Mülheim/Ruhr, Tel. (02 08) 3 38 46; **München:** Margret Lambardt, Billrothstr. 7, 8000 München 70, Tel. (08 9) 78 15 04; **Mindelheim:** Thomas Melcher, Boethovenstr. 4, 8948 Mindelheim, Tel. (08 261) 97 33; **Münster:** Helmut Copak, Geiststr. 67a, 4400 Münster, Tel. (02 51) 79 46 88; **Barbara Halbeisen-Lahnert:** Hoyastr. 11, Tel. 28 74 31; **Uli Menges:** Seppenradeweg 44, Tel. 78 83 90; **Ulli Raupp:** Peter Walger, Willi-Hölscher-Weg 7, Tel. 7 80 14 37; **Oldenburg:** Helmut Koch, Saarstr. 11, 2900 Oldenburg, Tel. (04 41) 8 38 56; **Recklinghausen:** Petra Voss, Am Lohtor 4, 4350 Recklinghausen, Tel. (02 3 61) 1 54 53; **Remscheid:** Michael Sünner, Lockfickerstr. 50, 5630 Remscheid 11, Tel. (02 191) 5 52 19; **Riedstadt:** Harald Skrobles, Freih.-v.-Stein-Str. 9, 6086 Riedstadt, Tel. (06 158) 61 61; **Siegburg:** Richard Beltzen, Hagebottenweg 24, 5200 Siegburg-Kaldauen, Tel. (02 241) 38 35 90; **Siegen:** Michael Regus, Zur Zinsenbach 9, 5900 Siegen, Tel. (02 71) 7 68 60; **Solingen:** Heinrich Recken, Basaltweg 15, 5650 Solingen 1, Tel. (02 122) 4 78 85; **Tübingen:** Elke Schön, Jacobgasse 19, 7400 Tübingen, Tel. (07 071) 21 27 98; **Ulm:** Wolf Schleinker, Ringstr. 22, 7900 Ulm-Lehr, Tel. (07 31) 6 65 44; **Viersen:** Sebastian Stierl, Hermann-Ehlers-Str. 5, 4050 Viersen 12, Tel. (02 162) 7 76 94.

wir über uns

Dicke Luft

19. Januar, Klebespiegel im Redaktionsbüro. Hätten die Münsteraner Ullis nicht die Pferde gesattelt und wären durch Smog, Eis und Schnee nach Bonn geritten, wir hätten ganz schön auf dem Schlauch gestanden. Die Ausgabe 2/85 wäre im Nebel verschollen. Dabei können wir noch von Glück reden, daß sie nicht, wie dg-Redakteur Norbert in Mül-

heim an der Ruhr, ihre Aktivitäten auf die eigenen vier Wände beschränken müssen. Der Smog macht's möglich. Wie gut ist es, daß Inversionswetterlagen so selten sind und daß der Dreck, den die Industrie in die Luft schleudert, normalerweise nur den deutschen Tannenwald zum Rieseln und uns nicht zum Nieseln bringt. Mehr dazu in der nächsten Ausgabe von dg

dg bietet Job

Inserate sind für die Redaktion eine wichtige Finanzquelle, denn mit diesen Einnahmen decken wir z.T. die laufenden Kosten des Büros. Bisher lief die Anzeigenakquisition nebenher und war wenig effizient. Jetzt suchen wir dringend jemanden, der gegen eine gute Beteiligung die Akquisition von Anzeigen übernimmt. Nach einer Einarbeitungsphase lassen sich sicher einige Hunderter pro Monat verdienen. Etwas Erfahrung ist allerdings notwendig, denn die Konkurrenz schläft auch nicht und man/frau muß ein dickes Fell mitbringen. Interessenten/innen bitte im dg-Büro melden.



dg-Report im nächsten Heft: Modellprogramm in der Psychiatrie

Zivilschutz für Euroshima?

Aufruf zu einer Fachtagung gegen das geplante Zivilschutzgesetz

ehemalige Pädagogische Hochschule

PAHL-RUG. GOTTESW. 54 5000 KOELN
G 2961 E 394711 352

Essen 1

Im Sommer 1984 hat das Bundesinnenministerium den Entwurf eines Gesetzes — auch eines mit atomaren und anderen gesellschaftliche Bereiche sind von dem Gesetz betroffen

KARL BOEKER
CARL VON OSSIETZKY STR. 23 A

aus, daß die Folgen sein. Viele

4800 BIELEFELD 1

- Betriebe und Behörden proben den Zivilschutz.
- Der Schutzraumbau soll insbesondere in Neubauten intensiviert werden.
- Evakuierungspläne werden aufgestellt und Aufenthaltsregelungen vorgesehen.
- Grundrechte, wie zum Beispiel das Recht auf Freizügigkeit, das Recht auf Unverletzbarkeit der Wohnung, werden außer Kraft gesetzt. Die restlose Erfassung der arbeitsfähigen Bevölkerung wird vorangetrieben.
- Alle Einrichtungen des Gesundheitswesens sollen für die reibungslose Durchführung der Aufgaben im Kriegsfall erfaßt werden. Bestehende Krankenhäuser sollen für diesen Fall ausgebaut und zusätzliche Hilfskrankenhäuser bereitgestellt werden. Die immensen Kosten führen zu weiteren Streichungen bei den sozialen Leistungen.

Nach Ansicht führender Militärfachleute und Politiker wird ein zukünftiger Krieg in Europa unausweichlich zu einem atomaren Holocaust führen. Anerkannte internationale Experten und Organisationen wie die Pugwash-Konferenz haben vor der Illusion des Überlebens im Atomkrieg gewarnt. Die Weltgesundheitsorganisation stellte in ihrer Studie 1983 fest: Die Chance für Atombombenopfer, medizinische Hilfe zu erhalten, ist praktisch gleich Null. Die Bundesrepublik fand in diesem Bericht besondere Erwähnung. Sie gehört mit zu den Ländern, die gegenwärtig am ehesten Opfer einer atomaren Auseinandersetzung würden.

Vor diesem Hintergrund erscheint der angebliche Zweck des geplanten Zivilschutzgesetzes höchst zweifelhaft. Im Gegenteil, eine gefährliche Illusion wird genährt, die die Hemmschwelle zum Einsatz atomarer Massenvernichtungswaffen weiter herabsetzt. Ein solches Gesetz hätte keine friedenssichernde, eher eine konfliktfördernde Wirkung.

Nicht Kriegsfolgeplanung, sondern die Verhinderung eines Krieges muß das Ziel sein. Auf dem Weg zur weltweiten atomaren Abrüstung kommt Europa eine zentrale Bedeutung zu. Nach zwei Weltkriegen haben insbesondere deutsche Politiker eine Pflicht zur Friedenssicherung. Nur eine aktive Friedenspolitik der Bundesregierung gemeinsam mit anderen Staaten kann die Kriegsgefahr vermindern. Es ist ein Schritt der Verantwortung, die Stationierung der amerikanischen Mittelstreckenraketen und Marschflugkörper zu stoppen und die bereits vorhandenen Systeme — ebenso wie die entsprechenden sowjetischen Systeme — abzubauen.

Um ein Zeichen gegen das geplante Zivilschutzgesetz zu setzen, rufen wir Architekten, Juristen, Ärzten und Beschäftigte im Gesundheitswesen, Kulturwissenschaftler, Psychologen, Informatiker und Gewerkschafter zu einer Fachtagung »Zivilschutz für Euroshima?« am 23. März 1985 in Essen auf.

Dr. Till **Bastian**, Geschäftsführer der Initiative »Ärzte für die Verhütung eines Atomkrieges« (IPPNW), Mainz · Prof. Dr. Heinz **Bauer**, »Verantwortung für den Frieden — Naturwissenschaftler warnen vor neuer Atomrüstung«, Gießen · Prof. Dr. Herbert **Begemann**, »Ärzte für die Verhütung eines Atomkrieges« (IPPNW), München · Norbert **Beier-Xanke**, Initiative »Architekten für den Frieden«, Karlsruhe · Peter **Dippoldsmann**, Initiative »Informatiker für Frieden und soziale Verantwortung«, Bonn · Helga **Genrich**, Initiative »Informatiker für Frieden und soziale Verantwortung«, Königswinter · Dr. Hans-Jürgen **Häbler**, Initiative »Kulturwissenschaftler für Frieden und Abrüstung in Ost und West«, Hannover · Prof. Dr. Jutta **Held**, Initiative »Kulturwissenschaftler für Frieden und Abrüstung in Ost und West«, Osnabrück · Dr. Hans-Helmut **Euler**, Senatsdirektor, Initiative »Gesundheitswesen für den Frieden«, Bremen · Michael **Kasten**, ÖTV, Stuttgart · Prof. Dr. Dr. Walfried **Linden**, Hamburg · Prof. Dr. Norman **Paech**, Vorsitzender der Vereinigung demokratischer Juristen, Hamburg · Walter **Popp**, Friedensinitiative im Gesundheitswesen Nordrhein-Westfalen, Essen · Dr. Edith **Schleiferstein**, »Ärzte für die Verhütung eines Atomkrieges« (IPPNW), Tübingen · Prof. Dr. Gerd **Sommer**, Initiative »Psychologie — Psychosoziale Berufe«, Marburg · Dr. Gregor **Weinrich**, Arbeitsgemeinschaft der Listen demokratischer Ärzte, Bonn · Dr. Ralph **Wetzel**, Initiative »Gesundheitswesen für den Frieden«, Hamburg · mit Unterstützung der Friedensinitiativen im Gesundheitswesen Düsseldorf und Essen.

☐ Ich melde mich zur Tagung an.

☐ Ich habe den Tagungsbeitrag* in Höhe von DM auf das Konto Walter Popp, Post giro Essen, Stichwort »Zivilschutz«, Nr. 230067-433 überweisen.

☐ Ich werde den Tagungsbeitrag auf der Tagung entrichten.

Name: Vorname:

Anschrift:

Beruf/Funktion: Datum/Unterschrift:

* Tagungsbeitrag: Studenten/Schüler/Arbeitslose/Auszubildende 5,— DM, Berufstätige 12,— DM.
Bitte an unten stehende Adresse einsenden.

Wir bitten um Spenden zur Finanzierung der Tagung. p.A.: Walter Popp, Kotthaushang 5, 4300 Essen 16