

Gesundheit braucht Politik

verein
demokratischer
ärztinnen und
ärzte



Zeitschrift für eine soziale Medizin

Nr. 1/2017 | Solibeitrag: 5 Euro



Poliklinik
No. 1

Zwischen Fürsorge und Kontrolle

vom ÖGD zu New Public Health

Wulf Dietrich / Thomas Kunkel: Der Öffentliche Gesundheitsdienst – zwischen Fürsorge und Kontrolle	2
Sabine Schleiermacher: Der Öffentliche Gesundheitsdienst. Funktion, Aufgabe und Handlungsfelder in Weimarer Republik, Nationalsozialismus und im Nachkriegsdeutschland	4
Die sechs Phasen in der Evolution von Public Health	8
Sibylla Flügge: Kein Schutz durch Kontrolle. Das Prostitutionsschutzgesetz	9
Heidrun Nitschke: Mein langer Marsch durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst. Ein persönlich-politischer Rückblick	12
Rolf Rosenbrock: Große Erfolge und bleibende Herausforderungen. Über die Geschichte der AIDS-Prävention	16
Enttabuisierung und Entstigmatisierung. Interview mit Rainer Ehlers	18
Bernd Kalvelage: Zusammenfaltung der Persönlichkeit. Körpergewicht: ein Kriterium für soziale Distinktion und Bevormundung	21
Impfen – Aufgabe des ÖGD? Interview mit dem Kinder- und Jugendarzt Hermann Gloning	24
Gine Elsner: Viskose macht verrückt. Buchbesprechung von Paul David Blanc: »Fake Silk. The Lethal History of Viscose Rayon«	26
Ein Aufruf zur Mitarbeit bei MediBüros und MediNetzen	27
Andreas Wulf: Von Silberkugeln und anderen teuflischen Machenschaften. Public Health Interventionen im Kontext (post)-kolonialer Realitäten	28
Klare Worte. Britische Public Health Experten zum Rechtsruck in Europa und den USA	30
Spendenaktion Xarakas/Kreta 2017	31

Der vdä

ist bundesweit organisiert; er setzt sich für die Demokratisierung der Strukturen der ärztlichen Standesvertretung ein und versucht, Einfluss zu nehmen auf die Gesundheitspolitik.

Sollten Sie von uns informiert werden wollen, so setzen Sie sich bitte mit unserer Geschäftsstelle in Verbindung. Gerne können Sie sich auch online über den neuen vdä-Newsletter auf dem Laufenden halten. Die Zeitschrift »Gesundheit braucht Politik« ist die Vereinszeitung, die viermal jährlich erscheint. Namentlich gekennzeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Vereinsmeinung wieder.

Redaktion

Eva Pelz, Wulf Dietrich, Thomas Kunkel, Nadja Rakowitz, Bernhard Winter

Impressum

Gesundheit braucht Politik 1/2017 ISSN 2194-0258
Hrsg. vom Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte
V.i.S.d.P. Wulf Dietrich

Save the date

**Jahreshauptversammlung
des vdä**

3.-5. November 2017 in München

Thema: Wissen wir was wir tun?

Geschäftsstelle:

Kantstraße 10, 63477 Maintal
Telefon 0 61 81 – 43 23 48
Mobil 01 72 – 1 85 80 23
Fax 0 61 81 – 49 19 35
Email info@vdaeae.de
Internet www.vdaeae.de

Bankverbindung: Postbank Frankfurt,
IBAN: DE97500100600013747603
BIC: PBNKDEFFXXX

Satz/Layout: Birgit Letsch
Druck: Druckerei Grube

Bilder dieser Ausgabe

Die Fotos in dieser Ausgabe wurden bei der Eröffnung der Poliklinik Hamburg am 25. Februar 2017 gemacht.

Editorial

Der Öffentliche Gesundheitsdienst – zwischen Fürsorge und Kontrolle

Der öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) spielte in der Wahrnehmung unseres Gesundheitswesens über viele Jahre eine untergeordnete Rolle. Meist wird bereits der Begriff verkürzend verwendet und ausgeblendet, dass zum ÖGD neben den Gesundheitsämtern auf kommunalen Ebene auch die jeweiligen Landesämter für Gesundheit sowie Bundesbehörden wie das Robert-Koch Institut, die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, das Paul-Ehrlich-Institut, das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte u. a. gehören.

Im Medizinstudium wurden Struktur, Funktionen und gesetzliche Aufgaben des ÖGD praktisch nicht vermittelt. In der Weiterbildung kommt er nicht vor, Ärztinnen und Ärzte des ÖGD werden eher als FeierabendmedizinerInnen belächelt.

Trotz der Aufbruchsstimmung in Prävention und Gesundheitsförderung, des Beginns der Epoche von »New Public Health« mit der Ottawa Charta von 1986 blieb Public Health zunächst weiterhin ein Fremdwort für Spezialisten. Nur langsam änderte sich die Sichtweise und es wurde zunehmend deutlich, welche wichtige Rolle das öffentliche Gesundheitswesen in Prävention, Gesundheitsförderung, Infektionsschutz und Umweltmedizin spielt bzw. spielen könnte.

Mit diesem Schwerpunktheft zum ÖGD und Public Health wollen wir Aufgaben und Perspektiven des ÖGD beleuchten. Sabine Schleiermacher beschreibt die Entwicklung des ÖGD und seine zwiespältige Rolle von der Weimarer Republik bis zur Gründung flächendeckender Gesundheitsämter durch die Nazis auf Grundlage des Gesetzes über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens von 1934. Aus den Bemühungen, die sozialen und hygienischen Lebensumstände der Bevölkerung und damit jedes Einzelnen zu verbessern, entwickelte sich der »Wahn vom gesunden Volkskörper« (Donhauser) unter den Nazis. Hauptaufgabe des ÖGD war nun Erb- und Rassenpflege, die Gesundheit des Individuums spielte keine Rolle mehr. Aufgabe der Gesundheitsämter war es, »Minderwertige« und »Fremdrassige« zu identifizieren und den Vollzug des Erbgesundheitsgesetzes in aller Radikalität durchzusetzen. Vielleicht war diese Perversion ärztlicher Ethik Schuld daran, dass »öffentliche Gesundheit« in der BRD über viele Jahre ein Schattendasein führte.

Ein persönliches Erlebnis: Eine der ersten vdää on tour-Reisen führte uns nach Slowenien. In Maribor besichtigten wir ein Gesundheitszentrum und wurden dort über die Betreuung Neugeborener informiert. Die Hebammen beschrieben, dass sie alle Familien von Neugeborenen besuchen und deren Wohnungen inspizieren würden. Es wurden Pflichtimpfungen bei Kindern durchgeführt und die Eltern erhielten Verhaltensmaßregeln. Dies führte in unserer Gruppe zu heftigen Diskussionen. Einige empfanden diese Politik als Einmischung in die persönliche Intimsphäre. Diese Kontroverse machte uns klar, dass Fürsorge oder Kontrolle je nach den Lebensverhältnissen der Zielgruppe eine andere Perspektive hervorrufen können. Ein durchaus dialektisches Verhältnis, denn

was für Menschen in vulnerablen sozialen Verhältnissen eine wertvolle Hilfe sein kann, kann gleichzeitig von Menschen mit einem hohen Maß an sozialer Sicherheit und entsprechender Autonomie in ihrer Lebensgestaltung als Einmischung empfunden werden.

Der Konflikt zwischen Fürsorge und Kontrolle verdeutlicht sich im gesellschaftlichen Umgang mit HIV-PatientInnen. In zwei Beiträgen in dieser Ausgabe zeigen wir, wie schwierig es war, in den achtziger Jahren eine sinnvolle Betreuung von HIV-PatientInnen in unserem Gesundheitssystem durchzusetzen. Die fürsorgende Position musste sich hier gegen den Kontrollwahn einzelner Politiker (in der Tat meist Männer) durchsetzen, deren extremstes Exemplar der damalige CSU-Mann Peter Gauweiler war. Gauweiler schlug Zwangstests vor sowie, alle HIV-Infizierten und mit ihnen gleich alle »Risikogruppen« wegzusperren. Die beiden Beiträge zeigen, wie es durch persönliches Engagement gelang, nicht nur eine gute Betreuung von HIV-Infizierten sondern durch die »Kölner Linie« eine erfolgreiche und international beachtete HIV-Prävention durchzusetzen.

Schließlich zeigt auch die Kontroverse um das neue Prostitutionsschutzgesetz, wie schwierig die Balance zwischen Fürsorge und Kontrolle ist. Sollen die Gesundheitsarbeiterinnen und Gesundheitsarbeiter geschützt werden oder ist Schutz durch Kontrolle nicht möglich?

Natürlich können wir die Rolle des ÖGD nicht umfassend in einem Heft darstellen. Wir möchten aber vermitteln, welche wichtige Funktion der ÖGD in der Gesundheitsfürsorge spielt und in Zukunft spielen wird.

Neben brennenden Themen des Infektionsschutzes, wie multiresistente Keime, stehen weiterhin gesundheitspolitische Konzepte aus, mit denen wir den epidemiologisch am meisten brennenden Problemen unserer Zeit begegnen sollen: den kardiovaskulären und anderen chronischen Erkrankungen. Multisektorale Ansätze, die im Sinne der Ottawa-Charta verschiedene Politikfelder mit Prävention und Gesundheitsförderung verknüpfen, sind in der BRD kaum existent.

Die Tabelle zur Geschichte des öffentlichen Gesundheitsdienstes und des Wandels seiner Funktionen beschreibt die Entwicklung hin zum modernen New Public Health-Begriff. Der Text zu den Stellungnahmen von Stuckler und McKee zeigt zweierlei: erstens die Schwierigkeit, englische Begrifflichkeiten ins Deutsche zu übersetzen. So haben wir public health mit Gesundheitswesen und nicht mit öffentlichem Gesundheitswesen übersetzt und die public health community sind alle Beschäftigten im Gesundheitswesen und nicht nur die Spezialisten, die sich mit public health beschäftigen. Public health hat in Großbritannien eine andere Tradition als bei uns, vielleicht aufgrund der Tatsache, dass dort das Gesundheitswesen eine öffentliche Tradition hat und daher das gesamte Gesundheitswesen als öffentlich bezeichnet wird. Bei uns hingegen ist public health noch ein Begriff außerhalb der regulären Gesundheitsversorgung. Die beiden Beiträge zeigen aber auch, wie wichtig es ist, als Medizinerin oder Mediziner in der heutigen Zeit politische Stellung zu beziehen.

Die Bilder dieses Heftes stammen von der Einweihungsfeier der Poliklinik Veddel in Hamburg im Februar 2017. Wir berichteten schon über die Vorgeschichte und Entwicklung dieses Projektes. Auch in Berlin und in anderen Orten gibt es Initiativen zur Gründung ähnlicher Projekte, die der vdää mit großer Aufmerksamkeit und Sympathie verfolgt und unterstützt. Wir wünschen unseren Hamburger FreundInnen viel Erfolg bei ihrer Arbeit in der Poliklinik und unseren LeserInnen Spaß beim Lesen der vorliegenden Ausgabe von »Gesundheit braucht Politik«.

Wulf Dietrich / Thomas Kunkel

Der Öffentliche Gesundheitsdienst

Funktion, Aufgabe und Handlungsfelder in Weimarer Republik, Nationalsozialismus und im Nachkriegsdeutschland. Von Sabine Schleiermacher*

Weimarer Republik

Vor der Etablierung eines Systems sozialer Sicherung führte Krankheit oftmals zu Armut. Und auch wenn die Einführung der Krankenversicherung als Solidargemeinschaft aus staatlicher Perspektive eher sozial defensiven Charakter gegenüber weiterreichenden Forderungen der Arbeitnehmer hatte, bedeutete sie für jene Angehörigen des zunächst eher eingeschränkten Personenkreises, die an ihr teilhaben konnten, eine deutliche Verbesserung ihrer sozialen Situation, waren sie doch nun im Krankheitsfall individuell durch juristisch geregelte Ansprüche ökonomisch abgesichert und nicht mehr völlig von wohlwollender Hilfe abhängig. Regierungen der Weimarer Republik machten sich dann das Thema des Gesundheitszustandes der Bevölkerung in der Perspektive der Erhaltung der Leistungsfähigkeit der arbeitsfähigen Bevölkerung und der Abwendung von Armut zu eigen und entwickelten im Rahmen der Armen- bzw. Wohlfahrtspflege den Öffentlichen Gesundheitsdienst

(ÖGD). War die Krankenversicherung für Therapie und die ökonomische Absicherung im Krankheitsfall zuständig, orientierte sich also am Individuum, nahm der ÖGD die Gesellschaft in den Blick und sollte der Entstehung von Krankheiten durch präventive Maßnahmen entgegenwirken, sodass einzelne Personen nur auf diesem Umweg von ihm profitieren konnten. Diese Ausrichtung verweist schon auf die Ambivalenz der Institution des ÖGD, die sich in der Frage, in wessen Interesse der ÖGD gegebenenfalls auch mit Zwangsmitteln agiert, verdeutlicht.

Wissenschaftliche Grundlagen für das Aufgabenfeld des ÖGD lieferte die sich neu etablierende Disziplin Sozialhygiene, die vor dem Hintergrund einer zunehmenden Industrialisierung nach dem Zusammenhang von Gesundheitszustand und sozialer Situation (Arbeits- und Wohnverhältnisse, Lebensgewohnheiten) fragte und das medizinische Verständnis für die Entstehung von Krankheiten um sozialwissenschaftliche Aspekte erweiterte.¹ Das Tätigkeitsfeld des ÖGD, das sich zunächst auf hygienische Aufklärung über gesundheitliche Risiken in spezifischen Lebenslagen bezog,² wurde zunehmend um eine »möglichst flächendeckende« Überwachung jener Bevölkerungsgruppen erweitert, die als Überträger besonders bedrohlicher Krankheiten angesehen und als Gefährdung der Gesundheit der Bevölkerung betrachtet wurden.³ Dabei flossen im ÖGD medizinische, gesellschafts- und sozialpolitische Handlungsebenen zusammen (»medizinische Polizey«, Bakteriologie, Sozialhygiene und -medizin, Sozialpolitik, Städteplanung).

Bereits Ende des 19. Jahrhunderts war in einzelnen Gemeinden auf eigene Initiative mit dem Aufbau eines kommunalen ÖGD begonnen worden, der bis zum Ersten Weltkrieg durch gesundheitspolizeiliche Maßnahmen (Seuchen- und Impfgesetzgebung)⁴, die Assanierung der Städte und den Ausbau der Infrastruktur kommunaler Wohlfahrtspflege gekennzeichnet war. Der Erste Weltkrieg führte dann zur Situation vielfältigen Mangels in breiten Bevölkerungsschichten, dem mit dem Ausbau staatlicher Leistungen begegnet wurde, was seinerseits eine Institutionalisierung, Differenzierung, Professionalisierung und den Ausbau der öffentlichen Fürsorge nach sich zog.

In der Weimarer Republik wurde die »Erhaltung der Gesundheit« dann als Aufgabe des Staates in der Verfassung verankert⁵ und im Reichsministerium des Innern die »Abteilung für Volksgeundheit, Wohlfahrtspflege, Deutschtum und Fremdenwesen« eingerichtet, die jedoch relativ bedeutungslos war.⁶ Sozialdemokratie und eine sich formierende sozialwissenschaftlich orientierende Medizin beeinflussten die Ausweitung kommunaler Gesundheitsfürsorge, wobei bürgerliche Vereinsaktivitäten städtische Initiativen ergänzten.⁷ Erste Gesetze, die einzelne Gebiete der Gesundheitsfürsorge auf gesamtstaatlicher Ebene regelten, wurden erlassen und der kommunale ÖGD ausgebaut.⁸

Die größten gestalterischen Einflussmöglichkeiten lagen bei den zuständigen Behörden auf der Ebene der Länder, die auch die Aufsicht führten. Die unterste Verwaltungsebene stellte das Gesundheitsamt dar, mit dessen Einrichtung bereits während des Ersten



Foto: Ben Wachtler



Foto: Iren Dymke

Weltkrieges begonnen worden war.⁹ Dieses war die organisatorische Plattform des öffentlichen Gesundheitswesens, seine Leitung hatte ein Arzt.¹⁰

Die unterschiedlichen Zuständigkeiten von gesamtstaatlichen wie kommunalen Institutionen, neben denen auch noch private Initiativen bestanden, führten zu konkurrierenden und definitorisch schwer abgrenzbaren Parallelstrukturen wie Mischformen, die als ineffizient und unübersichtlich wahrgenommen wurden, woraus die Forderung nach staatlicher Vereinheitlichung und Zentralisierung abgeleitet wurde.¹¹

Nationalsozialismus

Mit dem *Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens* (GVG) vom 3. Juli 1934, dem eine Reihe von Durchführungsverordnungen folgten, wurde der ÖGD neu geordnet und eine seit der Weimarer Republik im Grundsatz angestrebte Reform des kommunal strukturierten und von verschiedenen Einrichtungen getragenen ÖGD im Sinne des nationalsozialistischen Staates durchgeführt. Das Gesundheitswesen wurde mit der Schaffung neuer Gesundheitsämter aus der Perspektive der NS-Regierung zentralistisch organisiert, indem das vorhandene

Gefüge mit einer neuen Matrix überzogen und um neu konstruierte Tätigkeitsfelder erweitert wurde.

Neben den durch das GVG initiierten Neuerungen blieben aber nicht nur alte Strukturen erhalten, sondern wurden von Staat und Partei weitere, auf dem Gebiet der »Volksgesundheit« wie der Bevölkerungspolitik konkurrierende Organisationsstrukturen geschaffen wie die Ämter für »Volksgesundheit der NSDAP« und der »Nationalsozialistischen Volkswohlfahrt« (NSV). Daneben entstanden die Gesundheitsdienste der »Hitlerjugend« (HJ), der »SA«, »SS«, der »Deutschen Arbeitsfront« (DAF), des »Reichsarbeitsdienstes« (RAD) und der Wehrmacht, mit denen Gesundheitsämter und Amtsärzte auf verschiedene Weise kooperierten.

Die Arbeitsbereiche des ÖGD blieben während des NS weitgehend unangetastet, einzelne, wie etwa die »Säuglings- und Mütterfürsorge«, die Tbc-Fürsorge und die Schulgesundheitspflege, wurden integriert. Vor allem aber wurden alle, mit der nationalsozialistischen Bevölkerungspolitik erhobenen Ansprüche wie die erbbiologische Erfassung (»Erbbestandsaufnahme«), die Erfassung von sogenannten »Minderwertigen«, die Ermittlungen, Begutachtungen, Anzeigen, Beantragungen und Entscheidungen im Zusammenhang

mit dem »Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses« (GzVeN) und die damit verbundenen Sterilisationen, die erbbiologischen Begutachtungen im Zusammenhang mit »Ehegesundheitszeugnissen«, »Ehestandsdarlehen«, Kinder- und Ausbildungsbeihilfen für »kinderreiche Familien« und andere Maßnahmen pronatalistischer Bevölkerungspolitik, die Begutachtung »bäuerlicher Siedler« den mit neuen Aufgaben versehenen bzw. neu eingerichteten Institutionen »Gesundheitsamt« und »Amtsarzt« bzw. dem dort angestellten und dem Amtsarzt nachgeordneten ärztlichen Personal übertragen.

Die organisatorische Plattform für die Umsetzung des Sterilisierungsgesetzes war das Gesundheitsamt, und mit ihm der Amtsarzt. Hier gingen die (Selbst-)Anzeigen von Betroffenen bzw. deren Vormündern, von Anstaltsleitern, Ärzten, Fürsorgerinnen und anderen Personen ein. Der Amtsarzt, der selbst anzeigeberechtigt war, hatte zu prüfen, ob der Antrag auf Sterilisation gemäß den Vorgaben indiziert war, und zu entscheiden, ob er an das Erbgesundheitsgericht weitergeleitet werden sollte, welches dann über die Gesetzmäßigkeit des Eingriffs entschied und das weitere Verfahren einleitete. Der Amtsarzt fungierte hier also als zentrale Schaltstelle.

Innerhalb des breiten Interpretationsspielraumes des Gesetzes hatte allein er zu entscheiden, ob eine Person für eine Sterilisation in Betracht kam und ein Verfahren eingeleitet werden sollte und so wurde nicht in jedem Fall eine beantragte Sterilisation durchgeführt, zahlreiche Anträge wegen »Arbeitsüberhäufung« überhaupt nicht bearbeitet.

In den Gesundheitsämtern wurden erbbiologische Datenbanken (Erbkartei, Sippenakten, Wohnortkartei, Geburtsortkartei, Zentralkartei) aufgebaut, in denen nicht nur die selbst erhobenen Untersuchungsergebnisse, sondern auch Angaben der Standes-, Einwohner- und Jugendämter wie auch von Parteidienststellen gesammelt und zusammengeführt werden sollten. Wie weit diese Datensammlungen fortgeschritten waren, ist bisher ebenso wenig bekannt, wie ihr Verbleib nach 1945.

Mit fortschreitender Entwicklung des nationalsozialistischen Staates und sich ändernden Rahmenbedingungen veränderten sich die Schwerpunkte der Tätigkeitsbereiche der Gesundheitsämter und Amtsärzte bei gleichzeitigem Festhalten an Zielsetzung und Programmatik. Im Vordergrund stand nun die medizinische Begutachtung der im Deutschen Reich benötigten Arbeitskräfte sowie die Umsetzung seuchenprophylaktischer Maßnahmen, die sich auf die ZwangsarbeiterInnen wie auch auf die Lager, in denen diese Personen untergebracht waren, bezogen. Hierbei ging es um die körperliche Konstitution der Gemusterten und die Entdeckung

von auf unterschiedlichen Wegen übertragbaren Krankheiten. Aber nicht nur die Musterung, sondern auch die Kontrolle der Unterbringungsstätten, der Lager verschiedenster Form, und Lebensbedingungen also auch der Ernährung der Zwangsarbeiter oblag den Amtsärzten. So hatten die Amtsärzte nicht nur dafür zu sorgen, die Arbeitskraft möglichst zu erhalten, sondern sie entschieden auch darüber, wann eine Person nicht mehr leistungsfähig war und was dann mit ihr zu geschehen hatte. Ihr Auftrag war, Schaden vom deutschen »Volkkörper« abzuwenden und dabei zu helfen, die Ressource Arbeitskraft der ZwangsarbeiterInnen effizient zu nutzen.

Nach 1945

Nach Ende des Zweiten Weltkrieges gehörten in allen Besatzungszonen die Wiederherstellung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung und des öffentlichen Gesundheitsdienstes zu den wichtigsten Zielen alliierter Politik. So ging es den alliierten Behörden in Zusammenarbeit mit den deutschen Gesundheitsverwaltungen um die Verhinderung der Verbreitung von Infektionskrankheiten und Seuchen (Tuberkulose, Paratyphus und Typhus, Ruhr, Geschlechtskrankheiten etc.), um die allgemeine medizinische Versorgung der ansässigen Bevölkerung wie der Flüchtlinge sowie um Fragen der Ernährung und Trinkwasserbereitstellung. Hierfür wurden auf Anweisung der Militärbehörden großangelegte Impfprogram-

me durchgeführt und den deutschen Gesundheitsbehörden medizinische Versorgungsgüter zur Verfügung gestellt. Die Besatzungsbehörden befürchteten in der Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung ein Sicherheitsrisiko, das man in jedem Fall begrenzen wollte.¹² Einerseits sollten die eigenen Militär- und Verwaltungsangehörigen vor Infektionen geschützt werden und andererseits wurde die gesundheitliche Konstitution der Zivilbevölkerung als Voraussetzung für den Aufbau eines demokratischen Staates mit einer funktionsfähigen Verwaltung angesehen. Neben der Entnazifizierung der öffentlichen Verwaltung war so die Sicherung der Funktionsfähigkeit der Gesundheitsämter ein wichtiges besatzungspolitisches Ziel. Personalknappheit und ein an aktuellen Problemen orientierter Pragmatismus ließen die Alliierten auf Fachleute aus dem NS-Gesundheitswesen zurückgreifen, die über die geforderten notwendigen Kompetenzen verfügten und zur Bewältigung der aktuellen Problemlagen unentbehrlich schienen. Eine Neuorientierung des ÖGD stand vorerst nicht zur Diskussion. So agierten die deutschen Amtsärzte ab Sommer 1945 in den einzelnen Besatzungszonen selbstständig und übernahmen ab 1946 bzw. 1947 schrittweise wieder die alleinige Verantwortlichkeit.

Mit der nationalsozialistischen Gesundheitsgesetzgebung wurde in den verschiedenen Besatzungsbehörden unterschiedlich umgegangen. In den westlichen Besatzungszonen gab es eine uneinheitliche Handhabung jener Gesetze und Verordnungen, die zwischen 1933 und 1945 erlassen worden waren, die sogar innerhalb der einzelnen Besatzungszonen noch variierte. So gab es dort seit 1945 verschiedene Versuche, das GzVeN wieder anzuwenden und zu einer einheitlichen westdeutschen Regelung zu gelangen.¹³ Das GVG wurde nicht aufgehoben und bestand bis in die 1980er Jahre hinein fort. Im GVG wurde das Wort »Rassenhygiene«, dessen Inhalte größtenteils in dem Begriff »Erbbpflege« aufgingen, aus dem Text entfernt bzw. einzelne Bestimmungen nicht mehr angewandt, da die ausführenden Organe nicht mehr vorhanden waren. Auf der Grundlage des GVG wurde der ÖGD in einzelnen Bundesländern organisiert, wobei »eine zentrale Steuerungskompetenz«, wie im NS, fehlte.¹⁴ In der sowjetischen Besatzungszone hingegen wurden die Erbbgesundheitsgesetzgebung und das GVG außer Kraft gesetzt und Gesundheitsämter wie Amtsärzte der kommunalen Selbstverwaltung auf der Ebene des Kreises unterstellt, während die



Foto: Ben Wachtler



Aufsicht bei den Länderregierungen bzw. der Deutschen Zentralverwaltung für das Gesundheitswesen verblieb.

Die Tatsache, dass Amtsärzte die gesundheitspolitische Ausrichtung des NS-Staates in hohem Maße bejaht hatten und in ihren Nebentätigkeiten mit staatlichen und Partei-Stellen eng verflochten waren, provoziert die Frage, inwieweit Amtsärzte überhaupt eine Distanz zum NS-Staat hätten halten wollen. Vielmehr kam dem Amtsarzt bei der Durch- und Umsetzung des nationalsozialistischen gesundheitspolitischen Paradigmas und der bevölkerungspolitischen Programmatik des NS-Staates eine Schlüsselrolle zu, die für ihn einen enormen Bedeutungs- und Machtzuwachs beinhaltete.

In einem Brief an das Baden-Württembergische Innenministerium nahm 1948 der Amtsarzt des staatlichen Gesundheitsamtes Biberach, ehemaliger SS-Untersturmführer und Arzt in der SS-Sanitäts-Oberstaffel sowie Mitglied der NSDAP und des NS Ärztesbundes, der das Gesundheitsamt bis 1963 leitete, zu seiner Tätigkeit während des Nationalsozialismus Stellung. Hier verwies er auf die Handlungsspielräume, über die er während des NS als Amtsarzt verfügt habe, auf ethische Wertsetzungen, die für sein Handeln leitend gewesen seien, und behauptete Kontinuitäten amtsärztlichen Handelns über politische Systeme und Zäsuren hinweg. So schrieb er: »Ich habe mir also bezüglich meiner Tätigkeit als Vertrauensarzt nichts vorzuwerfen. Ebenso wie der Richter habe ich unbeeinflusst und frei meine Entscheidungen getroffen – wie ich sie heute noch treffe. (...) Wir urteilen in unseren Gutachten nach freiem Ermessen auf Grund unserer Erfahrungen als Arzt und nach den neuesten Erkenntnissen in der Medizin und dem Begutachtungswesen. (...) Die Amtsärzte von heute machen vertrauensärztlich genau dieselben Untersuchungen wie die Amtsärzte von ehedem und jeder, dem seine Rente herabgesetzt wird, der arbeitsfähig befunden wird, o.ä., schimpft heute genauso, ja noch mehr als früher. Sollen nun wir Ärzte für diese undankbare Tätigkeit noch bestraft werden? Hier richte ich an das Innenministerium die Bitte, uns Amtsärzten vor ungerechtfertigten Angriffen zu schützen.«¹⁵

* Prof. Dr. Sabine Schleiermacher, Forschungsschwerpunkt Zeitgeschichte, Institut für Geschichte der Medizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin; sabine.schleiermacher@charite.de

- 1 Mosse, M./Tugendreich G. (Hg.): »Krankheit und soziale Lage«, München 1913
- 2 Hierzu gehörten u.a. Fürsorge für Schwangere, Wöchnerinnen, Säuglinge, Klein- und Schulkinder, Alkoholranke, »Geistesranke« und »Psychopathen« sowie zur Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten, »gesundheitliche Eheberatung«, Tuberkulose- und Krüppelfürsorge.
- 3 Sachße, Christoph: »Mütterlichkeit als Beruf. Sozialarbeit, Sozialreform und Frauenbewegung 1871-1929«, Frankfurt a.M. 1986, S. 204
- 4 Hierzu gehörten u.a. das Reichsimpfgesetz vom 8. April 1874, das Gesetz betr. die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten vom 3. Juni 1900.
- 5 Art. 161, Verfassung der Weimarer Republik v. 11. August 1919
- 6 Labisch, Alfons/Tennstedt, Florian: »Der Weg zum ›Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens‹ (GVG)«, Schriftenreihe der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf, Bd. 13,1, Düsseldorf 1985, S.57ff, 61. Ein eigenständiges Gesundheitsministerium auf gesamtstaatlicher Ebene wurde erst 1961 geschaffen.
- 7 Labisch/Tennstedt, a.a.O., S. 27ff.
- 8 Hierzu gehörten das »Preußische Gesetz, betreffend die öffentliche Krüppelfürsorge« (6. Mai 1920), das »Gesetz zur Bekämpfung der Tuberkulose« (4. August 1923) und das »Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten« (18. Februar 1927).
- 9 Dietrich, Eduard: »Die Organisation der Gesundheitsfürsorge«, in: »Handbuch der Sozialen Hygiene und Gesundheitsfürsorge«, hg. v. A. Gottstein u.a., Erster Band, »Grundlagen und Methoden«, Berlin 1925, S. 404, 415
- 10 Sachße, Christoph, a.a.O., S. 207
- 11 Sitzung des Interkommunalen Ausschusses für das Gesundheitswesen am 8. Dezember 1930 in Berlin, in: *Zeitschrift für Gesundheitsverwaltung und Gesundheitsfürsorge* 2 (1931) 7, S. 185-191
- 12 Ellerbrock, Dagmar: »Healing Democracy – Demokratie als Heilmittel. Gesundheit, Krankheit und Politik in der amerikanischen Besatzungszone 1945-1949«, Bonn 2004, S. 109, 112, 118f.
- 13 Weiß: »Ernpflege«, in: Wollenweber, Nathanael (Hg.): »Der Arzt des öffentlichen Gesundheitsdienstes«, Stuttgart 1950, S. 467
- 14 Labisch, Alfons/Tennstedt, Florian: »Prävention und Prophylaxe als Handlungsfelder der Gesundheitspolitik in der Frühgeschichte der Bundesrepublik Deutschland (1949 – ca. 1950)«, in: Elkeles, Thomas u.a. (Hg.): »Prävention und Prophylaxe«, Berlin 1991, S. 129-158, 133
- 15 HstA Stuttgart E A2 / 150 Bü 143

»Gesundheit braucht Politik – Zeitschrift für eine soziale Medizin« im Abonnement

Die Zeitschrift des vdäa ist inhaltlich längst mehr als eine reine Vereinszeitschrift. Wir machen vier Themenhefte pro Jahr zu aktuellen gesundheitspolitischen Problemen, die sich hinter anderen gesundheitspolitischen Zeitschriften im deutschsprachigen Raum nicht verstecken müssen. Vereinsmitglieder bekommen die Zeitschrift kostenfrei zugesandt.

Wer nicht Vereinsmitglied ist, hat die Möglichkeit, die »Zeitschrift für eine soziale Medizin« zum Preis von 26 Euro oder als Studentin oder Student für 10 Euro im Jahr zu abonnieren. Ein Probeabo besteht aus zwei Ausgaben und kostet ebenfalls 10 Euro.

Bei Interesse wenden Sie sich bitte an die Geschäftsstelle:
info@vdaae.de

Die sechs Phasen in der Evolution von Public Health

Public Health-Ära	Vorherrschendes Paradigma	Analytischer Ansatz	Handlungsrahmen	Hinterlassenschaften in zeitgenössischer Public Health
1. Gesundheitsschutz (Antike bis 1830er Jahre)	Krankheiten können durch die erzwungene Durchsetzung von menschlichen Verhaltensweisen verhindert werden, vermittelt durch gesellschaftliche Strukturen	Auslegung und Verbreitung von religiösen und kulturellen Normen, die nach dem Glauben der herrschenden Eliten die Gesundheit des Individuums und der Gemeinschaft schützen sollen	Durchsetzung von spirituellen Praktiken, gesellschaftlichen Tabus, Gebräuchen und Quarantäne	Quarantäne von illegalen Migranten; Umsetzung mancher Umweltschutzgesetze; spirituelle Ansichten in der Prävention und Bewältigung Krankheiten; manche Arbeits- und Verkehrssicherheitsgesetze
2. Miasmen-Kontrolle (1840er bis 1870er)	Hygienischere Umgebungen und Bedingungen können Krankheiten verhindern	Aufzeigen des Zusammenhangs von Krankheit, Epidemien und unhygienischen Umwelt- und Lebensbedingungen	Zentralisierte Maßnahmen zur Verbesserung der sanitären Bedingungen; Gesetze für Mindestanforderungen für Abwasser, Kanalisation und Müllentsorgung	Ansätze der »Healthy Cities«-Initiativen; Trink- und Abwasserprogramme; Rahmengesetzgebungen im öffentlichen Gesundheitsdienst; Grundlagen moderner Epidemiologie und Surveillance.
3. Ansteckungskontrolle (1880er bis 1930er)	Keim-Theorie: positivistischer Ansatz basierend auf dem Nachweis des infektiösen Ursprungs der Krankheiten	Nachweis der Existenz von krankheitserregenden Mikroorganismen, ihre Isolation und experimentelle Übertragung	Unterbrechung der Krankheitsübertragung durch bessere Wasserfiltration; Impfungen; standardisierte Kontrollmaßnahmen bei Ausbrüchen	Evidenzbasierte Ansätze der öffentlichen Gesundheit; Ansätze internationaler Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich; Ansätze moderner Arzneitherapie
4. Präventivmedizin (1940er bis 1960er) <i>(Hier ist die internationale Entwicklung gemeint, nicht die in NS-Deutschland, Anm. Übers .)</i>	Verbesserungen in öffentlicher Gesundheit durch Focus auf Prävention und Heilung von Krankheiten in »Hochrisikogruppen«	Identifikation von und Interventionen in Hauptübertragungswege; Medizin im Vordergrund bei der Behandlung von Infektionskrankheiten und Versorgung von bestimmten Gruppen, wie schwangere Frauen, Fabrikarbeiter, etc.	Umweltinterventionen gegen Krankheitserreger; Identifikation und Anwendung »nützlicher« Mikroben; verbesserte medizinische Versorgung für bestimmte Risikogruppen; Grundlagen moderner klinischer Pathologie	Fokus auf »Hochrisikogruppen« in der Planung und Implementierung von Maßnahmen, z.B. Moskito-Schutzprogramme; verbessertes Verständnis der Pathogenese von Infektionskrankheiten und NCDs
5. Primärversorgung (1970er bis 1980er)	»Health for All«: Implementierung von funktionierender Gesundheitsversorgung für die Gemeinde, von der Gemeinde und durch die Gemeinde	Meist Präventivmedizinische Ansätze, basierend auf Ideen von Chancengleichheit, Partizipation, offenem Zugang und den sozialen Determinanten von Gesundheit	Schwerpunkt auf globaler Zusammenarbeit; Anpassung von Gesundheitsstrukturen an Länder und Gemeinden; Verknüpfung von Gesundheitsversorgung und sozioökonomischer Entwicklung; intersektorale Kooperation in Prävention und Gesundheitsförderung; Gesundheitliche Chancengleichheit;	Grundlegende Konzepte von multikultureller Gesundheit, Healthy Cities-Initiativen, gesundheitliche Ungleichheit und Partizipation in der Gesundheitsförderung
6. Gesundheitsförderung (1990er bis heute)	Engagement für gesundheitspolitische Interessen; Empowerment von Individuen und Gemeinden zum Erreichen optimaler gesundheitlicher Rahmenbedingungen	Individuen und Gemeinden werden durch Bildungs-, Wirtschafts- und politische Maßnahmen dabei unterstützt, Kontrolle über soziale Determinanten von Gesundheit zu erlangen	Eingerahmt in die zentralen Handlungsmaximen der Ottawa-Charta: Aufbau gesundheitsfördernder Politik, Schaffung von gesunden Umgebungsbedingungen, Stärkung der Partizipation und Gemeindebezogenheit, Entwicklung individueller Fertigkeiten, Neuausrichtung von Gesundheitsdiensten	

Quelle: Awofeso, N.: »What's New About the »New Public Health«?, *American Journal of Public Health*, 94 (5), 705–709, 2004;

in: www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1448321/

Übersetzung aus dem Englischen: Thomas Kunkel



Foto: Iren Dymke

Kein Schutz durch Kontrolle

Sibylla Flügge* über das Prostitutionsschutzgesetz

Am 1. Juli dieses Jahres wird das Prostitutionsschutzgesetz in Kraft treten. Es war im Vorfeld und ist bis heute heftig umstritten. Nicht nur stellt sich die Frage nach Realitätstüchtigkeit, sondern der Grat zwischen Fürsorge und Kontrolle ist auch hier äußerst schmal. Auch wenn als Zweck ersteres formuliert wird, dient das Gesetz doch letzterem...

I. Ziele und Inhalte des Gesetzes

Prostitution wurde in Deutschland seit Jahrhunderten diskriminiert und repressiv reguliert ohne allerdings jemals den Kauf sexueller Dienstleistungen verhindern oder gar verbieten zu wollen. Das Prostitutionsschutzgesetz von 2001 hatte sexuelle Dienstleistungen vom Verdikt der Sittenwidrigkeit befreit, es gab aber keine Bemühungen, die im Sexgewerbe Tätigen vor Ausbeutung und Gewalt effektiv zu schützen. Dies soll mit dem »Gesetz zur Regulierung des Prostitutionsgewerbes sowie zum Schutz von in der Prostitution tätigen Personen – Prostituiertenschutzgesetz (ProstSchG)«, das am 1. Juli 2017 in Kraft treten wird, erreicht werden. So sehr diese Ziele von allen gesellschaftlichen Kräften befürwortet werden, so sehr wird über die richtige Umsetzung gestrit-

ten.¹ Während die einen nach »schwedischem Modell« Prostitution grundsätzlich ächten und jede Nachfrage nach sexuellen Dienstleistungen verbieten wollen,² sehen andere darin keine erfolversprechende Strategie, die sexuelle Selbstbestimmung von Frauen und ihre Würde zu schützen. Sie setzen auf Aufklärung, Hilfeangebote und eine Stärkung der Rechte der in der Prostitution Tätigen.³

Das ProstSchG wird keiner dieser beiden Positionen gerecht.

Bei der Anhörung von Sachverständigen im Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend am 6. Juni 2016⁴ wurde der eine Teil des Gesetzes, die Genehmigungspflicht für das Betreiben von Prostitutionstätten und die Definition von Mindestanforderungen an deren Ausstattung im Grundsatz nicht in Frage gestellt. Kriti-

siert wird allerdings, dass sämtliche Auflagen sich auch auf die Prostitutionsausübung in Wohnungen beziehen, wenn dort nicht ausschließlich die Wohnungsinhaberin allein arbeitet. Dies erschwert den Zusammenschluss mehrerer Prostituiertes, die durch gemeinsam bewirtschaftete Räume ihre persönliche Freiheit gegenüber sogenannten »Betreibern« sicherstellen und sich gegenseitig unterstützen wollen. Kritikwürdig sind auch die umfangreichen Kontroll- und Dokumentationspflichten der Betreiber von Prostitutionstätten, weil dadurch die Personen, die bei ihnen arbeiten, unter Umständen erpressbar werden. Eine gewisse Schutzwirkung geht von der Verpflichtung der Betreiber aus, Kondome zur Verfügung zu stellen. Ob die mit der Androhung eines Bußgeldes bewehrte Verpflichtung der Freier, diese auch zu nutzen, eine Wirksamkeit entfaltet



ten wird, ist umstritten. Immerhin kann es die Verhandlungsposition der Prostituierten stärken.

Im Zentrum der Kritik am ProstSchG steht die Anmeldepflicht für Prostituierte sowie die damit verbundene verpflichtende Gesundheitsberatung.⁵

a) Die Anmeldebescheinigung

Im Gesetz heißt es (§ 3 Abs. 1 ProstSchG): »Wer eine Tätigkeit als Prostituierte oder als Prostituirter ausüben will, hat dies vor Aufnahme der Tätigkeit persönlich bei der Behörde, in deren Zuständigkeitsbereich die Tätigkeit vorwiegend ausgeübt werden soll, anzumelden.« Die Anmeldebescheinigung – die auf einen Alias-Namen ausgestellt werden kann und mit einem Lichtbild und Geburtsdatum versehen ist – gilt zwei Jahre, für 18-21-Jährige nur ein Jahr. Sie gilt für das ganze Bundesgebiet, wenn nicht durch Landesrecht die Gültigkeit auf das Bundesland oder auf eine Kommune, die die anmeldende Person als Tätigkeitsort angibt, beschränkt wird. Kann eine Anmeldebescheinigung nicht vorgelegt werden, kann ein Bußgeld bis 1.000 Euro erhoben werden. Im Einzelfall kann die Behörde die Anmeldebescheinigung zum Schutz der Prostituierten oder zum Schutz der Jugend oder der Öffentlichkeit mit Auflagen versehen. Letzteres rügte der Bundesrat in seinem Beschluss vom 13. Mai 2016: »Die hier vorgesehene Reglementierung der eigentlich erlaubnisfreien Prostitution steht im Widerspruch zur formulierten Zielsetzung des vorgeschlagenen Gesetzes, Prostituierte schützen zu wollen, und eröffnet weitgehende Eingriffsbefugnisse ohne erkennbare Notwendigkeit«. Das sei

»verfassungsrechtlich bedenklich«, da die Bestimmungen »sogar ein völliges Verbot der vom Grundgesetz nach Artikel 12 geschützten Prostitution ermöglichen.«⁶

Tatsächlich handelt es sich nicht um eine Anmeldepflicht, wie der Gesetzgeber behauptet, sondern um eine zeitlich befristete und ggf. räumlich beschränkte *Genehmigungspflicht*. Die durch den Landesgesetzgeber zu bestimmende Anmeldebehörde soll nämlich nicht nur prüfen, ob der Betätigung ein gesetzliches Verbot entgegensteht, also Minderjährigkeit oder eine fehlende Erlaubnis, in Deutschland eine abhängige Beschäftigung oder selbständige Erwerbstätigkeit auszuüben. Eine »Anmeldebescheinigung« darf auch dann nicht erteilt werden, wenn die Anmeldende keine Bescheinigung über eine Gesundheitsberatung vorlegt, wenn sie schwanger ist in den sechs Wochen vor dem errechneten Geburtstermin oder wenn bei der Behörde der Verdacht besteht, die anmeldende Person sei Opfer von Menschenhandel oder solle wirtschaftlich ausgebeutet werden. Bei 18-21-Jährigen kann die Anmeldung auch verweigert werden, wenn Zweifel darüber bestehen, ob die anmeldende Person sich aus eigenem Antrieb zur Prostitution entscheidet. Die Anmeldung wird mit umfangreichen Informationspflichten verbunden und sie soll »in einem vertraulichen Rahmen durchgeführt werden«, damit – wie der Gesetzgeber glaubt – etwaige Zwangslagen, die zur Verweigerung der Anmeldung führen, zur Sprache kommen können. In solchen Fällen hat die Behörde »unverzüglich die zum Schutz der Person erforderlichen Maßnahmen zu veranlassen«.

Es bleibt schleierhaft, wie eine gewer-

berechtlich tätige Behörde das Vorliegen dieser Voraussetzungen prüfen kann – können doch selbst spezialisierte Opferberatungsstellen oft nicht sicher klären, ob eine Person durch Dritte ausgebeutet oder zur Ausübung des Gewerbes gezwungen wird. Opfer von Menschenhandel und Zwangsprostitution öffnen sich erfahrungsgemäß gegenüber möglichen Helfern nur, wenn sie über einen längeren Zeitraum das nötige Vertrauen entwickeln konnten, dass sich die angebotene Hilfe nicht als schädigend entpuppen wird, also z.B. die Ausweisung oder Rache und Gewalt seitens der Täter zur Folge haben wird. Die Verpflichtung der Anmeldebehörde im Verdachtsfall »notwendige Schutzmaßnahmen zu veranlassen« kann alleine schon dazu führen, dass Gewaltopfer aus Angst vor der Polizei, der Ausländerbehörde und/oder den Gewalttätern alles dafür tun, keinen Verdacht zu erzeugen. Die im Gesetz als Möglichkeit genannte Hinzuziehung einer Fachberatungsstelle wird das Vertrauen in die Anmeldebehörde nicht erhöhen – im Gegenteil ist zu befürchten, dass auf Grund der Kooperation auch das Vertrauen in die Fachberatungsstelle schwinden wird.

Unsinnig erscheint auch die Bestimmung, dass die Anmeldebescheinigung zu verweigern ist, wenn die Anmeldende in den nächsten sechs Wochen ein Kind erwartet. Ein ernst gemeinter Schutz müsste Schwangeren und Müttern finanziell und ggf. durch Bereitstellung von Wohnraum Alternativen zum Sexgewerbe anbieten.

b) Die Gesundheitsberatung

Eine Anmeldebescheinigung darf nur ausgestellt werden, wenn die Person die Bescheinigung über eine Gesundheitsberatung durch die dafür vorgesehene Stelle vorlegt. Diese Bescheinigung wird auf den Namen oder Aliasnamen ausgestellt und gilt nur halb so lang wie die Anmeldebescheinigung (6 bzw. 12 Monate). Sie muss ebenso wie die Anmeldebescheinigung den Betreibern und behördlichen Kontrollleuten vorgelegt werden. Die Beratung soll »insbesondere Fragen der Krankheitsverhütung, der Empfängnisregelung, der Schwangerschaft und der Risiken des Alkohol- und Drogengebrauchs einschließen«. Damit dient sie erklärtermaßen weder dem Schutz Dritter noch dem Schutz der Prostituierten vor rechtswidrigen Übergriffen oder Ausbeutung. Allenfalls handelt es sich um eine Maßnahme der gesundheitlichen Prävention. Eine solche darf in unserem Rechtssystem ausschließlich auf freiwilliger Basis erfolgen, weil

niemand gezwungen werden darf, die eigene Gesundheit zu schützen.⁷ Bei der Gesundheitsberatung nach dem ProStSchG handelt es sich um eine gegen das Grundgesetz verstoßende Zwangsberatung, weil sie Voraussetzung für die Erteilung der Anmeldebescheinigung und damit für die legale Arbeit in der Prostitution ist, der Zweck der Regelung aber nicht dem Schutz Dritter dient. Die LeiterInnen aller großen deutschen Gesundheitsämter haben in ihrer Stellungnahme vom 26. März 2016 davor gewarnt, dass eine solche Pflichtberatung die Erfolge der anonymen und gut akzeptierten Beratungsangebote der Gesundheitsämter nach § 19 IfSG gefährden kann.⁸ Die Länder und Kommunen sehen sich vor der kaum lösbaren Aufgabe, einerseits das Gesetz umzusetzen ohne andererseits damit bestehende effektive Strukturen der Gesundheitsprävention zu gefährden.

II. Neue Gefahren durch Ausschluss

Der Bundesrat rügt in seinem Beschluss vom 13. Mai 2016: »Die hier vorgesehene Reglementierung der eigentlich erlaubnisfreien Prostitution steht im Widerspruch zur formulierten Zielsetzung des vorgeschlagenen Gesetzes, Prostituierte schützen zu wollen, und eröffnet weitgehende Eingriffsbefugnisse ohne erkennbare Notwendigkeit«. Das sei »verfassungsrechtlich bedenklich«, da die Bestimmungen »sogar ein völliges Verbot der vom Grundgesetz nach Artikel 12 geschützten Prostitution ermöglichen«.

Es ist zu erwarten, dass eine große Zahl von Personen, die sexuelle Dienstleistungen »gegen Entgelt« erbringen, ohne Anmeldung und Gesundheitsberatung tätig werden. Für diesen Teil der in der Sexarbeit Tätigen verkehrt sich der intendierte Schutz des Gesetzes in sein Gegenteil. Vom Ausschluss betroffen sind zum einen Personen, die eine Erlaubnis schon aus rechtlichen Gründen nicht erhalten können, zum anderen werden diejenigen illegalisiert, die eine Anmeldung für sich nicht in Betracht ziehen, weil sie sich nicht als »Prostituierte« verstehen. Die vielleicht größte Gruppe derer, die eine Anmeldung vermeiden werden, sind diejenigen, die ein Bekanntwerden der Tätigkeit fürchten. Wenn sie bei der Arbeit eine mit Foto und Geburtsdatum versehene Anmeldebescheinigung – auch wenn diese einen Alias-Namen trägt – ständig bei sich führen müssen, besteht die Gefahr, dass Kunden und Betreiber sich ohne große Mühe ein Foto der Bescheinigung anfertigen. Dieses können sie dann als



Foto: Iren Dymke

Druckmittel verwenden oder aus anderen Motiven Dritten zur Kenntnis geben bzw. ins Netz stellen. Vor die Alternative Illegalität oder mögliches Zwangsouting gestellt, werden viele lieber »intransparente, illegale Bereiche ausweichen«, was »ihre Verletzbarkeit und Gefährdung noch erhöht«.⁹ Selbst wenn es einzelnen Kommunen gelingen sollte, die Beratung bei der Anmeldung und die Gesundheitsberatung so zu gestalten, dass die Beratenden ein fachkundiges und ihre Würde achtendes Angebot erhalten, so wird die Mehrheit der besonders schutzbedürftigen SexarbeiterInnen von diesen Angeboten nicht erreicht werden. Vielmehr werden sie in die Illegalität abgedrängt. Der Staat hat jedoch die Verpflichtung, auch diese Personen vor Ausbeutung und Gewalt zu schützen.¹⁰ Dafür bedarf es einer gut ausgebauten Infrastruktur von spezialisierten Beratungsstellen, Schutzeinrichtungen und speziellen Ausstiegshilfen, die Anonymität garantieren und Gewaltopfern die Sicherheit bieten, dass sie effektive Hilfen und Schutz anbieten können, aber nur mit Einverständnis der Hilfe Suchenden tätig werden.

* Prof. Dr. Sibylla Flügge i.R. ist Professorin für Recht der Frau an der FH Frankfurt/Main; sie ist seit 1983 Mitherausgeberin der feministischen Rechtszeitschrift STREIT. Ihre Forschungsschwerpunkte sind die Rechtsgeschichte von Frauen, Rechtsforderungen der Neuen Frauenbewegung und das Familienrecht.

1 Dazu und zur bisherigen Rechtslage und Praxis: Dorothea Czarnecki, Henny Engels, Barbara Kavemann, Elfriede Steffan, Wiltrud Schenk, Dorothee Türnau, beratend

- Naile Tanis: »Prostitution in Deutschland – Fachliche Betrachtung komplexer Herausforderungen«, Berlin 2014, in: www.kok-gegen-menschenhandel.de/fileadmin/user_upload/Prostitution4Final.pdf
- 2 Z.B. Julia Beckel / Lea Junghans: »Prostitution – ein Beitrag zur aktuellen Debatte«, in: STREIT 1/2016, S. 170
- 3 Z.B. Deutscher Juristinnenbund: »Stellungnahme zum (...) ProStSchG-RefE vom 4. September 2015«, www.djb.de/st-pm/st/st15-10/
- 4 Anhörung im BT-Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend am 6. Juni 2016 zum Entwurf des Prostituiertenschutzgesetzes, Stellungnahmen der Sachverständigen: www.bundestag.de/bundestag/ausschuesse18/a13/anhoeurungen/stellungnahmen/424554
- 5 Dazu ausführlich Sibylla Flügge: »Schutz oder Gefahr? Das Prostituiertenschutzgesetz – eine Herausforderung für die Länder und Kommunen«, in: STREIT 3/2016, S. 99-107
- 6 BR-Drs. 156/16. Zurzeit wird eine Verfassungsbeschwerde gegen das Gesetz vorbereitet, dazu: Bündnis der Fachberatungsstellen für Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter: www.bufas.net (letzter Zugriff: 20. Februar 2017)
- 7 Vgl. Regine Meißner in ihrer BT-Stellungnahme für die Bundesvereinigung kommunaler Spitzenverbände, a.a.O., Fn. 4, S. 5
- 8 Eine aktualisierte Stellungnahme unter: <http://bvoegd.de/prostituiertenschutzgesetz/> (letzter Zugriff: 20. Februar 2017)
- 9 Dazu Claudia Zimmermann-Schwarz – Ministerium für Gesundheit: »Emanzipation, Alter und Pflege des Landes NRW: BT-Stellungnahme«, a.a.O., Fn. 4, S. 17
- 10 Dies ergibt sich unter anderem aus dem »Übereinkommen zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt« (»Istanbul-Konvention«) vom 11. Mai 2011, www.coe.int/conventionviolence

Mein langer Marsch durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst

Ein persönlich-politischer Rückblick von Heidrun Nitschke*

Assoziation 1

Vor einigen Wochen, mit Ende meines offiziellen Berufslebens, habe ich mich von einer papierlosen Patientin verabschiedet. Ich habe sie in der Sprechstunde im Kölner Gesundheitsamt mehr als 15 Jahre als Gynäkologin betreut, wir sind gemeinsam alt geworden. In all den Jahren sind ihre Strategien, ihren Status zu legalisieren, erfolglos geblieben. Sie ist immer noch misstrauisch gegenüber Institutionen, und noch immer kann sie sich nicht vorstellen, dass die »Klinik am Neumarkt« in Köln (das Gesundheitsamt) eine staatliche Behörde ist.

Assoziation 2

Im Eingangsbereich des Kölner Gesundheitsamtes wurde ein Jahr, nachdem ich dort meine Arbeit anfang, eine Tafel angebracht, die darauf hinweist, dass das Gebäude zuvor ein Kaufhaus im Besitz einer jüdischen Familie war und dass von dort aus später das Euthanasieprogramm in Köln organisiert wurde¹. Die Tafel wurde ausschließlich aus Spenden der MitarbeiterInnen des Gesundheitsamtes finanziert.

Wie lassen sich Medizinstudium und späteres Dasein als Ärztin mit dem »richtigen Leben im Falschen« vereinbaren? »Dem Volke dienen« als gute Ärztin und die wichtigen Fragen der Politik den Kadern überlassen? Oder als Berufsrevolutionärin die Medizin ganz aufgeben wie der Che? Die Beschäftigung mit den durch den Faschismus verschütteten Alternativen in der Gesundheitspolitik der Weimarer Zeit und der Blick nach draußen verhiessen für mich als junge Ärztin Antworten, die auch heute noch spannend sind².

Sozialistische Stadtärztinnen wie **Käthe Frankenthal**³ in Berlin hatten im Zugang zu Sexualberatung, Empfängnisverhütung, Behandlung von Geschlechtskrankheiten und Schwangerschaftsab-

bruch eine zentrale Aufgabe der kommunalen Gesundheitsvorsorge gesehen und durchgesetzt, dass Frauen unentgeltlich Beratung und präventive Mittel zur Geburtenregelung erhielten. Jedoch hatten auch radikal-linke Sozialhygieniker und Sexualreformer wie Max Hodann⁴ erschreckende Nähe zu eugenischen Theorien. Und verwirrenden Ambivalenzen hinsichtlich der Frage, was »Volksgesundheit« als »salud popular« ist, begegnete ich später auch in den revolutionären Gruppen außerhalb Deutschlands: auf der einen Seite die nach Lateinamerika emigrierte ältere jüdische Ärztin, die mit den revolutionären Gruppen im Untergrund zusammenarbeitete und den jungen Mädchen und Frauen auf dem Land hochdosierte Antibabypillen gab, ohne dass diese die Wirkung kannten, »weil sie sonst zu früh und zu viele Kinder bekommen«. Auf der anderen Seite führte ich als »westliche Feministin« heftige Diskussionen mit den revolutionären Ärzten in den Stadtambulanz, die nicht in Verdacht kommen wollten, mit den Geburtenkontrollprogrammen von USAID⁵ zu sympathisieren und deswegen die Not der verzweifelten ungewollt schwangeren Frauen ignorieren. Und die chinesischen BarfußmedizinerInnen boten nicht nur arbeitsplatznahe Gesundheitsversorgung in den Betrieben und Dörfern, sondern waren auch wichtige Instrumente zur Durchsetzung der Ein-Kind-Politik.

Dennoch bezog sich Anfang der 70er Jahre die Bewegung zur Abschaffung des §218 erneut auch auf die gesundheitspolitischen Forderungen der Weimarer Republik. Es war dann aber nicht der ÖGD, sondern *pro familia* mit ihren Familienplanungszentren, die diese Errungenschaften in die Praxis umsetzte. Dass auch *pro familia* keine unschuldige Vergangenheit zwischen Sexualreform und Eugenik hatte⁶ und in der Gegenwart unternehmerisch denkt und handeln musste, war eine weitere schmerzhaftes Erkenntnis.

Was also tun mit der theoretischen und praktischen Abneigung dagegen, als nie-

dergelassene Gynäkologin auch Unternehmerin zu werden? So begann 1990 mein langer Marsch durch den öffentlichen Gesundheitsdienst als Leiterin der Untersuchungs- und Beratungsstelle für Geschlechtskrankheiten in Frankfurt (kurz: GK-Stelle). Einige Jahre zuvor hatte ich in einer anderen Großstadt in einer solchen bereits einmal hospitiert und war erschreckt über den demütigenden Umgang mit den Klientinnen und die schlechte Medizin dort wieder davongelaufen. Jetzt schienen die Bedingungen günstiger: In Hessen gab es ab 1991 eine rot-grüne Landesregierung und in Frankfurt seit 1989 in einem rot-grünen Magistrat nicht nur ein Frauen- und Drogenreferat, sondern auch das bundesweit erste Amt für multikulturelle Angelegenheiten.

Aktuelle fachliche Vorbilder für das, was wir heute als »Fachdienste für sexuelle und reproduktive Gesundheit« bezeichnen, gab es zwar nur in internationalen Zusammenhängen. Akademische Studiengänge für Public Health entstanden in Deutschland erst 1989 bis 1995.

In fast allen Gesundheitsämtern waren aber seit Ende der 80er Jahre als Modellprojekte AIDS-Beratungsstellen eingerichtet worden, mit ungeahnt großzügiger personeller und finanzieller Ausstattung. Hier waren viele kreative und mutige Menschen versammelt, sie boten anonym und kostenlos Beratung und Testung an, allerdings ausschließlich auf HIV. Und schnell wurde deutlich, dass sie kaum Bündnispartner sein würden, um an die breiten Traditionen der Weimarer Sexualberatungsstellen anzuknüpfen. Kaum einer von ihnen sah sich als Teil eines insgesamt zu verändernden ÖGD – zu besonders und zu aufgeladen war die öffentliche, nicht nur gesundheitspolitische Debatte um das Thema AIDS. Um zu verhindern, dass repressive seuchenhygienische Strategien den Umgang mit der HIV-Infektion bestimmten, war der neue Erreger auch in keines der bis 2001 noch geltenden Gesetze aufgenommen worden, weder in das Bundesseuchengesetz noch



Foto: Andreas Wulff

in das Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten (kurz GK-Gesetz).

All dies hat bewirkt, dass erst seit etwa zehn Jahren im ÖGD die Erfahrungen aus dem Umgang mit HIV auch auf den Umgang mit anderen sexuell übertragbaren Infektionen, mit Sexarbeit und sexueller Gesundheit insgesamt angewendet werden. Und dabei sind wir von einer kritischen Wertschätzung der Weimarer Zeit und der Errungenschaften feministischer Gynäkologiekritik noch weit entfernt.

Zurück zur Situation vor 25 Jahren: In der GK-Stelle in Frankfurt stieß ich als erstes auf Tausende von Akten, die über Sexarbeiterinnen und andere »HWG-Personen« (Personen mit häufig wechselndem Geschlechtsverkehr) geführt wurden, einige trugen noch einen großen roten Stempel »Jüdin« auf dem Deckblatt. Es waren fast ausschließlich Frauen (Sexarbeit von Männern für Männer fand keine Beachtung), von denen vermutet wurde, dass sie »der Prostitution nachgingen« und die per Verwaltungsakt verpflichtet wurden, sich wöchentlich einer Abstrichuntersuchung zu unterziehen und einen Nachweis darüber dem Gesundheitsamt vorzulegen, den sogenannten »Bockschein«. Taten sie dies nicht, drohten Bußgelder. Noch wenige Jahre zuvor waren Vorführungen durch Polizei oder Ordnungsbehörde zur Zwangsuntersuchung die Regel. Eine Blutuntersuchung auf Syphilis musste alle vier Wochen nachgewiesen werden.

Ein ebenso reger wie unkontrollierter Datenaustausch zwischen Bordellbetreibern, Ordnungsamt, Polizei, Gesundheitsamt und einigen einschlägig bekannten Arztpraxen in der Frankfurter Innenstadt (die durch die gegen Barzahlung durchgeführten Pflichtuntersuchungen eine beachtliche Einnahmequelle zusätzlich zu ihrem Kassenarztsitz hatten) sicherte die Überwachung. Und abgesehen von der Prostituiertenselbsthilfe *Huren wehren sich gemeinsam e.V.* protestierte auch niemand dagegen, dass die nach dem GK-Gesetz gesammelten Daten dazu genutzt wurden, die Sexarbeiterinnen zusätzlich zu einer regelmäßigen amtlichen Un-

tersuchung auf HIV zu verpflichten. Und all das war keine Frankfurter Spezialität, sondern – teilweise mit noch weit rigiderer Praxis und bis in die ersten Jahre des neuen Jahrtausends – in ganz Deutschland verbreitet. Nur Hamburg und Berlin-Charlottenburg führten keine Pflichtuntersuchungen mehr durch, ohne dies jedoch laut zu propagieren.

Vor dem Aufbau einer Ambulanz in Weimarer Tradition stand also erst einmal die Herausforderung, die Praxis der Bockscheine zu Fall zu bringen. In Frankfurt brauchte es das Frauenreferat als Bündnispartner, um mit einem juristischen Gutachten die Rechtswidrigkeit und Untauglichkeit der Untersuchungspflicht zu belegen und sie 1991 offiziell abzuschaffen.

Auch als 1992 die Bund-Länderkommission eingesetzt wurde, um ein neues Gesetz für Infektionsschutz zu erarbeiten, funktionierte die politische Netzwerkarbeit. Als Vertreterin der rot-grünen hessischen Landesregierung konnte ich meine Erfahrungen und Forderungen aus der Sprechstunde in Frankfurt einbringen, die inzwischen zu einer Ambulanz für papierlose und andere nicht-krankenversicherte Frauen (und zunehmend auch einzelne Männer) geworden war, Menschen, die keinen Zugang zum System der Regelversorgung hatten. Vor allem der §19 des *Infektionsschutzgesetzes* (IfSG)⁷, das dann 2001 endlich in Kraft trat, stand für die neue Strategie: Der öffentliche Gesundheitsdienst soll bei sexuell übertragbaren Infektionen Beratung, Untersuchung und sogar Behandlung sicherstellen, anonym und falls nötig auch durch eigene Dienste und auf öffentliche Kosten.

Zurück zu den Anfängen: Für die Medizin existierten in Frankfurt immerhin Räume und eine Ausstattung, mit der nicht nur eine an den internationalen Standards orientierte Infektionsdiagnostik möglich war, sondern mit der ich auch gynäkologische Untersuchungen durchführen konnte. Dies war keinesfalls selbstverständlich: In GK-Stellen manch anderer Gesundheitsämter gab es dagegen noch Jahre später weder Waschbecken in den Untersuchungs-

räumen noch Hygienepläne oder eine Kontrolle der Instrumentensterilisation. Der Auftrag hieß ja auch, lediglich Prostituierte als mögliche Infektionsquellen zu identifizieren, »normale« Standards für medizinische Versorgung schienen hier nicht zu gelten.

Dass kaum eine der Frauen krankenversichert war und sie weder bei Erkrankungen noch bei einer Schwangerschaft, geschweige denn zur Krebsfrüherkennung eine reguläre Praxis aufsuchen konnten, merkte ich allerdings sehr schnell. Für Antibiotika und Antibabypillen existierten graue Bezugsquellen auch ohne Verschreibung, mit oft gefährlichen Folgen.

Ärzte des ÖGD durften jedoch bis zum Inkrafttreten des IfSG nicht behandeln, lediglich bei »Gefahr im Verzug« durfte ich Medikamente zur Sofortbehandlung verabreichen. Sehr schnell definierte ich dies so, dass ich einfach anfang, auch Privatrezepte für Antibiotika bei aufsteigenden Genitalinfektionen auszustellen, und irgendwann fragten die Patientinnen auch nach Rezepten für Verhütungsmittel (und bekamen sie auch...).

Auch anderes musste unter dem Primat der Beschränkung auf die Infektionskontrolle gegen Widerstände von allen Seiten durchgesetzt werden: die Blutdruckmessung und Frage nach der letzten Monatsblutung, Tastuntersuchung, Schwangerschaftstest, Kolposkopie und Ultraschall. Die für die Frauen vielleicht wichtigste medizinische Errungenschaft war die Früherkennung des Zervixkarzinoms als Routineangebot. Jahrelang lief die Befundung der Abstriche als Wissenschaft, faktisch war es ein unentgeltlicher Freundschaftsdienst von Kolleginnen in erstklassigen Instituten, die einerseits die Abstriche interessant fanden, andererseits den fehlenden Zugang der papierlosen und nicht-krankenversicherten Frauen zur Früherkennung skandalös fanden. Die Ergebnisse wa-

»Der lange Marsch wurde hier verstanden als ein permanenter Konflikt mit den bürgerlichen Institutionen, eine andauernde Provokation bürgerlicher Öffentlichkeit, die Schaffung eines Gegenmilieus, das Selbstveränderung ermöglichte und Veränderung der Verhältnisse konkret in Angriff nahm.«

(Selbstdarstellung der Zeitung »Der Lange Marsch - Zeitung für eine neue Linke«, 1973)

ren eindeutig: Inzwischen ist die Zytologie selbstverständlicher Teil des Laborbudgets – zumindest in Köln, wo ich seit Mitte der 90er Jahre im Gesundheitsamt arbeite.

Vor allem in den migrantischen Szenen sprach sich das alles schnell herum. In Städten, wo vergleichbare Angebote bestehen, kommen schon lange nicht mehr nur Sexarbeiterinnen in die Sprechstunde, sondern auch andere papierlose und nicht-versicherte Frauen und Männer mit vielfältigen gesundheitlichen Anliegen, die fachlich und organisatorisch die Möglichkeiten des ÖGD oft überschreiten.

Von den Gesetzen her ist aber auch hier noch »Luft nach oben«: Der §4 des *Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst* in Nordrhein-Westfalen und entsprechende andere Ländergesetze, die ab 2005 in den einzelnen Bundesländern endlich das bis dahin noch geltende Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens aus dem Jahr 1934 ablösen, nahmen diese Ansätze auf und erweiterten sie auf andere gesundheitliche Problemlagen⁸.

Sie bieten durchaus eine gesetzliche Grundlage für weitergehende Angebote der Gesundheitsämter wie Schwangerebetreuung,

kinderärztliche oder so genannte »humanitäre Sprechstunden«. Grenzen setzen hier nicht nur die Politik und städtische Haushalte, sondern auch Scheren in den eigenen Köpfen. Es gehört aber gar nicht so viel Mut dazu, den ÖGD zu nutzen, um Zugangsgerechtigkeit herzustellen »nur« zähe Überzeugungsarbeit. Und natürlich muss immer mitgedacht werden, welche politische Signalwirkung von öffentlich finanzierten Parallelstrukturen ausgeht. Öffentliche Angebote sind ein wichtiger Schritt, diese Themen in die Normalität zu holen und sich nicht auf politisch engagierten MediNetzen oder mildtätigen Einrichtungen auszuruhen. Allerdings dürfen sie nicht zur Folge haben, dass sich das Regelsystem darauf verlässt und sich für bestimmte (anstrengende) Gruppen und Themen nicht mehr zuständig sieht.

Und heute, kurz vor dem Abschied aus dem Beruf?

Es gibt in vielen Gesundheitsämtern richtig gute Medizin, Sozial- und Gesundheitsberatung, die niedrigschwellig an diese primäre medizinische Versorgung andockt, multiprofessionelle und vielsprachige Teams, in den Großstädten oft Räume und Ausstattung wie in einer guten Praxis und an Leitlinien orientiertes Qualitätsmanagement, um das uns sogar Kolleginnen und Kollegen aus Kliniken beneiden.

Es gibt Alltag, wie die papierlose Frau aus Westafrika, die wegen ihres Kinderwunsches in die Sprechstunde kommt. Sie erhält nicht nur eine Beratung und Infektionsdiagnostik, sondern auch ein Screening auf Zervixkarzinom und erfährt von der afrikanischen Frauengruppe, die seit Jahren jeden Montag in der Küche des Gesundheitsamtes gemeinsam kocht und Gesundheitsthemen bespricht. Einige Wochen später begleitet sie eine andere papierlose Frau in die Sprechstunde, die sie in der Gruppe kennengelernt hat, und die jetzt ihre vor einem Jahr behandelte TB kontrollieren lassen möchte.

Es gibt auch Spektakuläres: Die ältere papierlose Frau aus Osteuropa, die »nur gelegentlich ein klein wenig blutet«, aber wegen eines weit fortgeschrittenen stark blutenden Muttermundkrebses direkt in ein Krankenhaus geschickt werden muss, kann in Zusammenarbeit mit einer NGO rasch legalisiert werden, wird mehrfach operiert und bestrahlt und schickt nach fünf Jahren eine Weihnachtskarte.

Es gibt aber auch ein neues so genanntes »*Prostituiertenschutzgesetz*«, das dieses Jahr im Juli in Kraft treten wird und eine Anmeldepflicht für Frauen und Männer in der Sexarbeit vorsieht. Den Gesundheitsämtern wird dabei auf jeden Fall die Verantwortung zufallen, eine Pflichtgesundheitsberatung durchzuführen als Voraussetzung für die Anmeldung. Die Amtsleiterinnen und Amtsleiter fast aller großen Gesundheitsämter haben mehrere Stellungnahmen gegen das Gesetz veröffentlicht, ein Novum in der Geschichte des ÖGD.⁹ Wie ich sind viele Kolleginnen und Kollegen auf zahllosen Veranstaltungen und Anhörungen aufgetreten, mit politischer Rückendeckung ihrer Vorgesetzten. Durchgesetzt hat das Gesetz eine Allianz von rechten Moralischützern bis zu radikalen Feministinnen, die überzeugt ist, vor allem Frauen ließen sich durch eine solche Anmeldung und Zwangsberatung davon abhalten, in der Sexarbeit tätig zu werden.

Zwangsberatung als Maßnahme individueller Gesundheitsförderung als neue Aufgabe des ÖGD? Nachdem das Gesetz gegen alle fachlichen Argumente verabschiedet wurde, wird der Widerstand immer dünner, weil zunehmend die Hoffnung auf ein paar zusätzliche Stellen oder Stunden blind macht – oft auch altgediente Fachkräfte der AIDS-Prävention. Ein Blick zurück in die Geschichte wäre angebracht.



Foto: Iren Dymke

Fazit am Ende von mehr als 25 Jahren im ÖGD

Es war genau das, was ich mir 1969 vorgestellt habe: Menschen ärztlich versorgen, denen das vorhandene System nicht zugänglich ist, aber nicht als mildtätige Handlung, sondern als öffentliche Leistung. Sich mit dem Wissen um die historischen Lasten den Ambivalenzen der Gegenwart stellen. Langer Marsch durch den ÖGD als immer wieder neuer schlitzohrig subversiver Kampf um Spielräume und Projekte, die schließlich institutionell und gesetzlich abgesichert werden müssen, um dauerhaft wirksam zu bleiben. Hier war und ist im ÖGD immer noch und trotz allem viel mehr möglich, als der Blick von außen sich vorstellen kann.

* Heidrun Nitschke arbeitet als Gynäkologin seit mehr als 25 Jahren im öffentlichen Gesundheitsdienst.

- 1 Dazu: Schriftenreihe des Gesundheitsamtes der Stadt Köln, Band 8, Köln 1997
- 2 Vgl. diverse Publikationen zu den Ergebnissen des Sonderforschungsbereiches der Universität Bremen aus den 70er und 80er Jahren; Udo Schagen und Sabine Schleiermacher: »100 Jahre Geschichte der Sozialhygiene, Sozialmedizin und Public Health in Deutschland. Dokumentation der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP)«, Berlin 2005
- 3 Käthe Frankenthal wurde 1933 entlassen,

- emigrierte über mehrere Stationen schließlich in die USA, wo sie eine psychoanalytische Praxis führte und 1976 starb.
- 4 Max Hodann war Sexualreformer, Mitarbeiter am Institut für Sexualwissenschaft, Stadtarzt und Leiter des Gesundheitsamtes in Berlin-Reinickendorf, Militärarzt der Internationalen Brigaden im spanischen Bürgerkrieg.
 - 5 Der Film »Yawar Mallku« (Das Blut des Kondors) war jahrelang wichtigste Referenz dazu. Aktuell zählen Bolivien und mehr noch Nicaragua zu den Ländern mit einer extrem rigiden Strafgesetzgebung zum Schwangerschaftsabbruch.
 - 6 Erst in den 80er Jahren setzte sich die *pro familia* mit der Rolle von Hans Harmsen auseinander, Gründungsmitglied der IPPF und der *pro familia*. Harmsen hatte während des Faschismus die Mitwirkung der Diakonie an dem »Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses« organisiert, das die Zwangssterilisation behinderter Menschen vorsah. Seine Einstellung zur Eugenik behielt er auch nach dem Krieg, in der Reorganisation der Amtsarztausbildung und der Reetablierung der Bevölkerungswissenschaft in der BRD.
 - 7 §19 IfSG: »Das Gesundheitsamt bietet bezüglich sexuell übertragbarer Krankheiten und Tuberkulose Beratung und Untersuchung an oder stellt diese in Zusammenarbeit mit anderen medizinischen Einrichtungen sicher. Diese (...) können im Einzelfall die ambulante Behandlung durch einen Arzt des Gesundheitsamtes umfassen, soweit dies zur Verhinderung der Weiterverbreitung der sexuell übertragbaren Krankheiten und der Tuberkulose erforderlich ist.

- Die Angebote können bezüglich sexuell übertragbarer Krankheiten anonym in Anspruch genommen werden (...). Die Kosten der Untersuchung und Behandlung werden getragen – aus öffentlichen Mitteln, falls die Person die Kosten der Untersuchung oder Behandlung nicht selbst tragen kann. Des Nachweises des Unvermögens bedarf es nicht, wenn dieses offensichtlich ist oder die Gefahr besteht, dass die Inanspruchnahme anderer Zahlungspflichtiger die Durchführung der Untersuchung oder Behandlung erschweren würde.«
- 8 § 4 Allgemeine Grundsätze der Leistungserbringung im Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen: (1) Soweit und solange die medizinisch-soziale Versorgung erforderlich, jedoch nicht oder nicht rechtzeitig gewährleistet ist, kann sie die untere Gesundheitsbehörde im Benehmen mit primär zuständigen Handlungsträgern im Rahmen eigener Dienste und Einrichtungen erbringen. Dies gilt insbesondere, wenn Personen wegen ihres körperlichen, geistigen oder seelischen Zustandes oder aufgrund sozialer Umstände besonderer gesundheitlicher Fürsorge bedürfen und diesem Bedarf nicht im Rahmen der üblichen Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung entsprochen wird.
 - 9 Siehe <http://bvoged.de/prostituierten-schutzgesetz>, <http://bvoged.de/vereinbarungen-der-koalitionsfraktionen-zum-prostituiertenschutzgesetz>, <http://bvoged.de/pflichtuntersuchung-sti-prostituierte>, http://bvoged.de/wp-content/uploads/2015/08/150410_Positionspapier_Prostitution.pdf

Große Erfolge und bleibende Herausforderungen

Rolf Rosenbrock* über die Geschichte der AIDS-Prävention

Der Umgang mit AIDS war, so Rolf Rosenbrock, ein echter Paradigmenwechsel in der Gesundheitspolitik: Erstmals wurde im Kampf gegen eine gefährliche Infektionskrankheit auf Freiwilligkeit, auf die Stärkung der Zivilgesellschaft, auf die Kraft der Selbsthilfe, auf Vertrauen und Kooperation gesetzt. Bis heute ein positives Beispiel für Prävention und Umgang mit Betroffenen.

Als Anfang der 1980er Jahre die ersten AIDS-Fälle zunächst in den USA und dann auch bald in Europa auftauchten, musste sich die Gesundheitspolitik unter hohem Zeitdruck und bei damals noch großen Wissenslücken zwischen zwei Strategien entscheiden. Die Medizin war weitgehend hilflos, eine Heilung oder Impfung nicht in Sicht. Der gesundheitspolitische Schwerpunkt musste deshalb auf die Verhütung von Infektionen, die Primärprävention gelegt werden. Traditionell hatte man sich bei Infektionskrankheiten darum bemüht, möglichst viele Infektionsquellen aufzuspüren und stillzulegen. Die Instrumente dafür waren medizinische Tests auf den Erreger sowie Quarantäne für die Infizierten (»Old Public Health«).

Aber passte diese Antwort auf eine Krankheit, die durch Eintritt von infizierten Körpersekreten in die Blutbahn eines anderen Menschen, also v. a. durch Sex und Drogengebrauch übertragen wird und die die Betroffenen lebenslang infektiös macht? Abenteuerliche Vorschläge machten die Runde: zwangsweises Durchtesten der Bevölkerung, Tests an allen Grenzen und Flughäfen, Tätowierung der Infizierten, Sex-Verbote, Einrichtung von Lagern zur Internierung etc. Da die Krankheit aufgrund der Infektionswege v. a. bei homosexuell aktiven Männern und bei intravenös Drogen Gebrauchenden auftrat und auch in der Prostitution ein Gefahrenpotenzial vermutet wurde, ging es auch um den – in Deutschland traditionell heiklen bis katastrophalen – Umgang mit Minderheiten: Schwule, Fixer und Prostituierte. Es ging also nicht nur um Gesundheit, sondern auch um Bürgerrechte. Vor allem der damalige bayerische Staatssekretär Peter Gauweiler meldete sich, publizistisch unterstützt vom *Spiegel* und der *Bild-Zeitung*, mit seuchenpolizeilich motivierten Vorschlägen für allerlei Zwangsmaßnahmen zu Wort.

Er wurde damit der Gegenpol zur damaligen Bundesgesundheitsministerin Rita Süßmuth, die für einen humanen Umgang mit den Betroffenen plädierte und die Krankheit, aber nicht die Kranken und Gefährdeten bekämpfen wollte. In diese Debatte hinein veröffentlichte ich 1986 das Buch »AIDS kann schneller besiegt werden. Gesundheitspolitik am Beispiel einer Infektionskrankheit«. Das »schneller« im Titel enthielt die Mahnung, im Kampf gegen AIDS nicht all die – Zeit und Opfer kostenden – Fehler aus dem Umgang mit Syphilis, Tuberkulose etc. zu wiederholen. Das Buch fand in der AIDS-Bewegung großen Anklang. Darin fasste ich den Kenntnisstand zur Prävention durch Verhaltensbeeinflussung, zur Kraft des bürgerschaftlichen Engagements, zur Rolle der Medizin sowie zur Selbsthilfe durch Betroffene zusammen und entwi-

ckelte daraus eine Strategie, die auf Bürgerrechte, Freiwilligkeit und Kooperation zwischen den betroffenen Gruppen mit dem Staat orientierte. Das war nicht aus der Luft gegriffen: Denn parallel zur – und zum Teil schon vor der – politischen Debatte hatten schwule Männer und zum Teil auch Fixer-Gruppen im ganzen Land AIDS-Hilfen gegründet und versuchten, die Prävention und auch die Hilfe für Erkrankte selbst zu organisieren. Diese Ressourcen sah dann auch Rita Süßmuth in ihrem 1987 erschienenen Buch »AIDS – Wege aus der Angst« als die entscheidenden Kräfte zur Überwindung der Krise. Ausformuliert – und zum Teil auch gegen die Vertreter der bayerischen Linie mühsam durchgekämpft – wurde diese Strategie dann ab 1987 in der Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages »Gefahren von AIDS und wirksame Wege zu ihrer Eindämmung«. Das Ergebnis war ein echter Paradigmenwechsel, eine grundsätzliche gesundheitspolitische Innovation: Erstmals wurde im Kampf gegen eine gefährliche Infektionskrankheit auf Freiwilligkeit, auf die Stärkung der Zivilgesellschaft, auf die Kraft der Selbsthilfe, auf Vertrauen und Kooperation gesetzt (»New Public Health«): Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung klärt mit ihrer Dauerkampagne »Gibt AIDS keine Chance« seither die gesamte Bevölkerung auf – im Kino, im Fernsehen, mit Plakaten und Ausstellungen.

Die Prävention (»safer sex«, »safe use«) in und mit den betroffenen Gruppen wurde – mit staatlicher Unterstützung – Aufgabe der selbst organisierten, mittlerweile ca. 150 AIDS-Hilfen und ihrem Dachverband, der Deutschen AIDS Hilfe. Zudem wurde in Gesundheitsämtern, mit *hotlines*, und auch in Schulen für leicht zugängliche und auf Wunsch anonyme Beratungsmöglichkeiten gesorgt. Der seit 1984 verfügbare Test auf HIV-Antikörper – in der »Old Public Health«-Strategie das zentrale Instrument zur (im Zweifel zwangsweisen) Ermittlung von Infizierten – kam jetzt nur noch nach Beratung und auf eigenen Wunsch zum Einsatz. Denn fürs Verhalten galt und gilt: Man weiß nie, wer infiziert ist. Deshalb immer Kondom bei penetrierendem Geschlechtsverkehr außerhalb strikter Monogamie, und immer saubere Spritzbestecke bei intravenösem Drogengebrauch.

Mit dieser Strategie ist Deutschland gut gefahren: Im internationalen Vergleich zeigt sich: Je früher und je vollständiger Präventionsstrategien nach dem Muster von »New Public Health« eingesetzt wurden, je stärker und direkter die hauptsächlich betroffenen Gruppen über die Prävention vor Ort entscheiden und diese auch selbst organisieren konnten, desto geringer war und ist die Anzahl der neuen Infektionen. Deutschland hat insofern von der heftigen

und von großen Ängsten in der Bevölkerung begleiteten Kontroverse zu Beginn der Epidemie profitiert. Das zwang die Politik zu klaren, schnellen und konsequenten Entscheidungen, wie sie in der Gesundheitspolitik sonst eher selten sind. Am heftigsten von AIDS sind hingegen jene Länder betroffen, in denen – meist aus religiösen Gründen – über Sex und sexuelle Tabus, insbesondere im Hinblick auf Homosexualität öffentlich nicht oder nur verklemmt geredet werden konnte, in denen das Zutrauen zur Kraft der Selbsthilfe wenig Tradition hat und wo es wenig Vertrauen in die Zusammenarbeit zwischen Staat und Zivilgesellschaft gibt. Im Ergebnis verzeichnet Deutschland heute – gleichauf mit Finnland – die geringsten Raten an neuen Infektionen. Daran hat sich auch nichts geändert, nachdem seit Beginn des 21. Jahrhunderts wirksame Medikamente gegen das Virus verfügbar wurden, die die Krankheit zwar nicht heilen, aber lebenslang in Schach halten können und den Infizierten ein weitgehend normales Leben ermöglichen.

Dabei wird oft übersehen, dass die Wirksamkeit der Strategie nicht nur von der Organisation der Prävention, von der Qualität der Botschaften und ihrer Übermittlung oder vom sozialen Zusammenhalt in den betroffenen Gruppen abhängt, sondern vor allem auch von der Akzeptanz und dem Respekt, den die betroffenen Gruppen in der Gesellschaft genießen. Denn die gewählte Präventionsstrategie funktioniert nur so gut wie die vertrauensvolle Kooperation zwischen Staat, Gesellschaft, Medizin und den Betroffenen. Kooperation und Vertrauen aber setzen Respekt voraus. Das bedeutet z. B. für Menschen, die von harten Drogen abhängig sind, dass sie nicht polizeilich verfolgt und erst – wie vor AIDS – abstinent sein müssen, bevor ihnen geholfen wird. Sondern dass ihre Abhängigkeit zunächst einmal akzeptiert wird, um dann ihr Drogenproblem gemeinsam mit ihnen zu bearbeiten. Das hat – gewissermaßen als erfreuliche Nebenwirkung – zu einem erheblichen Rückgang der Anzahl von Drogentoten geführt.

Geradezu spektakulär sind die Veränderungen im Umgang mit Homosexualität. Zwar ist Homosexualität in Deutschland seit 1994 vollständig straffrei, und seit 2001 gibt es die gesetzliche Möglichkeit der Lebenspartnerschaft zwischen zwei Männern oder zwei Frauen. Die öffentliche Akzeptanz schwuler Männer und ihrer Lebensweisen hat aber – Ironie der Geschichte – ganz wesentlich davon profitiert, dass es im Zuge der AIDS-Prä-

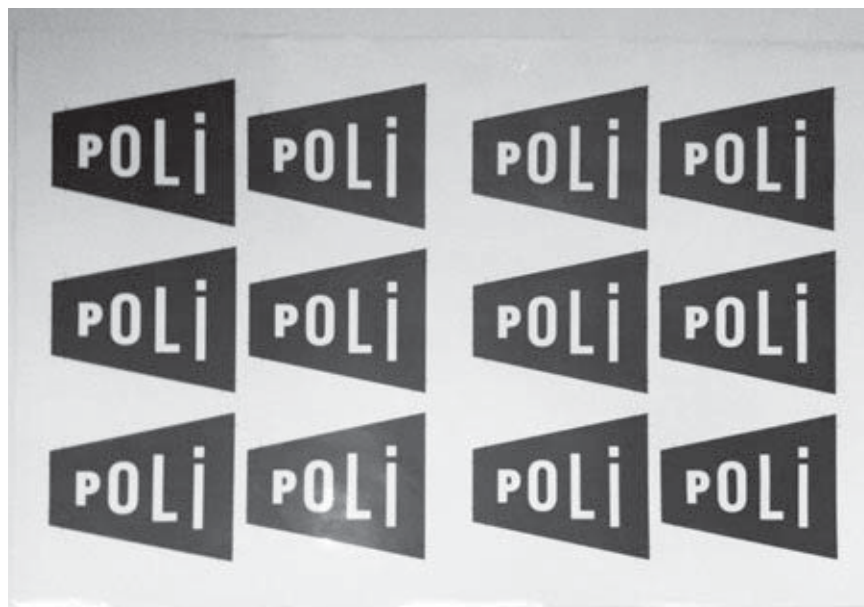


Foto: Andreas Wulf

vention zum zwingenden Gebot wurde, diese Gruppe nicht mehr zu diskriminieren und im Abseits zu halten, sondern sie als Partner auf Augenhöhe im Kampf gegen die Epidemie zu akzeptieren und zu respektieren. Zwar gibt es immer noch Vorurteile und auch Gewalt gegen Schwule, zwar gibt es gegenüber HIV-Infizierten immer noch – unbegründete – Berührungsängste und auch Diskriminierung. Die kontinuierlichen Anstrengungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, der Deutschen AIDS-Stiftung, der Deutschen AIDS Hilfe und vieler weiterer Akteure zeigen aber, dass diese – auch zivilisatorisch tief unerfreulichen – Phänomene und die hinter ihnen stehenden Haltungen erfolgreich bearbeitet und vermindert werden können, wenn man Flagge zeigt gegen Ausgrenzung und Diskriminierung – und für Solidarität und Unterstützung.

Das wird auch weiterhin notwendig bleiben. Denn auch die Fortsetzung der Erfolgsgeschichte des Umgangs mit HIV und AIDS in Deutschland hängt davon ab, dass Kranke, Infizierte und Gefährdete nicht bzw. immer weniger diskriminiert werden. Hinzu kommt die bleibende Notwendigkeit sozialer Unterstützung: Zwar gehen – ein großer Erfolg der Medizin – mittlerweile ungefähr drei Viertel der HIV-Infizierten in Deutschland einer Arbeit nach und führen auch sonst ein von der Krankheit weitgehend unbelastetes Leben. Es gibt aber eben auch die anderen: z. B. die, für die die Medikamente zu spät kamen, um den Ausbruch der Krankheit zu verhindern. Oder auch diejenigen, denen die Krankheit all ihre Lieben genommen hat und die dies nicht verwinden können. Sie leben oft an oder unter der Armuts-

grenze und brauchen unbürokratische Hilfe.

Die ganz großen Aufgaben und oft auch noch ungelösten Probleme des Kampfes gegen AIDS allerdings liegen im südlichen Afrika, in Südostasien, in Lateinamerika und in den Ländern der ehemaligen Sowjetunion. Zwar sinken auch dort fast überall die Zuwachsraten bei den Neuinfektionen. Aber die notwendige Unterstützung beim Aufbau zivilgesellschaftlicher Strukturen für die Prävention und Versorgung, bei der Linderung unmittelbarer Not, bei der Bekämpfung von Diskriminierung und Ausgrenzung und bei der Beschaffung und Verteilung wirksamer Medikamente kann von den internationalen Organisationen und Stiftungen allein nicht abgedeckt werden. Verglichen mit dieser Not leben wir in Deutschland im Hinblick auf AIDS auf einer Insel der Glückseligen. Das sollte zur Hilfe motivieren und verpflichten.

** Prof. Dr. rer. pol. Rolf Rosenbrock, Jg. 1945, Wirtschafts-, Sozial- und Gesundheitswissenschaftler, war von 1988 bis 2012 Leiter der Forschungsgruppe Public Health im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung und lehrt Gesundheitspolitik u.a. an der Berlin School of Public Health in der Charité Berlin. Seit Veröffentlichung seines Buches »AIDS kann schneller besiegt werden« (3. Auflage 1987) ist er in Deutschland und international an der AIDS-Debatte beteiligt. Er war Mitglied der Enquete-Kommission des 11. Deutschen Bundestages »Gefahren von AIDS und wirksame Wege zu ihrer Eindämmung« und ist seit 1995 Mitglied des Nationalen AIDS-Beirats. Im April 2012 wurde er zum ehrenamtlichen Vorsitzenden des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes – Gesamtverband – gewählt. rolf.rosenbrock@paritaet.org*

Enttabuisierung und Entstigmatisierung

Interview mit Rainer Ehlers

Rainer Ehlers, geboren 1941 in Hamburg, ist Pastor im Ruhestand der Ev.-Luth. Nordkirche. Als Stiftungsgründer der Deutschen AIDS-Stiftung war bzw. ist er Initiator der größten Deutschen AIDS-Hilfsorganisation. Ehlers war von 1986 an für das Gesundheitsamt der Stadt Köln tätig und hat die AIDS-bezogene Gesundheitspolitik, die sogenannte »Kölner Linie« zusammen mit dem damaligen Leiter des Amtes, Jan Leidel, entscheidend entwickelt. Gesundheit braucht Politik sprach mit ihm über seine Pionierarbeit in einer turbulenten politischen Phase.

Thomas Kunkel (TK): Herr Ehlers, wie kamen Sie als evangelischer Pastor in den öffentlichen Gesundheitsdienst und wie war es für einen Theologen, als Stabsstellenleiter in einer Behörde zu arbeiten?

Rainer Ehlers (RE): Ich lebte Anfang der 1980er Jahre als schwuler Mann in Köln und war dort auch schwulenpolitisch engagiert. Zu dieser Zeit traf ich zwei Männer, die bereits in den USA als AIDS-Aktivistinnen tätig waren. Sie berichteten nach ihrer Rückkehr nach Köln über das gesellschaftliche Klima in den Vereinigten Staaten. Dort wurde in der öffentlichen Diskussion AIDS primär als GRID, d.h. »Gay Related Immuno Deficiency«, als eine Infektion, die nur homosexuelle Männer betrifft, gesehen. Konservative Kreise sahen dies als willkommene Gelegenheit, die Schwulen loszuwerden, wenn nichts gegen die Bekämpfung dieser Krankheit getan würde. Es galt für uns in Köln damals, das Übergreifen dieser Sichtweise auf die absehbar anstehende öffentliche Debatte in Deutschland zu verhindern.

Wir gründeten deshalb zusammen mit anderen Aktiven die Deutsche AIDS-Hilfe Köln als eingetragenen Verein. Da in Zusammenarbeit mit anderen regional aktiven AIDS-Hilfen bereits zur Zeit der Gründung die überregionalen Strukturen mit angelegt waren, wurde daraus später die AIDS-Hilfe Köln, und die Deutsche AIDS-Hilfe hatte ihren Sitz in Berlin. Unser Mitstreiter Jean-Claude Letist (1946-1990) war bei der belgischen Luftfahrtgesellschaft SABENA angestellt und konnte umsonst nach Berlin fliegen, so dass er für die überregionalen Kontakte prädestiniert war. Die Netzwerkarbeit in NRW wurde damals durch Michael Zgonjanin, einen bundesweit aktiven schwulen Aktivist, abgedeckt. Ich selbst kümmerte mich um die lokalen Ebene.

Einer meiner ersten Ansprechpartner war der Seuchenbeauftragte des Kölner Gesundheitsamtes, der Virologe und Arzt Jan Leidel. Ich kontaktierte ihn erstmals 1984, zu einem Zeitpunkt, als wir in der AIDS-Hilfe noch niemanden persönlich kannten, der in Köln infiziert war. Leidel hingegen hatte bereits Infizierte identifiziert und persönlich kennen gelernt. Das Glück für Köln bestand darin, dass Leidel mit seinen Vorkenntnissen damals Amtsleiter wurde – und dadurch nicht mehr ein Amtsarzt, sondern der Leiter des Gesundheitsamtes mein Ansprechpartner wurde. Aus dem Kontakt ergab sich relativ schnell eine Anstellung von mir als Berater für Menschen mit HIV und AIDS. Angesiedelt war diese Stelle als Stabsstelle direkt beim Amtsleiter. Die Unterstützung durch ihn und die Rahmenbedingungen waren von Beginn an bemerkenswert gut. Ich verfügte in der Stabsstelle über einen jährlichen Etat von 100.000 DM und eigene Räumlichkeiten und konnte nun die Anträge bewilligen, die ich einige Wochen vorher als Vorstandsmitglied der Kölner AIDS-Hilfe an die Stadt gestellt hatte.

TK: Zu diesem Zeitpunkt kam es dann auch zur Gründung der Deutschen AIDS-Stiftung?

RE: Aufgrund einer Erbschaft standen mir 1986/87 finanzielle Mittel aus dem Nachlass meines Vaters zur Verfügung. Initial wollte ich sie in die Auslobung eines Preises für »angemessene journalistische Berichterstattung«, damals bei Weitem keine Selbstverständlichkeit, investieren. Um das zu erreichen, gründete ich damals zusammen mit dem Land Nordrhein-Westfalen die Deutsche AIDS-Stiftung »positiv leben«. Unter ihrer Schirmherrschaft wur-

de dann ein Journalistenpreis verliehen, der im ersten Jahr an Marianne Quoirin vom *Kölner Stadtanzeiger* ging. Das Hauptanliegen der Stiftung war und ist heute die finanzielle Unterstützung von Menschen, die aufgrund ihrer Infektion in eine materielle Notlage geraten sind.

TK: Wie gestaltete sich Ihre weitere Arbeit unter dem politischen Druck der durch die Ankunft der AIDS-Epidemie in Deutschland Mitte der 1980er Jahre entstand?

»Enttabuisierung und Entstigmatisierung sind die wesentlichen Voraussetzungen für Prävention und Gesundheitsförderung«

RE: Wir organisierten zu dieser Zeit regelmäßig Informationsveranstaltungen mit Jan Leidel und seiner Frau Sigrid Leidel, die den Kölner Kinder- und Jugendgesundheitsdienst leitete. Leidel war als Mitglied der SPD politisch nicht nur in NRW sehr gut vernetzt, er war auch zum Thema AIDS ein enger Berater der damaligen Bundesgesundheitsministerin Rita Süßmuth (CDU).

Es ist übrigens eine nette Geschichte, wie ich damals zu meiner Stelle gekommen bin: Am Rande einer gemeinsamen Veranstaltung 1986 erzählte er mir, dass das Bundesgesundheitsministerium demnächst in allen elf Bundesländern eine psychosoziale Beratungsstelle für AIDS im Zuge eines Bundesmodellprojekts schaffen würde. In NRW war vorgesehen, diese Beratungsstelle im Gesundheitsamt Köln an-

zusiedeln. Nach Leidels Vorstellung sollte sie durch einen in der Schwulenszene bekannten und engagierten Arzt besetzt werden. Während der Heimfahrt nach dieser Veranstaltung überzeugte ich ihn davon, diese Position mit einem Theologen zu besetzen, der einerseits die psychosozialen Aspekte abdeckte und andererseits nicht jederzeit wie ein Arzt für andere Aufgaben im Gesundheitsamt abgezogen werden kann. Am folgenden Tag teilte Leidel mir mit, dass ich die Stelle habe.

Am 1. April 1986 trat ich meine Stelle an und suchte als erstes Kontakt zu all denen, die sich in Köln mit dem Thema AIDS befassten oder befassen sollten. Das waren zunächst natürlich die AIDS-Hilfe, aber auch kirchliche und nichtkirchliche Beratungsstellen, Drogeneinrichtungen, schwule Organisationen, schwule Kneipen- und Saunabesitzer – es waren viele. Daneben richtete ich eine Beratungsstelle ein, in der Menschen sich anonym beraten lassen konnten, ob sie sich auf HIV testen lassen wollten. Bei diesen Gesprächen ging es u.a. darum, ob der oder die Betreffende überhaupt in einer Situation gewesen ist, in der er sich hätte anstecken können. Wenn dies der Fall war (und nur dann!) wurde von einer Ärztin Blut abgenommen – und dann zwei Wochen später ein Folgetermin vereinbart, zu dem das Ergebnis persönlich entgegengenommen wurde. Telefonische Auskünfte gab es nicht. Als Leiter der Beratungsstelle war es meine Aufgabe, alle an einen Tisch zu bringen, die mit AIDS zu tun hatten: politisch Verantwortliche ebenso wie Betroffene.

Die öffentliche Hilfslosigkeit dem Thema AIDS gegenüber führte dazu, dass im Bundesgesundheitsministerium immer mehr Modellprojekte zur AIDS-Prävention eingerichtet wurden, die in den elf Bundesländern durchgeführt wurden. Das war politisch die einzige Möglichkeit für den Bund, in Gesundheitsdingen in den Bundesländern aktiv zu werden, da Gesundheit Ländersache ist. Die Anerkennung der Arbeit in Köln führte dazu, dass die meisten Stellen für NRW im Kölner Gesundheitsamt angesiedelt wurden, so dass ich, der ich im April 1986 als Einzelkämpfer begonnen hatte, im November 1987 Leiter einer AIDS-Beratungsstelle mit elf Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern war, von denen zehn Stellen vom Bund bezahlt wurden. Als Gesundheitsamt waren wir einerseits Koordinator und Impulsgeber, andererseits aber auch Geldgeber, denn mit diesen öffentlichen Mitteln konnten wir aktive Gruppen fördern und waren in dieser Rolle natürlich ausgesprochen beliebt.

TK: Welche Widerstände hatten Sie in dieser Phase zu überwinden?

RE: Das Ordnungsamt beispielsweise plante, alle Orte zu schließen, an denen Menschen und v.a. Schwule Sex hatten, um durch diese Maßnahmen Neuinfektionen zu »verhindern«. Dabei kam u. a. heraus, dass Mitarbeiter des Ordnungsamtes sich überhaupt nicht vorstellen konnte, dass sich Schwule anonym treffen, um Sex zu haben – ohne dafür zu bezahlen. Sie waren von dem ihnen geläufigen Prostitutionsregeln ausgegangen.

Unser Ansatz, die sogenannte »Kölner Linie« war ein gänzlich anderer: schwule Lebensweise zu akzeptieren. So hatten wir schwule Streetworker des Gesundheitsamtes, die nachts zum Aachener Weiher gingen, wo sich Schwule zum anonymen Sex trafen, und verteilten Kondome. Wir sorgten dafür, dass Darkrooms und Saunen mit Kondomen bestückt wurden. Wir sahen die den Lebenswandel von Homosexuellen akzeptierende Aufklärungsarbeit als den einzig Erfolg versprechenden Weg. Nur ein selbstbewusster Schwuler ist einer, der sich schützt. Wer für seinen Sex die Heimlichkeit sucht, wird kaum Schutzvorkehrungen treffen. Durch unsere Aufklärungs- und Informationsarbeit bekamen wir



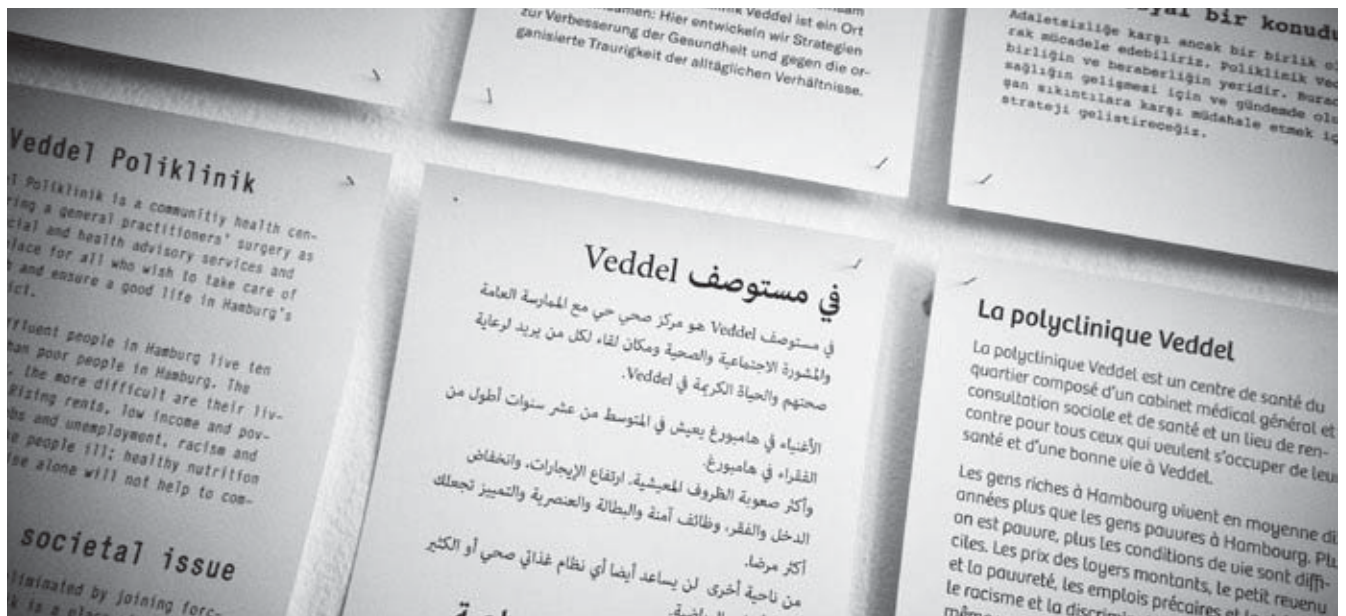
immer mehr Unterstützung – nicht nur in der Öffentlichkeit, sondern schließlich auch in der Verwaltung.

Aber: Die Stellen der Modellprojekte aus den Bundesmitteln waren nur auf fünf Jahre – bis 1991 – begrenzt, da Bundesmittel nicht dauerhaft für Landesaufgaben verausgabt werden dürfen. Ich habe deshalb eine Vorlage für den Kölner Stadtrat erstellt mit dem Ziel, nach Auslaufen der Bundesmittel mein Team von zehn Leuten (einer wollte nicht übernommen werden) aus Mitteln der Stadt zu finanzieren. Das war eine schwierige Aufgabe, aber die Unterstützung war groß, weil Köln inzwischen bundesweit mit seiner AIDS-Politik großes Ansehen genoss. Die Ratsvorlage ging im Dezember 1991 durch. Ab dem 1. Januar 1992 waren wir bei der Stadt Köln angestellt. Der Haken war: Ich verlor meine Position als Stabsstellenleiter, in der ich direkt mit Jan Leidel zusammenarbeiten konnte. Stattdessen wurde ich auf der Position eines Unterabteilungsleiters angestellt, der sich der innerbehördlichen Struktur zu unterwerfen hatte. Das wollte ich nicht und kündigte.

TK: Wie war während dieser Zeit das Verhältnis mit den anderen Städten und Bundesländern?

RE: Auf Basis eines Bundesgesetzes musste ab dem Jahr 1987 in jedem Gesundheitsamt eine Fachkraft für AIDS angestellt sein. Erst bei dieser Gelegenheit wurde festgestellt, dass es 309 Gesundheitsämter in der BRD gab. Das hatte man zuvor nie erhoben. In Städten mit vielen Homosexuellen wie Hamburg, Berlin und Bremen war die Zusammenarbeit in der Regel kein Problem. Vor allem aber München und Bayern hatten einen Sonderstatus durch Peter Gauweiler und den von ihm beeinflussten »Bayerischen Sonderweg« mit Kontrollen, Einschüchterungen und Verboten.

Aber letztlich hat sich die Kölner Linie bzw. auf bundespolitischer Ebene die Linie von Rita Süßmuth durchgesetzt. Ausschlaggebend dafür war meines Erachtens, dass es keinen wirklichen Parteienstreit in der AIDS-Frage gab, sondern sich die Auseinan-



dersetzung zwischen den Schwesterparteien der Union – repräsentiert durch Süßmuth und Gauweiler – entlud. Es herrschte eine Stimmung von »Der Feind sitzt im Süden«, was aus meiner Sicht die bundesweite Stärkung unserer Linie von Aufklärung statt Repression begünstigt hat.

TK: Wie sahen die Argumentationsmuster der »Hardliner« wie Gauweiler denn damals aus?

RE: Dazu nur zwei Beispiele. Ein Professor aus Frankfurt am Main behauptete damals, dass Schwule ja keine Kinder bekommen würden, also auch mehr Geld zur Verfügung haben würden. Damit wären sie häufiger in den Besitz von Immobilien gekommen. Wenn diese Homosexuellen nun in großer Zahl an AIDS sterben, dann bestünde die Gefahr, dass die Immobilienpreise in den Keller gehen.

Peter Gauweiler von der CSU behauptete damals in einer Talkshow im Ersten zur besten Sendezeit zur Rechtfertigung seines Zwangsmaßnahmenkatalogs, dass HIV-positive Prostituierte Familienväter anstecken könnten, diese dann wiederum ihre Frauen, die dann infizierte Kinder zur Welt brächten. Und weil das so furchtbar sei, müssten infizierte Prostituierte weggesperrt werden. (Damit Papi weiter ungeschützt mit Prostituierten umgehen kann...)

TK: Wie sahen für Sie als Pastor in dieser Zeit die innerkirchlichen Diskussionen aus? Traf Ihr Engagement dort auf Unterstützung, Indifferenz oder Widerstand?

RE: In Köln wurden wir vom Krankenhausseelsorger der Uniklinik sehr unterstützt. Ansonsten gab es eher wenige Gespräche oder Kontakte. Beide Amtskirchen haben sich in Köln hinter dem breiten Rücken des Papstes und der von ihm postulierten Monogamie als bestes Mittel gegen AIDS verschanzte. Die schon öfter genannte Rita Süßmuth veröffentlichte 1987 ein Buch mit dem Titel »AIDS. Wege aus der Angst«. Im selben Jahr veröffentlichte die Evangelische Kirche in Deutschland (EKD) eine Stellungnahme mit dem Titel »AIDS – Orientierung und Wege in der Gefahr«¹. Ich habe mich damals geschämt, dass man in der Kirche die – teils aus dem Mangel an Aufklärung entstammenden – Ängste der Bevölkerung erster nimmt als die Ängste der Betroffenen, wie das Süßmuths Titel nahelegt. Und dass die Politik Auswege nennt, nicht die Kirche, deren Aufgabe das doch eigentlich wäre.

TK: Im Lauf der letzten Jahre sind vermehrt die »Epidemien« der chronischen Krankheiten, wie Diabetes und kardiovaskuläre Erkrankungen ins gesundheitspolitische Blickfeld geraten. Gibt es Lehren aus der erfolgreichen HIV-Prävention für die Prävention und Gesundheitsförderung dieser – häufig ebenfalls mit Stigmata verbundenen – Erkrankungen?

RE: Die große Herausforderung beim Thema AIDS war, Sexualität ansprechbar und sagbar zu machen. Es galt, überhaupt über Kondome und sexuelle Praktiken sprechen zu lernen. Dass ich in Behindertenanstalten gegangen bin und den Mitarbeitern gesagt habe, dass auch dort Kondome benutzt werden sollten, war zuvor unsagbar. In der öffentlichen Wahrnehmung herrschte die Sichtweise vor, man solle den Behinderten doch wenigstens diese Freude lassen.

Ich fand es aber immer sehr wichtig, die Missstände und sexuelle Ausbeutung auch direkt anzusprechen: dass beispielsweise viele Männer explizit auf behinderte Prostituierte stehen, entsprechend viel dafür zu zahlen bereit sind, und dass Prostituierte sich deshalb Gliedmaßen abgebunden haben; dass Männer extra viel Geld zahlen für hochschwängere Prostituierte usw.

In der Aufklärungsarbeit insbesondere an Schulen mit Kindern und Jugendlichen ging es uns darum, eine Sprache für Sexualität zu finden. Wir haben vermittelt:

Ob Ihr zu Eurem Geschlechtsorgan nun Schwanz, Riemen, Penis, Fotze, Vagina, Loch oder sonst wie sagt, spielt keine Rolle. Wichtig ist, dass Wünsche, Bedürfnisse und Grenzen überhaupt verbalisiert werden können und ihr nicht einfach nur die Hand oder den Mund Eures Partners oder Eurer Partnerin dahin führt, wo Ihr es gern habt. Es galt und gilt der Sexualität einen Namen zu geben. Enttabuisierung und Entstigmatisierung sind nicht nur bei AIDS die wesentliche Voraussetzung für Prävention und Gesundheitsförderung.

TK: Herr Ehlers, wir danken Ihnen für das interessante Gespräch.

1 www.ekd.de/EKD-Texte/ekdtext_24.html

Zusammenfaltung der Persönlichkeit

Körpergewicht: ein Kriterium für soziale Distinktion und Bevormundung – Bernd Kalvelage*

»Dick, doof und arm«

(*Titel eines kritischen Buchs über Vorurteile, 1*)

»Wenn Frau Biggy auf die Waage walzt, habe ich Angst, der Zeiger bricht ab.«

(*Medizinische Fachangestellte*)

»Bevor ich Ihre Galle operiere, müssen Sie mindestens 25 kg abnehmen.«

(*Chirurg*)

»Man muss aufhören mit der Freiwilligkeit.«

(*R. Landgraf, Deutsche Diabetes Stiftung, Ärztezeitung 3. April 2008*)

Im langen Kampf gegen Übergewicht(ige) gibt es keinen Frieden, Opfer aber keine Sieger, viel Verbissenheit und einige Kriegsgewinnler. Adipositas ist so lange bekannt, wie die Menschen Körperbautypen klassifizieren (Aristoteles, Kretschmer) und damit schon immer kritikwürdige charakterliche und gesundheitliche Zuschreibungen vornahmen. Die heute konstatierte Adipositas-»Epidemie« hat alarmistische Reaktionen und Nationale Aktionspläne hervorgebracht, die großenteils auf Mythen und ideologischen Vorurteilen fußen.

Bei jedem aktuellen Internisten-, Diabetes- oder Adipositas-Kongress erfahren wir neue pathophysiologische und sozialpsychologische Fakten, die für eine außergewöhnliche Komplexität dessen sprechen, was im phänotypisch leicht identifizierbaren Menschen abläuft, dem als Adipösem droht, schnell zum Probanden oder zur Probandin einer unkontrollierten experimentellen Abnehmen-»Maßnahme« zu werden.

Die Erfahrungen der Diabetologie sollten uns aber Bescheidenheit lehren: Die große ACCORD-Studie musste 2008 abgebrochen werden, da im Studienarm mit intensiver Blutzuckersenkung vermehrt

Todesfälle auftraten (3). Ebenso wie die radikale Stoffwechsellnormalisierung ist möglicherweise auch eine forcierte Gewichtsnormalisierung geeignet, mehr Schaden als Nutzen zu erzeugen.

Nach dem Erkenntnisstand 2017 sind die Fakten:

Definition: Übergewicht ist eine Festlegung der WHO, die 1998 den alten willkürlichen Grenzwert BMI (body mass index = Quotient aus Gewicht und Quadrat der Körpergröße) von 27,5 nochmals herabsetzte auf 25. Über Nacht wurden gesunde Menschen zu Risikokandidaten. Übergewicht hat seitdem ein Mensch ab einem BMI von 25–29, ab einem BMI von > 30 spricht man von Adipositas (»Fettsucht«). 53 Prozent der Frauen und 67 Prozent der Männer sind demnach bei uns übergewichtig, darunter sind 23,9 Prozent der Frauen und 23,3 Prozent der Männer mit Adipositas (4, 5).

Ursachen: Bisher gültige Ursachentheorien (»falsche Ernährung«, zu wenig Sport), bisherige Behandlungsziele (Gewichtsabnahme) und gesellschaftliche Bewertungen (wie die obigen) werden von einigen Wissenschaftlern paradigmatisch in Frage gestellt (1, sehr empfehlenswert: 6, 7, 8). Es könnte z.B. sein, dass unser Essverhalten weniger willentlich frei gesteuert werden kann, als wir bisher annehmen, und Stress den Sättigungsregler im Gehirn verstellen kann (Peters' »brain-pull-Hypothese«, 7). Adipositas und die ihr zugeschriebenen Folgen könnten Epiphänomene einer gemeinsamen unbekannteren Ursache und das Essverhalten weniger entscheidend sein. Genetische Faktoren spielen eine große Rolle. Ob pränatale (Gestationsdiabetes der Mutter) Faktoren zu Übergewicht prädisponieren wird diskutiert. Die beobachteten Veränderungen der Darmflora sind aktueller Forschungsgegenstand. Die simple Formel »Gewichtszunahme = Zufuhr Verbrauch« ist in jedem Fall obsolet (8).

Soziale Verteilung: Adipositas ist sozial unterschiedlich verteilt. War sie früher –

unbeanstandet – Zeichen für vornehmen Luxus, ist sie heute in der Unterschicht** häufiger anzutreffen (9) und bietet nun Anlass für Kritik und Aufrufe zur »Erziehung der Unterschichten« (2). Dieser moralisierenden Bewertung steht entgegen »Wollt Ihr das Volk bessern, so gebt ihm statt Deklamationen gegen die Sünde bessere Speisen. Der Mensch ist, was er isst.« (10) und: »Erst kommt das Fressen, dann die Moral!« (11)

Von den Frauen mit niedrigem SES (sozioökonomischer Status) sind 36,2 Prozent adipös, von den Frauen mit mittlerem und hohem SES sind es 23,7 bzw. 10,5 Prozent. Bei Männern variieren die Prävalenzen zwischen 28,8 Prozent in der niedrigen, 24,2 Prozent in der mittleren und 15,5 Prozent in der hohen Statusgruppe (4, 5). Jenseits der aus der Mittel-Oberschicht kommenden Vorwürfe (»Selbstverschulden«, »falsche Lebensweise«) lassen sich sozialpsychologisch objektive Ursachen aufzeigen (12). Eine Auswahl: Essgewohnheiten werden sozial »vererbt«, Schichtdienst, Arbeitsstress und gestörte oder nie entwickelte familiäre

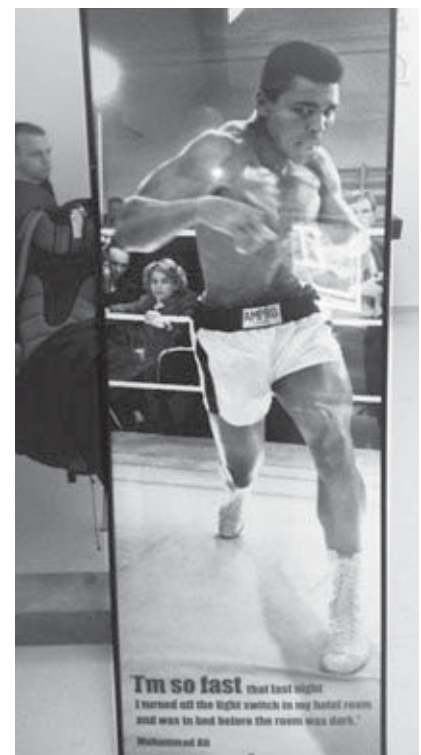


Foto: Andreas Wulff



Essrituale, die Qualität von Kantineneisen, Fehlen gastronomischer Vorbilder (Man kann Hühnersuppe aus einem Huhn machen!), Uninformiertheit (über Lebensmittelnährwerte), Meidung frischer, rascher verderbender Lebensmittel aus Geldmangel, fehlende Erfahrung mit aufschiebender Belohnung (Ich verzichte ab heute und für immer auf etwas, damit ich übermorgen vielleicht keinen Herzinfarkt bekomme.), mangelnde Erfahrung der Selbstwirksamkeit (die erst Übernahme von Eigenverantwortung ermöglicht!), Persönlichkeits-Entfaltung (Dick sein bringt Ansehen und Respekt.) – dies sind soziale Faktoren, die den Habitus prägen.

»Richtig Essen« (»Die Zunge als moralische Instanz«, *Der Spiegel – Wissen*, 1/2017) bedeutet einen sozialen Distinktionsgewinn (13). Über das Wie (s.u.) wird in den oberen Schichten orthodox wie über Glaubensfragen gestritten. Der neue Begriff dafür ist Orthorexie. Für die Unterschicht gilt der Satz: Es gibt kein richtiges Essen im falschen Lokal.

Komorbidität und Mortalität: Übergewicht und Untergewicht sind statistisch mit reduzierter Lebenserwartung (14) und Krankheiten (z.B. Herzinfarkt, Krebs) korreliert. Die Zahlen dafür sind aber seit den 1970er-Jahren rückläufig (15) – trotz der beklagten, zeitgleichen Zunahme der Adipositas. Aus dem grundsätzlich richtigen Zusammenhang der Zunahme von bestimmten Erkrankungen bei Übergewicht darf also in wissenschaftlich und intellektuell redlicher Weise nicht der Umkehrschluss gezogen werden, durch Gewichtsabnahme könnten diese Erkrankungen verhindert werden. Für ein solches Versprechen fehlt bis heute die Evidenz!

Prävention: Präventionsstudien werden mit aufwändigen Betreuungsmaßnahmen über Jahre durchgeführt. Die erreichte Gewichtsabnahme hält aber nicht an nach Ende der Studien. Die Look AHEAD-Studie (16) wurde 2013 vorzeitig beendet, weil sich trotz Gewichtsabnahme der Teilnehmer statistisch kein schützender Effekt bzgl. der Herz-Kreislauf-Erkrankungen nachweisen ließ.

Ernährung: Außer der Forderung nach Kalorienreduktion sind nach wie vor alle Empfehlungen für »richtiges Essen« widersprüchlich oder unterliegen bestimmten Konjunkturen (low fat oder eiweißreich, Atkins, Trennkost, Formuladiäten, oder was?) und fördern Verwirrung bei den Betroffenen, die damit anfällig werden für obskure, meist als lukrative IGel (vom »Patient«-Kunde oder -Kundin zu bezahlende Individuelle Gesundheitsleistungen) angebotene Adipositas-Therapien, die einer wissenschaftlichen Grundlage entbehren und oft nach ihrer »erfolgreichen« Beendigung einen erneuten Gewichtsanstieg, den Jojo-Effekt zeigen. Ernährungsbildung, so wird gewarnt, »die vorrangig über die Gefahren des Essens 'aufklärt', ist wie Sexualkundeunterricht, der nur mit Krankheiten und ungewollten Schwangerschaften droht.« (1)

Medikamentöse Behandlung und

Operation: Übergewicht ist nicht ohne Risiko mit Medikamenten zu behandeln. Fast alle mit großen medizinischen und wirtschaftlichen Erwartungen vermarkteten Medikamente mussten nach kurzer Zeit wegen erheblicher, zum Teil tödlicher Nebenwirkungen vom Markt genommen werden (17). Bariatriche Operationen (baros gr. = schwer, iatrós = Arzt), bei denen Magen- und Darmanteile aus dem natürlichen Weg der Verdauung ausgeschaltet werden, um die Nährstoffaufnahme zu blockieren, erfreuen sich bei PatientInnen und ÄrztInnen selbst bei mildereren Formen der Adipositas zunehmender Beliebtheit, was viel darüber aussagt, dass irgendetwas »wegoperiert« werden soll und wenig über den tatsächlichen und nachhaltigen gesundheitlichen Nutzen, der bisher nicht nachgewiesen wurde (18, 19).

Menschenbild: Adipositas wird heute als krankhaft angesehen. Damit ist eine Entlastung der Dicken verbunden aber auch das Verbot, so zu bleiben wie sie sind. Public Health kann Adipositas (vgl. 6) unter vier Gesichtspunkten sehen – mit sehr unterschiedlichen Konsequenzen:

1. als lebensgefährliche Epidemie globa-

len Ausmaßes – dann sind die Betroffenen die unschuldigen Opfer, z.B. einer evolutionsbiologischen Überlebensstrategie: Der und die Dicke verhungerten früher zuletzt, im heutigem Überfluss nehmen sie als erste zu.

2. als Sucht – dann müssten die Dealer (Nahrungsmittelindustrie) in Haftung genommen werden und klare staatliche Auflagen erhalten wie die Tabakindustrie.
3. als abweichendes Verhalten – das ist die Kampfansage und Forderung an Adipöse und ihr Milieu, Schadenersatz für ihre Andersartigkeit zu leisten. Das bedeutete Rückkehr zum physikalischen Modell (»Fresssucht«), Aufkündigung der Solidarität und Ignorierung aller sozialen und genetischen Ursachen (das betrifft vor allem Kinder).
4. als körperliche Vielfalt – dafür tritt die Size-Acceptance-Bewegung ein, die das freundliche Bild der »fitten Fetten« propagiert. (Details bei 6) und mit guten Argumenten für eine Abkehr vom Primat des Gewichtsverlusts eintritt.

Essen kann man nicht verbieten. Es wird hier nicht gegen eine vernünftige, selbst bestimmte, langfristig angelegte Ernährungsumstellung oder eine staatliche Regulierung des Lebensmittelmarktes argumentiert sondern gegen den – auch von wirtschaftlichen Interessen geleiteten (Kritik bei 20) – gesellschaftlichen und präventionsmedizinischen Druck, der oft mehr seelische Probleme schafft als das Übergewicht körperliche. Diäten können krank und arm machen! Wichtig ist die Lehre der Verhaltensmedizin. Mit einer negativen Druck-Motivation: »Du musst ..., Du darfst nicht ..., Das ist schlecht für Dich!« ist kein anhaltender Erfolg zu erreichen, erst recht nicht, wenn »das Richtige« so umstritten ist. Änderung des Ernäh-

»Nicht Armut ist das Hauptproblem der Unterschicht. Sondern der massenhafte Konsum von Fast Food und TV... Wir stehen vor einem Neubeginn, einem Paradigmenwechsel im politischen Umgang mit den Unterschichten. Wir sind zu lange einem Konzept gefolgt, das man als »fürsorgliche Vernachlässigung« bezeichnen könnte.«

(Uniprofessor, 2)

»Ihr Dicke belastet mit Euren Krankenkosten ungebührlich das Solidarsystem und solltet höhere Beiträge zahlen«

(Mitpatient)

»Sie haben noch gar nicht mit mir wegen meinem Übergewicht geschimpft!«
(neue Patientin mit Diabetes, 2)

rungsverhaltens bedeutet lebenslanges Verzicht. Verabsolutierung der Gesundheit, »Healthismus« (21) ist lebens- und lustfeindlich. Die effektive Durchsetzung Nationaler Aktionspläne (22) ist ohne massenhafte Kuratilisierung und ohne die Diskriminierung von ohnehin vulnerablen Gesellschaftsgruppen und Einzelnen nicht möglich.

Alle public health-Maßnahmen sollten deshalb mit Respekt und Augenmaß erfolgen: Essen ist nicht das gleiche wie Rauchen. Würden **wir** »Dicken« zum Essen bei jedem Wetter zu den Rauchern vor die Tür verbannt, könnten **wir** erst recht krank werden.

* Dr. Bernd Kalvelage (BMI 25, wenn er 3-4 cm größer wäre), FA Innere Medizin, Diabetologie, Mitglied im Vorstand des vdää, drmedbkalvelage@aol.com

** Hier wertfrei gebraucht in Abgrenzung zu Ober- und Mittelschicht.

Literatur:

- 1 Schorb, F.: »Dick, doof und arm. Die Lüge vom Übergewicht und wer davon profitiert«, München 2009
- 2 Nolte, P.: »Generation Reform. Jenseits der blockierten Republik«, München 2004
- 3 »Effects of intensive glucose lowering in type 2 diabetes. ACCORD Study Group«, NEJM 358 (24): 2545-2559, 2008
- 4 Mensing, G.B.M. et al.: »Übergewicht und Adipositas in Deutschland (DEGS 1)«, Bundesgesundheitsblatt Mai 2013, Volume 56, Issue 5, pp 786-794
- 5 Deutsche Diabetesgesellschaft et al.: »Psychosoziales und Diabetes Teil 1«, Diabetologie 8: 198-242, Teil 2, Diabetologie 8: 292-324, 2013
- 6 Schmidt-Semisch, H., Schorb, F. (Hrsg.): »Kreuzzug gegen Fette. Sozialwissenschaftliche Aspekte des gesellschaftlichen Umgangs mit Übergewicht und Adipositas«, Wiesbaden 2008
- 7 Peters, A.: »Das egoistische Gehirn. Warum unser Kopf Diäten sabotiert und gegen den eigenen Körper kämpft«, Berlin 2012
- 8 Haslan, D.W. et al. (Hrsg.): »Controversies in Obesity«, Berlin 2014
- 9 Lampert, T. et al.: »Sozioökonomischer Status und Gesundheit«, Bundesgesundheitsblatt Mai 2013, Volume 56, Issue 5, pp 814-821
- 10 Feuerbach, L.: »Die Naturwissenschaft und die Revolution«, Werke Bd. 10, Berlin 1982
- 11 Brecht, B.: »Dreigroschenoper«, Werke Bd. 2, Frankfurt 1967
- 12 Kalvelage, B.: »Klassenmedizin. Plädoyer für eine soziale Reformation der Heilkunst«, Berlin 2014
- 13 Bourdieu, P.: »Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft (Original: La distinction)«, Frankfurt/M. 1979
- 14 Pischon, T. et al.: »General and abdominal adiposity and risk of death in Europe«, NEJM Nov 13 2008; 359 (20): 2105-20
- 15 Flegal, K.M. et al.: »Cause-specific excess deaths associated with underweight, overweight and obesity«, JAMA 298 (17): 2028-2037
- 16 Look AHEAD Research Group: »Cardiovascular effects of intensive lifestyle intervention in type 2 diabetes«, NEJM 369: 145-154, 2013
- 17 »Abnehmen mit Arzneimitteln ... ein bedenkliches Therapiekonzept«, arznei-telegramm 18 2015; Jg. 46, Nr. 2
- 18 Auling, B., Rohrer, S.: »Wie aus Chirurgen die neuen Diabetologen werden«, Diabetes-Congress Report Dezember 2011, Kongressbericht 71. Jahrestagung der ADA
- 19 Siegmund-Schultze, N.: »Chirurgische Therapie der Adipositas: Mortalität innerhalb von sechs Jahren nicht gesenkt«, Deutsches Ärzteblatt 108 (42): A-2225 / B-1878 / C-1856, 2011
- 20 Abholz, H.H. et al.: »Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM): Kritik am Nationalen Aktionsplan Diabetes«, Zeitschrift für Allgemeinmedizin; 84 (6): 239-242, 2008
- 21 Kühn, H.: »Healthismus. Eine Analyse der Präventionspolitik und Gesundheitsförderung in den USA«, Berlin 1993
- 22 Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz und Bundesministerium für Gesundheit: »Der nationale Aktionsplan zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängenden Krankheiten«, 2008, in: www.vdoe.de/fileadmin/redaktion/download/allgemeine_downloads/NationalerAktionsplan2008.pdf



Foto: Iren Dymke

Impfen – Aufgabe des ÖGD?

Interview mit dem Kinder- und Jugendarzt Hermann Gloning

Die Durchführung von Impfungen war über lange Jahre eine Domäne des ÖGD. Heute werden Impfungen in der Regel von niedergelassenen ÄrztInnen durchgeführt, der ÖGD ist nur noch für die Kinder zuständig, die nicht von der Regelversorgung erfasst werden. Über die Vor- und Nachteile dieser Regelung sprachen wir mit dem Kinder- und Jugendarzt Hermann Gloning aus München.

Der öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) steht im Spannungsfeld zwischen Fürsorge und Kontrolle. Die Überwachung des Impfstatus der Bevölkerung war eine der Aufgaben des öffentlichen Gesundheitswesens. Die heute durchgeführten Impfungen beruhen auf unverbindliche Empfehlungen, wäre eine generelle Pflicht für bestimmte Erkrankungen sinnvoll?

H.G.: Eine Impfpflicht ist in Deutschland nicht unbekannt. Bis 1976 gab es in Deutschland die Pockenimpfpflicht. Inzwischen sind die Pocken dank der Impfung weltweit ausgerottet. Auch jetzt sieht das Infektionsschutzgesetz in § 20, Abs. 6, bei einer Ausbreitung von Erkrankungen eine mögliche Pflichtimpfung vor. Eine Impfpflicht ist meines Erachtens aber heute nicht notwendig und kann auch nicht durchgesetzt werden, da die Teilnahme an Impfungen in der BRD freiwillig ist.

Wer bestimmt heute in Deutschland, welche Impfungen durchgeführt werden und wer überwacht den Impfstatus?

H.G.: Die Ständige Impfkommission (STIKO) ist ein Expertengremium, das die Empfehlungen für Impfungen erarbeitet und herausgibt. Diese Regeln gelten in Deutschland als medizinischer Standard. Die von der STIKO empfohlenen Impfungen werden von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt. Grundlage hierfür ist die Schutzimpfungsrichtlinie, die den Anspruch der Versicherten auf Leistungen für Schutzimpfungen regelt (Infektionsschutzgesetz – IfSG). Das Robert Koch-Institut hat die Aufgabe, medizinische Maßnahmen zu entwickeln, um die Verbreitung von Infektionskrankheiten zu verhindern. Dazu gehören auch statistische Untersuchungen. Dem Paul-Ehrlich-Institut (PEI) obliegt die staatliche Zulassung und Überwachung von Impfstoffen sowie die Erfassung von Impfkomplicationen.

Es sind in Deutschland mehr Impfstoffe zugelassen, als von der STIKO empfohlen,

diese werden also noch nicht oder nur teilweise von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt. Diese, meist »neuen« Impfungen (z.B. Menigokokken B-Impfung) oder Impfungen mit ausgeweitetem Anwendungsspektrum (HPV-Impfung bei männlichen Jugendlichen) werden von den Herstellerfirmen der Impfstoffe bei den niedergelassenen ÄrztInnen und in der Bevölkerung beworben. Ebenso gibt es abweichende Empfehlungen der Fachgesellschaften zu den Standardimpfungen (z.B. Pneumokokkenimpfung).

Die Impfempfehlungen für Impfungen und Impftermine sind in Europa und den USA z.Z. sehr unterschiedlich.

Früher waren Impfungen Aufgabe des ÖGD. Wir erinnern uns noch an den Schularzt, der gegen Pocken und Polio impfte. Heute wird der ÖGD nur noch subsidiär tätig, d.h. er kümmert sich nur noch um die Kinder, die von den Kinderärztinnen nicht erfasst werden. Warum diese Änderung?

H.G.: Ich denke, das hat verschiedene Gründe: Auf der einen Seite wurden die Ressourcen im ÖGD massiv reduziert, auf der anderen Seite wurden Impfungen inklusive der Impfaufklärung / Einwilligung der Erziehungsberechtigten immer aufwändiger.

Mehr als 90 Prozent der Impfungen werden im niedergelassenen Bereich durchgeführt. Nur ein geringer Teil der Kinder wird vom ÖGD gesehen, die überwiegende Betreuung erfolgt durch Kinderärzte, bei älteren auch durch Hausärzte. In den ersten Lebensjahren sind es vor allem die Kinderkrankenschwestern, die z.B. im Rahmen der Frühen Hilfen Familien aufsuchen und beraten. Impfungen werden nicht regelhaft angeboten, sondern nur in besonderen Fällen (z.B. auch bei Masernausbrüchen). Es gibt natürlich Gesundheitssysteme in Europa, die dies anders regeln. Der ÖGD hat den Vorteil, dass er in die Schulen gehen kann, er also

zu den Kindern geht und nicht sie zu ihm kommen müssen. Außerdem kann er ganze Jahrgänge beurteilen. So werden z.B. in Bayern alle SchülerInnen der 6. Klasse auf ihren Impfstatus gescreent.

Aber sind nicht gerade die Kinder, die nicht zum niedergelassenen Kinderarzt oder Hausarzt gehen, das Problem?

H.G.: In Bezug auf das Impfen finden wir in unteren sozialen Schichten häufig eine höhere Akzeptanz und Inanspruchnahme als in den oberen Mittelschichten oder Akademikerfamilien. Trotzdem benötigen wir die Hilfe des ÖGD bei der Betreuung von Familien in schwierigen sozialen Lagen, ebenso bei Familien mit Migrationshintergrund oder bei Asylsuchenden in Unterkünften und Heimen.

Wir betreuen aber in der Regel nur die Kinder, die zu uns in die Praxen kommen, nicht die, die durchs Raster fallen.

Haben die niedergelassenen KinderärztInnen ein wirtschaftliches Interesse an der Durchführung der Impfung?

H.G.: Die Vergütung für die mündliche Impfaufklärung der Eltern, die häufig durch die Unsicherheit der Eltern sehr zeitaufwändig sein kann, die Vorbereitung des Impfstoffes durch die MFA, die Dokumentation sowie die Untersuchung des Patienten, das Risiko der Lagerung und Bevorratung des Impfstoffes werden mit 7-21 Euro vergütet. Impfungen werden zusätzlich zur Quartalspauschale vergütet. Einen unverhältnismäßigen wirtschaftlichen Anreiz kann ich darin nicht erkennen.

Warum werden Impfungen nicht wie gewünscht von der Bevölkerung angenommen?

H.G.: Ich sehe aus meiner Erfahrung drei verschiedene Ursachen, warum Impfungen in der Bevölkerung nicht oder nur teilweise wahrgenommen werden:



Foto: Iren Dymke

- a. Misstrauen oder Ablehnung gegenüber der von der STIKO empfohlenen Impfung, Ängste in Bezug auf die Verträglichkeit und Wirksamkeit, Unsicherheit über den empfohlenen Zeitpunkt der Impfung.
- b. Vergesslichkeit, die Impfung rechtzeitig wahrzunehmen, insbesondere bei Auffrischimpfungen;
- c. Unkenntnis über die Notwendigkeit von Impfung bzw. über die Inanspruchnahme von Folgeimpfungen.

Warum soll man überhaupt impfen?

H.G.: Das Ziel der Impfung ist die Verhinderung einer gefährlichen Erkrankung. Bei den oben geschilderten Gründen kann die Teilnahme an Impfungen durch Aufklärung und Verbesserung der Organisation gesteigert werden. Im Rahmen der Fürsorgepflicht ist es notwendig, Kinder vor diesen Erkrankungen zu schützen. Diese Fürsorgepflicht betrifft auch Kinder, die von ungeimpften, erkrankten Kindern meist in öffentlichen Einrichtungen (Kindergarten/Schule) angesteckt werden könnten.

Die Zunahme der Impfungen in der Bevölkerung hat auch Auswirkungen auf die Impfnötigkeit: Durchgemachte Röteln (eigentlich eine meist harmlose Kinderkrankheit) waren ein Schutzfaktor für eine eventuelle Rötelerkrankung in der Schwangerschaft für Frauen. Nach Einführung der Rötelnimpfung sank die Zahl der Wildvirusinfektionen in der Bevölkerung und damit auch der Schutz der Frauen, so dass die zweimalige Rötelnimpfung notwendig war, um einen vergleichbaren Schutz aufzubauen.

Es sind Nebenwirkungen bei bestimmten Impfungen beschrieben. Rechtfertigt dann das Interesse der Allgemeinheit das Risiko für das einzelne Kind, selbst wenn dieses Risiko verschwindend gering ist?

H.G.: Eine schwierige Frage. Wir hoffen,

auch durch Impfungen niemandem zu schaden. Die Nebenwirkungen sind überschaubar, Schäden sind sehr selten. Wir versuchen, den Eltern bei ihrer individuellen Entscheidung alle Informationen, die wir haben, zur Verfügung zu stellen, damit sie sich entscheiden können. Wir sehen das Interesse der Allgemeinheit, haben in unserem Alltag jedoch die einzelne Familie vor uns, die sich entscheiden soll.

Es fand in den vergangenen Jahren eine Zunahme der empfohlenen Impfungen für Kinder statt. Ist diese Zunahme dem Fortschritt der Medizin geschuldet oder ist die kritisch zu sehen?

H.G.: Was ist wirklich notwendig und zu welchem Zeitpunkt? Dies wird auch in den einzelnen europäischen Ländern unterschiedlich beurteilt (z.B. Rücknahme der Rotavirusimpfung in Frankreich). Kritisch sehen wir die rasche Zunahme der Zulassung von neuen Impfungen mit nur kurzer Erprobungsphase, bevor sie auf dem Markt angeboten werden, und auch für Krankheiten, die kein so großes Gefährdungspotential haben. Bei der Einführung der HPV-Impfung war die Informationslage über die Wirksamkeit der Impfung, die Frage der möglichen ersten Nebenwirkungen, äußerst undurchsichtig und erschwert durch das empfundene Informationsmonopol der Herstellerfirma, die auch in Bezug auf die Preisgestaltung (ca. doppelt so hoch wie Indien, USA, selbst in Österreich war der Impfstoff noch um ein Drittel billiger als bei uns) marktbeherrschend war.

Ein Problem stellen auch die rigorosen Impfanforderungen von privat getragenen Kindertagesstätten dar, die impfkritische Eltern vor das Problem stellen, dass ihre Kinder nur voll durchgeimpft in der Kita aufgenommen werden, auch wenn diese Impfungen nicht von der STIKO empfohlen sind.

Besonders die Masernimpfung steht in der Kritik. Was spricht gegen Masernpartys statt Impfung?

H.G.: Die Enzephalitis nach Masern wird mit einer Häufigkeit von 1:1000 – 1:2000 angegeben, teils auch weniger. Masern im ersten Lebensjahr sind gefürchtet wegen der Folgeerkrankung SSPE. Pneumonie, Otitis, hohes Fieber sind sozusagen normale Begleiterscheinungen der Masern. Da die Mehrheit der heutigen Eltern keine Masern mehr durchgemacht haben, sondern nur einmal geimpft sind, haben auch sie ein Risiko, an Masern zu erkranken. Also Masernpartys sind keine gute Idee, auch wenn natürlich eine durchgemachte Masernerkrankung eine lebenslange Immunität zur Folge hat.

Die Hersteller von Impfstoffen haben ein ökonomisches Interesse am Verkauf ihrer Produkte. Beeinflussen diese wirtschaftlichen Interessen die allgemeinen Richtlinien zur Impfung?

H.G.: Aus meiner Sicht Ja, z.B. wie häufig ein Impfstoff geimpft werden sollte (5/6-fach Impfstoff in der BRD Grundimmunisierungsschema 3+1; 4 Impfungen in einem Jahr), in Österreich und Großbritannien 2+1, Häufigkeit der Auffrischimpfung FSME in BRD drei bzw. fünf Jahre, in der Schweiz zehn Jahre etc.. Vermutlich spielen auch bei der Empfehlung zur Impfung (Z.B. Schweinegrippeimpfung) ökonomische Erwägungen eine Rolle.

Sollen zukünftig die Empfehlungen ausgedehnt werden?

H.G.: Sinnvoll sind herstellerunabhängige Information, damit die Betroffenen (Eltern) vernünftig entscheiden können.

Wir danken für das Gespräch.

Viskose macht verrückt

Eine Buchbesprechung von Gine Elsner*

Paul David Blanc: »Fake Silk. The Lethal History of Viscose Rayon«, Yale University Press, New Haven / London 2016, 309 Seiten, ISBN-13: 978-0300204667

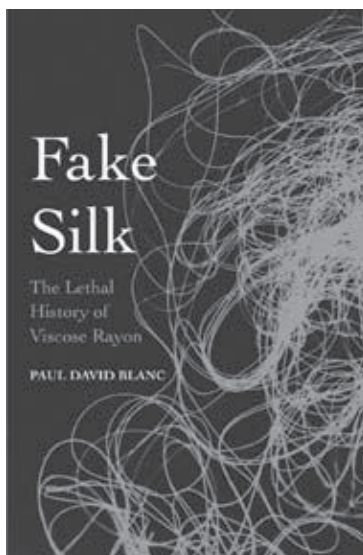
Viskose ist ein Naturprodukt. Sie wird aus Holzfasern gemacht. »Nachhaltig« ist das Zauberwort, das uns ein gutes Gefühl gibt, wenn wir Viskosekleidung kaufen. Mit diesem Statement beginnt Paul David Blanc, US-amerikanischer Arbeitsmediziner der University of California, San Francisco, seine Geschichte über »Fake Silk«.

Auf gut 300 Seiten beschreibt er die Katastrophe (die er vergleicht mit der bei Asbest oder bleihaltigen Farben), die darin besteht, dass seit Ende des 19. Jahrhunderts die Gesundheitsschäden bekannt sind. Doch die Gier nach »ökonomischem Profit« der »Gummi-barone«, der »Kriegsgewinnler«, der »Staatskapitalisten« oder der heutigen »Globalplayer« hätte sich über diese Kenntnisse hinweggesetzt, so der Autor in seinem Vorwort.

Das Problem ist der Schwefelkohlenstoff, der als Lösemittel für die Viskoseherstellung benutzt wird. Ende des 19. Jahrhunderts wurde er allerdings zunächst für die Gummiproduktion verwandt (S. 8f.). Aus reinem Kautschuk lassen sich keine Autoreifen produzieren. Erst der Zusatz von Schwefel macht das Gummi geschmeidig. »Vulkanisation« wird dieser Vorgang genannt, für das die Briten das Patent bekamen. Paul D. Blancs historische Darstellung gilt zwar weltweiten Produktionen, aber Deutschland spielt in dem Buch eine besondere Rolle. Denn das Bestreben Deutschlands, unabhängig von (zum Beispiel) Kautschuk zu agieren, führte stets zu neuen Syntheseverfahren.

Was der Autor nicht mitteilt: Bereits 1902 erließ Graf von Posadowsky als Stellvertreter des Reichskanzlers von Bülow eine erste Arbeitsschutzverordnung bezüglich der Gefahren von Schwefelkohlenstoff: Ein Beschäftigter beim Vulkanisieren durfte nicht länger als zwei Stunden ununterbrochen und nicht länger als vier Stunden täglich insgesamt der Einwirkung von Schwefelkohlenstoff ausgesetzt sein.¹ Ferner wurden die Gesundheitsschäden durch Schwefelkohlenstoff 1925 in der Ersten Berufskrankheitenverordnung verankert.² Übrigens gegen das Votum von Fritz Curschmann, Fabrikarzt der *Actien-Gesellschaft für Anilin-Fabrikation (Agfa)* in Wolfen bei Bitterfeld. Es waren also alle Gesundheitsschäden durch Schwefelkohlenstoff bekannt: Nervenschäden, Lähmungen, Sensibilitätsstörungen, mentale Einschränkungen, Psychosen, depressive Symptome (mit Suiziden), Manien, Parkinson-Erkrankungen. Und schließlich ergab sich auch, dass Schwefelkohlenstoff Gefäßverkalkungen begünstigt mit Schlaganfällen und Herzattacken.

Paul D. Blanc ist ein Kenner der deutschen Fabrikationsstätten. Als nach Beginn des Ersten Weltkriegs die Viskoseproduk-



tion einsetzte – Deutschland war interessiert an einem Ersatz für Seide und Baumwolle, denn hier gab es nur kratzende Wolle und groben Flachs –, sprossen die Fabriken aus dem Boden. Was das Buch so gut lesbar macht, ist, dass es keine trockene Abhandlung von Technologien und Chemieformeln ist, sondern anschaulich die Geschichte mit »Geschichten« erläutert. Der Autor zitiert (S. 71f.) Irmgard Keuns »Das kunstseidene Mädchen«.³ Diese trägt (1932) Kleider aus »Bembergseide«⁴ und einen Koffer aus »Vulkanfiber«. An Irmgard Keun (1910-1982), die bei uns lange vergessene Berliner Schriftstellerin, wurde kürzlich in Volker Weidemanns Bestseller erinnert,⁵ der über ihre Emigration aus Nazi-Deutschland schrieb.

Während der NS-Zeit verwies Hans Reiter, der Präsident des Reichsgesundheitsamts 1939 auf die »neu errichteten Zellstofffabriken« und die »überall wirksamen Absaugungsanlagen«,⁶ verwechselte allerdings – so Paul D. Blanc – Schwefelkohlenstoff mit Schwefelwasserstoff. Während des Zweiten Weltkriegs, als das Regime um Autarkie bemüht war, wurden Zwangsarbeiter in der Produktion eingesetzt und erlitten Vergiftungen durch Schwefelkohlenstoff (S. 141-146). Sie unterstanden natürlich nicht der deutschen Unfallversicherung, und von Absaugungen war auch keine Rede.

So ist die Geschichte des Schwefelkohlenstoffs eng mit Deutschland verbunden. Deshalb ist Paul D. Blancs Buch gerade hier so interessant. Es ist die Geschichte von Arbeitsschutz und Sozialpolitik in Deutschland, von deutschen Kapitalinteressen und von Ausbeutung der Zwangsarbeiter. Über Schwefelkohlenstoff wird auch im 21. Jahrhundert noch diskutiert. Denn er wird als Pflanzenschutzmittel gegen die Reblaus im Weinanbau benutzt.⁷ So ist die Geschichte noch nicht ganz zu Ende.

* Gine Elsner ist Arbeitsmedizinerin und war Direktorin des Instituts für Arbeitsmedizin am Universitäts-Klinikum der Universität in Frankfurt am Main.

1 Arbeitsschutz III, Nr. 2:1933, S. 28f.

2 Erste Verordnung über Ausdehnung der Unfallversicherung auf gewerbliche Berufskrankheiten vom 12. Mai 1925, RGBl I, S. 69

3 Irmgard Keun: »Das kunstseidene Mädchen«, Bergisch Gladbach 1980 [Erstveröffentlichung 1932]

4 Die Bemberg AG in Wuppertal produzierte seit 1901 Kunstseide.

5 Volker Weidemann: »Ostende. 1936, Sommer der Freundschaft«, Köln 2015, 2. Aufl., S. 155f.

6 Hans Reiter: »Arbeitshygiene und Vierjahresplan«, in: Reichsgesundheitsblatt 14:1939, S. 332-336

7 Oliver Bock: »Bürokratie und Gesetze schützen den Schädling«, in: Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 3. November 2000

Ein Aufruf zur Mitarbeit

Die Arbeit der MediBüros und MediNetze

Trotz Versicherungspflicht gibt es in Deutschland viele Menschen, die keine Krankenversicherung und damit keinen Zugang zu Krankenversorgung haben. Es gibt unterschiedliche Gründe dafür: Viele sind sogenannte »Illegalisierte«, auch »Sans Papiers« (Französisch für »ohne Papiere«), deren Studierenden- oder Touristenvisa abgelaufen sind, deren Asylanträge abgelehnt wurden, oder die sich bei ihrer Einreise gar nicht erst bei den deutschen Behörden gemeldet haben. Viele von ihnen leben schon lange in Deutschland, arbeiten und wohnen hier und haben Familien. Häufig ist ihre Situation sehr prekär, da sie kaum Möglichkeiten haben, ihre Rechte einzufordern, und sie ständig von Abschiebung bedroht sind. Eine zweite große Gruppe von Menschen ohne Zugang zur Krankenversorgung sind Menschen aus EU-Ländern, die in ihren Herkunftsländern nicht versichert sind und in Deutschland keine sozialversicherungspflichtige Arbeit haben. Nach EU-Recht müssten ihre Herkunftsländer sie versichern. Darauf beruft sich der deutsche Staat, auch wenn sie (wie Roma im Südosten Europas) in ihren Herkunftsländern diskriminiert werden und deshalb nicht versichert sind. Eine weitere Gruppe, die in unserer alltäglichen Praxis allerdings kaum eine Rolle spielt, sind Menschen mit deutschem Pass, die aus der privaten Krankenversicherung gefallen sind, weil sie deren Basistarif nicht mehr bezahlen konnten. Allen gemeinsam ist, dass ihre Existenz auch dem deutschen Staat bekannt ist, der sich aber schon lange dagegen wehrt, seiner Pflicht, sie zu versorgen (u.a. nach UN-Sozialpakt Artikel 12)¹ nachzukommen. Es ist schwierig, genaue Zahlen für die einzelnen Gruppen zu nennen, da es sich eher um Menschen handelt, die nirgendwo verzeichnet sind. Schätzungen für Menschen ohne Papiere alleine in Hamburg liegen zwischen 8.000 und 32.000.²

Die ersten MediBüros gründeten sich Anfang der 90er Jahre. Die Menschen, die damals nach Deutschland kamen, um Asyl zu ersuchen, wurden nicht nur aus der Bevölkerung rassistisch angegriffen – die Geflüchteten sahen sich auch dem staatli-

chen institutionellen Rassismus gegenüber. Menschen wurden damals wie heute abgeschoben, auch wenn das für sie Verfolgung und Gefahren für Leib und Seele bedeutet. Sie werden in Lagern festgehalten, sodass sie weder Kontakt zu anderen Menschen aufbauen noch am Leben teilhaben können. Außerdem wird ihnen der Zugang zu öffentlichen Gütern, wie Bildung und Gesundheit, erschwert oder ganz verwehrt. Als Reaktion darauf verstehen sich MediBüros und MediNetze als solidarische antirassistische Initiativen. Wir fordern gute Krankenversorgung für Alle. Diese politische Positionierung, und die daraus folgende Arbeit, unterscheiden uns von anderen Einrichtungen, die medizinische Hilfe für Menschen ohne Krankenversicherung leisten.

Praxis der MediBüros und MediNetze

MediBüros und MediNetze gibt es in vielen Städten in Deutschland (www.medi-bueros.org). Wir sind heterogene Gruppen, in vielen Städten beteiligen sich auch Menschen ohne medizinische Ausbildung. Allen gemeinsam ist, dass wir Menschen in Arzt-Praxen vermitteln, die günstig oder kostenlos die Behandlungen übernehmen. Aus Spenden können wir bei Behandlungskosten unterstützen und bei schwierigen Fällen versuchen wir, individuelle Lösungen zu finden. Uns ist wichtig, dass unser Angebot niedrigschwellig ist, weshalb wir u. a. kaum Daten über PatientInnen aufnehmen. Die Behandlung sollte möglichst der Regelversorgung entsprechen, weshalb wir in aller Regel darauf verzichten, Untersuchungen und Behandlungen selbst vorzunehmen. Allerdings kann unser Angebot die Qualität der Regelversorgung erreichen.

Unter anderem deshalb und weil es nicht sein kann, dass Grundbedürfnisse, wie Krankenversorgung, von freiwilliger unbezahlter Arbeit abhängen, sind die meisten MediBüros und MediNetze auch politisch aktiv.

Allem voran steht die Durchsetzung einer von der Gesellschaft getragenen Krankenversorgung für Alle. Beispielswei-

se durch die Vergabe von anonymen Krankenscheinen (AKS) (Infos unter www.medi-buero-hamburg.org/de/konzept-aks) an mittellose Menschen ohne Krankenversicherung. Außerdem gibt es eine Kampagne gegen das Asylbewerberleistungsgesetz, das eine geringere Krankenversorgung als die Regelversorgung vorsieht – beispielsweise keine Behandlung von chronischen Krankheiten (Infos unter www.stopasylblg.de). Aus Berlin kam Ende 2016 die Initiative zu einer Kampagne, die auf die Abhängigkeit der Grundbedürfnisse (Gesundheit, Bildung, Wohnen etc.) Asylsuchender und anderer von freiwilliger unbezahlter Arbeit aufmerksam macht und die Notwendigkeit staatlicher Lösungen betont (Infos unter www.gefa.online).

Sven Johnstone – MediBüro Hamburg

1 www.sozialpakt.info/gesundheits-3269/

2 www.zeit.de/zeit-magazin/leben/2014-08/illegale-fluechtlinge-hamburg

Sowohl im praktischen als auch im politischen Bereich gibt es viel zu tun und ich kann wahrscheinlich für alle MediBüros und MediNetze, auf jeden Fall aber für das MediBüro Hamburg sprechen, dass wir uns immer über Menschen freuen, die bei uns mitmachen wollen. Medizinische Kenntnisse sind nicht notwendig, können aber hilfreich sein. Meldet Euch bei Interesse am besten beim MediBüro oder MediNetz in Eurer Stadt.

Wir in Hamburg können Unterstützung gut gebrauchen.

<http://medi-buero-hamburg.org>

info@medi-buero-hamburg.org

040 / 350 177 222

www.medi-bueros.org

(deutschlandweite Übersicht)

Von Silberkugeln und anderen teuflischen Machenschaften

Public Health Interventionen im Kontext (post)-kolonialer Realitäten – von Andreas Wulf*

Die Entdeckung und Entwicklung von spezifischen Impfstoffen gegen gefährliche Krankheitserreger zählen unzweifelhaft zu den großen Erfolgen der modernen Medizin, ihre flächendeckende Anwendung im Rahmen allgemeiner öffentlicher Gesundheitsprogramme hat gefürchtete Krankheiten wie die Diphtherie, den »Würgeengel der Kinder«, die Kinderlähmung, Keuchhusten, Masern, Tetanus und viele andere so weit reduziert, dass einige für besiegt erklärt wurden.

In den Jahren nach dem zweiten Weltkrieg wurden mit großem internationalen Einsatz solcher Impfprogramme die Pocken weltweit ausgerottet, die Masern auf dem amerikanischen Doppelkontinent zum Verschwinden gebracht. Und aktuell gibt es durch die glücklicherweise nur regional aufgetretenen Ebola- und Zikaepidemien ein wieder verstärktes Engagement und hohe öffentliche Investitionen in neue Impfstoffforschung zu diesen und weiteren Erkrankungen von potentiell globaler Bedrohung wie MERS, Lassa Fieber und Malaria.

Doch obwohl die Erfolge so unangefochten scheinen, scheiden sich nicht nur in einigen wohlhabenden Staaten an dem Nutzen dieser Impfungen die Geister.

Im Folgenden soll es nicht um eine Auseinandersetzung mit den uns hierzu lande auch gut bekannten »ImpfkritikerInnen« gehen, (siehe dazu den Beitrag von Hermann Gloning in dieser Ausgabe auf

Seite 22) sondern um den lokalen Widerstand im globalen Süden, den schon seit einigen Jahren die globale Polio-Impfkampagne erfährt, die das Beispiel der Pocken-ausrottung wiederholen soll.

Mit hohem Einsatz geht hier schon seit 1988 das »Global Program on Eradication of Polio« der Weltgesundheitsorganisation vor¹, 1996 gaben Nelson Mandela und die African Football Confederation ihre Unterstützung mit einer »Kick Polio out of Africa«². Wesentliche finanzielle Mittel geben auch große philanthropische Stiftungen wie Rotary International und die Bill & Melinda Gates-Stiftung.

Dies sollte sich alles zu einem »perfekten Sturm« zusammenbrauen, der die letzten verbliebenen Regionen (in Afrika ist das der Norden von Nigeria, in Südasien Pakistan und Afghanistan) erreicht und diese alte und heimtückische Bedrohung vor allem für Kinder und junge Erwachsene beseitigt. Und wirklich sind die Polio Infektionen seit den 90er Jahren um 99 Prozent zurückgegangen. Aber das reicht noch nicht.

Misstrauen und Widerstand

Tatsächlich gibt es sowohl in Nigeria als auch in Pakistan massive Widerstände gegen die Kampagne, eine dramatische Eskalation war die Ermordung von elf Gesundheitsarbeiterinnen im Impfprogramm 2012-13 in Nigeria und 16 in Pakistan im gleichen Zeitraum.

Im pakistanischen Kontext wird dies vor allem mit dem Versuch der CIA 2011 gesehen, eine gefakte Impfkampagne am vermuteten Aufenthaltsort von Osama bin Laden zu nutzen, um DNA von Familienmitgliedern des Al Quaida-Führers zu bekommen und so seine Anwesenheit zu bestätigen³.

Aber auch ohne diese verurteilenswerte CIA-Intervention ernten internationale Gesundheitskampagnen, die schnell als »US-amerikanische Aktivitäten« oder »westliche Agenda« gesehen werden, in Pakistan Misstrauen. Die Umsetzung der

Kampagnen kommt nur schleppend voran, die Zahl der Poliofälle steigt. In 2014 waren es wieder über 300 Neuinfektionen, 85 Prozent der weltweit entdeckten Fälle.⁴

Aber auch ohne den »War on Terror« war schon zehn Jahre vorher in Nigeria der Versuch, in einer letzten großen Anstrengung in den verbleibenden Bundesstaaten im muslimischen Norden den Polio-Virus zu besiegen, am Widerstand muslimischer Geistlicher und Ärzte gescheitert, die das Gerücht verbreiteten, die Impfstoffe seien mit Kontrazeptiva und HIV-Viren kontaminiert und es ginge in Wirklichkeit um Schwächung der Fruchtbarkeit und Bevölkerungskontrolle.

Auch wenn dieser Widerstand natürlich leicht als dominiert von Konspirationstheorien zu erkennen ist, so spiegelt dieses Misstrauen doch in vielfältiger Weise eine gesellschaftliche Realität, die von externen Akteuren, seien es internationale Gesundheitskampagnen ehemaliger Kolonialherren oder die eigene Regierung in der fernen Hauptstadt, wenig Gutes zu erwarten haben.

Zwar sind heute überwiegend zwangsweise durchgesetzte Bevölkerungskontrollstrategien durch freiwillige Familienplanungsangebote ersetzt worden, aber

Wir behandeln alle gleich gut!

Für eine solidarisch finanzierte BürgerInnenversicherung

Veranstaltung anlässlich des Ärztetags

Veranstalter: vdäa und

Kritische MedizinerInnen Freiburg

am: 23.05.2017

um: 20 Uhr

in: Universität Freiburg, Kollegiengebäude 1, Raum HS 1016



Foto: Andreas Wulf



Foto: Iren Dymke

die Erinnerung an erzwungene Sterilisationen ist nicht vergessen. So starben noch in 2014 in Indien 16 Frauen nach Sterilisationen in einem ländlichen Gesundheitszentrum, ein einziger Arzt hatte in wenigen Stunden 83 Lapraskopien vorgenommen mit einem einzigen Lapraskop. Statt früheren »targets« werden die quantitativen Zielvorgaben jetzt »performance indicators« des Gesundheitspersonals genannt, und die Bereitschaft der Frauen mit dem Zugang zu sozialen Leistungen oder Geschenken gefördert.

Für koloniale Gesundheitspolitik und auch die städtischen Eliten der postkolonialen Nationalstaaten war solche »Bevölkerungskontrolle« der armen ländlichen und städtischen Bevölkerung ein wesentlicher Baustein des »Weges in die Moderne«, der den »demographischen Übergang« von hohen Wachstumsraten bei sinkender Mortalität durch verbesserte Gesundheits- und Ernährungsbedingungen zu einer Annäherung der Geburten- und Sterberaten beschleunigen sollte⁵ – die chinesische »ein Kind Politik« kann als die konsequenteste Umsetzung dieses Konzepts gelten.

Zudem sind die kampagnenartigen Interventionen, die sich nur um ein einziges Gesundheitsproblem kümmern, während die grundlegende Gesundheitsversorgung weiter im Argen liegt, kaum dazu angeht, größeres Vertrauen zu generieren. Während jeder Besuch im Gesundheitszentrum für eine Mutter mit einem kranken Kind Geld kostet, stehen eines Tages unangemeldet Fremde vor der Tür und bieten kostenlos eine »Wunderlösung« an gegen eine Krankheit, an der die Kinder aktuell gar nicht leiden.

Genau dieser »Vertrauensvorschuss« ist es aber, der erfolgreiche Public Health-Lösungen überhaupt erst ermöglicht. Denn erst die Teilnahme möglichst vieler Gesunder an einer solchen kollektiven Strategie gegen übertragbare Krankheiten führt zu Erfolg (bei Impfungen die »Herdimunität« genannt), von dem auch der Einzelne möglicherweise in der Zukunft profitiert. Ohne das Vertrauen auf eine solche Zukunft und in die Verlässlichkeit der öffentlichen Akteure, die im gemeinsamen Interesse handeln, bleibt das Misstrauen die »rationale« Antwort.

In der Ebola-Krise wurde das in den betroffenen Staaten Westafrikas ebenfalls deutlich: Fremde in weißen Overalls kommen in großen weißen Autos in die Dörfer am Ende von kilometerlangen un asphaltierten Pisten und wollen Sterbende und Tote mitnehmen und an einem unbekanntem Ort beerdigen, den die Angehörigen nicht mal besuchen dürfen. Ganze Landstriche werden unter Quarantäne gestellt und die Menschen können ihre Ernte nicht auf Märkten verkaufen und ihre Angehörigen in anderen Teilen des Landes besuchen.

Wenn solche drastischen Kontrollmaßnahmen das einzige Gesicht einer Public Health-Politik bleiben, weil die fürsorglichen Aspekte der Sicherstellung der alltäglichen Gesundheitsversorgung, Wasser und Hygienebedingungen, Nahrungsmittelsicherheit, noch nie präsent waren, dann erstaunt der Widerstand gegen solche »wohlmeinende Belagerung« kaum. Auch hier kann sich Vertrauen in die Sinnhaftigkeit der Einschränkungen nur einstellen, wenn es ein klares Engagement für die Verbesserung der Lebenssituation

der Menschen gibt und ihre Bedürfnisse tatsächlich ernst genommen werden.

Und uns sollte zu denken geben, wenn wir solchen Widerstand allzu schnell als »unaufgeklärte« Haltung abtun, häufig mit dem oft uneingestandenem zivilisatorischen Arroganz-Überschuss gegenüber den sich »noch in der Entwicklung befindlichen« Ländern. Die Geschichte und Gegenwart der Machtverhältnisse, die sich auch in solcher Haltung spiegelt, ist auch Teil der Public Health Geschichte, die das Individuum allzu lange als ein zu kontrollierendes begriffen hat. Und nicht überall ist die »Neue Public Health« mit ihren Prinzipien Inklusion und Empowerment angekommen.

** Andreas Wulf arbeitet bei medico international in Frankfurt als Projektkoordinator für Gesundheit.*

- 1 <http://polioeradication.org/>, <http://who.int/topics/poliomyelitis/en/>
- 2 <https://kickpoliooutofafrica.wordpress.com/>
- 3 Martin Robbins: »Vaccines, the CIA and how the War on Terror helped spread polio in Nigeria«, *The Guardian* 15. July 2011; in: www.theguardian.com/sciences/the-lay-scientist/2011/jul/15/1
- 4 Asad Hashim: »Pakistan's polio problem and vaccination danger«, 28. March 2015, in: www.aljazeera.com/indepth/features/2015/03/pakistan-polio-problem-vaccination-danger-150328091807399.html
- 5 https://de.wikipedia.org/wiki/Demografischer_Übergang

Klare Worte

Britische Public Health Experten zum Rechtsruck in Europa und den USA

Krankheit ist ohne Politik nicht heilbar – das ist eine der Grundaussagen des vdäa, mit der wir das politische Engagement von Ärztinnen und Ärzten begründen und fordern. Zwei britische Epidemiologen, David Stuckler* und Martin McKee*, geben ein Beispiel für diese Haltung, indem sie die notwendige Antwort von Public Health auf den Anstieg der Rechtsradikalen in Europa und Nordamerika geben.

David Stuckler betont, dass sowohl der anstehende Brexit als auch Trumps Wahl eine erhebliche Bedrohung für die öffentliche Gesundheit in Europa und Nordamerika dar(stellten): »Sehen wir uns zuerst die Verlautbarungen des US-Präsidentschaftskandidaten an. Er behauptet beispielsweise, dass der Klimawandel eine Verschwörung der Chinesen sei und droht, das Pariser Klimaabkommen, das sich mit der Emissionsminderung der Treibhausgase befasst, kündigen zu wollen. Er kritisierte Präsident Obamas Affordable Care Act (Obama Care), der, obwohl nicht ohne Probleme, erfolgreich die Versicherungspflicht von 20 Millionen Amerikanern einführt. Er hat Behinderte wegen ihrer Behinderungen verspottet und frauenfeindliche Bemerkungen gemacht. Eine seiner ersten Personalentscheidungen war zum Beispiel die Berufung von Steve Bannon, der die rechtsradikale Medienplattform *Breitbart News* leitete, zum Stabschef. Entgegen seinen Wahlversprechen, den ›Sumpf der Eliten‹ trocken zulegen, umfasst Trumps seine Regierungsmannschaft jetzt eine größere Repräsentanz großer Konzerne als jene aller früheren Präsidenten.«

Auch die Folgen dieser Entscheidungen sein, so Stuckler, absehbar: »Unterdessen wird vielen derjenigen, die für den Brexit stimmten, nun klar, dass das, was ihnen versprochen wurde, nicht gehalten werden kann. Brexit heißt nicht, dass die Immigranten das Land verlassen werden, noch werden die Briten Zugang zum gemeinsamen Markt ohne Freizügigkeit in Europa erhalten.« Allerdings sei bereits jetzt klar, dass sich Großbritannien in einer schlechteren Ausgangsposition als früher befinde und der Ausstieg selbst die Rechte und den Schutz der Arbeitnehmer im Verhältnis zum EU-Niveau gefährden wird.

Stuckler zeigt auch die Ursachen dieser politischen Entwicklung nach Rechts auf: »Zukünftig wird es wichtig sein, die zu Grunde liegenden Ursachen des sozialen

Unbehagens zu analysieren, das den Aufstieg der rechtsradikalen Politik begünstigte. Hier werden die Praktiker des Gesundheitswesens und Wissenschaftler eine wichtige Rolle zu spielen haben.«

In den USA, so Stuckler weiter, fanden Deaton et al. heraus, dass die Mortalität weißer Männer einen gegensätzlichen Trend im Vergleich zu Europa und Kanada aufwies. Eine spätere Analyse zeige, dass Menschen in Landstrichen mit erhöhter Mortalität die Kandidatur Trumps unterstützten. Beides, Brexit und Trumps Wahlkampf, suggerierten, dass der Bevölkerung durch starke Kräfte von außen die Kontrolle genommen worden sei. Beide Bewegungen machten die politischen Eliten dafür verantwortlich, beide seien Globalisierungsgegner (speziell gegen den globalisierten Handel). Der Brexit-Slogan »Take Back Control« und Trumps Parole »Make America great again« seien Beispiele für dieses Gefühl des Abgehängtseins. Stuckler weist auch darauf hin, dass beide Slogans von der gleichen Werbe-Agentur entwickelt wurden.

David Stuckler führt die Wahlerfolge der Rechten auch auf die sozio-ökonomischen Grundlagen ihrer Wählerschichten zurück: »Beide Parolen würden nicht greifen, wenn in ihnen nicht ein Fünkchen Wahrheit enthalten wären und sie nicht das ansprechen würden, was die Bevölkerung fühlt und glauben möchte. Bisher waren die politischen Antworten in Europa nicht in der Lage, vernünftige Alternativen aufzuzeigen. Sparmaßnahmen, weit entfernt davon, die Lage der Bevölkerung zu verbessern, haben den Fortschritt in Europa weiter behindert.«

Als Konsequenz weist Stuckler darauf hin, dass die Public Health Community die Gefahren rechtsradikaler Politik für die Gesundheit dokumentieren müsse. Die Ottawa Charter müsse aktualisiert werden und dabei die mächtigen Kräfte der Globalisierung und der kommerziellen Determi-

nanten von Gesundheit mit einbeziehen. Stuckler hofft bei diesem Neuanfang auf allgemeine Unterstützung.

Auch sein Kollege Martin McKee stellt fest, dass die Wahl von Donald Trump, einem Kandidaten, der Frauen, Migranten und Menschen mit Behinderungen angegriffen hat, sowie die wachsende Wählerunterstützung für populistische Politiker, die eine autoritäre Politik in Europa unterstützen, in vielen Ländern Besorgnis bei den Angehörigen der Gesundheitsberufe ausgelöst habe.

Er schlussfolgert als Aufgabe für Gesundheitsprofessionelle: »Zuerst müssen wir die Institutionen verteidigen, die unsere Grundrechte schützen. Dazu gehört eine unabhängige Justiz. Diese ist bereits in der Türkei bedroht, wo unliebsame Richter aus dem Amt entfernt wurden. Im Vereinigten Königreich haben einige führende Zeitungen Richter, die über die Rechtmäßigkeit des Ausstiegs verhandelten, in aggressiver Weise angegriffen, während die zuständigen Minister in konspirative Weise zu diesen Angriffen schwiegen. Menschenrechtsorganisationen und Gewerkschaften wurden in ähnlicher Weise attackiert.«

McKees Fazit: »Wir leben in beunruhigenden Zeiten (...) Die Beschäftigten des Gesundheitswesens müssen aus den Lektionen der Vergangenheit lernen, wenn sie verhindern wollen, dass diese sich wiederholen.«

Es wäre wünschenswert, wenn auch das Deutsche Ärzteblatt in Zukunft so klare Worte gegen die (a)sozialen Folgen rechtsradikaler Politik finden würde.

Übersetzung: Wulf Dietrich

* Vgl.: David Stuckler: »The dispossessed: a public health response to the rise of the far right in Europe and North America« und Martin McKee: »Health professionals must uphold truth and human rights«, in: The European Journal of Public Health, Vol. 27, No. 1/2017

Spendenaktion Xarakas/Kreta 2017

Liebe Kolleginnen und Kollegen!
Liebe Freundinnen und Freunde!

Im Mai 2016 haben wir unsere Spendensammlung für das kommunale Gesundheitszentrum in Xarakas auf Kreta gestartet und Verbrauchs- und Verbandsmaterial dorthin gebracht. Diese Aktion führen wir jetzt weiter und werden vom Spendengeld Einmalhandschuhe, Mundschutz, Spritzen, Kanülen, Kompressen, elastische Binden, Pflaster, Wundauflagen und Desinfektionsmittel einkaufen und den Transport nach Kreta finanzieren.

Das Gesundheitszentrum Xarakas bietet primäre gesundheitliche Versorgung für die Ortschaft Xarakas und die umliegenden Dörfer in Südkreta im Umkreis von 35 km. Insgesamt leben dort 13.000 Einwohner. Im Gesundheitszentrum arbeiten vier Allgemeinärzte, ein Kinderarzt, ein Laborarzt, ein Röntgenarzt, ein Zahnarzt, Krankenschwestern und Hebammen. Im ersten Quartal 2016 wurden ca. 4.800 PatientInnen versorgt, davon 1.600 Notfälle. Die Behandlungen sind ambulant und kostenlos. Neben der Notfallversorgung bei Unfällen finden wöchentlich Sprechstunden für chronisch Kranke, für Kinder und Schwangere sowie in den entlegenen Dörfern statt. Auch MigrantInnen aus Bulgarien und anderen europäischen Ländern und Flüchtlinge, die an der Küste Kretas landen, werden hier versorgt. Das nächste Krankenhaus und Arztpraxen gibt es in Iraklion, ca. 45 km entfernt. Das Gesundheitszentrum ist staatlich und durch Spenden finanziert. Da der Etat nicht ausreicht, müssen die PatientInnen Verbandsmittel und Medikamente vor der Behandlung selbst in der Apotheke kaufen. Auch im Gesundheitszentrum fehlt es an Vielem, z.B. an Verbrauchs- und Verbandsmaterial, an notwendigen Kleingeräten und an Ersatzteilen. Die Rettungswagen fallen wegen Schäden oft aus, es fehlt Geld für ausreichend Fahrer und Benzin, was bei dringenden Notfällen zu langen Wartezeiten führt. In Xarakas lebt unsere kompetente Ansprechpartnerin Katharina Hausner, die beste Kontakte zu Krankenhäusern und Gesundheitsbehörden auf Kreta hat. Sie ermittelt den Bedarf im Gesundheitszentrum und kontrolliert Ein- und Ausgang der Spenden.

Wir sehen diese Spendenaktion als solidarisches Projekt für die griechische Bevölkerung, die seit Jahren unter der Sparpolitik der Troika leidet und in der Flüchtlingskrise von der EU in Stich gelassen wird. Und wir stellen sie in einen historischen



Ankunft der ersten Spendenlieferung im Frühjahr 2016

Zusammenhang. In Kreta war der Widerstand gegen die deutsche Besatzung vehement. Bereits wenige Tage nach der Landung der deutschen Fallschirmspringer am 20. Mai 1941 wurde die Bevölkerung verschiedener Dörfer in Kreta massakriert. Am 12. und am 13. September 1942 wurden unter dem zynischen Stichwort »Sommernachtstraum« in Südkreta, in Ano Viannos und Umgebung insgesamt 451 Kreter erschossen, darunter zehn Menschen aus Xarakas. Die Ortschaft Xarakas wurde im 2. Weltkrieg 1944 von der deutschen Wehrmacht bombardiert, die Bevölkerung musste in die Berge fliehen.

Verantwortlich für diese Spendenaktion sind Dr. Ingrid Seyfarth-Metzger (IPPNW) und Dr. Ingeborg Oster (IPPNW und vdää). Der Spendenaufruf richtet sich an unsere IPPNW- und vdää-Mitglieder und Freunde. Bitte spenden Sie bis 15. April 2017, da wir danach Einkauf und Transport organisieren.

Spendenkonto:

Dekanat München/Flüchtlingshilfe Lesbos
IBAN DE45 5206 0410 0001 4018 15
Stichwort Kreta Xarakas

Für eine Spendenquittung bitte Name und Adresse angeben.

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung
Dr. Ingrid Seyfarth-Metzger / Dr. Ingeborg Oster

vdää on tour 2017 zur Gedenkstätte Hadamar

Medizin-ethische Fragen im Nationalsozialismus und heute

Freitag, 30. Juni – Sonntag, 2. Juli 2017

Nachdem wir 2016 mit dem vdää-on-tour-Seminar in der Gedenkstätte der nationalsozialistischen »Führerschule der Deutschen Ärzteschaft Alt Rehse« waren, wollen wir uns dieses Jahr an einen Ort der mörderischen Umsetzung der Ideen des »gesunden Volkskörpers« begeben. Wir besuchen die Euthanasie-Gedenkstätte in der psychiatrischen Klinik Hadamar. Sie ist wie Alt Rehse in idyllischer Landschaft, nicht weit vom pittoresken Städtchen und Bischofsitz Limburg an der Lahn gelegen und wurde für Tausende von sogenannten »Minderwertigen« und »Lebensunwerten« erst zum Ort der massenhaften Zwangssterilisation und dann zur Hinrichtungsstätte.

Dabei soll es aber nicht nur um die Verbrechen und die Verantwortung deutscher Ärztinnen und Ärzte in der Vergangenheit gehen, sondern auch u.a. um die aktuellen Debatten um Pränataldiagnostik / prädiktive Medizin / neue Reproduktionstechnologien, und welche Bezüge es möglicherweise zwischen diesen historischen und aktuellen Debatten gibt.

CME-Punkte sind beantragt.

PROGRAMM

Freitag, 30. Juni 2017

Individuelle Anreise, wer schon am Vormittag kommen kann und will, kann sich bis 13 Uhr die ständige Ausstellung in der Gedenkstätte anschauen

Abend: Gemeinsames Abendessen im Hotel
Einführung ins Thema

Samstag, 1. Juli 2017

Vormittag: Rundgang durch die Gedenkstätte und Diskussion mit **Christoph Schneider** von der Gedenkstätte zur Geschichte der T4 Aktion, Euthanasie/Vernichtung »lebensunwerten« Lebens und Anschlussbezüge zu heutigen Debatten

Mittagspause

Nachmittag: Aufarbeitung von Hadamar und T4 nach 1945 / Strafverfolgung / offiziell und inoffizielle Amnestie mit Christoph Schneider und den Autoren, die die Geschichte der LÄK Hessen aufgearbeitet haben. (angefragt)

Sonntag, 2. Juli 2017

Workshop / Diskussion mit **Kirsten Ahtelik** zu Pränataldiagnostik – ihre gesellschaftlichen Folgen heute.

Gemeinsames Mittagessen als Abschluss des Seminars, vielleicht noch ein gemeinsamer Spaziergang in die Hadamar umgebende Berge, für die die noch nicht gleich zurückfahren müssen...

Im Hotel Ringhotel Nassau-Oranien sind Zimmer reserviert.

Die Teilnahme ist begrenzt auf 25 TeilnehmerInnen.

Anmeldung bei der Geschäftsstelle

Bitte überweisen Sie den Teilnahmebeitrag nach Bestätigung der Teilnahme durch die Geschäftsstelle bis zum 15. Mai 2017 auf das Konto des vdää.

Kosten

EZ mit Frühstück: 280 Euro

DZ mit Frühstück: 220 Euro / Person

ohne Zimmer: 70 Euro

Studierende/GeringverdienerInnen: 30 Euro
(Unterkunft muss selbst organisiert werden)

Unsere ReferentInnen

Dr. Christoph Schneider ist Kulturwissenschaftler und Autor, und lebt in Frankfurt/Main. Er betreut seit vielen Jahren Studien- und Besuchergruppen in der »Euthanasie«-Gedenkstätte Hadamar und konzipiert für verschiedene Einrichtungen Studientage zur Frage des Gegenwartsbezugs der NS-»Euthanasie«.

Kirsten Ahtelik ist Diplom-Sozialwissenschaftlerin, freie Journalistin und Autorin in Berlin. Ihre Arbeitsschwerpunkte sind u.a. feministische Theorien und Bewegungen, Schnittstellen mit anderen sozialen Bewegungen v.a. der Behindertenbewegung und Kritik der Gen- und Reproduktionstechnologien; Autorin von: »Selbstbestimmte Norm. Feminismus, Pränataldiagnostik, Abtreibung«, Berlin 2015

Adressen

Gedenkstätte Hadamar,

Mönchberg 8, 65589 Hadamar, Tel. 06433 917-172

<http://www.gedenkstaette-hadamar.de>

Ringhotel Nassau-Oranien,

Am Elbbachufer 12, 65589 Hadamar, Tel. 06433 9190

info@nassau-oranien.de

<http://www.nassau-oranien.de/hotel>